HEALTH LITERACY IN PRIMARY CARE

ACLINICIAN'SGUIDE

Gloria G. Mayer, RN, EdD, FAAN,
and
Michael Villaire, MSLM
With a Foreword by Albert E. Barnett, MD

سوادسلامت درمراقبت‌های سلامت اولیه
یک راهنمای بالینی

سوادسلامت درمراقبت‌های سلامت اولیه

یک راهنمای بالینی

تالیف:
گلوریا جی مایر
مایکل ویلایر

ترجمه:
دکتر حمیدرضا محدث حکاک
علی محدث حکاک

به نام یکتـــا

سواد سلامت در مراقبت‌های سلامت اولیه

یک راهنمای بالینی

تألیف:

گلوریا جی مایر

مایکل ویلایر

ترجمه:

دکتر حمیدرضا محدث حکاک

علی محدث حکاک

ویراستار:

دکتر محسن شمس

زیر نظر:

دکتر علی‌اکبر سیاری

دکتر شهرام رفیعی‌فر

سرشناسه	: مایر، گلوریا جی. Mayer, Gloria G.
عنوان و نام پدیدآور	: سواد سلامت در مراقبت‌های سلامت اولیه: یک راهنمای بالینی/ تالیف گلوریا.جی مایر، مایکل ویلایر؛ ترجمه حمیدرضا محدث‌حکاک، علی محدث‌حکاک؛ ویراستار محسن شمس.
مشخصات نشر	: تهران: نشر مجسمه، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	: ۲۷۶ ص.: مصور، جدول، نمودار ؛ ۲۲ × ۲۹ س‌م.
شابک	: ۸ـ۶ـ۹۶۹۳۳ـ۶۰۰ـ۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی: فیپا	
یادداشت	: عنوان اصلی: Health literacy in primary care: a clinicians guide, c ۲۰۰۷
موضوع	: آموزش بهداشت
موضوع	: Health education
موضوع	: بیماران -- آموزش
موضوع	: Patient education
موضوع	: ارتباط در پزشکی
موضوع	: Communication in medicine
موضوع	: مراقبت‌های اولیه (پزشکی)
موضوع	: Primary care (Medicine)
شناسه افزوده	: ویلایر، مایکل
شناسه افزوده	: Villaire, Michael
شناسه افزوده	: محدث حکاک، حمیدرضا، ۱۳۵۷ -، مترجم
شناسه افزوده	: محدث حکاک، علی، ۱۳۶۲ - ، مترجم
شناسه افزوده	: شمس، محسن، ۱۳۴۹ -، ویراستار
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۶ ۹س۲۵م/RA۴۴۰/۵
رده بندی دیویی	: ۶۱۳/۰۷
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۷۹۳۲۲۷

نشر مجسمه

سواد سلامت در مراقبت‌های سلامت اولیه

یک راهنمای بالینی

نویسنده‌گان: گلوریا جی مایر، مایکل ویلایر

مترجمان: دکتر حمیدرضا محدث حکاک، علی محدث حکاک

ویراستار: دکتر محسن شمس

زیر نظر: دکتر علی‌اکبر سیاری، شهرام رفیعی‌فر

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش ارتقای سلامت

ناشر: مجسمه

نوبت چاپ: اول ـ ۱۳۹۶

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

صفحه آرایی: آرش رحیم‌طایفه

چاپ: طرفه

شابک: ۸-۶-۹۶۹۳۳-۶۰۰-۹۷۸

نشانی: تهران - خ انقلاب - خ دوازده فروردین - خ نظری غربی - شماره ۹۹ - واحد ۱۰

تلفن: ۵۱ ۲۷ ۹۷ ۶۶ فکس: ۵۰ ۲۷ ۹۷ ۶۶

پخش: ۸۵ ۰۹ ۵۶ ۶۶

درباره نویسندگان

دکتر گلوریا جی مایر رییس و مدیر ارشد اجرایی موسسه توسعه مراقبت‌های سلامت (IHA: Institute for Healthcare Advancement) است. این موسسه یک سازمان غیرانتفاعی است که ماموریت آن "توانمندسازی مردم برای سالم‌تر بودن" است. IHA یک موسسه پیشرو در سواد سلامت است که مطالب آموزشی مورد نیاز را برای افراد دارای مهارت‌های محدود در خواندن اطلاعات سلامت، با هدف آماده نمودن افراد، تولید می‌کند.

دکتر مایر به‌طور شفاهی و کتبی در زمینه تعدادی از موضوعات بالینی و مدیریتی مفصل بحث کرده است. آخرین آثار مکتوب او شامل سه کتاب از پنج کتاب مجموعه کتاب‌های "برای سلامت چه می‌کنید؟" است که عبارتند از: "وقتی فرزندتان مریض می‌شود چه می‌کنید؟" (۲۰۰۰)، "برای سلامت نوجوانان چه می‌کنید؟" (۲۰۰۰)، و "هنگامی‌که شما یک بچه داشته باشید چه می‌کنید؟" (۲۰۰۱). این مجموعه کتاب‌ها، در سطح سوم تا پنجم سطوح خواندن، نوشته شده‌اند به‌طوری که ۹۰ میلیون آمریکایی بزرگسال که نمی‌توانند کتاب‌های بالاتر از سطح پنجم را بخوانند، بتوانند به این اطلاعات بهداشتی بسیار ضروری دسترسی داشته باشند.

دکتر مایر مدرک لیسانس خود را از دانشگاه میامی، فوق لیسانس را از دانشگاه مریلند و مدرک کارشناسی ارشد و دکترای خود را در زمینه آموزش، از دانشگاه کلمبیا در شهر نیویورک دریافت کرده است. دکتر مایر در سطح ملی در زمینه سواد سلامت و دیگر موضوعات مراقبت‌های سلامت به مردم کشور خود مشاوره می‌دهد.

مایکل ویلایر فوق لیسانس مدیریت و رهبری، مدیر برنامه‌ها و مدیر عملیاتی IHA است. او دارای بیست سال سابقه ویراستاری مطالب منتشر شده در زمینه مراقبت‌های سلامت است که شامل کار بر روی مجلات علمی پژوهشی در زمینه پرستاری، نشریات بیمارستانی، مجله‌های اخبار پزشکی و یک پورتال آنلاین آزمایشی مراقبت‌های سلامت است. وی به طراحی مجدد و انتشار چند مجله پرستاری و پزشکی کمک کرده است و همچنین توسعه یک برنامه مداخله گرانه و چند رسانه‌ای در زمینه مراقبت‌های ویژه را نیز مدیریت کرده است. آقای ویلایر در طراحی و راه‌اندازی سمپوزیوم‌های پزشکی، شامل یک کنفرانس سالیانه در زمینه پزشکی مدرن و تکمیلی و همچنین در موقعیت و جایگاه فعلی خودش، کنفرانس سالیانه سواد سلامت IHA نقشی کلیدی دارد. او مقالات متعددی از جنبه‌های گوناگون سواد سلامت نوشته است و درباره این‌که چگونه مطالبی را درباره آموزش سلامت برای مخاطبان کم سواد، طراحی و چاپ کنیم سخنرانی و تدریس می‌کند. آقای ویلایر مدرک کارشناسی خود را در رشته زبان انگلیسی و در رشته ارتباط از دانشگاه میشیگان غربی در شهر کالامازو دریافت کرده است. او مدرک کارشناسی ارشد در مدیریت و رهبری از دانشگاه لاورن کالیفرنیا را نیز دارد.

فهرست مطالب

مقدمه مولفان
فصل اول: درک سواد سلامت
فصل دوم: ایجاد یک محیط دوستدار بیمار
فصل سوم: ارزیابی سطح سواد بیماران
فصل چهارم: درک و اجتناب از خطاهای پزشکی
فصل پنجم: دخالت دادن فرهنگ در فرآیند مراقبت
فصل ششم: بهبود ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات
فصل هفتم: طراحی مواد آموزشی که خواندن آن‌ها برای بیمار آسان است
فصل هشتم: اصول نوشتن برای افراد کم سواد
فصل نهم: استفاده از اشکال جایگزین در ارتباط با بیمار
فصل دهم: مترجمان شفاهی و نقش آن‌ها در موقعیت ارایه خدمات سلامت
سخن پایانی
فهرست واژگان

مقدمه مولفان

پیدایش ســواد سلامت به عنوان یک موضوع درمانی، نباید برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت حوزه مراقبت‌های سلامت، چیز عجیبی باشد. بیمارانی با مهارت‌های سواد پایین، همیشه بخشی از حرفه آن‌ها بوده‌اند. با این وجود، درک سواد سلامت پایین و شناسایی افرادی که تحت تاثیر آن قرار گرفته‌اند، جهت ارتقای راهبردهای صریح و مستقیم و غلبه بر این مشکل، با یک چالش مداوم رو به رو بوده است. کتاب "ســواد ســلامت در مراقبت های اولیه سلامت: یک راهنمای بالینی" نقطه شروع خوبی را برای پاسخ به چنین چالشی فراهم می کند. با نوشتن مطالبی برای کارکنان حوزه مراقبت های اولیه، این متن یک دیدگاه عمیق را در باره موضوع سواد سلامت، شامل تعاریف سواد سلامت پایین، مروری بر تحقیقات بسیار رایج و تلاش برای مشخص کردن کمیت مساله فراهم می کند.

نویسندگان به شکل نظام‌مندی، به جنبه‌های متعددی از تلاقی حرفه پزشکی و سواد سلامت می‌پردازند، از ایجاد یک محیط دوستدار بیمار در مطب و بیمارستان تا ارزیابی سواد سلامت؛ از فهمیدن و اجتناب کردن از خطاهای پزشکی تا پرداختن به وجه مشترک میان فرهنگ و سواد سلامت؛ از بهبود ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات تا نوشتن و طراحی مطالب آموزشی موثر برای بیماران؛ از جستجوی اَشکال جدید ارتباط با بیماران تا دخیل کردن استفاده از مترجمان شفاهی و کتبی زبان خارجی در برخوردهای بالینی.

با نگاه وســیع این کتاب به موضوعات مرتبط با ســواد، نیازی نیست که "سواد ســلامت در مراقبت‌های اولیه سلامت" به‌طور متوالی از فصل ۱ تا فصل ۱۰ خوانده شود، خوانندگان تشویق شده‌اند تا محل‌های ورود و استفاده از کتاب را پیدا کنند. به عنوان مثال، آن دسته از خوانندگانی که به طراحی مطالب آموزشــی که درک آن‌ها برای بیماران آســان اســت، علاقه دارند، ممکن است بخواهند دقیقا سراغ فصل‌های ۷ و ۸ و ۹ بروند که برای ساده کردن و پیشبرد این وظیفه مهم طراحی شده‌اند. افرادی که به تقویت مهارت‌های ارتباطی‌شان علاقه دارند، باید ابتدا نگاهی به فصل ۱ و ۶ بیاندازند که بر بهینه‌ســازی شــفافیت ارتباط ارایه‌دهنده خدمات و بیمار متمرکز اســت. آن‌هایی که به تعدادی از بیماران غیرانگلیسی زبان، خدمات ارایه می‌دهند، ممکن است بخواهند با فصل ۱۰ شروع کنند که به چالشِ پیدا کردن و ارزیابی مترجمان شفاهی واجدِ شرایط می‌پردازد و بر نقش آن‌ها در فراهم کردن مراقبت موثر برای بیماران در همه سطوح سواد، تاکید می‌کند.

سواد سلامت پایین، هم از نظر مالی و هم از نظر رنجی که انسان می‌برد، یک مساله پر هزینه است. اگر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت سعی کنند خود را در این زمینه به سواد و اطلاعات مجهز کنند، می‌توانند نقش مهمی در کاهش اثرات سواد سلامت پایین ایفا کنند. با انجام این کار، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند به‌طور موثرتری بر روی این بخش از جمعیت کار کنند و مراقبت‌های سلامت را که این دسته از بیماران دریافت می‌کنند، بهبود بخشند. سواد سلامت پایین، مساله‌ای فراگیرتر از آن چیزی است که برخی از مردم فکر می‌کنند؛ عواقب این بی‌اطلاعی و ناآگاهی از طرف دست‌اندرکاران درمان و نیز بیماران، می‌تواند زیان‌بار باشد.

کتاب "سواد سلامت در مراقبت‌های اولیه سلامت: یک راهنمای بالینی" یک منبع با ارزش است که آگاهی نسبت به مساله سواد سلامت را بالا می‌برد و ابزارهایی عملی برای کار کردن با بیماران جهت از بین بردن خجالت آن‌ها را فراهم می‌کند، درک آن‌ها را افزایش می‌دهد و در نهایت رشته اعتماد میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات را تحکیم می‌بخشد. این اهداف، اساس یک همکاری موثر درمانی است.

نویسندگان این متن از اعضای موسسه توسعه مراقبت‌های سلامت (IHA: Institute for Healthcare Advancement) هستند که یک سازمان غیرانتفاعی مراقبت‌های سلامت بوده و رسالت آن، توانمند ساختن مردم برای داشتن سلامت بهتر است. سواد سلامت مساله‌ای اســت که تمرکز اولیه IHA از ســال ۱۹۹۹ بر روی آن بوده اســت. این کتاب فراهم کننده تلاشی بیشتر برای افزایش درک این پدیده فراگیر است و بر روی حل مساله سواد سلامت پایین، کار می‌کند. آگاهی و راهبردهای موثر در کاهش تاثیر سواد سلامت پایین بر روی

بیماران نقشی کلیدی دارند، حتی اگر این مساله مزمن، به عنوان بخشی از کار درمان تا سال‌های زیاد و حتی در آینده، باقی بماند. اگرچه این کتاب با ارزش است، اما تنها یکی از ابزارهای فراوانی است که یک ارایه‌دهنده خدمات سلامت، در اختیار دارد. منابع بیشتر در سراسر متن این کتاب، فهرست شده و خوانندگان تشویق شده‌اند تا تحقیقات بیشتری داشته باشند. برای کمک به افزایش آگاهی و فراهم کردن مطالب آسان خوانی که بسیاری از بیماران به آن نیاز مبرم دارند، موسسه توسعه مراقبت های سلامت، یک کنفرانس سالیانه سواد سلامت برگزار می‌کند و کتاب‌های خودآموزی را برای بیماران و نیز ارایه‌دهندگان خدمات منتشر می‌کند. مجموعه کتاب‌های "برای سلامت چه می‌کنید" که در سطح کلاس سوم تا چهارم نوشته شده‌اند، استفاده و درک این کتاب‌ها را برای نزدیک به ۹۰ میلیون بزرگسال که فاقد مهارت‌های کاربردی مورد نیاز سواد برای بهره‌گیری از نظام مراقبت‌های سلامت آمریکا هستند، آسان می‌کند. شما می‌توانید از وب‌سایت موسسه توسعه مراقبت‌های سلامت دیدن کنید تا مطالب بیشتری را درباره این ابزارها و دیگر ابزارها بیاموزید (http://www.iha4health.org)

گلوریا جی مایر

مایکل ویلایر

پیشگفتاری از دکتر بارنتو

در سال‌های نه چندان دور، زبان علم پزشکی، لاتین بود. به یاد دارم در دوران کودکی، به کتب قطور و قدیمی پزشکی پدرم نگاه می‌کردم و می‌دیدم که همه بیماری‌ها به زبان لاتین شرح داده شده‌اند. من خودم را با چهارسال زبان لاتین خواندن در دبیرستان، برای دانشکده پزشکی آماده کردم، با این اطمینان که این راهبرد مرا قادر سازد تا بتوانم با همتایان پزشک خود ارتباط برقرار کنم. در آن روزگار افراد کمی در بین ما بودند که به برقراری ارتباط با بیماران فکر کنند. واژه‌های لاتین و بقیه اصطلاحات پزشکی، زبان تخصصی ما بود. گویا این واژه‌ها صرفا طراحی شده بود تا بیماران را گیج کنند. از "بیماران خوب" انتظار نمی‌رفت و یا به آن‌ها توصیه نمی‌شد تا درباره ارزیابی پزشک و یا معالجه پیشنهاد شده سوال کنند. یکی از استادان دانشکده پزشکی که بیشتر از همه او را به خاطر دارم، چندین‌بار این مساله را برای ما بیان کرد که: "پزشک خوب فقط نیاز به تشخیص صحیح و معالجه مناسب دارد". با بیماران مانند بچه‌های کوچک رفتار می‌شد و تنها نقش بیمار در مراقبت‌های سلامت، یک مفعول غیرمعترض نسبت به عملکرد پزشکان بود. فقدان سواد سلامت در عموم مردم، نه تنها یک مشکل محسوب نمی‌شد، بلکه وضعیتی دلخواه و مطلوب بود.

امروزه، این وضعیت کاملا تغییر کرده است. تنها بقایایی از زبان لاتین هستند که هنوز هم در برخی از فهرست اصطلاحات بیماری‌ها و یادداشت‌های نسخه نویسی همچنان وجود دارند. اما به نظر می‌رسد که سواد سلامت پایین، اکنون حتی بغرنج‌تر از روزهای پزشکی لاتین باشد. یکی از دلایل آن این است که اغلب درمان‌های غیرموثر و ناکافی دهه‌های گذشته، کنار گذاشته شده‌اند. درمان‌ها و رویه‌های امروزی که موثرتر از گذشته هستند، در عین حال پیچیده‌تر و در بسیاری روش‌ها، خطرناک‌تر نیز هستند.

جهت پیشگیری از بیماری‌ها و تلاش برای غربالگری مسایل پزشکی، گام‌های مهمی برداشته شده است، اما این موضوع به همکاری و پذیرش بیماران در سطح گسترده نیز نیاز دارد. اهمیت رژیم غذایی و سبک زندگی در تندرستی بیماران، کاملا اثبات شده است. بیماران اکنون لازم است که در مراقبت‌های سلامت خودشان شرکت داشته باشند تا بتوانند فواید درمان‌های مدرن را به حداکثر سطح خود برسانند. مهارت‌های ضعیف سواد سلامت، بیماران را در نظام مراقبت‌های سلامت امروزه، در یک وضعیت نامساعد قرار می‌دهد. همچنین مهارت‌های ارتباطی ضعیف از طرف ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، تا اندازه زیادی انتخاب‌های درمان موفق را کاهش می‌دهد و حتی ممکن است آن‌ها را حذف کند.

امروزه برای سواد سلامت، ارتباط و تناسب بیشتری را با مسایل پزشکی قایل شده‌اند، زیرا بیمار هزینه‌های بیشتری را نسبت به یک نهاد حقوقی متحمل می‌شود. بیماران چگونه می‌توانند مدیریت درمانی مناسب مشکل خود را از بین وب‌سایت‌ها و آگهی‌های بی‌شمار تلویزیونی، انتخاب کنند؟ بیماران چگونه می‌توانند اولویت‌ها و تفاوت‌های جزیی مشکلات سلامت خود را درک کنند؟ برای حفظ ارزش موثر هزینه‌هایی که برای سلامت خود صرف می‌کنند، چه اقداماتی می‌توانند انجام دهند؟ چگونه می‌توانند از استفاده افراطی غیرضروری و اغلب خطرناک منابع مراقبت‌های سلامت، اجتناب کنند؟ چه زمانی تقاضای پزشک می‌کنند؟ چه زمانی این کار اضطراری است؟

افراد با سواد سلامت پایین، یک وظیفه سخت در پاسخگویی به این نوع سوالات دارند، هنگامی‌که تلاش می‌کنند تا مسئولیت سلامت خود و خانواده‌شان را برعهده گیرند. امکانات به اصطلاح دیجیتال، فقط باعث بدتر شدن مشکل می‌شوند، زیرا سطح قابل توجهی از سواد استفاده از اینترنت به منظور کسب اطلاعات، لازم است. از آنجا که زمین بازی سواد، بسیار ناهموار است، برای ما به عنوان افراد یک جامعه، رسیدن به یک باور واقعی نسبت به مسئولیت فردی مشکل است.

تحقیقات زیادی بر روی روش‌های کاهش ضررهای بالقوه و بالفعلی که ممکن است به افرادی با سواد سلامت پایین وارد شود، انجام

شده است. کارکنان توانمند و متعهد در سراسر کشور، گام‌های مفید و ارزنده‌ای را در پرداختن به این مساله برداشته‌اند. در کتاب "سواد سلامت در مراقبت‌های اولیه سلامت: یک راهنمای بالینی" گلوریا مایر و مایکل ویلایر همه موضوعات مهم در زمینه سواد سلامت از دیدگاه بیماران و نیز چالش‌هایی را که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت با آن‌ها مواجه می‌شوند، گردآوری کرده‌اند. متن این کتاب شامل چکیده برخی از این روش‌های خاص است که در ارتباط برقرار کردن با بیماران کم سواد، موثر نشان داده شده‌اند. دکتر مایر از تجربه زیاد خود در زمینه سواد و تدریس فنون برای خلق یک مقدمه جالب توجه و مناسب در فصل‌های آغازین کتاب استفاده کرده است. سپس نویسندگان به تعریف واضح و مختصر موضوعات مختلف ادامه می‌دهند و همچنین راه‌هایی را برای رسیدگی موثر به بیمارانی با مهارت‌های سوادی ضعیف ارایه می‌دهند.

ممکن است فردی سوال کند که آیا این کتاب مربوط به یک رشته تحصیلی است که وجود ندارد. از یک جهت این درست است. ما هیچ رشته دانشگاهی را نمی‌شناسیم که در دانشگاه‌های آمریکا مخصوص سواد سلامت باشد. دانشکده‌های بهداشت عمومی در میان موضوعات دیگر، به موضوعات محیطی، امنیت، آب و غذای تمیز می‌پردازند. به خاطر گستردگی پایه دانش ما، دوره‌های تحصیلی دانشکده‌های پزشکی و بهداشت قبلا با رشته‌های مهمی پر شده‌اند. اما همان‌طور که نویسندگان در فصل ۱ بسیار ماهرانه عنوان کردند، سواد سلامت هم از لحاظ اقتصادی و هم از لحاظ رنجی که انسان متحمل می‌شود یک موضوع بسیار گسترده و پر هزینه است. شاید آن روز خیلی دور نباشد که سواد سلامت به عنوان مساله‌ای شناخته شود که ارزش وارد شدن در تحصیلات رسمی دانشگاهی را دارد.

دکتر آلبرت ای. بارنتو

رییس و مدیر عامل موسسه توسعه مراقبت‌های سلامت

استاد بالینی، بهداشت عمومی و پزشکی پیشگیری

دانشکده پزشکی دانشگاه لوما لیندا

فصل اول

درک سواد سلامت

تصور کنید شـما یک آمریکایی هسـتید که فقط زبان انگلیسـی می‌دانید و در جایی بسـیار دور از وطن هسـتید. ممکن است شما در سـاحل غربی **کارناتاکا** باشـید، در یک منطقه روستایی وسیع با چند مایل فاصله از شهر مانگالور هندوستان، جایی‌که زبان‌های محلی بسیار استفاده می‌شود اما استفاده از زبان انگلیسی نادر است. در حالی‌که بیرون یک رستوران کوچک روستایی نشسته‌اید و به قسمتی از دریای عرب[1] نگاه می‌کنید، ناگهان احسـاس ناراحتی معده به شـما دسـت می‌دهد. نگاهی به اطراف می‌اندازید، شـما چندین مکان نگهداری ضایعات فلزی، چند حیوان بارکش و تنها یک تابلوی راهنما را می‌بینید که آن هم به زبانی نوشـته شـده که نمی‌توانید آن را بخوانید.

سـپس متوجه می‌شـوید که فرهنگ لغات خود را در هتل جا گذاشته‌اید و وحشـت می‌کنید؛ الان دیر وقت است و بیمارستانی در این نزدیکی وجود ندارد. شکم‌تان را می‌گیرید و آرزو می‌کنید که ای کاش بالا می‌آوردید! ممکن است به خاطر غذاهای محلی است که امروز صبح خورده‌اید، یا شـاید به علت واکنش به قرص‌های هضم کننده‌ای اسـت که داروسـاز هنگامی که در بنگلور بودید به شما پیشنهاد کرده بود. زانوهای‌تان ضعف دارد، سـرتان گیج می‌رود، از جایتان بلند می‌شـوید، به دیوار مجاورتان تکیه می‌زنید و امیدوارید بتوانید به کسی توضیح دهید که شما به مراقبت‌های پزشکی فوری نیاز دارید.

اما هیچ امیدی نیسـت. اگرچه در روسـتا همهمه و سر و صدای کار و فعالیت زیاد است اما اغلب ساکنان آن بدوی هستند و نمی‌توانند حتی یک کلمه انگلیسـی صحبت کنند. ممکن اسـت بتوانید ناراحتی‌تان را به وسـیله حرکات دست نشان دهید. متاسفانه افراد محلی فقط به شما خیره می‌شوند در حالی‌که گیج شده‌اند یا لبخند می‌زنند و سر تکان می‌دهند: لباس‌ها و فرهنگ شما برای آن‌ها ناآشناست. اگر در بیمارسـتان بودید چه کار می‌کردید؟ چگونه وضعیت ناگوارتان را به پرسنل درمانی توضیح می‌دادید؟. فرض کنید خوش شانس بودید و خودتان را برای دریافت دارو به یک داروخانه محلی می‌رسـاندید، حالا اگر دسـتورالعمل روی جعبه تماما به زبان محلی نوشته شده بود چه می‌کردید؟ ممکن بود شما یک مترجم (شفاهی یا کتبی) در اختیار داشته باشید، آیا آنچه را که به شما گفته می‌شد متوجه می‌شدید؟ سوالاتی از این قبیل که از ذهن شما می‌گذرد شما را ناخوش‌تر می‌کند. ناامید کننده به نظر می‌رسد، این‌طور نیست؟ تصور کنید در حالی‌که بیمار هسـتید احساس گم شـدگی و انزوای مطلق می‌کنید. تصور کنید هنگامی‌که ناامیدانه به دنبال کمک هستید، سـر در گم شـده‌اید و محیط اطراف‌تان برای شما بیگانه است. تصور کنید که دستورات پزشکی‌ای دریافت می‌کنید که اصلا نمی‌توانید از آن‌ها پیروی کنید، مهم هم نیسـت که چقدر می‌خواهید تلاش کنید، شـما نخواهید توانست آن را انجام دهید. تصور کنید نمی‌دانید که چه کاری باید بعدا انجام دهید.

متاسـفانه، برای بیش از ۹۰ میلیون آمریکایی تصور این واقعه عجیب و غریب، مشـکل نیسـت. این به خاطر آن نیست که این دسته از آمریکایی‌ها نمی‌توانند به زبان بومی کشورشان صحبت کنند (که البته برخی از آن‌ها نمی‌توانند)، به این علت هم نیست که آن‌ها لزوما جهانگرد هستند، حتی به خاطر این نیست که همه ۹۰ میلیون آمریکایی می‌دانند که مریض شدن در یک مکان عمومی چگونه است. نه، دلیل این که چندین میلیون آمریکایی می‌توانند با این جهانگرد که در "کارناتاکا" دچار حالت تهوع شده، ابراز همدردی کنند این است که آن‌ها با سواد پایین دست و پنجه نرم می‌کنند. و اکثریت عمده این افراد و شاید همه آن‌ها، سواد سلامت پایینی نیز دارند.

اما، سـواد سـلامت پایین درباره این نیست که شما به چه زبانی صحبت می‌کنید یا چقدر تحصیلات دارید. این مساله به مهاجران، فقرا و یا افراد مسن محدود نمی‌شود، اگرچه هر یک از این گروه‌ها بدون هیچ تناسب و رابطه معناداری، تحت تاثیر آن قرار می‌گیرند. شاید این مهم‌ترین چیزی باشد که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به هیچ وجه نتوانند آن را نادیده بگیرند. سواد سلامت درباره دسترسی به مراقبت‌های سـلامت است. سواد سـلامت مخصوص افرادی است که توانایی استفاده از سیستم مراقبت‌های سلامت در دسترس‌شان را دارند، به شـیوه‌ای که مناسـب شرایط آن‌هاست. سواد سلامت درباره قدرت و ارتباط اثربخش میان بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات است. در حقیقت، درباره همین طبیعت ارتباط میان بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت خود اسـت. سواد سلامت پایین همیشه در اطراف ماست ـ در هر مرکز درمانی، در هر جامعه، در هر کشور و در هر ایالت.

---

[1] منظور از دریای عرب (Arabian Sea)، بخشی از اقیانوس هند است که قبل از دریای عمان قرار دارد.

اما چگونه تجربه‌های هر روزه افراد با سواد سلامت پایین، به شرایط ناامیدکننده جهانگرد بیمار در کارناتاکا شباهت دارد: آن‌هایی که مهارت‌های سواد سلامت کمی دارند، هنگامی‌که با اطلاعات مرتبط با سلامت برخورد می‌کنند که به زبانی بیان شده‌اند که آن‌ها نمی‌توانند ترجمه موثری داشته باشند، به‌طور مشابه احساس منزوی شدن و تنها شدن را دارند. هنگامی‌که آن‌ها با برچسب‌های دستوالعمل داروها سر و کار دارند احساس سردرگمی و درماندگی می‌کنند. همچنین هنگامی‌که تلاش می‌کنند تا بفهمند ارایه‌دهندگان خدمات سلامت چه چیزی به آن‌ها گفته‌اند، این احساس سر درگمی و درماندگی با آنان همراه خواهد بود، زیرا بسیاری از آنان از اصطلاحاتی کاملا تخصصی استفاده می‌کنند و به ندرت از این مساله مطمئن می‌شوند که بیماران خود بتوانند پیام آن‌ها را درک کنند. افراد با سواد سلامت پایین، اغلب نمی‌توانند از مطالب انبوه نوشته شده درباره سلامت که به آن‌ها داده می‌شود، استفاده کنند به خاطر این‌که از مهارت‌های سواد سلامت لازم برای استخراج مطالب مورد نیاز و استفاده از آن‌ها برخوردار نیستند، درست همان‌طور که فردی که منحصرا به زبان انگلیسی صحبت می‌کند، از دستورالعمل‌های پزشکی که تماما به زبان محلی نوشته شده است، خیلی کم استفاده می‌کند.

تعریف سواد سلامت

به نظر می‌رسد که تا به حال ما اصطلاحات سواد و سواد سلامت را به جای یکدیگر استفاده کرده‌ایم. یک هم‌پوشانی و وجه مشترک قابل ملاحظه‌ای بین این دو مفهوم وجود دارد، بنابراین، این رویه‌ای کاملا عادی حتی در نوشته‌های پزشکی است. ممکن است شما به این مطلب توجه کرده باشید که این دو اصطلاح در سراسر فصول این کتاب، به جای یکدیگر به‌کار رفته‌اند. با این وجود، تفاوت‌های مهمی میان این دو اصطلاح وجود دارد. سواد، به توانایی خواندن و نوشتن و درک زبان بومی فرد، هم در اشکال شفاهی و هم در اشکال کتبی آن مربوط می‌شود. پس، سواد سلامت چیست؟ آیا می‌توانیم آن را از دیگر انواع سواد از قبیل سواد کامپیوتری یا سواد رسانه‌ای که مستلزم مهارت‌هایی در زمینه‌های خاص و برخی اوقات فنی هستند، متمایز کنیم؟

بله ما می‌توانیم چنین تمایزی را قایل شویم، اما سواد سلامت با دیگر انواع سواد خیلی متفاوت نیست؛ سواد سلامت به این اشاره دارد که یک فرد چقدر می‌تواند گستره وسیعی از مهارت‌های سوادی خود را در حوزه مراقبت‌های سلامت به‌کار ببرد. به عنوان مثال، سواد کاربردی رسانه ممکن است به درک شیوه‌ای نیاز داشته باشد که موسیقی و جلوه‌های ویژه حالت "درام" را در یک فیلم سینمایی و یا برنامه تلویزیونی افزایش می‌دهد. در مقابل، مهارت‌های سوادی کامپیوتر ممکن است به آشنایی با سی دی رام‌ها، برنامه‌های پردازشگر کلمات و جزییات کامل اینترنت نیاز داشته باشد.

زمینه و بافت مناسب برای سواد سلامت، مراقبت‌های سلامت است. اگر شما در درک اصطلاحاتی که پزشک‌تان در مطب استفاده می‌کند مشکل داشته باشید، لزوما به این خاطر نیست که شما سواد پایینی دارید: احتمالا شما فقط به یک سطح سواد سلامت کافی نرسیده‌اید تا بتوانید اصطلاحات خاصی را که می‌شنوید به انگلیسی استاندارد ترجمه کنید، به‌طوری که برای شما قابل فهم باشد. همچنین اگر عبارات اختصاری بر روی یک نمودار یا دستورالعمل یک جعبه شما را به اشتباه بیندازد، ممکن است به علت سواد سلامت پایین شما باشد نه مهارت‌های سواد عمومی‌تان. به عبارت دیگر حتی اگر شما یک خواننده عالی هم باشید اوقات سختی را در درک متن‌هایی دارید که به مفهوم خاصی مانند سلامت، بیماری و یا وضعیت سلامت می‌پردازند.

یک مثال می‌تواند به روشن کردن این موضوع کمک کند. مطلب زیر، اعترافی تعجب برانگیز از طرف گلوریا مایر (پرستار رسمی، دکترای آموزش) رییس و مدیر ارشد اجرایی موسسه توسعه مراقبت‌های سلامت (IHA) است. وی یکی از نویسندگان کتابی است که در حال مطالعه آن هستید:

من یک پرستار با مدرک تحصیلی بالا هستم که در یک کالج تحصیل کرده‌ام. اما، در زمینه سواد سلامت، من یک بیسواد هستم. چطور چنین چیزی ممکن است؟ خب، تشخیص داده شده است که من مبتلا به یک بیماری خودایمنی هستم که این بیماری به چند بیماری

دیگر گسترش پیدا کرده، یکی از آن‌ها لنفوم[۲] است که ممکن است کشنده باشد. اما علی‌رغم سابقه من در زمینه مراقبت‌های سلامت و توانایی‌ام در درک واژگان نوشته شده در سطوح تحصیلی بسیار بالا و بسیاری از منابعی که در دسترسی فوری من قرار دارد، باز هم همه آنچه را که لازم است درباره وضعیت بیماری‌ام بدانم، درک نمی‌کنم (مایر،۲۰۰۳، صفحه ۲).

واضح است که بر اساس توضیحات بالا، سواد سلامت شامل چیزی بیش از توانایی یک فرد برای خواندن متن‌ها است. سواد عمومی هم مانند سواد سلامت، شامل چیزی بیش از توانایی یک فرد برای خواندن متن‌ها می‌شود، ما بر تعریف سواد که توسط قانون سواد ملی در سال ۱۹۹۱ ارایه شده است تکیه می‌کنیم: "توانایی یک فرد برای خواندن، نوشتن و صحبت کردن به زبان انگلیسی، و محاسبه و حل مسائل (بر این قسمت تاکید شده است) در سطوحی از مهارت مورد نیاز برای کار بر روی شغل و در جامعه، برای رسیدن به اهداف فرد و ارتقای دانش و استعداد فرد" (موسسه ملی سواد،۱۹۹۱). بر اساس این تعریف، سواد که دربرگیرنده چیزی بیش از صرفا خواندن و محاسبه اعداد یا تبحر در مهارت‌های ریاضی مورد نیاز در زندگی روزمره است، به همان اندازه برای سواد کاربردی مهم است. سواد کاربردی به عنوان سطح مورد نیازی از سواد برای انجام وظایف خاص تعریف شده است (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۴، صفحه ۳۷).

از این لحاظ، سواد در واقع کاملا شبیه به سواد سلامت است. در مجموع، تمام مهارت‌های لازم برای بهره‌گیری از نظام مراقبت‌های سلامت، ضرورتا مهارت‌های کاربردی هستند، یعنی آن‌ها هدف ویژه‌ای را محقق می‌کنند، در حالی‌که اجازه می‌دهند بیماران آن‌ها را در زندگی روزمره‌شان به‌کار ببرند. برای پیروی از دستورات نوشته شده بر روی جعبه‌های دارویی، محاسبات ساده ریاضی لازم است، برای مثال، محاسبه زمان‌ها بر اساس دستورالعمل‌ها، کار آسانی است. اگر از شما خواسته شود که قرصی را هر ۴ تا ۶ ساعت یک‌بار بخورید و الان ساعت ۱۰ صبح باشد، شما باید بتوانید حساب کنید که وعده بعدی داروی‌تان، بین ساعت ۲ بعدازظهر تا ۴ بعدازظهر است. همه ما از ابتدا نمی‌دانیم که چگونه باید از یک ساعت استفاده کنیم؛ اما بالاخره یک روز همه باید یاد بگیریم که چگونه از آن استفاده کنیم. آنچه که سواد را از سواد سلامت متمایز می‌کند موقعیت یا زمینه است، همان‌طوری‌که دکتر باری دی ویس شرح می‌دهد:"سواد سلامت با سواد عمومی متفاوت است. سواد عمومی به توانایی اساسی برای خواندن، نوشتن و محاسبه، بدون توجه به موقعیتی که خواندن و نوشتن در آن اتفاق می‌افتد اشاره دارد" (ویس،۲۰۰۵،صفحه ۱۷). طبق تعریف انجمن پزشکی آمریکا (AMA) سواد سلامت به "یک صورت فلکی از مهارت‌ها شامل توانایی انجام وظایف اساسی خواندن و محاسبات کمی مورد نیاز برای فعالیت در محیط مراقبت‌های سلامت" نیاز دارد (کمیته ویژه،۱۹۹۹). کلمه صورت فلکی در این تعریف مناسب است. اگرچه این توانایی‌ها به نظر می‌رسد که پراکنده و مستقل از یکدیگر باشند، هنگامی‌که به‌طور مناسب در پشت سر هم قرار می‌گیرند، و آن زمانی است که بیمار می‌تواند این اطلاعات را با استفاده از مهارت‌های سواد ترجمه کند ـ آن‌ها تصویر بسیار بزرگتری را در کانون توجه می‌آورند. وقتی‌که ستاره‌ها پشت سر یکدیگر قرار می‌گیرند؛ بیمار ناگهان درک می‌کند.

سواد سلامت کاربردی، در طی مواجهه بیمار و مراقب، در طول حضور در یک داروخانه هنگامی که بیماران در حال خواندن برچسب یک داروی تجویزی برای اولین‌بار هستند، در خانه هنگامی‌که کتابی را باز می‌کنند تا درباره بیماری فرزندشان چیزی یاد بگیرند و در بسیاری از موقعیت‌های دیگر بسیار مهم است. این‌که ما فقط اطلاعات را درک کنیم کافی نیست، هرچند ما باید این‌کار را نیز انجام دهیم. به همین دلیل است که "مردم سالم ۲۰۱۰" و انستیتو پزشکی (IOM) سواد سلامت را این گونه تعریف می‌کنند: "درجه‌ای که افراد ظرفیت پردازش و درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز برای اتخاذ تصمیمات مناسب درباره سلامت را دارند" (Ratzan & Parker, ۲۰۰۰). ما باید از اطلاعاتی که با آن مواجه می‌شویم برای گرفتن تصمیماتی استفاده کنیم که بر سلامت و رفاه ما تاثیر می‌گذارند. در واقع یک فرد می‌تواند این بحث را عنوان کند که سودمندترین اطلاعات سلامت، در یک موقعیت رفتاری یا حل مساله، ارایه شده است (یعنی رویکرد how-to (چگونه...انجام می‌دهید؟)). کمیته سواد سلامت انستیتو پزشکی (IOM) این گونه عنوان می‌کند:

در حالی‌که حقایق عمومی درباره سرطان، تغذیه یا ارایه مراقبت، مفید است اما اگر اطلاعات سلامت در یک موقعیت و بافت حل مساله قرار داده نشود، اغلب بی‌فایده است. برای مثال، دستورالعمل‌های ارایه شده برای یک فرد دیابتی مسن درباره مراقبت از پا، موثرتر است

۲ Lymphoma

اگر اطلاعات در چارچوب "چگونه به مراقبت‌های مورد نیاز برسیم؟" ارایه شود. به بیان دیگر، دریافت پیام، به این معنی نیست که افراد به آن عمل خواهند کرد (انستیتو پزشکی (IOM) ۲۰۰۴، صفحات ۱۵- ۱۵۵).

پیمایش‌های سواد در ایالات متحده آمریکا: معرفی افراد متوسط آمریکا

بیشتر آنچه ما درباره سواد در ایلات متحده آمریکا می‌دانیم، مرهون **"پیمایش ملی سواد در بزرگسالان[۳]"** در سال ۱۹۹۲ و **"ارزیابی ملی سواد بزرگسالان[۴]"** در سال ۲۰۰۳ است که جدیدترین بررسی‌های ملی مهارت‌های سواد در میان بزرگسالان به شمار می‌روند. بررسی ملی سواد بزرگسالان در ۱۹۹۲ اختصاصا دانش مفاهیم مرتبط با سلامت را نمی‌سنجد، بلکه از ابزارهایی مانند REALM[۵] و TOFHLA[۶] که بعدا درباره آن بحث خواهیم کرد، استفاده شده است.

از آنجا که NALS یک مطالعه پیگیری برای NAAL در سال ۱۹۹۲ است، تعداد سوالات زمینه‌ای را درباره سلامت و وظایف مرتبط با سلامت به عنوان بخشی از مخزن سوالاتش افزایش می‌دهد، به‌طور قابل توجهی آگاهی بیشتری را نسبت به مطالعه قبل از خود، در زمینه ارتباط میان سلامت و سواد فراهم می‌کند. (Comings & Kirsch, ۲۰۰۵)

NALS و NAAL شرکت کنندگان را با وظایف روزمره رو به رو می‌کنند، وظایفی از قبیل تکمیل یک برگه سپرده‌گذاری بانکی، مشخص کردن بخشی از اطلاعات در یک مقاله خبری، مشخص کردن تفاوت قیمت میان دو قلم کالا، جستجوی یک تقاطع بر روی نقشه یک خیابان و دیگر وظایفی که شامل استفاده از اسناد و مدارک مکتوبی می‌شود که از نسبتا آسان تا پیچیده متغیراند. ۶۵ وظیفه از ۱۵۲ وظیفه در NAAL برگرفته از NALS برای سنجش تغییرات در سواد بود که بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ اتفاق افتاده بود (مرکز ملی آمارهای آموزشی،۲۰۰۵). محققانی که این بررسی‌ها را توسعه داده‌اند، با تصدیق این نکته که سواد عملی نیاز به طیف وسیعی از مهارت‌ها دارد، این بررسی‌ها را برای سنجش توانایی‌ها همراه با سه مقیاس سواد طراحی کرده‌اند: مهارت‌های نوشتاری[۷]، اسناد[۸]، مهارت‌های کمی[۹]. یک مقاله کوتاه روزنامه می‌تواند برای آزمودن مهارت‌های نوشتاری استفاده شود و اسناد شامل نمودارها و فرم‌هایی هستند که فرد شرکت کننده آن‌ها را می‌خواند و تفسیر می‌کند و مهارت‌های کمی، معمولا شامل محاسبات ریاضی می‌شوند.

اگرچه NALS در سال ۱۹۹۲، پاسخ دهندگان را به ۵ سطح مختلف (سطح یک، پایین‌ترین، همراه با اساسی‌ترین وظایف و کمترین سطح سواد، تا سطح ۵، بالاترین سطح، همراه با پیچیده‌ترین وظایف و بالاترین سطح سواد) طبقه‌بندی کرده است ولی NAAL در سال ۲۰۰۳ فقط چهار سطح را تعیین کرده است: سطح ماهر که نشان‌دهنده این است که پاسخ دهنده مهارت‌های لازم را برای انجام فعالیت‌های پیچیده و چالشی سواد دارا است؛ سطح متوسط به این معنی که فرد، مهارت‌های لازم را برای انجام فعالیت‌های چالشی خفیف دارد؛ سطح پایه نمایانگر پاسخ دهنده‌ای است که مهارت‌های لازم را برای انجام فعالیت‌های ساده و روزمره دارد؛ و سطح پایین‌تر از پایه که پایین‌ترین سطح است، به این معنی که فرد پاسخ دهنده مهارتی بیش از ساده‌ترین و عینی‌ترین مهارت‌های سواد را ندارد. این چهار سطح بر اساس توصیه‌های کمیته‌ای از «شورای تحقیق ملی درباره آزمودن و ارزیابی کردن» (BOTA) است. شرح کاملی از روش شناسی BOTA در تعیین چهار سطح برای NAAL در سال ۲۰۰۳ در وب‌سایت زیر موجود است:

http://books.nap.edu/catalog/۱۱۲۶۷.html

NALS در سال ۱۹۹۲ تقریبا ۱۳۶۰۰ فرد ۱۶ سال و بالاتر را مورد بررسی قرار داد به اضافه ۱۰۰۰ فرد بزرگسال در هر یک از ۱۲ ایالت، برای این که بتواند نتایج در سطح ایالت را با داده‌های کشوری قابل مقایسه کند. جمعا بیش از ۲۶۰۰۰

---

۳ National Adult Literacy Survey (NALS)
٤ National Assessment of Adult Literacy (NAAL)
٥ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
٦ Test of Adult Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
۷ Prose Skills
۸ Documents
۹ Quantitative Skills

فرد بزرگسال، مورد بررسی قرار گرفتند و از هر شرکت کننده خواسته شد که حدود یک ساعت برای پاسخ به مجموعه‌ای از تکالیف و سوالات درباره ویژگی‌های دموگرافیک، تحصیلات، تمرین‌های خواندن و دیگر موضوعات مرتبط با سواد، وقت بگذارد. (Kirsch, Jungeblut Jenkins, & Kolstad, ۱۹۹۳, p. xv)

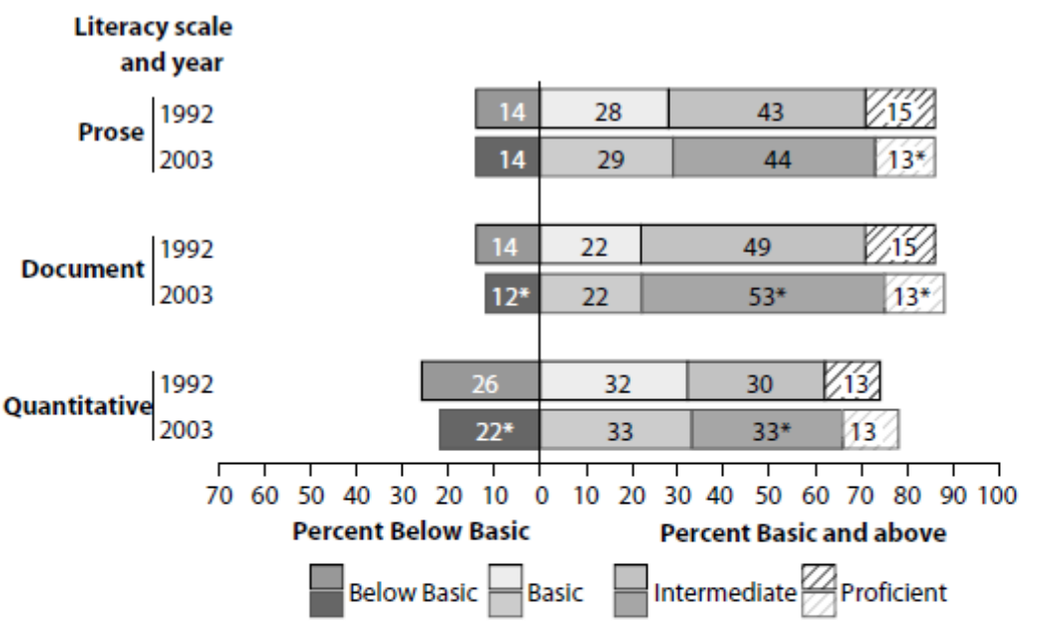
NAAL که جدیدتر است، بیش از ۱۹۰۰۰ بزرگسال ۱۶ ساله یا بالاتر را مورد بررسی قرار داده است که از این تعداد، تقریبا ۱۸۰۰۰ نفرشان در خانه و بیش از ۱۰۰۰ نفر آن‌ها در زندان زندگی می‌کردند، این بررسی ارایه‌دهنده یک نمونه معتبر آماری بر اساس آمارهای اداره آمار آمریکا و اداره آمار قضایی (دادگستری) در سال ۲۰۰۳، درباره کل جمعیت ۲۲۲ میلیون نفری ایالات متحده هستند. (White & Dillow, ۲۰۰۵)

شکل ۱-۱ نشان‌دهنده درصد فراوانی بزرگسالان در هر سطح سواد در سال ۱۹۹۲ و ۲۰۰۳ است. از میان پاسخ دهندگان بزرگسال در بررسی NAAL در سال ۲۰۰۳، در سواد نوشتاری ۱۴ درصد، در سواد سندی ۱۲٪ و در سواد کمی ۲۲ درصد در رده پایین‌تر از پایه قرار گرفتند. از نظر سواد نوشتاری ۲۹ درصد افراد در سطح پایه قرار داشتند، همچنین ۲۲ درصد افراد از نظر سواد اسنادی و ۳۳ درصد از نظر سواد محاسباتی در سطح پایه طبقه‌بندی شدند. آن‌هایی که در سطح پایه قرار داشتند قادر به انجام وظایفی که می‌توانست توسط افراد سطح متوسط انجام شود نبودند، وظایفی مانند ارایه مشاوره درباره منابع مرجع تعیین این که چه غذاهایی حاوی یک ویتامین خاص هستند، مشخص کردن یک مکان خاص بر روی نقشه، یا محاسبه هزینه سفارش تجهیزات مخصوص یک اداره از طریق یک کاتالوگ (NCES, ۲۰۰۵).

۱۳ درصد از پاسخ دهندگان، به عنوان ماهر مشخص شدند، به این معنی که آن‌ها می‌توانستند متن‌های نثر پیچیده و طولانی را بخوانند و درک کنند، اطلاعات را با یکدیگر ترکیب کنند و استنباط‌های پیچیده‌ای به وجود بیاورند؛ بتوانند چند بخش از اطلاعات را در اسناد و مدارک پیچیده، تکمیل، ترکیب و تحلیل کنند؛ و نهایتا این که هنگامی که عملیات ریاضی به سادگی استنباط نمی‌شدند و مشکلات پیچیده بودند می‌توانستند از اطلاعات انتزاعی کمی جهت حل مشکلات چند مرحله‌ای استفاده کنند (NCES, ۲۰۰۵).

NAAL در سال ۲۰۰۳ درباره سواد کاربردی چه چیزی به ما می‌گوید؟ این درست است که برخی از آن‌هایی که در پایین‌ترین سطح، در سطح زیر سطح پایه، طبقه‌بندی شده بودند، می‌توانستند به عنوان افراد بیسواد توصیف شوند؛ با این وجود دیگران می‌توانستند وظایف ساده را انجام دهند، وظایفی از قبیل جستجوی اطلاعاتی که به راحتی قابل شناسایی هستند و پیروی از دستورالعمل‌های نوشته شده در اسناد ساده، امضای یک فرم و افزودن مقادیر کمی در یک فرم سپرده‌گذاری بانکی. اما، ما ممکن است این افراد را عملا بیسواد بدانیم، زیرا آن‌ها نمی‌توانستند وظایف توصیف شده را با اطمینان انجام دهند. (توجه داشته باشید که افراد با مهارت‌های سوادی پایین، از مرزهای تحصیلی و قومی و نژادی عبور می‌کنند (یعنی مختص به سطح تحصیلی یا قومیت خاصی نیستند). اگر آن‌هایی که در طبقه پایین‌تر از سطح پایه قرار گرفتند کم سواد یا از نظر عملکردی بیسواد نامیده شوند، پس کدام کلمه می‌تواند شرکت کنندگانی را که در سطح پایه قرار دارند، توصیف کند؟

چه می‌شد اگر ما می‌پذیرفتیم افرادی که در طبقه پایه قرار دارند می‌توانند در چارچوب وظایف روزمره سواد، خوب عمل کنند؟ روی هم رفته، NAAL یک خواننده سطح پایه را به عنوان کسی تعریف می‌کند که "مهارت‌های لازم را برای انجام وظایف ساده و روزمره دارا است" .(NCES, ۲۰۰۵) از آن‌جایی که مهارت‌های نوشتاری، سندی و کمی، همگی برای سواد عملی مورد نیاز هستند، ما قانع خواهیم شد به در نظر گرفتن بزرگترین گروه در طبقه «پایین‌تر از پایه» به عنوان افراد باسواد از نظر عملی، که در این مورد منظور کسانی خواهند بود که در تکالیف کمی، نمره طبقه پایین‌تر از پایه را کسب کرده‌اند. (نکته قابل توجه این که پاسخ دهندگان در سطح پایین‌تر از پایه، در مهارت‌های کمی، بیشتر از مهارت‌های نوشتاری (۱۴ درصد) یا مهارت‌های سندی (۱۲درصد)، آزموده شدند). در این مورد، ما به عدد حداقل ۴۸,۸ میلیون نفر می‌رسیم که نمی‌توانند وظایف مورد نیاز برای زندگی روزمره را انجام دهند. (۲۲ درصد از پاسخ دهندگان NAAL در زمینه مهارت‌های کمی نمره پایین‌تر از سطح پایه را کسب کردند؛ ۲۲ درصد از ۲۲۲ میلیون نفر تقریبا ۴۸,۸ میلیون نفر می‌شود.



* Significantly different from 1992.

NOTE: Detail may not sum to totals because of rounding. Adults are defined as people 16 years of age and older living in households or prisons. Adults who could not be interviewed due to language spoken or cognitive or mental disabilities (3% in 2003 and 4% in 1992) are excluded from this figure.

FIGURE 1.1 Percentage of U.S. adults in each literacy level: 1992 and 2003. *Source:* U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics, 1992 National Adult Literacy Survey, and 2003 National Assessment of Adult Literacy.

اما، ما باید چنین عددی را تعدیل کنیم. به خاطر داشــته باشــید در هر طبقه، شرکت کنندگان مجموعه‌ای از توانایی‌ها را از خود نشان می‌دهند که برای این که واجد شرایط سطح بعدی باشند، کافی نیست. آن‌هایی که به عنوان سطح پایین‌تر از پایه، طبقه‌بندی می‌شوند، نمــره ۰ تــا ۲۳۴ را از لحــاظ معیارهای کمی، از نمره ۰ تا ۲۰۹ را از لحاظ معیارهای نوشــتاری و نمره ۰ تا ۲۰۴ را از لحاظ معیارهای اسنادی کسب کرده‌اند. اما برای رسیدن به سطح پایه، آزمون دهنده باید نمره‌ای بین ۲۳۵ تا ۲۸۹ از لحاظ معیارهای کمی، بین ۲۱۰ تا ۲۶۴ از لحاظ معیارهای نوشتاری و بین ۲۰۵ تا ۲۴۹ از لحاظ معیارهای سندی، کسب کند. مهارت کسی که نمره ۲۳۵ در سواد کمی را کســب می‌کند، به اندازه مهارت کســی که نمره ۲۸۹ را کسب کرده نیست، حتی اگر هر دوی آن‌ها در طبقه‌بندی در سطح پایه قرار بگیرند. علاوه بر آن، کسی که در سواد نوشتاری، نمره سطح پایین‌تر از پایه را کسب کند اما در سواد کمی، نمره سطح متوسط را کسب کرده باشــد، در انجام وظایفی که نیاز به مهارت‌های نوشــتاری پیشرفته‌تر دارند، مشکل خواهد داشت. آن‌هایی که در هر یک از این سه مقوله (نوشتاری، کمی و سندی) نمره پایین‌تر از سطح پایه را کسب کنند، بدون توجه به این که در دو بخش دیگر چه نمره‌ای کسب کرده‌اند، مشکل قابل توجهی در درک بخش‌های خاصی از اطلاعاتی که هر روز با آن‌ها سر و کار دارند، خواهند داشت.

به عبارت دیگر، بســیاری از افراد در ســطح پایه، علاوه بر آن‌هایی که در ســطح پایین‌تر از پایه قرار می‌گیرند، اوقات سختی را در درک اطلاعات بالینی خواهند داشت، اطلاعاتی که به سمت پیچیده شدن سوق می‌یابد. نتایج حاصل از هم NALS و هم NAAL ، نیز همین مطلب را درباره خوانندگان در پایین‌ترین ســطوح نشــان می‌دهد. بیشتر از یک دهه قبل، ۲۱ تا ۲۳ درصد پاسخ دهندگان در NALS، تقریبا ۴۰ الی ۴۴ میلیون بزرگســال که نمره پایین‌ترین ســطح یعنی ســطح یک را در میان این ۵ ســطح کسب کرده بودند، از لحاظ

عملکردی بیســواد محسوب کردیم. ۲۵ الی ۲۸٪ یا ۵۰ میلیون بزرگسال، مهارت‌های سوادی را در بالاترین سطح بعدی، یعنی سطح ۲، از خود نشــان دادند که این ســطح مطابق با مهارت‌های سوادی "مرزی" بود. اگر آن ۴۰ میلیون را به این ۵۰ میلیون اضافه کنیم، ما را به عدد ۹۰ میلیون آمریکایی می‌رساند که مهارت‌های سوادی ضعیف یا مرزی دارند.

در NAAL که جدیدتر از NALS است، ۴۳٪ از افراد بزرگسال از لحاظ سواد نوشتاری در سطح پایه و یا در سطح پایین‌تر از پایه قرار گرفتند، ۳۴٪ از لحاظ سواد سندی در این دو سطح (سطح پایه و پایین‌تر از پایه) قرار گرفتند و ۵۵٪ نیز از لحاظ سواد کمی در این دو سطح (سطح پایه و پایین‌تر از پایه) قرار گرفتند. فراتر از این سه مقوله یعنی سواد نوشتاری، سندی و مقداری، به‌طور میانگین ۴۴٪ از آمریکایی‌های بزرگسال بررسی شده، از چهار سطح NAAL نمره‌های دو سطح پایینی را کسب کردند. تعمیم این درصدها به حدود ۲۲۲ میلیون بزرگسال (در سال ۲۰۰۳)، به این معنی است که نزدیک به ۹۸ میلیون آمریکایی ممکن است در انجام وظایف روزمره‌شان دچار کشمکش و سختی باشند و یا ناتوان از انجام این وظایف باشند، وظایفی از قبیل افزودن مقادیر کمی بر روی برگه سپرده‌گذاری بانکی، استفاده از راهنمای برنامه‌های تلویزیونی برای این که بفهمند چه برنامه‌ای پخش خواهد شد، و یا مقایسه قیمت بلیط‌ها برای دو رویداد. مجددا، بر اســاس NALS در ســال ۱۹۹۲ موسسه پزشکی[۱۰] برآورد کرد که تقریبا ۹۰ میلیون آمریکایی (این رقم را ما در پاراگراف‌های آغازی این فصل ذکر کردیم) یا تا ۹۴ میلیون نفر، از مهارت‌های سوادی کافی برای کار کردن در سیستم مراقبت‌های سلامت، برخوردار نیســتند. (IOM, ۲۰۰۴). محاســبات ما در اینجا به این اشاره دارد که NAAL که در سال ۲۰۰۳ یک آمار مشابه را ثبت کرده است، به خاطر افزایش جمعیت در طی این یازده سال به عددی بالاتر می‌رسد.

چهل و هشت میلیون، ۹۰ میلیون، ۹۴ میلیون، ۹۸ میلیون: هر چقدر این عدد، یعنی تعداد کل آمریکایی‌هایی که تحت تاثیر این مشکل قرار گرفته‌اند دقیق‌تر باشد، باعث می‌شود که بیشتر ارزش توجه ما را داشته باشد. ده‌ها میلیون آمریکایی طبقه متوسط ـ درست است، آمریکایی‌های طبقه متوســط، نه اســتثنائات در برابر قانون، نه داده‌های پرت آماری ـ در ترس و نگرانی زندگی می‌کنند به خاطر این که آن‌ها برای بهره‌گیری مناســب از سیســتم مراقبت‌های سلامت ما که پیچیده و پیچیده‌تر می‌شود، به اندازه کافی آماده و مجهز نشده‌اند و این به خاطر این است که آن‌ها فاقد مهارت‌های سوادی لازم جهت درک اطلاعات سلامت هستند. این یک درس مهم از بررسی‌هایی مانند NALS و NAAL است که همیشه باید آن را به خاطر داشته باشیم. خلاصه‌های کاملی از داده‌های NALS و NAAL در چند رفرنس فهرست شده در انتهای این فصل، موجود است (Kirsch et al., ۱۹۹۳)؛ مرکز ملی آمارهای آموزشی NCES

NCES (۲۰۰۵ ; White & Dillow, ۲۰۰۵)

اما ممکن اســت شــما فکر کنید که اینها فقط یک سری بررسی هســتند؛ آن‌ها واقعی نیستند. در زندگی واقعی افراد می‌توانند هنگامی که مجبور باشــند از مشــکل جلوگیری کنند. آن‌ها می‌توانند تقاضای کمک کرده یا این که آن‌ها بســتگانی دارند که می‌توانند به آن‌ها کمک کنند.

خیلی مطمئن نباشید. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که مهارت‌های سوادی محدودی دارند، سلامت عمومی پایین‌تری دارند، احتمال کمتری دارد که از غربالگری‌های پزشــکی اســتفاده کنند، هنگامی به جســتجوی مراقبت‌های پزشــکی می‌روند که به مراحل وخیم‌تر بیماری رســیده‌اند، احتمال بستری شدن آن‌ها بیشتر اســت، درک ضعیف‌تری نسبت به درمان‌شان دارند، و توجه کمتری به رژیم‌های غذایی درمانی نشان می‌دهند (Berkman و همکاران، ۲۰۰۴؛ Rudd، ۲۰۰۲). در واقع بسیاری از آن‌ها هیچ کمکی دریافت نمی‌کنند.

اطراف ما

شــواهد و مدارک اثرات بد ســواد ســلامت پایین، در تمام اطراف ما وجود دارد، کافی اســت که یک روزنامه را بردارید و یا تلویزیون‌تان را روشــن کنید. حتی آگهی‌ها نیز نشــان‌دهنده این هستند که مشکلی وجود دارد. ممکن است فردی این بحث را مطرح کند که آگهی دهنــدگان، قطعا در شناســاندن این روندها و نیازها در بــازار فروش، منافعی دارند، مخصوصا آگهی دهندگانــی که کار ارتباط عمومی شرکت‌هایی با سود چند میلیون دلاری در زمینه سلامت را انجام می‌دهند.

۱۰ Institute of Medicine (IOM)

برای مثال، آگهی اخیر کمپانی "صلیب آبی، سـپر آبی" از یک نشـانگر کتاب آبی و سفید متشکل است که از یک طرف آن یک منگوله شـبیه به منگوله فارغ‌التحصیلان دانشـگاهی آویزان است. متن روی نشانه کتاب این‌گونه آغاز می‌شود، "ما می‌توانستیم چندین میلیارد دلار در هزینه‌های مراقبت‌های سـلامت صرفه‌جویی کنیم اگر فقط می‌توانسـتیم بچه‌ها را قادر به خواندن کنیم"، و سـپس یک برنامه راهنما را تبلیغ می‌کند که این سـازمان همراه با دپارتمان سیاسـت‌های مراقبت‌های سلامت در دانشکده پزشکی هاروارد، حمایت مالی آن را به عهده دارد. این برنامه "از کتاب‌های مرتبط با سـلامت بچه‌ها اسـتفاده می‌کند تا آگاهی سلامت را بالا ببرد". این آگهی توضیح می‌دهد که "برخی مصرف‌کنندگان قادر نیسـتند اطلاعات پایه‌ای سلامت را بخوانند... این مساله کیفیت مراقبت‌های سلامت را کاهش می‌دهد و چندین میلیارد را به هزینه سـالیانه مراقبت‌های سـلامت آمریکا می‌افزاید". این به هیچ وجه اغراق نیست: تحقیق انجام شده توسـط فریدلند و همکارانش این مطلب را آشـکار می‌سـازد که سواد سلامت کم، هزینه‌های سـلامت ایالات متحده آمریکا را تا حدود ۷۳ میلیـارد دلار در هر سـال افزایش می‌دهد (آکادیمی ملی درباره یک جامعـه National Academy on an Aging Society, ۱۹۹۸) سالخورده، ۱۹۹۸).

آگهی‌های«صلیـب آبـی، سـپر آبی» نه تنهـا در چنین روزنامـه و مجلاتی از قبیـل نیویورک تایمـز، اخبار آمریکا و گـزارش جهان (U.S. News and World Report)، نشـریه وال اسـتریت، یو اس ای تودی، واشنگتن پسـت، نیو ریپابلیک، و ماهنامه آتلانتیک، ظاهر می‌شـوند بلکه در نشـریات بازرگانی منتشر شده توسط گروه‌های منابع انسانی درباره افراد اسـتخدام شده نیز وجود دارند. بسیاری از این مطالب منتشـر شـده، برای یک قرائت عمومی فراهم شـده‌اند: هر چند که دیگر نشریات از قبیل ماهنامه آتلانتیک (با انتشار حدود ۵۰۰۰۰۰ نسـخه) و نشریه وال استریت (که تقریبا دو میلیون خواننده دارد)، توسط برخی از آمریکایی‌های پر درآمدی خوانده می‌شود که در بین آن‌ها می‌توان افراد نخبه در زمینه سیاست‌های سلامت و دیگر تصمیم‌گیرندگان کسب و کار را یافت.

درآمد متوسـط خوانندگان ماهنامه آتلانتیک، ۸۲۹۸۳ دلار در هر سـال است (طرحی برای برتری در روزنامه نگاری، ۲۰۰۴). یک سوم از خوانندگان روزنامه وال استریت جزء مدیران ارشد، یک پنجم از آن‌ها جزو مدیران میانی و بیش از یک چهارم از آن‌ها از متخصصان و تکنیسـین‌ها هسـتند. (Beta Travel Study, ۲۰۰۰ ۲۰۰۰). به عبـارت دیگر، آگهی‌هایی مانند این‌ها نه تنها اطلاعات مشـترکی با خواننـدگان عمومی درباره فعالیت‌های یک طرح سـلامت مهم دارند، بلکه دسـت‌اندرکاران سـطح بالا را که قطعـا منافعی در افزایش بهره‌وری در ارایه خدمات مراقبت‌های سلامت دارند، هدف قرار می‌دهد. این افراد حرفه‌ای می‌دانند که چنین تلاش‌هایی مانند "صلیب آبی سـپر آبی/ دانشـگاه هاروارد" که بانیان مشترک برنامه راهنما هسـتند، در نهایت می‌توانند مثلا با جلوگیری از استفاده غیرضروری از خدمات اورژانسـی، باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های مراقبت‌های سـلامت شـوند، به عنوان مثال در منافع تجاری قطعا اهمیت سواد سـلامت پایین به عنوان یک مساله ملی، درک شده اسـت. جو بوگاردوس، مدیر اجرایی ارتباط بازاریابی برند شرکت "صلیب آبی، سپر آبی"، با وجودی که کمپین ویژه سواد سلامت تدوین نکرده است، بیان می‌کند که این شرکت علاقمند است نشان دهد که طرح‌هایش در سراسـر این کشـور، برای شناسـایی برنامه‌هایی که کیفیـت مراقبت‌ها را افزایش می‌دهد و باعث مقرون بـه صرفه بودن هزینه‌های مراقبت‌های سـلامت می‌شود، چطور عمل می‌کند (بوگاردوس، ارتباط شـخصی، فوریه ۲۰۰۶). طرح‌های پژوهشی آزمایشی که توسط "صلیب آبی" حمایت مالی شـده‌اند، ارتباط اسـتخدام کننده (کارفرما) ـ استخدام شونده را بررسی می‌کنند، با توجه به آن‌چه که باعث می‌شود عادت‌های سلامت فرد استخدام شونده، بهبود یابد. برای مثال، آیا پوسترها در سالن غذاخوری می‌تواند باعث یک افزایش قابل ملاحظه در اسـتفاده از داروهای ژنریک شـود؟ آیا ارایه یک برنامه آموزشی ویدیویی یا اینترنتی از سوی کارفرما، می‌تواند کارکنان را به تمرین بیشتر تشویق کند؟

این که آموزش به بیمار می‌تواند نتایج سـلامت را بهبود بخشـد و در هزینه‌ها صرفه‌جویی کند، یکی از مقدمات برنامه ابتکاری صلیب آبی در زمینه تحرک و پیاده‌روی (Walking Works) اسـت که با همکاری انجمن تناسـب اندام و ورزش، حمایت مالی آن را به عهده دارد. این کمپین می‌خواهد به آمریکایی‌ها کمک کند تا زندگی سالم‌تری داشته باشند از این طریق که به آن‌ها در تعیین و رسیدن به اهداف شـخصی تحرک و پیاده‌روی کمک می‌کند. اگرچه برخی اعتقاد دارند، بهتر این بود پولی که در سـازمان‌های مراقبت از سلامت

در زمینه تلاش‌های سواد سلامت خرج شده است، برای این صرف می‌شد که به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت کمک کند تا روابط‌شان را با بیماران شـفاف‌تر کنند (کانتور،۲۰۰۵)، آن چه که اهمیت دارد این اسـت که دست‌اندرکاران حوزه‌های مرتبط با سلامت، به مساله سواد سلامت توجه کرده و در جستجوی راه‌حل‌های سازمان یافته هستند.

مروری بر متون منتشر شده، افزایش آگاهی در میان محققان را به خوبی آشکار می کند. برای مثال در سال ۲۰۰۰ Rudd و همکارانش در مرکز ملی مطالعه یادگیری و سواد بزرگسالان (NCSALL) فهرستی از کتاب‌های مرتبط با پزشکی و سلامت عمومی را منتشر کردند که به موضوعات مربوط به سواد می‌پردازند و در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۹ پدیدار شدند (Rudd, Colton, & Schacht, ۲۰۰۰). مرور آن‌ها، شـناخت در حال افزایش موضوعات سـواد و موانع ارتباط را در حوزه‌های سلامت، نشان می‌دهد. مرورهای پیگیرانه، در سال‌های ۲۰۰۰ (گرینبرگ،۲۰۰۱) و ۲۰۰۱ (زوبل، ۲۰۰۲) منتشـر شـدند. زوبل رو و گومز ماندیک درفهرست کتاب‌شناسی درباره تحقیق سواد سلامت (۲۰۰۳)، که بین ژانویه و دسامبر ۲۰۰۲ منتشر شده بود، اظهار می‌دارند:

قابل توجه‌ترین تفاوت در فهرسـت کتاب‌شناسـی در سـال ۲۰۰۲ این است که یک افزایش مشخص در بدنه نوشته‌هایی وجود دارد که موضوعات سـواد و سـلامت را مورد بررسی قرار می‌دهد. تعداد مقالات منتشر شده در زمینه سلامت عمومی و نشریات پزشکی، از سال ۲۰۰۱ تقریبا ۲ برابر شـده اسـت. به ویژه، یک افزایش در حوزه سـواد کامپیوتری و آموزش سلامت در عصر اطلاعات داشته است. این موضوع برای اولین‌بار در سال ۲۰۰۲ نمود پیدا کرد، اما اکنون نه تنها به نوشته‌هایی درباره قابلیت خواندن مطالب اینترنت، بلکه گذشته از آن، به تفاوت‌های میان مطالب چاپ شده و مطالب مبتنی بر رایانه در آموزش سلامت، توجه بسیار بیشتری شده است.

بخش زیادی از این تحقیق جدید را موسسـاتی با بنیه علمی بالاتر عهده‌دار هسـتند. با توجه به این‌که تعدادی پیش‌نیاز رسمی یا دوره تحصیلی در دانشـکده‌های پزشکی، بهداشت عمومی، پرستاری، دندانپزشـکی، یا داروسازی به موضوع سواد سلامت می‌پردازند، تلاش برای این‌که دانشـجویان را در معرض این موضوع قرار دهند، رو به افزایش اسـت. واحدهای درسـی و دوره‌های تحصیلی‌ای که به سواد سـلامت می‌پردازند، در دانشـکده بهداشـت عمومی هاروارد، دانشکده پزشکی دانشگاه کولورادو و دانشـکده پزشکی دانشگاه ویرجینیا (IOM, ۲۰۰۴) ارایه شـده‌اند. همان‌قدر که درک ما از رابطه میان سـواد و سـلامت، ارتقا می‌یابد، احتمالا ارایه چنین دروس و چنین واحدهای درسی، به دانشکده‌های دیگر در آینده گسترش پیدا خواهد کرد.

با این وجود، لازم نیست که یک فرد مشترک نشریه انجمن پزشکی آمریکا (JAMA) باشد یا آموزش بالینی دریافت کند تا به این نتیجه برسـد که در سراسـر ایالات‌متحده با مشکل سـواد پایین که همراه با گرفتاری‌های قابل توجهی برای مراقبت‌های سلامت است، روبرو هستیم. در سال ۱۹۹۸، رییس‌جمهور کلینتون با ارسال بخشنامه‌ای به روسای تمام بخش‌های اجرایی و دفاتر نمایندگی حکومت فدرال به آن‌ها دسـتور داد که در "همه اسـناد و مدارک جدید از زبان صریح استفاده کنید، نه مانند آیین‌نامه‌ها که شرح می‌دهند چگونه یک منفعت یا خدماتی را به دست بیاورید یا این‌که چگونه نیازی را برآورده کنید که شما مدیریت یا اجرای آن را برعهده دارید. برای مثال این مدارک می‌تواند شامل نامه‌ها، فرم‌ها، اطلاعیه‌ها و دستورالعمل‌ها باشد (بخشنامه رییس‌جمهور کلینتون، ۱۹۹۸)"

در میان این گروه‌های اجرایی و دفاتر نمایندگی دولت در آمریکا، دپارتمان بهداشت و خدمات انسانی (HHS) که دفتر نمایندگی تحقیق و کیفیت مراقبت‌های سلامت (AHRQ)، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) ، سازمان غذا و دارو (FDA)، انستیتوهای ملی سلامت (NIH) و دیگر دفاتر نمایندگی که مسیولیت حفاظت از سلامت همه آمریکایی‌ها را به عهده دارند در خود می‌گنجاند. بخشنامه کلینتون، به‌طور غیرمسـتقیم نیاز به مطالب آسـان خوان را که اطلاعات مرتبط با سـلامت را میان نهادهای دولتی و افراد عادی انتقال می‌دهد، تایید می‌کند. در کل، دسترسـی محدود شـده به اطلاعات بهداشـت سـلامت نه تنها دانش و آگاهی را کاهش می‌دهد، بلکه همچنین از فعالیت و دخالت اجتماعی جلوگیری می‌کند.

(Rudd, Kaphingst, Colton, Gregoire, & Hyde2004,)

در گزارشی جدیدتر در جولای ۲۰۰۵، انجمن پزشکی آمریکا (AMA) و شرکت "صلیب آبی سپر آبی" مشترکا حمایت مالی کنفرانس رسمی کاخ سفید درباره سالمندی (WHCoA) را به عهده گرفتند که هدف آن فراهم کردن توصیه‌هایی بود که کمیته سیاست‌گذاری

WHCoA توانســت با توصیه‌های سیاست‌گذاری نهایی برای رییس‌جمهور و کنگره در هم آمیزد (انجمن خیریه پزشکی آمریکا AMA، ۲۰۰۵). نکته‌ای که باقی‌مانده این اســت که ببینیم کاخ ســفید یا کنگره چه اقداماتی را بر اســاس توصیه کمیته انجام خواهند داد، اما کمیته، بسیاری از این نشریات را افزایش داد و فهرست بسیاری از پژوهش‌هایی را که در فصل‌های بعدی این کتاب به آن‌ها توجه شده است را اعلام کرد (برای مطالعه شرح کامل مذاکرات کنفرانس، به وب‌سایت زیر مراجعه کنید:
http://www.amaassn.org/ama/pub/category/۷۶۳۹.html

نگاه به سیستم از دیدگاه بیماران

امروزه درک این مطلب که یک مشکل عمده در خصوص مهارت‌های سواد و سواد سلامت در ایالات‌متحده وجود دارد، کار آسانی است. آگاهی در حال افزایش اســت، اما با قضاوت درباره عدد ۷۳ میلیارد دلاری که قبلا ذکر شــد، مشکل سواد سلامت، بسیار پر هزینه باقی می‌ماند. با این وجود داده‌ها و آمار می‌تواند بی‌روح و انتزاعی باشد. سواد سلامت کم چگونه در زندگی روزمره یک بیمار آشکار می‌شود؟ یک روش برای این‌که خود را به جای یک بیمار با "سواد سلامت" پایین قرار دهید، این است که درباره گستره‌ای از مهارت‌های مرتبط با ســواد که فقط برای مراجعه به پزشــک و یا حتی برای انجام یک کار نســبتا عادی و روزمره مورد نیاز اســت، به دقت فکر کنید. ابتدا بیمار باید از یک تقویم و یا دیگر وسایل برای به یاد داشتن تاریخ و زمان قرار ملاقات، استفاده کند؛ یک مهارت اساسی که نباید دست کم گرفته شود (همان‌طور که قبلا به آن اشاره شد، مهارت‌های مربوط به اعداد و ارقام از قبیل استفاده از یک تقویم باید آموخته شود). سپس بیمار باید حمل و نقل به محل قرار ملاقات را تامین کند. این به معنی برنامه‌ریزی بر اساس برنامه کاری اتوبوس‌ها است، با همه درک محاســباتی که چنین وظیفه‌ای نیاز دارد. اگر بیمار در حال رانندگی اســت، او ممکن اســت با چندین علامت رانندگی در امتداد راه مواجه شود، برخی از آن‌ها نشان‌دهنده خیابان‌های یک‌طرفه هستند و برخی دیگر، پیچ‌های جاده و ساختار راه را توضیح می‌دهند، همراه با تاریخ‌ها و شماره تلفن‌هایی برای اطلاعات بیشتر و شاید علایم دیگری که به وسیله درختان پوشیده شده باشند.

وقتی که بیمار به مقصد می‌رسد، ممکن است لازم باشد علایمی را در بیمارستان یا درمانگاه، تفسیر کند، علایمی شامل علایم پارکینگ، علایم شناســایی ســاختمان و کتابچه‌های راهنمای بیمارســتان. بیمارســتان‌ها اغلب چندین ورودی دارند که نام‌های مختلفی دارند: "پذیرش"، "ورودی اورژانس"، "مراقبت‌های سرپایی" (راد، رنزولی، پریرا و دالتروی، ۲۰۰۵، صفحه ۷۴).

در داخل اتاق انتظار، ممکن است از بیمار خواسته شود تا فرم اطلاعات بیمار و فرم رضایت را پر کند و اطلاعیه روش‌های حفظ حریم شــخصی بیماران را بخواند و دریافت آن را تایید کند، به خاطر این‌که طبق قانون مســیولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه ســلامت در (HIPAA) در ســال ۱۹۹۶، لازم اســت. بدون شک در صورتی‌که متن‌های این اسناد، چند سال بالاتر از توانایی واقعی خواندن فرد و یا به‌صورت خیلی ریز نوشــته شــده باشند، خواندن اسناد و مدارک را بسیار ســخت می‌کند (Hochhauser, 2003). با استفاده از چند برنامه نرم‌افزاری، بیش از ۳۰ اعلامیه راز داری اطلاعات بیماران را تحلیل کرد و دریافت که ســطح خواندن آن‌ها به‌طور متوســط در کلاس ۱۴/۵ یا سال دوم یا سوم کالج است). با یک اتاق انتظار پر از بیماران خسته و کسل و بالقوه خجالتی، اگر فرد بیمار گیج به نظر برســد، ممکن اســت تصمیم بگیرد که راه کمترین تحمل سختی، این اســت که فقط وانمود کند هر چیزی را که به وی گفته می‌شود، درک می‌کند. در کل، بیمار فقط برای دیدن پزشک آنجاست.

در داخل اتاق معاینه نیز ممکن اســت توســط یک پرستار حرفه‌ای، از بیمار شرح حال گرفته شود، به این معنی که علایم بیماری‌اش را یک به یک بیان کند و احتمالا دلیل مراجعه‌اش را نیز عنوان کند. بیماری که نمی‌تواند انگلیســی صحبت کند ممکن اســت این اختیار را داشــته باشــد که از طریق یک مترجم شــفاهی ارتباط برقرار کند، که این مساله، سطح دیگری از پیچیدگی را به برخوردهای بالینی می‌افزاید. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نقش مترجمان شفاهی در مراقبت‌های سلامت، فصل ۱۰ را ملاحظه کنید. در هر حادثه‌ای، این نمودارها و جداول مبهم، ظروف نگهداری ســرنگ‌ها و کشــوهای پر از تجهیزات، می‌توانند دلهره‌آور باشند و سطح استرس بیمار را بالا برده و از یک ارتباط صریح جلوگیری کنند. استفاده از اصطلاحات پزشکی حتی در پوسترهای روی دیوار، باعث سردرگمی می‌شود.

در واقع، همه این فعالیت ها، از ساده ترین تا پیچیده ترین آن ها، به درجه ای از مهارت در خواندن، راحت بودن در استفاده از زبان و مهارت های ارتباطی موثر، نیاز دارد. هر کدام از آن ها به تصمیم گیری آگاهانه نیز نیاز دارد. اغلب، سطحی از راحت بودن با اصطلاحات فنی یا واژگانی را که می‌تواند برای افراد طبقه متوسط آمریکا نا آشنا باشد، در نظر می‌گیرند. بسیاری از این فعالیت‌ها، همان مهارت‌هایی هستند که در NALS و NAAL آزموده شدند و مشخص شد که تقریبا نصف کل آمریکایی‌ها (۴۳ درصد در سواد نوشتاری، ۳۴ درصد در سواد سندی، و ۵۵ درصد در سواد کمی، به میانگین تقریبا ۴۴درصد) نمرات دو سطح پایینی سواد را کسب کردند.

نتیجه‌گیری این بحث این اســت که "علاوه بر همه نگرانی‌های دیگری که ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت درباره بیماران خود دارند ـ از این که آیا دســت‌آوردها و کیفیت زندگی‌شــان بهبود می‌یابد تا این که آیا آن‌ها تداخلات دارویی را تجربه می‌کنند؛ از این که آیا آن‌ها دستورات پزشک را انجام می‌دهند تا این‌که آیا آن‌ها مراقبت کیفی راحتی پس از مرخص شدن، دریافت می‌کنند ـ سواد سلامت پایین، سطح دیگری از پیچیدگی را به بافت تقریبا متراکم ارتباط دو طرفه که شامل مراقبت خوب و ارتباط اثربخش میان بیمار و ارایه دهنده خدمات است، می افزاید. آیا ارایه دهندگان خدمات سلامت می‌توانند مطمئن باشند که بیماران کم سوادشان بیماری‌های مزمن خود را درک می‌کنند و این که چگونه باید آن‌ها را درمان کنند؟ آیا دستوراتی که به بیماران کم سواد درباره داروهای جدید داده می‌شود، برای آن‌ها قابل فهم اســت؟ آیا ســر تکان دادن‌های آن‌ها نشانه درک واقعی آنها است یا فقط یک مکانیسم دفاعی برای جلوگیری از ناآگاه به نظر رســیدن آن‌هاســت؟ آیا بیمارانی که سواد سلامت پایین دارند، از تمام امکانات پزشکی که به آن‌ها ارایه می‌شود، استفاده می‌کنند؟ پاســخ دادن به چنین ســئوالاتی وظیفه خود ارایه‌دهندگان خدمات سلامت است. بیمارانی که در تکمیل یک درخواست کار یا خواندن جدول‌ها و نمودارها مشــکل دارند، ممکن نیســت که بتوانند در سیستم مراقبت‌های ســلامت مورد تقاضای ما موفق باشند، سیستمی که در آن بعضی وقت‌ها اطلاعات در فرمت‌های چند صفحه‌ای ارایه شــده و همراه با نمودارهایی اســت که به‌طور نا آشــنایی مشــخص شــده‌اند، شــامل انبوهی از نوارهای عمودی و حروف اختصاری رمز گونه‌ای مانند mm Hg, EKG, و F: ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت باید مشکلاتی را که به وسیله سواد پایین ایجاد می‌شود، درک کنند. آن‌هایی که مهارت‌های سوادی پایینی دارند مانند گردشگر بیمار در کارناتاکا هســتند، که باید علیرغم عدم درک آداب و رســوم بومی و یا لهجه‌های محلی آن‌ها کمک پیدا می‌کرد. بهترین زمان برای یک طرح ضربتی، زمانی‌که شما بیمار نیستید، نخواهد بود.

برخی از محققان همه این مطالب را خیلی خوب می‌دانند، به خاطر این که آن‌ها واقعا گام به گام با بیماران خود حرکت کرده‌اند. Rud در ســال ۲۰۰۴ همگام با گروهی از دســتیاران تحقیق، یک بررسی را بر روی موضوعات راهبری بیمارستانی انجام داد، برای این که به بینشــی نســبت به یک «محیط سوادی» دست پیدا کنید که هم می‌تواند به بیماران کمک کند و در عین حال ممکن است هنگامی‌که به دنبال دریافت مراقبت سلامت هستند، مانعی بر سر راه آنان باشد. مصاحبه کننده‌ها و آگاهی‌دهندگان (شامل دانشجویان تحصیلات تکمیلی، پژوهشگران، مدرسان آموزش بزرگسالان و دانشجویانی که در برنامه‌های آموزش بزرگسالان ثبت نام کردند) مکان‌های عمومی ۱۰ بیمارستان دولتی را طی کردند. بررسی‌کنندگان دریافتند که "هنگامی‌که مردم نیاز به کمک دارند، آن‌ها بیشتر بر سایر مردم تکیه می‌کننــد تــا بر علایم و نقشــه‌ها." این پژوهش مقدماتی همچنین این نکته را تایید کرد که "یــک محیط انبوه و متراکم از خواندنی‌ها، می‌تواند دلهره‌آور باشد، زیرا برای اغلب افراد، خواندن علایم پیچیده دشوار است، و دیگر این‌که فردی با مهارت‌های سوادی متوسط، با بسیاری از اصطلاحات پزشکی که بر روی علایم و در فرم‌ها استفاده شده است، آشنا نیست" (راد، ۲۰۰۴، صفحه ۲۳).

متن‌ها و زمینه‌ها: وسیع کردن دیدگاه خودمان

قبلا خاطر نشــان کردیم که ســواد با سواد سلامت فقط از لحاظ بافت و موقعیتی که هر کدام از آن‌ها در آن اتفاق می‌افتد، تفاوت دارد. برای مثال، ســختی خواندن یک شــعر یا رمان، پیروی کردن از دستورات آشپزی یا محاسبه یک پاداش ۱۵ درصدی، اشاره به این دارد که یک فرد ممکن اســت با مشــکل سواد مواجه باشــد. بافت و موقعیت چنین وظایفی، زندگی روزمره اســت، اما لزوما افراد در جریان جســتجوی مراقبت‌های ســلامت، با آن‌ها مواجه نمی‌شوند. دشــواری در انجام دادن دستورات پزشک به خاطر این‌که شما متوجه آن‌ها

نمی‌شـوید و یا سـختی در تصمیم گرفتن برای این‌که هنگام پیچ‌خوردگی مچ پای فرزندتان چه کاری انجام دهید، نشان دهنده مشکل سواد سلامت است. بافت و زمینه این چالش‌ها، مراقبت‌های سلامت است.

سـپس ما از شـما خواسـتیم که خودتان را جای بیماران بگذارید، با در نظر گرفتن مجموعه‌ای از مهارت‌ها که برای یک ویزیت سـاده پزشک، مورد نیاز هستند. اکنون برای فرآیند همدردی با بیماران گام بیشتری برمی‌داریم.

همان‌طوری که دکتر Rima Rudd، بررسـی کننده اولیه در مطالعه راهبردی که در بالا مورد بحث قرار گرفت، به ما یادآوری می‌کند، همه ما فقط در یک بافت و موقعیت خاص بی‌سـواد و باسـواد هسـتیم. او توضیح می‌دهد که "من یک فرد بسیار باسواد هستم، اما اگر شـما به من یک کتاب درسـی درباره علوم اعصاب یا مکانیک خودرو بدهید، متوجه می‌شـوید که من سـواد عملی کمی در این گونه متن‌ها دارم" (قانون افراد متوسـط،۲۰۰۵). تمام زبان‌های تخصصی، می‌توانند باعث وقفه کار ما شـوند. ما شواهد تاثر برانگیزی را برای چنین سـواد انتخابی در اعترافی از گلوریا مایر که در تالیف این کتاب همکاری داشـته است را می‌بینیم. او عنوان می‌کند که نمی‌تواند همه آنچه را که باید درباره اختلال خودایمنی خود بداند، درک کند. برای توضیح بیشـتر، یک آزمایش را انجام دهید. تصور کنید شـما در مطالعه روزمره‌تان، با این پاراگراف از Homi K. Bhabha استاد مطالعات آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار و آمریکایی‌های انگلیسی‌تبار در دانشگاه هاروارد، مواجه شده‌اید:

"از یک چشـم‌انداز فرعی، آیا ما تقاضا داریم که فوکو[۱۱] باید "امپریالیسـم" را همچون مقوله‌ای تاریخی به عنوان منشاء مدرنیته معرفی کند، تا به این ترتیب اسـتدلال خود را تکمیل نماید؟ یقینا نه ... اسـتعمار و پسا استعمار، استعارا، در این متن تا اندازه‌ای وجود دارد، با جوهره پایداری اندک که آن را تبدیل به چیزهای دیگر خواهد کرد ... با نفی "دوران استعماری" به عنوان رابطه‌ای بیانی، انتقالی ـ برهانی، فوکو نمی‌تواند سخنی درباره قدرت و دانشی که نهش سهم غرب را در دوران مدرنیته آن به عنوان یک ارتباط "استعماریِ" گفتگو محور، بنیان می‌نهد، بگوید" (Bhabha، ۱۹۹۲، صفحه ۶۴).

آیا خواندن سـخنان Bhabha، باعث می‌شـود که شما کمی احساس بی‌سوادی کنید؟ (به این مطلب فکر کنید: آن‌ها به زبان انگلیسی نوشـته شـده‌اند، نه به زبان محلی) اگر چنین نیست، تبریک می‌گوییم! شـما در سطح شانزدهم خواندن و یا بالاتر از آن عمل می‌کنید که به راحتی دو یا سه برابر عملکرد آمریکایی‌های بزرگسال طبقه متوسط است. برای اغلب خوانندگان به ویژه کسانی که با اصطلاحات چندبخشـی مبهم آشـنا نیسـتند، این متن گیج‌کننده خواهد بود، این مطالب حتی خوانندگان با تحصیلات بالا را هم آشفته می‌سازد، کسانی که نسبت به آثار فیلسوف و منتقد اجتماعی فرانسوی، میشل فوکو یا فرضیه‌های تیوری پسا استعماری، دانش قبلی کمی دارند و یا فاقد دانش قبلی در این زمینه هستند.

به‌طور مشـابه، چگونه شـخص غیرمتخصص می‌تواند توضیحات پرفسـور تی. دبلیو. اندرسون را درباره این که چرا ما باید توزیع نرمال چند متغیره را در آمار مطالعه کنیم درک کند:

"یکی از دلایلی که توزیع نرمال چند متغیره ارزشـمند اسـت، این است که توزیع‌های حاشـیه‌ای و توزیع‌های شرطی که از توزیع‌های نرمال چند متغیره گرفته شده‌اند، نیز توزیع‌های نرمال هستند. به علاوه، ترکیبات خطی متغیرهای نرمال، مجددا توزیع نرمال می‌شوند. ابتدا، باید نشان دهیم که اگر ما تبدیل خطی ناتکین یک بردار را که اجزایش یک توزیع مشترک با یک تراکم نرمال دارند، ایجاد کنیم، برداری را به دست می‌آوریم که اجزایش به‌طور مشترک با یک تراکم نرمال، توزیع شده‌اند" (اندرسون، ۱۹۵۸، صفحه ۱۹).

حتی اگر منظور اندرسـون کاملا واضح نباشـد، بگذارید این امیدواری را داشـته باشـیم که مقصود ما واضح اسـت: ما باید دو بار فکر کنیم، قبل از فرضیه سـاختن و یا قبل از قضاوت کردن درباره کسـانی که سواد سلامت کم و یا به‌طور کلی سواد کمی را دارند. علیرغم بهره‌مندی ما از تحصیلات عالیه یا آموزش تخصصی، ما هم می‌توانیم در شرایط خاص، کم‌سواد محسوب شویم. این مساله اغلب به متن و بافت و یا موقعیتی که ما در آن با اطلاعات مواجه می‌شویم بستگی دارد.

دور کردن باورهای غلط درباره سواد سلامت کم

باورهای غلط درباره سواد سلامت کم همچنان در میان کارکنان مراقبت‌های سلامت و در میان مردم عادی، وجود دارد. شناسایی این

۱۱ Foucault

تصورات غلط، این فرصت را به ما می‌دهد تا درباره عواملی بحث کنیم که واقعا سواد سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهند، عواملی از قبیل سن، درآمد، تحصیلات، زبان و وطن اصلی. برخی از افراد در برابر این مشکل، از دیگران آسیب‌پذیرترند. آیا ما باید این فرضیه را قبول کنیم بیماری که فقیر است، سواد سلامت پایینی دارد، در حالی که بیماری که ثروتمند است عملکرد بهتری در زمینه سواد سلامت دارد؟ به‌طور میانگین، این فرضیه ممکن است اشتباه نباشد اما ایجاد چنین فرضیاتی در حالت کلی و عمومی، غیرعاقلانه است زیرا آن‌ها که سواد سلامت پایینی دارند درست مانند افرادی که مهارت‌های سوادی محدودی دارند، دارای شرایط و پیشینه‌های گوناگونی هستند. Kirsch و همکارانش (۱۹۹۳ صفحه xxi) خاطر نشان می‌کنند: "بعضی از بزرگسالان که مهارت‌های محدودی از خود نشان دادند (در NALS در سال ۱۹۹۲)، گزارش دادند که در مشاغل تخصصی یا مدیریتی اشتغال دارند،" همچنین ذکر می‌کنند: "کسب درآمدهای بالا، توسط افرادی با مهارت‌های سوادی محدود، در حالی است که دیگرانی که سطوح بالایی از مهارت را از خود نشان دادند، یا بی‌کار بودند یا کار نمی‌کردند. بنابراین، داشتن مهارت‌های پیشرفته سواد، لزوما تضمین‌کننده موقعیت‌های فردی نیستند."

چندین تفکر کلیشه‌ای درباره افراد کم‌سواد وجود دارد که شالوده‌ای از حقیقت را دارند اما قابل اطمینان نیستند و بر اساس تعمیم‌های عجولانه هستند. طبق گزارش "خدمات آزمون‌های آموزشی" در سال ۲۰۰۴، به‌طور نمونه، بزرگسالان آمریکایی با مهارت‌های سوادی پایین که نوعا یا تحصیلات دبیرستان را به اتمام نرسانده‌اند یا تنها مدرک دیپلم گرفته‌اند و دارای عوامل محدودکننده مرتبط با سلامت هستند که توانایی‌شان را در رفتن به مدرسه یا کار محدود می‌کند، جزء گروه‌های اقلیت و افراد مهاجر به ایالات‌متحده امریکا هستند (راد، کرسچ و یاماموتو، ۲۰۰۴، صفحه ۴۱). با این وجود، ما باید مراقب نتیجه‌گیری‌های عجولانه باشیم. نویسندگان گزارش مبتنی بر شواهد دفتر نمایندگی کیفیت و تحقیق مراقبت‌های سلامت، در ژانویه ۲۰۰۴ خاطرنشان می‌کنند که "یک سوال مهم و در عین حال بی‌پاسخ این است که آیا سواد یک واسطه در عواقب بد است و یا صرفا یک نشانه برای دیگر عوامل مرتبط است؟ عواملی از قبیل فقر، عدم دسترسی به مراقبت‌های سلامت، یا فقدان بیمه سلامت، که عملا منجر به پیامدهای نامطلوب‌تر سلامت " (برکمن و همکاران،۲۰۰۴ صفحه ۶).

به عبارت دیگر، این مساله کاملا واضح نیست که آیا به مهارت‌های سوادی محدود باید به عنوان علت نگریسته شود یا معلول؛ برای مثال آیا سواد کم، افراد را مجبور به فقر می‌کند یا آن‌ها را به عواقب نامطلوب‌تر سلامت دچار می‌کند؟ آیا فقیر بودن و رنج بردن از بیماری، احتمال این را کمتر می‌کند که مصرف‌کنندگان به یک آموزش کیفی یا به بهترین سیستم مراقبت‌های سلامت ما که باید ارایه شود، دسترسی پیدا کنند. همین مطلب برای آن‌هایی که سواد سلامت پایینی دارند صدق می‌کند، بنابراین، اکنون می‌تواند زمان خوبی برای جدا کردن چند حقیقت درباره سواد سلامت پایین از چند باور غلط متداول باشد.

باور غلط شماره ۱: اگر من به بیماران مطالب آسان خوان بدهم، آن‌ها ناراحت خواهند شد به خاطر این که من "مطالبی را که بیش از حد ساده شده‌اند" را به آن‌ها می‌دهم.

این باور واقعا درست نیست. هنگامی‌که یک بیمار احساس می‌کند شخصیتش کوچک شده و یا به او بی‌احترامی شده است، احتمالا به لحن صدای مراقب، زبان بدن و فرضیه‌های فرهنگی اشتباه که بیان شده و یا تلویحا به آن‌ها اشاره شده است، بیشتر مربوط می‌شود تا سطح خواندن مطالبی که بیمار دریافت می‌کند. برای مثال، در یک پژوهش درباره بیمارانی که به زبان چینی و ویتنامی صحبت می‌کنند و مهارت کمی در زبان انگلیسی دارند Ngo-Metzger و همکارانش (۲۰۰۳) دریافتند که بیماران آمریکایی آسیایی‌تبار، پزشکان غربی را به عنوان افراد منتقد یا بدگمان نسبت به روش‌های درمانی پزشکی سنتی می‌شناسند.، روش‌هایی مانند coining (ماساژ پوست با لبه سکه برای بهبود بیماری) و حجامت که به سطحی از بی‌اعتمادی و سوءتفاهم منجر شد. هنگامی‌که یک مانع زبانی وجود دارد، بیمارانی که مهارت‌های زبان انگلیسی‌شان محدود است، برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و پرسنلی که حمایت‌های عاطفی غیرکلامی را نشان می‌دهند و درصدد ایجاد یک رابطه همراه با اعتماد هستند، اهمیت زیادی قایل هستند. از قرار معلوم، آن‌هایی که سواد سلامت پایینی دارند، فارغ از این‌که به چه زبانی صحبت می‌کنند، احساس مشابهی دارند.

بین سطح اطلاعات عادی سلامت (برای مثال جزوه‌ها، بروشورها، فرم‌ها) و سطح خواندن یک بیمار عادی عدم تناسب آشکاری وجود دارد. اگرچه اغلب مطالب مربوط به سلامت، در سطح دهم نوشته شده است، آمریکایی‌های بزرگسال طبقه متوسط نمی‌توانند بیشتر از سطح هشتم را بخوانند (Schwartzberg ,VanGeest, & Wang, ۲۰۰۵). در واقع سطح خواندن یک فرد معمولا چند سطح پایین‌تر از آخرین کلاس تحصیلی‌ای است که او گذرانده است. به عبارت دیگر، اگر یک بیمار، سال دوازدهم تحصیلی را گذرانده باشد، احتمال دارد که آن فرد در بهترین حالت ممکن، بتواند سطح نهم یا دهم را بخواند. بیش از ۳۰۰ پژوهش، عدم ارتباط میان سطوح خواندن بیمار و مطالب تحصیلی بیمار را اثبات کردند (داک، فریدل و میاد، ۱۹۹۸؛ دولاهایت، تامپسون و ام سی نیو ۱۹۹۶؛ هارث- هلمز و همکاران، ۱۹۹۷).

برای کم کردن این شکاف، یا باید سطح خواندن مطالب، پایین آورده شود یا باید سطح خواندن بیمار افزایش داده شود و یا هر دو. ارتقای مهارت خواندن دانش‌آموز در حدود صلاحیت نظام آموزشی آمریکا واقع میشود، اگرچه برخی از محققان این بحث را مطرح کرده‌اند که دوره‌های تحصیلی پایدار و به روز سلامت، شامل تلاش برای آموزش معلمان، می‌تواند مسیر طولانی را به سمت بهبود سطوح سواد سلامت در میان آمریکایی‌ها بپیماید. مطالعات اشاره به این مطلب دارند که توجه ناکافی به سواد سلامت معلمان مانعی در برابر سواد سلامت دانش‌آموزان است. (IOM ، ۲۰۰۴ صفحه ۱۴۳). گزارش‌هایی از طرف شورای ملی تحقیق و موسسه ملی سلامت کودک و توسعه انسانی، به ناکامی مدارس در تربیت افراد بزرگسال با مهارت‌های سوادی کافی، برای شرکت در یک اقتصاد رقابتی و اطلاعات‌مدار اشاره دارد (IOM، ۲۰۰۴؛ هیئت ملی مهارت خواندن،۲۰۰۰، اسنو برنز و گریفن، ۱۹۹۸). تلاش‌های قانونی از قبیل "لایحه هیچ کودکی برای آموزش از قلم نمی‌افتد" انجام شده برای این‌که این ناکامی را جبران کند (IOM، ۲۰۰۴)، اما تداوم تامین مقدمات کافی آموزش سلامت و علم، منجر به دور ماندن ما از هدف می‌شود.

همان‌طوری که کمیته سواد سلامت انستیتو پزشکی (IOM) اظهار می‌کند، گنجاندن آموزش سواد سلامت در برنامه فعلی آموزش سواد برای بچه‌ها و بزرگسالان قابل توجیه است، زیرا افراد یاد گیرنده، اطلاعات را حفظ می‌کنند و آن‌ها را به بهترین نحو در موقعیت‌هایی شبیه به موقعیت‌هایی که برای اولین‌بار با اطلاعات مواجه شده‌اند به‌کار می‌برند (IOM ، صفحه ۱۴۹). مهارت‌های خواندن و نوشتن باید در چارچوب متن‌ها و اهدافی از سواد فرا گرفته شود که خوانندگان در زندگی روزمره‌شان با آن‌ها مواجه می‌شوند و شاید به همین دلیل باشد که NAAL در سال ۲۰۰۳ متن‌های سلامت بیشتری را با یکدیگر ترکیب کرد تا رابطه میان سواد عمومی و سواد سلامت عملی را مشخص کند.

مطالعاتی که نتایج ارایه متن‌های توضیحی بیشتر به دانش‌آموزان را در آموزش سطح مقدماتی بررسی می‌کنند، این نکته را دریافته‌اند دانش‌آموزانی که معلمان‌شان مطالب متنوعی را به آن‌ها می‌آموزند، یادگیری‌شان به اندازه کسانی است که توضیحات اضافه‌ای دریافت نمی‌کنند (IOM، ۲۰۰۴، صفحه ۱۵۰). به عبارت دیگر، نیازی نیست که منتظر باشیم تا در دبیرستان به دانش‌آموزان انواع متفاوتی از متن‌هایی که عموما برای انتقال اطلاعات سلامت استفاده می‌شود را یاد دهند. افزایش دسترسی افراد جوان به چنین مطالبی در زمان آموزش‌شان، احتمال این که آن‌ها بعدا با چنین متن‌هایی، راحت‌تر باشند را افزایش می‌دهد.

تکمیل استانداردهای بالاتر برای آموزش سلامت در مدارس ابتدایی و دبیرستان‌ها، برنامه‌های آموزش بزرگسالان، دوره‌های تحصیلی کالج و ادامه دادن برنامه‌های آموزشی برای ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، راهی برای بهبود سواد سلامت در میان آمریکایی‌ها در تمام گروه‌های سنی است. با این حال، تعدادی از موانعی که ممکن است از تکمیل برنامه‌های سلامت مدارس در سطوح محلی، ایالتی، ملی و بین‌المللی، ممانعت به عمل آورد، توسط سازمان جهانی بهداشت، تشریح شده است (سازمان جهانی بهداشت WHO ، ۱۹۹۶). بنابراین، تلاش برای ساده کردن مطالب آموزشی بیماران، اکنون رویکردی منطقی و معتبر به نظر می‌رسد. در مجموع، برخلاف سطوح تحصیلی بیماران، سطوح خواندن جزوه‌ها و دیگر مطالب بالینی، در بطن کنترل مستقیم ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت هستند. ممکن است مدتی طول بکشد تا دانش‌آموزانی که در معرض آموزش سواد سلامت ارتقا یافته هستند، بتوانند به عنوان استفاده کنندگان مستقل مراقبت‌های سلامت، از فواید آن بهره‌مند شوند، اما مطالب سلامت را هم اکنون نیز می‌توان اصلاح کرده و برای خوانده شدن

آسان‌تر نمود.

چنین اصلاحاتی ادامه می‌یابد تا این که همه اســتفاده کنندگان از مراقبت‌های ســلامت را بدون توجه به پیشــینه و موقعیت آن‌ها از فواید آن بهره‌مند ســازد (کمیته ویژه در زمینه ســواد سلامت، ۱۹۹۹؛برادوک، فین لوین سون، جانسون و پرلمن۱۹۹۷؛ پلیمتن و روت ۱۹۹۴؛ وینسلو، ۲۰۰۱). در همه زمینه‌ها مهم نیست که بیماران تا چه سطحی از مهارت خواندن، تحصیل کرده باشند.، در حقیقت به نظر می‌رســد فقط ســاده‌ترین متن‌ها برای همه بیماران کاربرد بهتری داشته باشد. اگر هدف ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، بهبود دســتاوردها و کیفیت زندگی بیماران باشــد، که بدون شک این گونه اســت، آنگاه هر چیزی که به رسیدن آن به هدف کمک کند، باید در بالاترین اولویت قرار گیرد. ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت ممکن اســت نتوانند از میان بیماران خود، خوانندگان بهتری بسازند، اما می‌توانند آن‌ها را درمان کنند و باعث شوند که آن‌ها احساس بهتری داشته باشند. آسان‌سازی زبان آموزش‌های کتبی و شفاهی، راهی برای انجام آن است.

باور غلط شماره ۲: بیمارانی که سواد سلامت پایینی دارند، در خواندن ناتوان هستند یا نمی‌دانند چگونه باید بخوانند

ما قبلا تفاوت بین ســواد و ســواد سلامت را شرح داده‌ایم. طبق تعریف، آن‌هایی که سواد ســلامت کمی دارند، لزوما در خواندن ناتوان نیســتند، آن‌ها فقط در درک و اســتفاده از اطلاعات مربوط به ســلامت، مشــکل دارند. فقط حدود ۱۰٪ از شرکت‌کنندگان در پژوهش NALS در ســال ۱۹۹۲ می‌توانســتند به عنوان بی‌ســواد محسوب شــوند، از این جهت که آن‌ها حتی در ابتدایی‌ترین مراحل یادگیری خواندن نیز نمره لازم را کسب نکردند (در سال ۲۰۰۳حدود ۳٪ از افراد بزرگسال در نمونه پژوهش NAAL تحت یک ارزیابی جایگزین قرار گرفتند به خاطر این‌که آن‌ها نمی‌توانســتند حداقلِ تعداد ســئوالات غربالگری ســواد را پاســخ دهند (NCES مرکز ملی آمارهای آموزشــی، ۲۰۰۵). در پژوهش NALS نشــان داده شد که سه برابر این افراد یا ۳۰ درصد کل حجم نمونه، توانایی خواندن اغلب مطالب چاپی روزمره را دارند و می‌توانند فرم‌های ساده را پر کنند. خوانندگان کم‌سواد، ممکن است به خاطر مهارت‌های محدودشان از خواندن اجتناب کنند، اما به‌طور کلی آن‌هایی قادر به خواندن هستند که می‌توانند بخوانند (استراکر و داویدسون، ۲۰۰۵).

اگر چه این تحقیق، ارتباط کاملی را میان تحصیلات و ســواد نشــان نمی‌دهد، اما ارتباط میان تحصیلات رســمی کمتر و نتایج سلامت ضعیف‌تر، به خوبی اثبات شده است. به بیان دیگر، آن‌هایی که دیپلم دبیرستان را دارند و حتی چند واحد درسی در کالج را گذرانده‌اند، ممکن اســت فاقد مهارت‌های ســواد باشــند، درســت همان‌طوری که یک نفر باســواد کافی (که به وســیله ابزارهای خاصی سنجیده شــده اســت) ممکن است هرگز دبیرســتان را به پایان نرسانده باشد. همان‌طوری که ویس خاطر نشــان می‌کند" سطح تحصیلات تنها نشــان‌دهنده تعداد ســال‌هایی است که یک فرد در مدرســه حضور داشــته، نه این‌که چقدر این فرد در مدرسه چیزی یاد گرفته است (داویس، کنن،گازماراریان و ویلیامز، ۲۰۰۵، صفحه ۱۵۵). با این وجود، همان‌طوری که یک فرد ممکن اســت انتظار داشــته باشد، بیش از ۸۰ درصد از کسانی که هرگز دبیرستان را به پایان نرسانده‌اند، در پایین‌ترین دو سطح انتهایی پژوهش NALS در سال ۱۹۹۲ قرار می‌گیرند (کرسچ و همکاران، ۱۹۹۳) و اشاره به این دارد که اگرچه سابقه تحصیلی آن‌ها، لزوما پیشگویی کننده سواد آن‌ها نیست، اما با آن مرتبط اســت. در ســال ۲۰۰۳، سواد در بزرگسالانی که دبیرستان را به پایان نرسانده بودند، در پایین‌ترین سطح خود از لحاظ هر سه معیار بود (سواد نوشتاری، سواد سندی و سواد مقداری)؛ آن‌ها نشان‌دهنده بزرگ‌ترین گروهی بودند که مهارت‌های سوادی‌شان در سطح پایین‌تر از پایه در پژوهش NAAL بود (NCES، ۲۰۰۵).

حتی اگر NALS و NAAL رویکردهای گســترده‌ای را در زمینه ســواد نشــان داده باشــند، پرداختن به اســتثنائات این قانون، برای ما همچنان مهم خواهد بود. به‌طور مشــابه، ما باید بین ســواد ســلامت کم و هوش پایین، تمایز قایل شویم. بیمارانی که به زمان بیشتری نیاز دارند تا اطلاعات را دریافت کنند، "ناتوان در خواندن نیستند". حتی پزشکانی که در یک زمینه پزشکی تخصص دارند، ممکن است هنگامی که با پژوهش‌هایی در تخصص‌های دیگر مواجه می‌شــوند اعتقاد داشــته باشــند گویا یک متن به زبانی بیگانه را می‌خوانند... قطعا امکان رسیدن به سطوح عالی آکادمیک یا موفقیت‌های حرفه‌ای در جامعه، علیرغم داشتن مهارت‌های سوادی کم یا نداشتن این

مهارت‌ها وجود دارد. یک مثال آموزنده، تجربه جان کورکوران، معلم ۴۸ ساله دبیرستان است که در جستجوی کمک برای بی‌سوادی پنهانش بود و عاقبت توانست بر آن فایق آید. داستانش در کتاب "معلمی که نمی‌توانست بخواند" (کورکوران و کارسون،۱۹۹۴) نقل شده است. فقط بگذارید که افراد متفاوت، به‌طور متفاوتی یاد بگیرند، بدون توجه به سطح تحصیلات یا مهارت‌های سوادی‌شان. ما باید درک کنیم که چگونگی ارایه اطلاعات می‌تواند پیام مورد نظر ما را بیشتر مبهم کند تا این‌که آن را واضح نماید.

باور غلط شماره ۳: اگر من آن را آهسته و واضح توضیح دهم، بیمار متوجه خواهد شد

نمی‌توان در فواید صحبت کردن آرام و واضح با بیمار، اغراق کرد. با این وجود، این سرعت پیام نیست که مهم است، بلکه محتوای آن، چگونگی ارایه آن و مقدار اطلاعاتی که با خود منتقل می‌کند اهمیت دارد. مطالعات نشان داده است که بیماران، نیمی از آنچه را که پزشکان‌شان به آن‌ها گفته‌اند به خاطر می‌آورند و درک می‌کنند. مطابق با پژوهش Doak و همکارانش، شرایط ضروری مورد نیاز برای فعال کردن درک و سیستم حافظه بیمار، عبارت است از "وجود یک انطباق معقول میان منطق، زبان و تجربه در اطلاعات با منطق، زبان و تجربه بیمار" (دواک، دواک و روت، ۱۹۹۶؛ یومانس و Ngoh، ۲۰۰۵). به عبارت دیگر، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت قبل از تلاش برای برقراری ارتباط با بیماران، باید در اندیشه توانایی‌های فردی بیمار ان باشند؛ پیام‌های مرتبط با سلامت باید به‌طور یکنواخت با مخاطب مورد نظر، انطباق داشته باشد.

در حقیقت هر چه از بیمار بخواهند تا اطلاعات بیشتری را به خاطر داشته باشد، احتمال این‌که او واقعا آن‌ها را به خاطر بیاورد، کمتر است. اسچیلینگر و داویس (۲۰۰۵، صفحه ۱۹۰) خاطر نشان کردند که "در حال حاضر، دست‌اندرکاران درمان نه وسایلی دارند که مشخص کنند چطور بیماران بهترین یادگیری را دارند و نه ابزاری برای جذب موثر بیمارانی دارند که به نظر می‌رسد بیشترین نفع را از مداخلات بالینی می‌برند."

علاوه بر آن، یک سردرگمی و شرم قابل ملاحظه‌ای مرتبط با سواد محدود وجود دارد، از آن جایی‌که پاریخ، پارکر، نرس، بیکر، و ویلیامز (۱۹۹۶، صفحات ۳۳-۳۹) در یک پژوهش درباره بیماران آمریکایی آسیایی‌تبار متوجه این مطلب شده‌اند؛ بر اساس این مطالعه ۴۰ درصد از این بیماران، احساس خجالت را در مورد مهارت‌های خواندن‌شان تایید کردند. موضوع پیچیده این است که بسیاری از بیماران درباره توانایی‌های‌شان "رو راست" نیستند و یا مهارت‌های‌شان را بیشتر از آنچه که هست تشخیص می‌دهند. بسیاری از افراد در پنهان کردن مهارت‌های پایین سوادشان، ماهر هستند، آن‌ها با بهانه آوردن و یا تقلید از راهبردهایی از قبیل "عینکم را فراموش کردم" یا "مطالب را در منزل مطالعه می‌کنم" پایین بودن مهارت‌های سوادشان را پنهان می‌کنند... در طول یک فوریت پزشکی، این‌گونه طفره رفتن‌ها می‌تواند زندگی یک بیمار را به خطر بیندازد، بسیاری از بیماران مجبور می‌شوند تا این بهانه‌ها را کنار بگذارند، البته برخی اوقات با عواقبی آزار دهنده (بیماری را در نظر بگیرید که برای استفاده از یک روش درمانی خطرناک که نمی‌تواند کاملا خطرات آن را درک کند رضایت آگاهانه می‌دهد). ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، نمی‌توانند فقط به خاطر این‌که بیماران به علامت تایید سر تکان می‌دهند و یا وانمود می‌کنند که می‌فهمند، فرض کنند که بیماران آن‌چه را که آن‌ها گفته‌اند یا آن‌چه را که آن‌ها با اشاره نشان می‌دهند درک می‌کنند.

چرا نباید بیماران را فقط برای سواد غربالگری کنیم؟ با این روش می‌توانستیم تلاش‌های‌مان را فقط به سمت کسانی هدایت کنیم که بیشترین نفع را از این تلاش‌ها می‌برند. طبق پژوهش دیویس و همکارانش (۲۰۰۵،صفحه ۱۷۵)، هیچ دلیل و مدرکی وجود ندارد مبنی بر این‌که آزمودن سواد به ارایه بهتر مراقبت‌های سلامت یا نتایج سلامت ارتقا یافته منجر شود. به این دلیل و دلایل دیگر، یک بحث جنجالی قابل توجه درباره این‌که آیا اصلا بیماران باید غربالگری شوند یا خیر وجود دارد. اولا این‌که هنگامی‌که درصدد هستیم تا این افراد را مشخص کنیم (و به نوعی به آن‌ها برچسب بزنیم)، ما این خطر را می‌پذیریم که آبروی افراد را لکه‌دار کنیم. اغلب افراد با سواد سلامت کم، درباره آن احساس شرم می‌کنند، و از اقرار به آن حتی برای عزیزان‌شان خودداری می‌کنند. برخی از آن‌ها متوجه نمی‌شوند که مهارت‌های سوادی محدودی دارند، به این معنی که طبقه‌بندی کردن آن‌ها می‌تواند رفتارشان را به شیوه‌های منفی

بالقوه، تغییر دهد.

متداول‌ترین ابزار استفاده شده برای ارزیابی سواد سلامت، که در این فصل به دو مورد از آن‌ها اشاره مختصری شده است، عبارتند از، REALM (برآورد سریع سواد بزرگسالان در پزشکی)، TOFHLA (آزمون سواد سلامت کاربردی در بزرگسالان) و آزمون پیشرفت پر دامنه(WRAT). هر کدام از آن‌ها فواید و همچنین معایبی دارند. برای مثال، REALM بالاتر از سطح نهم خواندن را ارزیابی نمی‌کند (داویس و همکاران، ۲۰۰۵، صفحه ۱۶۵. برای بحث مفصل‌تر درباره ابزارهای غربالگری سواد، فصل ۳" ارزیابی بیماران "را ملاحظه کنید.). در حال حاضر، همین‌قدر کافی است که بگوییم غربالگری سواد سلامت، یک راه‌حل ناقص برای مشکلی چند وجهی است و این‌که حتی بهترین ابزارهای ارزیابی نیز بدون عیب نیستند.

یکی از قابل اعتمادترین ابزارها برای برای مشخص کردن این‌که آیا بیماران متوجه می‌شوند، روش teach-back است. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت فقط از بیماران می‌خواهند تا مطالب آموزش داده شده و آنچه را که احساس می‌کنند از این ارتباط آموخته‌اند، به زبان خودشان توضیح دهند (در حالی‌که مخالف است با پرسیدن از آن‌ها که "آیا متوجه می‌شوید؟" که به ندرت یک پاسخ "نه" صادقانه یا سوالات بیشتر از مخاطبان دریافت می‌شود). ارایه‌دهنده خدمات ممکن است که چیزی شبیه به این سوال را بپرسد "اگر همسرتان از شما درباره همه آنچه که لازم است برای مراقبت از وضعیت خود انجام دهید، بپرسد، به او چه خواهید گفت؟"

روش Teach-back به‌طور بالقوه بسیار موثر است. یک پژوهش انجام شده توسط اسچیلینگر و همکارانش (۲۰۰۲) نشان داد بیمارانی که پزشکان‌شان از این روش برای اطمینان از درک بیماران استفاده کردند، دیابت‌شان را به‌طور موثرتری درمان کردند. این پژوهش همچنین این نکته را آشکار ساخت که روش teach-back فقط در ۲۰ درصد از برخوردهای میان بیمار و پزشک استفاده می‌شود. این فقط یک مثال آشکار درباره یک راه‌حل بالقوه است که تنها به این نیاز دارد که توسط ارایه‌دهندگان خدمات سلامت بیشتری اجرا شود.

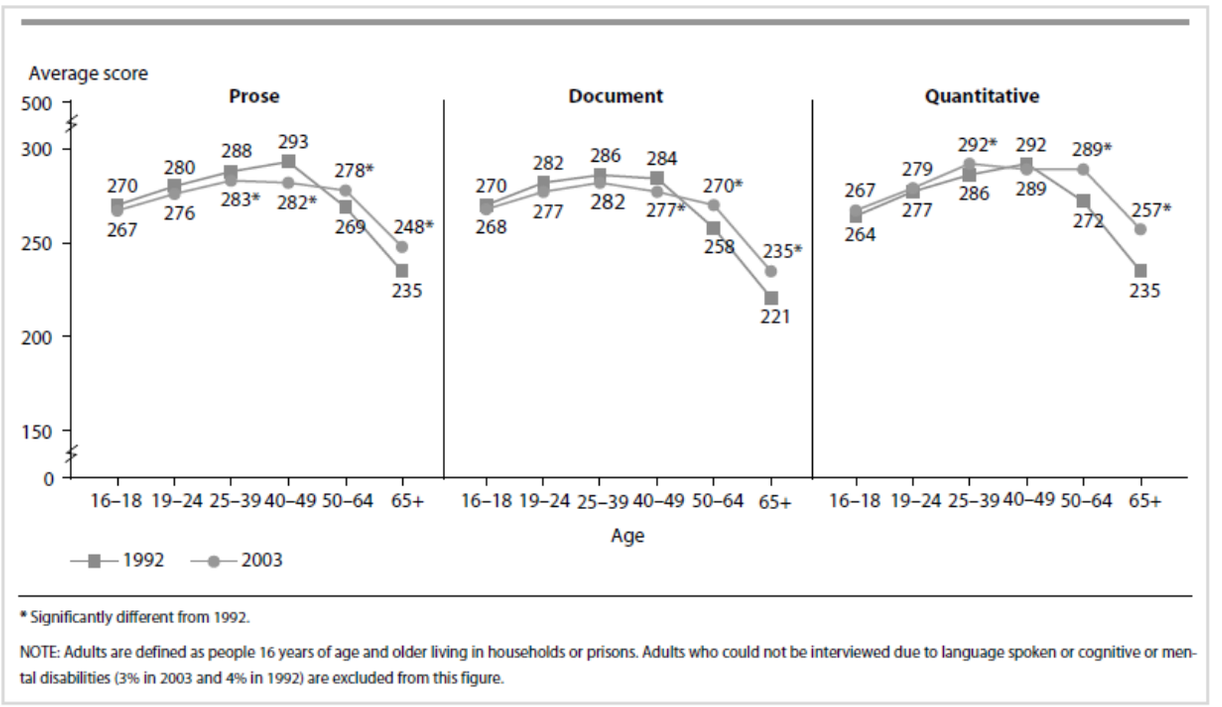
باور غلط شماره ۴: فقط بیمارانی که از کشورهای خارجی می‌آیند و نمی‌توانند انگلیسی صحبت کنند، کم سواد هستند؛ بیماران جامعه من این گونه نیستند.

در این که تعداد قابل توجهی از افراد مهاجر، مهارت‌های سوادی کمی در زبان انگلیسی دارند بحثی نیست. طبق پژوهش NALS در سال ۱۹۹۲، بیشتر از نصف مهاجرانی که پس از دوران کودکی وارد آمریکا شده‌اند، پایین‌ترین نمرات سطح سواد را کسب کردند (کرسچ و همکاران، ۱۹۹۳). به‌خاطر داشته باشید که اگرچه NALS و NAAL فقط سواد زبان انگلیسی را سنجیدند، ولی مهاجران بزرگسال از کشورهای غیرانگلیسی زبان، ممکن است در زبان‌های خودشان بسیار باسواد باشند، حتی اگر این تحقیق چیز دیگری را نشان دهد (ویس، ۲۰۰۵). اگرچه گروه‌های اقلیت و افراد مهاجر، به‌طور نامتناسبی میزان بالایی از کم سوادی را دارند، به خاطر تعداد کمترشان آن‌ها نماینده درصد کمتری از آمریکایی‌هایی هستند که مهارت‌های سوادی محدودی دارند. اغلب آمریکایی‌ها با مهارت‌های سوادی محدود، آمریکایی‌های بومی سفید پوست هستند. بنابراین، حتی متخصصان حوزه سلامت که بسیار به افراد سفید پوست و انگلیسی زبان خدمت می‌کنند، احتمال دارد که در طول فعالیت‌شان روزانه‌شان با بیماران کم‌سواد مواجه شوند.

درباره افراد سالمند چطور؟ به خاطر این‌که آمریکایی‌های مسن‌تر، بدون توجه به وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی، نسبت به افراد گروه‌های سنی دیگر، میزان بالاتری از سواد سلامت محدود دارند. (بر اساس مطالعاتی که از غربالگری سواد استفاده می‌کنند، از قبیل پژوهش انگلیسی و اسپانیایی‌زبان TOFHLA (آزمون سواد سلامت کاربردی در بزرگسالان)، در هر اقدامی که به درمان بیماران مسن‌تر پرداخته می‌شود، از لحاظ آماری احتمال بیشتری وجود خواهد داشت که با مشکل سواد سلامت پایین مواجه شویم، (گازماریان و همکاران، ۱۹۹۹، ویس، رید و کلیکمن، ۱۹۹۵). در NALS در سال ۱۹۹۲، تقریبا نصف افراد ۶۵ ساله و بالاتر، نمره سطح یک، سطح بی‌سواد عملکردی را کسب کردند، یک سوم دیگر از آن‌ها نمره سطح ۲ را کسب کردند، «سطح سواد مرزی» (کرسچ و دیگران). از هر پنج پاسخ دهنده بالای ۶۵ سال فقط یک نفر نمره بیشتر از سطح ۲ را کسب کرد. نمودارهای خطی در شکل ۲ـ۱، نمرات میانگین سواد نوشتاری، سندی، و کمی را برحسب سن در سال ۱۹۹۲ و ۲۰۰۳ نشان می‌دهد. توجه کنید که با افزایش سن پاسخ دهندگان در پژوهش NAAL

یا NALS هر خط چطور پایین می‌آید.

توضیح: بزرگسالان به عنوان افراد ۱۶ ساله و بالاتری تعریف می‌شوند که در منازل یا زندان‌ها زندگی می‌کنند. بزرگسالانی که به خاطر زبان گفتاری‌شـــان یا ناتوانی‌های شـــناختی و یا ذهنی نمی‌توانســـتند تحت مصاحبه قرار بگیرند (۳٪ در سال ۲۰۰۳و ۴٪ در سال سال ۱۹۹۲)، در این شکل جای داده نشدند.



* Significantly different from 1992.

NOTE: Adults are defined as people 16 years of age and older living in households or prisons. Adults who could not be interviewed due to language spoken or cognitive or mental disabilities (3% in 2003 and 4% in 1992) are excluded from this figure.

FIGURE 1.2 Average prose, document, and quantitative literacy scores of adults, by age: 1992 and 2003. *Source:* U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Statistics, 1992 National Adult Literacy Survey, and 2003 National Assessment of Adult Literacy.

چند یافته مشـــابه برای بیمارانی از گروه‌های نژادی و قومی مختلف وجود داشـــت: داده‌های پژوهش NALS در سال ۱۹۹۲ این مساله را آشـــکار ســـاخت که ۴۱٪ از سفیدپوستان، نمرات ۲ سطح پایینی از سواد را کسب کردند، همان‌طوری که ۶۴٪ سرخ‌پوستان آمریکایی و بومی‌های آلاسکایی، ۶۰٪ از آسیایی‌ها و ساکنان جزایر اقیانوس آرام، و ۷۷٪ از سیاه‌پوستان و ۷۸ ٪ از اسپانیایی‌تبارها چنین نمراتی کسب کردند (ویس،۲۰۰۵). نمرات میانگین سواد نوشتاری و سندی، در میان سیاه‌پوستان و ساکنان جزایر اقیانوس آرام بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ افزایش پیدا کرد. ولیکن نمرات میانگین در میان اسپانیایی‌تبارها، در طی این سال‌ها کاهش پیدا کرد (NCES، ۲۰۰۵) در آخر، مساله وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی وجود دارد. در کل، یکی از نتایج ناگفته این فرضیه که فقط خارجی‌ها سواد سلامت پایینی دارند، این باور است که فقط آن‌هایی که وضعیت مالی ضعیف‌تری دارند، مهارت‌های سوادی محدودی دارند. چند پژوهش به این نکته اشـــاره دارند که ســـلامت کم و مهارت‌های محدود سواد عمومی، در میان افراد کم درآمد شایع است (ویس، ۲۰۰۵). مانند دیگر عوامل تاثیرگذار بر ســـواد، مشـــخص نیست که آیا سواد محدود منجر به فقر می‌شود یا این‌که آن‌هایی که در گروه‌های کم درآمدتر هستند به خاطر فرصت‌های تحصیلی کمتر، مهارت‌های سوادی محدودی دارند (ویس،۲۰۰۵).

همان‌طوری که یک فیلم آموزشـــی AMA (انجمن پزشـــکی آمریکا) با هدف افزایش آگاهی درباره ســـواد سلامت کم، به آن اشاره دارد، حقیقت این اســـت که "شـــما با نگاه کردن نمی‌توانید بگویید". این فیلم حاوی گزیده‌هایی از مصاحبه با افرادی است که مشکلات‌شان با ســـواد ســـلامت کم، مانع دسترسی آن‌ها به مراقبت‌های کیفی شده اســـت. یک بخش از این فیلم، شامل صحبت کردن یک پزشک با یک شـــهروند ســـالخورده است که مشخص است از تشـــخیص بیماری فشار خونش گیج شده است. او فکر می‌کند ممکن است، وضعیت بیماری‌اش به فعالیت بیش از حدش مربوط باشـــد، اما مطمئن نیســـت (مؤسسه انجمن پزشکی آمریکا، ۲۰۰۵). آنچه که این فیلم نشان

می‌دهد این اســت که بیماران کم سواد ممکن اســت جوان باشند یا پیر، ثروتمند باشند یا فقیر، سفیدپوست باشند یا غیرسفیدپوست، مذکر باشند یا مونث، شیک‌پوش یا غیرشیک‌پوش، نحیف یا تنومند باشند. ما باید مراقب باشیم که کلیشه‌سازی نکنیم.

چرا سواد سلامت مهم است: افزایش امنیت بیمار

اگر مشــخص می‌شــد که طراحی فرمان خودرو، علت اصلی تصادف‌های مرگ‌بار در در بزرگراه اســت، مهندسان صنعت، اقدام به کار بر روی طراحی مجدد آن می‌کردند. بعد از این‌که آن‌ها تغییرات را درخواست کردند، سازمان‌های حمایت از مصرف‌کنندگان، باید به آن‌ها هشــدار دهند که از فرمان خودروهای‌شــان به‌طور متفاوتی استفاده کنند، حداقل تا زمانی‌که طرح‌های جدید آماده شده باشد. در مثال ذکر شــده، یقینا مهم‌ترین دغدغه، امنیت و ســلامت راننده است، پس چرا نوشــتن اطلاعات پزشکی در سطحی بالاتر از متوسط درک گروه هدفش، ادامه می‌یابد؟

در کل، یکی از خطرات آشــکار ســواد سلامت کم، مستعد بودن برای درک نادرست دستورالعمل‌های پزشکی است ـ چیزی که می‌تواند منجر به خطای مربوط به تعیین دوز دارو شود (برای بحث درباره رابطه میان خطاهای پزشکی و سواد سلامت کم، فصل ۴ را ببینید). پژوهش‌ها، خطاهای پزشــکی مربوط به دوز دارو را در بیمارانی یافته‌اند که از آن‌ها خواســته شــده بود تا دســتورات آماده کردن مایع درمانــی خوراکــی (او آر اس) را برای بچه‌هایی که اســهال دارند، انجام دهند، در کســانی یافتند که تعییــن دوز صحیح را از روی یک برچســب داروی ســرفه کودکان عهده‌دار بودند، در والدینی مشــاهده کردند که به بچه‌های مبتلا به آسم‌شان افشانه (اسپری) آلبوترول می‌دادند و در دیابتی‌هایی که از آن‌ها خواسته شده بود تا میزان انسولین خود را تعیین کنند و تزریق آن را انجام دهند (ویس، ۲۰۰۵). درست همان گونه که بعضی والدین ممکن است بچه‌های‌شان را برای شرایط غیر اورژانسی مثلا برای دمای کمی بالاتر از دمای نرمال ۳۷ درجه سانتیگراد، به بخش اورژانس بیمارستان بیاورند (هرمان و مایر، ۲۰۰۴)، دیگران ممکن است برای شرایطی که بالقوه مرگ‌بار هســتند در جستجوی مراقبت‌های ســلامت کوتاهی کنند، شرایطی مانند سلولیت دندانی، همه این‌ها فقط به خاطر این است که آن‌ها دانش لازم را کسب نکرده‌اند.

و این فقط اطلاعات پزشــکی نیســت که می‌تواند بد تعبیر شود و به موجب آن بعضی از آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه، به خطر بیفتند. پژوهش انجام شده توسط ونگر و گیراسک (۲۰۰۳) این نکته را دریافته است که قابلیت خواندن دستورالعمل‌های نصب صندلی ایمنی کودک، به اندازه ســطح هفتم تا ســطح دوازدهم خواندن اســت که به مراتب بیشــتر از توانایی‌های آمریکایی‌های طبقه متوسط است. بر اساس کمپین ملی بچه‌های ایمن، تقریبا از هر پنج صندلی ایمنی، چهار صندلی به‌طور ناصحیح استفاده می‌شوند (میانگین سه کاربرد غلط در هر صندلی) (کارپ،۱۹۹۸).

انتشار این واژه، کم کردن شکاف‌ها

خوشبختانه، آگاهی درباره سواد سلامت پایین هر سال در حال افزایش است. به لطف زنگ خطر آغازین NALS در سال ۱۹۹۲، شیوع این مساله توجه بخش‌های مختلفی از جامعه را به خود جلب کرده است، از نهادهای عمومی تا خصوصی، دولت، دانشگاه‌ها، درمانگاه‌ها، گروه‌های غیرانتفاعی و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت فردی. برخی از وقایع برجسته در آگاهی عمومی، عبارتند از انتشار گزارش AMA (انجمن پزشکی آمریکا) درباره سواد سلامت در نشریه انجمن پزشکی آمریکا (کمیته ویژه، ۱۹۹۹) و انتشار گزارشIOM (سواد سلامت، نســخه‌ای برای پایان دادن به ســردرگمی)، گزارش AHRQ (موسسه تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های سلامت)، ارزیابی فناوری (سواد و نتایج ســلامت) و کتاب درســی AMA (انجمن پزشکی آمریکا) (درک سواد سلامت: مفاهیمی برای پزشکی و سلامت عمومی) در سال ۲۰۰۴.

ســازمان‌هایی که به ســواد سلامت می‌پردازند در حال افزایش هستند. این ائتلاف سازمان‌های ملی متعهد شده است تا برنامه‌ها و منابع رایــگان و کــم هزینه‌ای را در خصوص تحویل دادن اطلاعات بیماران، آموزش پزشــکی و ابزارهای مدیریــت عملکرد، به ارایه‌دهندگان

خدمات سلامت ارایه دهد. یکی از مهم‌ترین این منابع، برنامه "از من سه سوال بپرس" است که بیماران را تشویق به درک جواب‌های سه سوال می‌کند: (۱) مشکل اصلی من چیست؟ (۲) چه کاری لازم است که انجام دهم؟ و (۳) چرا انجام آن برای من مهم است؟ به این سایت مراجعه کنید: http://www.askme۳.org to learn more. در سال ۲۰۰۳، موسسه انجمن پزشکی آمریکا، بسته تجهیزات آموزشی‌اش را توسعه داد که این بسته شامل این موارد می‌شود: یک سی. دی. رام، یک کتاب راهنما برای دست‌اندرکاران درمان، یک فیلم مستند که قبلا بیان شد و دیگر منابعی که هدف آن‌ها، آموزش پزشکان، متخصصان مراقبت‌های سلامت و حامیان بیماران درباره سواد سلامت بود (IOM، ۲۰۰۴، صفحه ۱۶۰)

کنفرانس‌ها و سمپوزیوم‌های تخصصی که توسط سازمان‌هایی مانند AMA و شرکت Pfizer و شرکت Kaiser Permanente، موسسه ارتقای مراقبت‌های سلامت و موسسه تحقیقات و مرکز سرطان اچ لی موفیت حمایت مالی می‌شوند، بیشتر از قبل عمومیت پیدا می‌کنند؛ تلاش‌های متعدد بخش خصوصی از قبیل ابتکار شرکت Pfizer در زمینه سواد سلامت و کار ابتکاری شرکت "صلیب آبی، سپر آبی" در زمینه پیاده‌روی، راه‌حل‌های خودمراقبتی ابداعی را ارایه می‌دهند؛ و توسعه برنامه‌های آموزشی در بیمارستان‌ها و دیگر سازمان‌های خدمات سلامت ادامه می‌یابد. طرح‌های ابتکاری خصوصی ـ دولتی در زمینه سلامت، از قبیل مردم سالم سال ۲۰۱۰ (که هدف ۱۱-۲ آن به دنبال "بهبود سواد سلامت اشخاصی با مهارت‌های سوادی ناکافی و یا مرزی" بود؛ دپارتمان بهداشت و خدمات انسانی، ۲۰۰۰)، طرح ابتکاری سواد سلامت در کالیفرنیا، پژوهش سواد سلامت فلوریدا و طرح ابتکاری سواد سلامت در شهر نیویورک، این کلمه را بیشتر و بیشتر بین افراد و سازمان‌ها منتشر می‌کند، دانشگاه‌های بزرگ نیز همین کار را از طریق تحقیقاتی که توسط بخش‌های خصوصی یا عمومی سرمایه‌گذاری شده است انجام می‌دهند.

استانداردهای جدید اعتباربخشی توسط کمیسیون مشترک اعتباربخشی ارگان‌های سلامت (JCAHO) و کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA) کمک می‌کند به تضمین این که ارگان‌ها و طرح‌های مراقبت‌های سلامت در ایالات‌متحده آمریکا با پوشش دادن کسانی که سواد سلامت محدودی دارند، اثربخشی‌شان را به بالاترین سطح خود برسانند. این خبر مهمی برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت است، زیرا این موضوع به منزله منابع جدید سرمایه‌گذاری بوده و به افزایش آگاهی کمک می‌کند.

با افزایش آگاهی، آن‌هایی که قدرت تغییر در سیاست‌گذاری کلی را دارند، به پیشرفت مهندسی از طریق قانون‌گذاری‌ها و یا برنامه‌های جدید می‌پردازند. مثال‌هایی در این خصوص شامل موارد ذیل است: برنامه «جوانان و رسانه‌های هوشمند» که توسط انستیتوی ملی سلامت کودک و توسعه انسانی (NICHD) توسعه یافته است و برنامه «دوره آموزشی پیوند دهنده آموزش علوم و سواد سلامت» که توسط موسسه ملی منابع تحقیقاتی بر روی آن سرمایه‌گذاری شده است. هدف برنامه آخری، "تبدیل تجربه‌های غذایی بچه‌های بخش مرکزی شهر، معلمان و والدین و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به یک طرح علمی مبتنی بر پرسش است" (IOM ، ۲۰۰۴، صفحه ۱۵۳).

در سطح ایالتی، طرح "چارچوب سلامت برای مدارس عمومی کالیفرنیا، از کودکستان تا سطح دوازدهم "کالیفرنیا،" بسته‌های مربوط به خواندن سالم" آلاسکا برای سطح دو تا ۸ و استانداردهای محتوای برنامه آموزشی ضروری نیوجرسی برای برنامه‌های جامع تربیت بدنی و سلامت (شامل سواد سلامت) که همه آن‌ها برای پرداختن به سواد سلامت در مدارس عمومی، طراحی شده‌اند (IOM، ۲۰۰۴).

با گذشت هر سال، درباره افرادی که سواد سلامت کمی دارند چیزهای بیشتری می‌دانیم، درباره بهترین امکانات برای اصلاح این مشکل، درباره تاثیرات سواد سلامت بر بسیاری از عوامل دیگر (بیماری مزمن، کیفیت زندگی، درآمد و وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی) و درباره این که چگونه این عوامل گوناگون به سلامت بیمار و سواد عمومی کمک می‌کنند. در استفاده از بسیاری از این اطلاعات در فصل‌های بعدی این کتاب با هم سهیم خواهیم شد، گاهی اوقات از طریق داستان‌ها و یا توصیه‌هایی از طرف پرستاران و دیگر متخصصان مراقبت‌های سلامت در خط مقدم مراقبت‌های سلامت، و همچنین از طریق بررسی حجم در حال افزایش مطالب چاپ شده که یک رابطه محکم را میان سواد و سلامت ایجاد می‌کند.

سواد سلامت: بدون آن خانه را ترک نکنید

یکی از پیام‌های کلیدی کتاب "سواد سلامت در مراقبت‌های اولیه سلامت: یک راهنمای بالینی" این است که نیازی نیست شما برای پیدا کردن یک فرد کلافه و سردرگم در شرایطی شبیه به آنچه که در پاراگراف ابتدایی این فصل شرح داده شد، راه دوری بروید، یقینا نه تا کارناتاکا در هندوستان. افراد با سواد سلامت کم، دوستان شما، اعضای خانواده شما، همکاران شما، و والدین شما هستند. بسیاری از آمریکایی‌های در جستجوی کیفیت مراقبت پزشکی که در واقع خودشان را ماهر می‌دانند، با ناامیدی در صدد مشخص کردن این هستند که چه چیزی آن‌ها را مریض کرده و می‌خواهند بفهمند که علیرغم مهارت‌های سوادی محدودشان، چطور با این شرایط‌شان برخورد کنند.

سیستم عظیم مراقبت‌های سلامت ما، نیازهای شگفت‌آوری را حتی برای افرادی که از تحصیلات بالایی برخوردارند ایجاد می‌کند، صرف نظر از کسانی که ممکن است هرگز تحصیلات رسمی نداشته باشند یا برای کسانی که زبان انگلیسی، زبان دوم یا سوم آن‌هاست. درباره بیماری فکر کنید که منحصرا اسپانیایی‌زبان است و با برچسبی برخورد می‌کند که دستوراتی را به زبان انگلیسی برای استفاده از یک داروی خاص به او می‌دهد "once (روزی یک‌بار)". این نکته را در نظر بگیرید که کلمه اسپانیایی once به معنی " یازده" است نه به معنی "یک‌بار"، به نظر می‌رسد که احتمال گیج شدن ـ حتی یک اور دوز مرگ‌بار ـ در چنین شرایطی بسیار زیاد است (IOM، ۲۰۰۴، صفحه ۱۱۶؛ ویس، ۲۰۰۵، صفحه ۲۶).

حتی کسانی که انگلیسی را روان صحبت می‌کنند و با فرم‌های بیمه یا اصطلاحات پزشکی راحت هستند، ممکن است خودشان را غرق در اطلاعات مغایر با یکدیگر بیابند، مخصوصا با توجه به سر ریز اطلاعات در حال گسترش "اینترنت"، که به دلایل گوناگون، یک محیط متن‌محور باقی می‌ماند (Baur , ۲۰۰۵). روزنامه‌نگاری به نام جان هاافمن، به این سر ریز اطلاعات به عنوان بخشی از "موهبت‌ها و رنج‌های یک بیمار مدرن" اشاره می‌کند. او مطالبی را در نشریه نیویورک‌تایمز این گونه ذکر می‌کند:

"در نسل گذشته، بیماران برای اطلاعات بیشتر، انتخاب بیشتر و حرف و مطلب بیشتر درباره درمان، مباحثی را مطرح کردند. تا اندازه زیادی، این دقیقا چیزی است که آن‌ها دریافت کردند: وفور اطلاعات، اغلب چند گزینه درمانی و حق انتخاب از میان آن‌ها. هنگامی‌که این مسیولیت جدید برای بیماران، مشخص می‌شود، بعضی از آنان از آن با احساس افتخار و عزمی سرشار از انرژی استقبال می‌کنند، اما بسیاری از آنان وظیفه یک بیمار مدرن بودن را به خاطر سختی حاصل از بلاتکلیفی درمانی، منزوی‌کننده، وحشتناک و سخت و پرفشار می‌دانند" (هافمن،۲۰۰۵).

راهبری اطلاعات "بسیار زیاد"، می‌تواند برای آن دسته از مصرف‌کنندگان مراقبت‌های سلامت که سوادی بالا دارند منزوی‌کننده، وحشت‌آور و سخت و پرفشار باشد، بنابراین فقط تصور کنید که سعی می‌کنید همین سیستم پیچیده را راهبری کنید ـ برخورد کردن با "چند گزینه درمانی" و داشتن "حق انتخاب از میان آن‌ها"ـ اگر شما تحصیلات دبیرستان را به پایان نرسانده‌اید یا اگر در تمرکز بر روی مطالب پر حجم مرتبط با سلامت، مشکل دارید. برای یک خواننده سطح پایه یا پایین‌تر از پایه طبق پژوهش NAAL ۲۰۰۳، چقدر سخت‌تر و پرفشارتر خواهد بود؟

همان‌طوری که قبلا بحث کردیم، شخصی با دانش تخصصی بالا که کاملا تحصیل کرده است و در رشته تحصیلی خودش کاملا باسواد است، مثلا در مهندسی سیستم‌های اتومبیل یا در برنامه‌نویسی کامپیوتر، ممکن است باز هم احساس سردرگمی کند هنگامی‌که با یک زبان رمزگونه نقد ادبی پساساختارگرایانه یا فیزیک کوانتوم مواجه می‌شود. او به هیچ‌وجه بی‌سواد نیست، اما عضو باشگاه نخبگان هم نیست. چنین کسی که در یک زبان مبهم و ناآشنا غوطه‌ور است، بایستی یک متن جدید معماگونه را راهبری کند، گویی برای اولین‌بار است که زبان انگلیسی را فرا می‌گیرد.

ایده پرداختن به یک متن جدید گیج‌کننده، به‌طور صحیح تجربه بیمارانی که سواد سلامت پایینی دارند را توصیف می‌کند و هدف این کتاب، سهیم شدن در داستان‌ها و روایات و آموزش دادن به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت درباره نیازهای این بیماران است. این کتاب، حداقل، با افزایش مهارت‌های سواد سلامت بیمار تا سطح کاربردی، استعاراً به آن‌ها زبان‌های محلی را که برای جان سالم به‌در

بردن از آن تهوع ناگهانی در کارناتاکا نیاز دارند می‌آموزد که ما قبلا شرح دادیم، بدون توجه به این‌که آن‌ها چه چیزی می‌خورند و چه داروهای جدیدی استفاده می‌کنند، هنگامی‌که از داخل به دریای عرب نگاه می‌کنند.

منابع فصل اول

- ۲۰۰۰ Beta Travel Study—Business. (۲۰۰۰). Beta Research Corporation. WSJ Online.Retrieved January ۲۷, ۲۰۰۶, from http://advertising.wsj.com/Research/Cons/۲۰۰۰BetaTravelBusiness h۱.htm
- AdHoc Committee onHealth Literacy for the Council on Scientific Affairs. (۱۹۹۹).Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association, ۲۸۱(۶), ۵۵۲–۵۵۷.
- American Medical Association. (۲۰۰۵). Mini-conference on health literacy and health disparities. Retrieved January ۱۰, ۲۰۰۶, from http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/۱۵۲۵۰.html
- American Medical Association (AMA) Foundation. (۲۰۰۵). Health literacy video. Retrieved August ۲۰, ۲۰۰۵, from http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/۸۰۳۵.html
- Anderson, T.W. (۱۹۵۸). An introduction to multivariate statistical analysis.New York:Wiley.
- Baur, C. E. (۲۰۰۵). Using the Internet to move beyond the brochure and improve health
- literacy. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. ۱۴۱–۱۵۴). Chicago:American Medical Association Press.
- Berkman, N. D., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Sheridan, S. L., Lohr, K. N., Lux, L., et al.(۲۰۰۴, January). Literacy and health outcomes (Evidence Report/Technology Assessment No. ۸۷. AHRQ Publications No. ۰۴-E۰۰۷-۲). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bhabha, H. K. (۱۹۹۲). Postcolonial authority and postmodern guilt. In L. Grossberg, C. Nelson, & P. Treichler (Eds.), Cultural studies (pp. ۵۶–۶۸). New York: Routledge.
- Braddock, C. H., Fihn, S. D., Levinson,W., Jonsen, A. R., & Pearlman, R. A. (۱۹۹۷). How doctors and patients discuss routine clinical decisions: Informed decision making in the outpatient setting [Abstract]. Journal of General and Internal Medicine, ۱۲, ۳۳۹–۳۴۵.
- Comings, J. P., & Kirsch, I. S. (۲۰۰۵). Literacy skills of US adults. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. ۴۳–۵۳). Chicago: American Medical Association Press.
- Corcoran, J., & Carson, C. C. (۱۹۹۴). The teacher who couldn't read: The true story of a high school instructor who triumphed over his illiteracy. Colorado Springs, CO: Focus on the Family Publishing.
- Davis, T., Kennen, E. M., Gazmararian, J. A., & Williams, M. V. (۲۰۰۵). Literacy testing in health care research. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. ۱۵۷–۱۷۹).Chicago: American Medical Association Press.
- Doak, C. C., Doak, L. G., Friedell, G. H., &Meade, C. D. (۱۹۹۸). Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: Strategies for clinicians. CA—A Cancer Journal for Clinicians, ۴۸, ۱۵۱–۱۶۲.
- Doak, L. G., Doak, C. C., & Root, J. H. (۱۹۹۶). Teaching patients with low literacy skills (۲nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Dollahite, J., Thompson, C., & McNew, R. (۱۹۹۶). Readability of printed sources of diet and health information. Patient Education and Counseling, ۲۷, ۱۲۳–۱۳۴.
- Gazmararian, J. A., Baker, D.W.,Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., et al. (۱۹۹۹).Health literacy amongMedicare enrollees in a managed care organization. Journal of the American Medical Association, ۲۸۱, ۵۴۵–۵۵۱.
- Greenberg, J. (۲۰۰۱). An updated overview of medical and public health literature addressing literacy issues: An annotated bibliography of articles published in ۲۰۰۰. Retrieved September ۲۲, ۲۰۰۵, from the Harvard School of Public Health Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/literature/lit ۲۰۰۰.html
- Hearth-Holmes, M.,Murphy, P.W.,Davis, T. C.,Nandy, I., Elder, C. G., Broadwell, L. H., et al. (۱۹۹۷). Literacy in patients with chronic disease: Systematic lupus erythematosus and the reading level of patient education

materials. Journal of Rheumatology, ۲۴, ۲۳۳۵– ۲۳۳۹.

- Herman, A. D., & Mayer, G. G. (۲۰۰۴). Reducing the use of emergency medical resources among Head Start families: A pilot study. Journal of Community Health, ۲۹(۳), ۱۹۷– ۲۰۸.
  Hochhauser, M. (۲۰۰۳). Why patients won't understand their HIPAA privacy notices. Privacy Rights Clearinghouse. Retrieved December ۲۹, ۲۰۰۵, from http://www. privacyrights.org/ar/HIPAA-Readability.htm
- Hoffman, J. (۲۰۰۵). Awash in information, patients face a lonely, uncertain road. New York Times Online. Retrieved August ۱۴, ۲۰۰۵, from http://www.nytimes.com/۲۰۰۵/۰۸/۱۴/health/۱۴patient.html?ex=۱۲۸۱۶۷۲۰۰۰&en=۶ec۶abca۰۵۷۸۲۰c۹&ei=۵۰۸۸&partner=rssnyt&emc=rss
- Institute of Medicine (IOM) of the National Academies Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. (۲۰۰۴). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press.
- Kantor, A. (۲۰۰۵). Can health literacy programs cut costs? Managed Healthcare Executive. Retrieved February ۱۰, ۲۰۰۶, from http://www.managedhealthcareexecutive.com/mhe/article/articleDetail.jsp?id=۱۷۰۶۱۱
- Karp, H. (۱۹۹۸, May ۱). Car seat safety check: ۸ common mistakes you must avoid. Retrieved September ۱, ۲۰۰۵, from http://www.parents.com/parents/story.jhtml?storyid=/templatedata/parents/story/data/۵۱۹۸.xml
- Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (۱۹۹۳). Adult literacy in America: A first look at the findings of the National Adult Literacy Survey. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.Law of averages: Casting a wide net in health literacy efforts with Rima Rudd, ScD.۲۰۰۱, Center for the Advancement of Health. (۲۰۰۳, March). Facts of life: Issue briefingsfor health reporters, ۸(۳). Retrieved August ۲۷, ۲۰۰۵, from http://www.cfah.org/factsoflife/vol۸no۳.cfm
- Mayer, G. G. (۲۰۰۳). Confessions of a health illiterate. Healthcare Advances, ۵(۲), ۲.National Academy on an Aging Society. (۱۹۹۸,October). Understanding health literacy:New estimates of the costs of inadequate health literacy. Paper presented at the Pfizer Conference on Health Literacy: Promoting Health Literacy: A Call to Action, Washington, DC.
- National Center for Education Statistics (NCES). (۲۰۰۵). A first look at the literacy of America's adults in the ۲۱st century (NCES ۲۰۰۶-۴۷۰). Retrieved December ۱۶, ۲۰۰۵, from http://nces.ed.gov/NAAL/PDF/۲۰۰۶۴۷۰.PDF
- National Institute for Literacy (NIFL). (۱۹۹۱). Public Law ۱۰۲–۷۳, the National Literacy Act of ۱۹۹۱. H.R. ۷۵۱. July ۲۵, ۱۹۹۱. Retrieved September ۲, ۲۰۰۵, from http://www.nifl.gov/public-law.html
- National Reading Panel. (۲۰۰۰). Teaching children to read: An evidence-based assessment of the scientific research literature on reading and its implications for reading instruction.
- Bethesda, MD: National Institute of Child Health and Human Development. Ngo-Metzger, Q., Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R. B., Iezzoni,L. I., et al. (۲۰۰۳). Linguistic and cultural barriers to care: Perspectives of Chinese and Vietnamese immigrants. Journal of General and Internal Medicine, ۱۸,۴۴–۵۲.
- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D.W., &Williams, M. V. (۱۹۹۶). Shame and health literacy: The unspoken connection. Patient Education and Counseling, ۲۷, ۳۳–۳۹.
- Plimpton, S., & Root, J. (۱۹۹۴). Materials and strategies that work in low literacy health communication. Public Health Report, ۱۰۹(۱), ۸۶–۹۲.
- President Clinton's memorandum on Plain Language in Government Writing. (۱۹۹۸). Retrieved October ۷, ۲۰۰۵, from http://www.plainlanguage.gov/whatisPL/govmandates/memo.cfm
- Project for Excellence in Journalism. (۲۰۰۴). State of the news media ۲۰۰۴: An annual report on American journalism. Retrieved January ۲۳, ۲۰۰۶, from http://www.stateofthenewsmedia.org/۲۰۰۴/narrative magazines audience.asp?media=۷&cat=۳
- Ratzan, S. C.,&Parker, R. M. (۲۰۰۰). Introduction. In C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan, & R. M. Parker (Eds.), National Library of Medicine current bibliographies in medicine:
- Health literacy (NLM Pub. No. CBM ۲۰۰۰–۱). Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Rudd, R. E. (۲۰۰۲). Health literacy overview presentation. Retrieved August ۲۷, ۲۰۰۵, from the Harvard School of Public Health, Health Literacy Studies Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy

- Rudd, R. E. (۲۰۰۴). Navigating hospitals. Literacy Harvest, ۱۱(۱),۱۹–۲۴. Retrieved January ۳۰, ۲۰۰۶, from http://www.lacnyc.org/resources/publications/harvest/HarvestFall۰۴.pdf#search='rima'/.۲۰rudd'/.۲۰navigation'/.۲۰study'/.۲۰hospital
- Rudd, R. E., Colton, T., & Schacht, R. (۲۰۰۰). An overview of medical and public health literature addressing literacy issues: An annotated bibliography (National Center for the Study of Adult Learning and Literacy Report No. ۱۴). Retrieved September ۲۲, ۲۰۰۵, from the Harvard Graduate School of Education Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/litreview.pdf
- Rudd, R. E., Kaphingst, K., Colton, T., Gregoire, J., & Hyde, J. (۲۰۰۴). Rewriting public health information in plain language. Journal ofHealth Communication, ۹(۳), ۱۹۵–۲۰۶.
- Rudd, R. E., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (۲۰۰۴). Literacy and health in America. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- Rudd, R. E., Renzulli, D., Pereira, A., & Daltroy, L. (۲۰۰۵). Literacy demands in health care settings: The patient perspective. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. ۶۹–۸۴). Chicago: American Medical Association Press.
- Schillinger, D., & Davis, T. (۲۰۰۵). A conceptual framework for the relationship between health literacy and health care outcomes: The Chronic Disease Exemplar. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. ۱۸۱–۲۰۳). Chicago: American Medical Association Press.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., et al. (۲۰۰۲). Association of health literacy with diabetes outcomes. Journal of the American Medical Association, ۲۸۸(۴), ۴۷۵–۴۸۲.
- Schwartzberg, J. G., VanGeest, J. B., & Wang, C. C. (Eds.). (۲۰۰۵). Understanding health literacy: Implications for medicine and public health. Chicago: American Medical Association Press.
- Snow, C. E., Burns, M. S., & Griffen, P. (Eds.). (۱۹۹۸). Preventing reading difficulties in young children. Washington, DC: National Academy Press.
- Strucker, J., & Davidson, R. (۲۰۰۵). What does low literacy mean? In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. ۵۵–۶۸). Chicago: American Medical Association Press.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (۲۰۰۰, January ۲۵). Healthy people ۲۰۱۰. Retrieved September ۱۶, ۲۰۰۵, from http://www.healthypeople.gov/lhi
- Wegner, M. V., & Girasek, D. C. (۲۰۰۳). How readable are child safety seat installation instructions? Pediatrics, ۱۱۱(۳), ۵۸۸–۵۹۱.

  Weiss, B. D. (۲۰۰۵). Epidemiology of low health literacy. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest,&C. C.Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. ۱۷–۳۹). Chicago: American Medical Association Press.
- Weiss, B. D., Reed, R. L., & Kligman, E. W. (۱۹۹۵). Literacy skills and communication methods of low-income older persons. Patient Education and Counseling, ۲۵, ۱۰۹–۱۱۹.
- White, S., & Dillow, S. (۲۰۰۵). Key concepts and features of the ۲۰۰۳ National Assessment of Adult Literacy (NCES ۲۰۰۶-۴۷۱). Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Winslow, E. H. (۲۰۰۱). Patient education materials: Can patients read them, o**r** are they ending up in the trash? American Journal of Nursing, ۱۰۱(۱۰), ۳۳–۳۸.
- World He**a**lth Organization (WHO). (۱۹۹۶). Improving school health programs: Barriers and strategi**e**s. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Youmans, S., & Ngoh, L. (۲۰۰۵, May). Communicating medication instructions to patients: Cultural challenges and possible solutions. Paper presented at Culture, Language, and Clinical Issues: Operational Solutions to Low Health Literacy, Institute for Healthcare Advancement Fourth Annual Health Literacy Conference, Anaheim, CA.
- Zobel, E. (۲۰۰۲). An updated overview of medical and public health literature addressing literacy issues: An annotated bibliography of articles published in ۲۰۰۱. Retrieved September ۲۲, ۲۰۰۵, from the Harvard School of Public Health Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/literature/lit ۲۰۰۱.html

- Zobel, E., Rowe, K., & Gomez-Mandic, C. (۲۰۰۳). An updated overview of medical and public health literature addressing literacy issues: An annotated bibliography of articles published in ۲۰۰۲. Retrieved September ۲۳, ۲۰۰۵, from the Harvard School of Public Health Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/literature/lit ۲۰۰۲.html

فصل دوم

ایجاد یک محیط دوستدار بیمار

آقای مارتینز در ایالات‌متحده آمریکا متولد شده و تمام عمرش را در آنجا گذرانده است. وی ۴۶ ساله، متاهل و دارای سه فرزند و مسلط به دو زبان انگلیسی و اسپانیایی است؛ او با لهجه صحبت نمی‌کند و یک کارگر ساختمانی در هالیوود است که صحنه‌های فیلم‌ها را در آنجا و در صورت نیاز در شـهرها و ایالت‌های دیگر می‌سـازد. درآمد او بین ۱۰۰۰۰۰ تا ۱۴۰۰۰۰۰ دلار در سال است و از بیمه سلامت خوبی برخوردار اسـت. همسـرش کار نمی‌کند و این زوج در یک منطقه بسـیار خوب در هالیوود هیلز زندگی می‌کنند. آقای مارتینز بی‌سواد نیز است، اما هیچ کس از این حقیقت اطلاع ندارد حتی فرزندانش که در مدرسه عملکرد خوبی دارند.

آقای مارتینز سال‌هاست که نزد دکتر نرفته است، ولی اخیرا او سردردهای شدیدی داشته که باعث شده در خانه در بستر بیماری باشد و احسـاس می‌کند که باید علت آن را بیابد. او از یک متخصص داخلی در بورلی هیلز وقت ملاقات می‌گیرد و به تنهایی و بدون هیچ همراهی وارد مطب می‌شود، ابتدا برای دادن نامش به نزد مسئول پذیرش می‌رود. در این لحظه کار کمی سخت می‌شود.

در ابتدا از او خواسـته می‌شـود که اطلاعات ورودش را وارد کند زمانی که به آنجا رسـیده است و زمانی که قرار ملاقات داشته است را ذکر کند. از آن‌جایی که او نمی‌تواند بخواند یا بنویسـد، بنابراین متوجه نمی‌شـود که در آن فرم چه چیزی از او خواسـته شده است. او می‌تواند نامش را بنویسد و این کار را انجام می‌دهد، اما دیگر قسمت‌های آن فرم را خالی باقی می‌گذارد. او می‌نشیند و مسئول پذیرش فورا او را صدا می‌زند تا به سـمت میز پذیرش باز گردد و به او سـه فرم دیگر می‌دهد تا آن‌ها را تکمیل کند. این فرم‌ها شـامل یک برگه سوابق سلامت، یک فرم مربوط به قانون مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سلامت، آگهی نحوه حفظ حریم شخصی بیماران ۱۹۹۶ و یک فرم بیمه اسـت. آقای مارتینز نمی‌تواند هیچ‌کدام از آن‌ها را بخواند. او می‌نشـیند و شـروع به کلنجار رفتن با کلمات می‌کند، اما موفق به خواندن آن‌ها نمی‌شود.

اگرچه او می‌خواهد به مسـئول پذیرش بگوید که نمی‌تواند بخواند یا بنویسـد، اما اشـخاص زیادی در آن‌جا در انتظار هستند و بنابراین آقای مارتینز احساس خجالت می‌کند. بنابراین تصمیم می‌گیرد که فقط آن‌جا بنشیند و هیچ‌کاری انجام ندهد. سرانجام مسئول پذیرش از او می‌پرسد که آیا فرم را تکمیل کرده است، او فقط به سمت مسئول پذیرش می‌رود و برگه‌های تکمیل نشده را به او می‌دهد. مسئول پذیـرش نگاهـی به برگه‌ها می‌اندازد و آقای مارتینز با صدایی آهسـته به او می‌گوید که نمی‌تواند بخواند. مسـئول پذیرش تا به حال با بیماری که نتواند بخواند برخورد نداشته است؛ او دقیقا نمی‌داند که با این اطلاعات و یا با او چه‌کار کند.

مسئول پذیرش بعد از فکر کردن درباره این وضعیت، نزد پزشک می‌رود و با او صحبت می‌کند. ارایه‌دهنده خدمات تجربیاتی درباره این موضوع دارد و به مسـئول پذیرش می‌گوید، بیمار را به اتاق معاینه ببرد و پرسشـنامه را برای او پر کند. مسئول پذیرش سوالات را برای آقای مارتینز می‌خواند و پاسخ‌های او را در قسمت‌های مربوطه می‌نویسد. اکنون بیمار احساس راحتی بیشتری می‌کند. زیرا ارایه‌دهنده خدمات می‌داند که آقای مارتینز نمی‌تواند بخواند یا بنویسد، با دقت و احتیاط بیشتری با او کار می‌کند و از اصطلاحات تخصصی پزشکی اجتناب می‌کند و با اصطلاحات غیرتخصصی با او صحبت می‌کند.

البته آقای مارتینز، نه کند ذهن اسـت و نه خنگ؛ او می‌تواند آنچه را که ارایه‌دهنده خدمات می‌گوید متوجه شـود تا زمانی‌که او از زبان عامیانه استفاده می‌کند. ارایه‌دهنده خدمات چند دستور را به‌صورت واضح برای او می‌نویسد و به مارتینز می‌گوید که از همسرش بخواهد تا آن دستورات را برایش بخواند و اگر چیزی هست که او نمی‌تواند متوجه آن شود، با آن‌ها تماس بگیرد.

در داستان نسبتا تخیلی بالا، حاصل کار بیمار بسیار بهتر شد به خاطر این‌که ارایه‌دهنده خدمات کارها را درست انجام داد. اگر چه آقای مارتینز فشار خونش بالا بود و تحت استرس زیادی بود، اما تعامل بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات آنقدر مثبت بود که او تصمیم گرفت بعد از ویزیت اولیه‌اش، به‌صورت روتین به دکتر مراجعه کند. او دیگر از شرایط و وضعیت‌های نامعلوم نمی‌ترسد. اکنون ارایه‌دهنده خدمات مراقبت‌های سـلامت او با درک این که بیماران با سـواد سـلامت پایین، نیازهای خاصی دارند، سیاست‌های جدیدی را برای راهنمایی کارکنان مطب‌اش در آینده، طرح‌ریزی کرده است. او همچنین آموزش‌هایی را برای کارکنانش درباره این‌که چگونه بیمارانی را که سواد سلامت پایینی دارند تشخیص دهند و چگونه با آن‌ها برخورد کنند، فراهم کرده است.

متاسـفانه بیشـتر بیماران، مراجعه به دکتر را ناراحت‌کننده و حتی بعضی اوقات دلهره‌آور می‌دانند. افراد با نیازهای خاص، ویزیت‌های

پزشـکی را خیلی سـخت می‌دانند و آن‌هایی که بی‌سـواد هسـتند یا مهارت‌های سـوادی اندکی دارند اوقات سـخت‌تری را در هنگام ویزیت‌های پزشکی دارند. یک دلیل آن این است که مطب‌های پزشکان خیلی محیط‌های دوست‌دار کاربر (بیمار) نیستند. اغلب کارکنان سـلامت، مشـکلات سوادی در بیماران خود را تشخیص نمی‌دهند، ولو این‌که این بیماران باید از مجموعه مهارت‌های سوادی برخوردار باشند تا صرفا بتوانند از مرحله پذیرش عبور کنند. متخصصان، کمک ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و بیمارستان‌ها چالش‌های بیشتری را بـرای بیمار کم‌سـواد ایجـاد می‌کنند. گاهی اوقات برای این بیماران، پیدا کردن مطب صحیح و به پایان رسـاندن فرآیند پذیرش در بیمارستان مشکل است، به خاطر علایم و اسناد مکتوب گوناگونی که بیماران باید آن‌ها را رمزگشایی کنند (راد،۲۰۰۴). در کل، ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که در آن خواندن، یک اصل و معیار فرض شده است و عموما فرض می‌کنیم که مردم می‌دانند چگونه بخوانند. قبل از این‌که ما بتوانیم به مطب‌ها و محیط‌های بیمارستانی‌ای دست یابیم که محیط‌های دوستانه‌تری با بیمار دارند، چند قسمت باید مورد توجه قرار گیرد. اول از همه، ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت و کارکنان پشـتیبان باید درباره قواعد آموزش بزرگسالان، اطلاعاتی داشـته باشند. اغلب اوقات، تلاش برای آموزش بیماران، بر تهیه اطلاعات بالینی صحیح، متمرکز است، حتی اگر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، فاقد آگاهی درباره موثرترین روش‌های تدریس برای فراگیران بزرگسال باشند (پدبرگ و پدبرگ،۱۹۹۰). به علاوه، ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت باید دلیل این‌که چرا بیماران خود با چالش‌های سـوادی رو به رو هسـتند را بفهمند. چنین اطلاعاتی بر رویکردی که آنان در قبال چنین بیمارانی در پیش می‌گیرند، تاثیر می‌گذارد. کارکنان مطب، کارکنان بیمارسـتان و ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت باید از فناوری، مطالب چاپی و دیگر مطالب آموزشی بیماران که بسیار مناسب افرادی هستند که با چالش‌های سوادی رو به رو هستند استفاده کنند. مطلب آخر این‌که خود مطب‌ها یا بیمارستان‌ها باید به پرداختن به بیمارانی که نیازهای سوادی خاصی دارند کمک کنند. از آنجایی که ما درباره هدف‌مان از ایجاد یک محیط دوسـتانه‌تر با بیمار برای آن‌هایی‌که سـواد سلامت پایینی دارند بحث می‌کنیم، در این فصل، بسـیاری از مسـایل و موضوعاتی را که در فصل‌های بعدی این کتاب به‌طور مفصل به آن پرداخته شـده است، ذکر می‌کنیم. در حقیقت هر بخش از این کتاب، منعکس‌کننده دغدغه کل کتاب است که عبارت است از به اشتراک گذاشتن اطلاعات و توصیه‌هایی که به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت کمک می‌کند تا مراقبت‌های انسانی بهتر و بیشتری را به بیماران خود ارایه دهند، مخصوصا برای بیمارانی که مشکل درک یا استفاده از اطلاعات کتبی یا شفاهی‌ای را دارند که در تلاش‌های‌شان برای راهبری نظام مراقبت‌های سلامت با آن مواجه می‌شوند.

آموزش و یادگیری بزرگسالان

یادگیری بزرگسالان با کودکان متفاوت است. برای مثال، یک کودک، برای تصمیم‌گیری درباره این‌که یادگیری چه چیزی مهم است، به دیگران تکیه می‌کند. کودکان هنگامی‌که اطلاعات ارایه می‌شود آن را می‌پذیرند، آن‌ها هیچ تجربه قبلی ندارند و یا تجربه کمی دارند تا از آن اسـتفاده کنند و درک کنند که اطلاعات ارایه شـده، در آینده استفاده خواهد شد (کولینس،۲۰۰۴). یک کودک همچنین توانایی محدودی در ایفا کردن نقش یک فرد مرجع برای معلمان یا دیگر دانش‌آموزان در محیط یادگیری را دارد.

اما یک بزرگسال، متفاوت است. بزرگسالان می‌توانند درباره این‌که یادگیری چه چیزی مهم است، تصمیم بگیرند. آن‌ها برای تایید و یا بی‌اعتبار دانسـتن اطلاعاتی که به آن‌ها عرضه می‌شود، دارای تجربه قبلی هستند (کولینس،۲۰۰۴) بزرگسالان اطلاعاتی را می‌خواهند که اکنون برای آن‌ها مفید اسـت، آن‌ها توانایی قابل توجهی در ایفا کردن نقش یک فرد مرجع برای معلمان و یا دانش‌آموزان دیگر را دارند. پذیرفتن این حقیقت که بزرگسالان و کودکان یادگیری متفاوتی دارند، به این معنی است که یک معلم باید ویژگی‌های فراگیران بزرگسـال را هنگامی‌که می‌کوشـد تا به آن‌ها درباره مراقبت‌های سـلامت آموزش دهد، درک کند. این ویژگی‌ها باید شناسایی شوند و بدون توجه به توانایی بیماران در خواندن یا نوشتن، با راهبردهای تدریس درهم آمیخته شوند. یکی از اهداف اصلی هر برنامه تدریس، تاثیر گذاشتن بر تغییر رفتار در دانش‌آموز (فراگیر) است. بنابراین ما باید به دقت مهارت‌هایی را که بیماران یاد گرفته‌اند، ارزیابی کنیم برای این‌که نشان دهیم که تلاش‌های آموزشی ما موثر بوده‌اند.

بزرگسالان، مستقل و خود راهبر هستند و باید نیاز به یادگیری را درک کنند (لایب،۱۹۹۱). بیماران ما می‌خواهند جزء مکمل‌های هر فعالیت یادگیری باشند و می‌خواهند اطلاعات درباره مراقبت‌های سلامت‌شان را یاد بگیرند. ما باید افراد بزرگسال را در هر فعالیت یادگیری، دخیل کنیم و مطمئن شویم که آن‌ها نیاز به اطلاعاتی را که ما ارایه می‌کنیم درک می‌کنند. به بیان دیگر، اگر بیماران ما احساس کنند آنچه که می‌شنوند فقط یک دانش عمومی است و به نوعی به آن‌ها و یا اعضای خانواده‌شان مربوط نیست، به آن توجه نخواهند کرد.

به این دلیل، این کار معلم است که محتوای تدریس‌اش را مرتبط کند و نشان دهد که چگونه از این اطلاعات می‌توان برای رسیدن به سلامت بهتر استفاده کرد. طبق این تحقیق، بزرگسالان باید اطلاعات را در چارچوب‌های درکی موجود، تکمیل کنند. آن‌ها باید با مرتبط کردن اطلاعات به آنچه که قبلا می‌دانستند، در فرآیند یادگیری شرکت کنند (بلکبرن،۱۹۹۱).

بزرگسالان به یادگیری مطالب عملی بیشتر از تیوری محض، علاقه دارند (کولینس،۲۰۰۴). مجددا، آموزش‌دهندگان سلامت باید نشان دهند که چگونه اطلاعات جدید برای بیماران به‌طور شخصی به کار می‌رود. هیچ‌کس به دانش به خاطر خود آن علاقمند نیست. بزرگسالان، انبوهی از تجربیات زندگی را کسب کرده‌اند که می‌تواند در فرآیند تدریس/ یادگیری استفاده شود. حتی اگر کسی نمی‌تواند بخواند، او چندین سال زندگی کرده است، تجربیات زیادی داشته و با افراد مختلفی برخورد داشته است. استفاده از تجربیات گذشته یک فرد برای آموزش ایده‌های جدید، مهم است (گامونال،۲۰۰۳). اگر معلم بتواند ارتباطی را میان یک رویداد در گذشته و یک رویداد در حال حاضر نشان دهد، احتمال این‌که بیماران این ارتباط را ببینند و تغییرات مثبت انجام دهند بیشتر است.

بنابراین فراگیران بزرگسال، یادگیری عملی را بیشتر از یک سخنرانی مستقیم ترجیح می‌دهند. در حقیقت هرچه برنامه‌های آموزشی شما بیشتر عملی باشد، احتمال یادگیری دانش‌آموزان (فراگیران) بزرگسال بیشتر است. گفته شده است که افراد تقریبا ۱۵ تا ۲۵٪ از آنچه را که می‌شنوند، ۵۰ تا ۵۵٪ از آنچه را که می‌بینند و می‌شنوند و ۸۰ تا ۸۵٪ از آنچه را که می‌بینند و می‌شنوند و انجام می‌دهند، به خاطر می‌سپارند (کولینس، ۲۰۰۴). اگرچه این آمار از یک منبع به منبع دیگر متفاوت است، اغلب مربیان (آموزش‌دهندگان) موافق‌اند که بزرگسالان، بالغین و کودکان سه سبک عمده یادگیری دارند ـ بصری، سمعی و جنبشی ـ لمسی که مشخص می‌کند آن‌ها چقدر مطالب را به خاطر سپرده‌اند.

فراگیران بصری بیشتر با نگاه کردن و تماشا کردن یاد می‌گیرند. در مقابل، فراگیران سمعی، هنگامی بیشتر یاد می‌گیرند که بتوانند گوش کنند، بشنوند و صحبت کنند. فراگیران جنبشی ـ لمسی برای تقویت آنچه یاد می‌گیرند، نیازمند آن هستند که تجربه کنند، تحرک داشته باشند و عمل کنند (کلب،۱۹۸۴؛ اصول یادگیری بزرگسالان، بدون تاریخ). فیلم‌ها، نمودارها و نمایش عملی، توجه فراگیران بصری را به خود جلب می‌کند. بحث‌های گروهی یا داستان‌های اشتراکی و مثال برای فراگیران سمعی مناسب‌تر هستند. فراگیران لمسی هنگامی‌که درگیر ایفای نقش، تمرین نمایش عملی و فعالیت‌های مشابه هستند، مطالب بیشتری را به خاطر می‌سپارند. هر شخصی با استفاده از هر سه سبک یاد می‌گیرد، اما معمولا در هر فرد یکی از این سبک‌ها غالب است (اصول یادگیری بزرگسالان). ارزیابی سبک‌های یادگیری بیماران و تمرکز بر راهبردهای آموزش برای یافتن این سبک‌ها، می‌تواند انگیزه بیماران را افزایش دهد و باعث مؤثرتر شدن تلاش‌های آموزشی شود (چیس،۲۰۰۱). فراگیران کم‌سواد، کمتر تمایل به دریافت اطلاعات از طریق مطالب مکتوب و یا سخنرانی‌های خشک و طولانی دارند. پس یک رویکرد جنبشی معمولا در این بیماران موثرتر است. ما باید تلاش کنیم بزرگسالان کم‌سواد را وادار کنیم تا کارهای‌شان را انجام دهند، دسر کم‌چرب درست کنند و فشارخون‌شان را اندازه‌گیری کنند. به عبارت دیگر هر اندازه ما اجازه دهیم که بیماران کارهای بیشتری را برای خودشان انجام دهند، احتمال این که آن‌ها واقعا این وظایف را یاد بگیرند بیشتر است.

تمام فراگیران نیاز به احترام دارند و این مساله، به ویژه درباره فراگیران بزرگسال صدق می‌کند. فراگیران بزرگسال به فرصتی جهت مشارکت در ارایه اطلاعات و بحث و تبادل نظر نیاز دارند. بزرگسالانی که به آن‌ها آموزش می‌دهیم باید به عنوان همکاران و همتایان خودمان نگریسته شوند و باید آنان را در فرآیند تصمیم‌گیری دخیل نماییم (لایت، ۱۹۹۱). به عنوان مثال اگر به بیماران درباره داروها

و زمان اســتفاده از آن‌ها آموزش دهیم، باید از بیمارن درباره ســبک زندگی‌شان نیز ســوال کنیم. در حقیقت این اطلاعات به ما کمک می‌کند تا زمانی از روز را که بیمار باید دارو مصرف کند مشخص کنیم. اگر بیماری معمولا ساعت ۶ صبح از خواب بیدار می‌شود، قرص وعده صبح او باید در ساعت ۶ صبح استفاده شود. اگر یک بیمار ساعت ۹ صبح از خواب برمی‌خیزد، واضح است که ساعت ۹ صبح زمان بهتری برای خوردن قرص وعده صبح است.

کارکنان ســلامت، باید تلاش‌های آموزشی‌شــان را متناسب با ســبک زندگی بیمار تنظیم کنند. شکست در انجام این کار منجر به عدم پیروی از دستورات ارایه‌دهنده خدمات و پیشرفت بیماری در فرد می‌شود که دقیقا نتایجی هستند که از آن اجتناب می‌کنیم.

موانع متعددی در برابر فرآیند یادگیری وجود دارند که باید به آن‌ها توجه کنیم. مهارت‌های ضعیف مربوط به خواندن و زبان، یک مانع عمده و مهم است. برای ارایه‌دهنده خدمات یا پرسنل درمانی، مهم است که مشخص کنند آیا بیمار یک خواننده ضعیف است یا به هیچ وجه نمی‌تواند بخواند، سپس شیوه تدریس‌اش را برای مواجهه با این چالش تنظیم کند.

راه‌های زیادی برای بررســی مهارت‌های خواندن وجود دارد که بســیاری از آن‌ها در این کتاب ارایه شده‌اند (برای مثال فصل ۳، ارزیابی ســطوح ســواد بیماران و فصل ۸ اصول نوشتن برای افراد کم‌سواد را ملاحظه کنید). نادیده گرفتن مهارت‌های خواندن بیماران یا فرض کردن این‌که بیمار می‌تواند بخواند، نمی‌تواند به کســی در تحقق اهدافش کمک کند. چه بیمار بتواند بخواند و چه نتواند، ما باید درک کنیم که یادگیری بزرگســالان با کودکان متفاوت اســت و باید روش‌های تدریس‌مان را برای برآورده کردن نیازهای بزرگســالان تنظیم کنیم.

دلایلی برای سواد سلامت پایین

بســیاری از افراد معتقداند اشــخاصی که چالش‌های ســوادی دارند احتمالا یا ترک تحصیل کرده یا کند ذهن هســتند و یا فقط تلاش نمی‌کنند. این عقیده دور از واقعیت اســت. درباره این که چرا افراد مشــکلات سوادی دارند، دلایلی وجود دارد که عبارتند از: تحصیلات محدود، موانع زبانی، آســیب‌ها و اختلالات شــناختی ایجاد شــده به وســیله زوال عقل، هذیان و یا اثرات دارویی، اختلالات یادگیری، اختلالات عاطفی و بیماری. این شرایط تقصیر بیمار یا خانواده او نیست. هیچ کس عمدا بیمار بودن یا اختلال خواب را انتخاب نمی‌کند. اگر به افراد حق انتخاب داده می‌شــد، هر کســی دوست داشــت بتواند بخواند و بنویسد. در حقیقت، خجالت و شرم، بسیاری از بیماران را به پنهان کردن ســواد پایین‌شــان ســوق می‌دهد (برکر و همکاران، ۱۹۹۶، پاریج، پارکر،نرس، بیکر و ویلیامز،۱۹۹۶). در نتیجه، برای ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت و کارکنان درمان، دانســتن این‌که کدام بیماران در خواندن مشــکل دارند و کدام یک اصلا نمی‌توانند بخوانند، ســخت‌تر اســت، اما اگر آن‌ها می‌خواهند بیشــتر کمک کنند باید این اطلاعات را کشف کنند و وقت بیشتری را که بیماران با سواد سلامت پایین به آن نیاز دارند، به آن‌ها اختصاص دهند.

تحصیلات محدود

افراد با تحصیلات پایین یا محدود ممکن اســت بتوانند در کلاس‌های خواندن بزرگســالان ثبت‌نام کنند. این کلاس‌ها در بســیاری از مدارس عمومی در اوایل شب و یا در کتابخانه‌های محلی و دیگر مکان‌ها رایه می‌شوند. بعضی از آن‌ها توسط افراد داوطلب آموزش داده می‌شوند و نتایج مثبتی را نشان داده‌اند. طبق گزارش‌های سیستم گزارش‌دهی ملی درباره اداره آموزش و اشتغال بزرگسالانِ دپارتمان آموزش آمریکا، برنامه‌های آموزشی پایه‌ای سواد از نظر اثربخشی در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۱، ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲ و ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳ بهبود یافت (دپارتمان آموزش آمریکا، ۲۰۰۴). گزارش DOE (دپارتمان آموزش آمریکا) تحت عنوان "لایحه ســواد خانوادگی و آموزش بزرگسالان: برنامه سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳: گزارش به کنگره درباره عملکرد ایالتی، که شامل اطلاعات ارزیابی‌کننده از ۵۰ ایالت می‌شود. این گزارش در این سایت قابل دسترسی است: http://www.ed.gov/about/reports/annual/ovae/۲۰۰۳adulted.pdf.

کلاس‌های خواندن بزرگســالان یا رایگان هســتند و یا هزینه آن‌ها بســیار کم اســت. این کلاس‌ها به یک تعهد طولانی‌مدت از طرف

دانش‌آموزان نیازمند اســت، بنابراین برای موفقیت در این امر، دانش‌آموزان باید واقعا برای یادگیری خواندن برانگیخته شــوند. پرســنل درمانــی مطــب می‌تواننــد در جایگاه خوبی برای توصیه برنامه‌های آموزشــی به بیماران باشــند. حتی اگر بیمــاران تصمیم بگیرند در کلاس‌های روخوانی (خواندن) ثبت‌نام کنند، ارایه‌کننده مراقبت‌های ســلامت و کارمندانش باید متوجه این حقیقت باشــند که در حال حاضر بیمار قادر به خواندن نیســت. این آگاهی بر این موضوع که چگونه بیمار داروهایش را مصرف می‌کند، آیا دســتورات... را درک می‌کند، آیا دستورالعمل‌ها را می‌خواند و چگونه فرم‌ها را پر می‌کند؟ تاثیر می‌گذارد.

اگر اعضای خانواده یک بیمار درباره مشکلات سوادی فرد بیمار آگاهی داشته باشند و قادر به خواندن باشند، ممکن است اقتضا کند که اعضای خانواده بیمار در فرآیند آموزشــی دخالت داده شــوند. اگر این اقدام مناسب و به جا باشد، باید شخصی از خانواده بیمار به عنوان «همیار» بیمار مشخص شود. لازم است که بیمار به «همیار بیمار» اجازه ورود به فرآیند آموزشی و درمانی را داده باشد و همیار بیمار باید مسئولیت کمک به بیمار را در خانه برعهده گیرد.

اما اگر خانواده بیمار از مشــکلات ســوادی بیمار آگاه نیســتند و یا بیمار خانواده‌ای نداشــته باشــد، کارکنان مطب باید درک کنند که گزینه‌های جایگزین برای کلمات نوشته شده (شکل نوشتاری مطالب) ممکن است لازم باشد. در فصل نهم این کتاب، مثال‌هایی از منابع و گزینه‌های جایگزین تحت عنوان "استفاده از روش‌های جایگزین ارتباط با بیمار" مورد بحث قرار گرفته‌اند. تعدادی از این گزینه‌های جایگزین عبارتند از: نوارهای ویدیویی، نوارهای صوتی، داستان‌های مصور، نمودار علایم تصویری و تماس‌های تلفنی برگشتی.

موانع مرتبط با زبان

موانع زبانی، ســدی دیگر در برابر ســواد هســتند. اگر زبان بومی بیمار در کشــوری مانند آمریکا که همه چیز به زبان انگلیســی نوشته می‌شــود، زبانی غیر از انگلیســی باشد (مثلا چینی یا اسپانیایی)، ممکن است با یک معضل مرتبط با سواد رو به رو شویم. موضوع دیگر این است که آیا بیمار در زبان خودش هم بی‌سواد است؟ به عبارت دیگر آیا این یک مشکل مربوط به تفاوت زبان‌هاست یا مشکل سواد به علاوه مشکل زبان؟ اگر بیمار به زبان خودش به خوبی می‌تواند بخواند، ترجمه به زبان بیمار یکی از انتخاب‌های ما خواهد بود. جهت انجــام ایــن امر، هم کارکنان دو زبانه می‌توانند مطالب را به زبان بیمار ترجمه کنند و هم می‌توان از طریق قرارداد بســتن با مترجمان رســمی تایید شــده از آنان کمک گرفت. برای جستجوی مترجمان در منطقه خود می‌توانید از وب‌سایت «انجمن مترجمان آمریکا» به آدرس http://www.atanet.org. دیدن کنید.

مترجمان آموزش دیده مراقبت‌های سلامت باید با اصطلاحات پزشکی آشنا باشند، به‌طوری که ترجمه هم معنی تحت‌الفظی را داشته باشــد و هم روح اصلی را (روبرتو و جیرالدو، ۲۰۰۴). وقتی‌که متنی ترجمه می‌شــود، یک مانع بزرگ از ســر راه برداشته شده است. اما صرف در دســترس بودن مطالب ترجمه شــده به این معنی نیست که بیماران مطالب را آموخته‌اند، بلکه فقط به این معنی است که اگر آن‌ها تمایل به خواندن مطالب داشته باشند، قادر به خواندن و روخوانی کردن مطلب هستند.

هنگامی‌که بیمار قادر به خواندن مطالب نوشته شده در زبان بومی خودش هم نباشد، آن وقت ما هم با مشکل ترجمه و هم مشکل سواد رو به رو هستیم. فرستادن بیمار به یک برنامه خواندن می‌تواند به جا باشد اگر برنامه‌ای در زبان بومی وجود داشته باشد. اما ۳۰۰ زبان در ایالات‌متحده آمریکا تکلم می‌شــود، بنابراین مگر زبان مورد استفاده زبانی رایج باشد وگرنه برپایی چنین کلاس‌هایی می‌تواند دشوار باشــد. به علاوه، با توجه به ســطح ســواد پایین بیمار، خواندن ترجمه‌ها در زبان بومی بیمار باید آسان باشد. ارتقای چنین ترجمه‌هایی، یک وظیفه ساده نیست. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت ابتدا باید فردی را پیدا کنند که مطالب را به زبان صحیح ترجمه کند. سپس وی باید از فرد دیگری کمک بگیرد تا بتواند متن را متناسب با افراد کم‌سواد تنظیم کند و یا فهم آن را برای آنان آسان کند. بعد از این‌که این گام‌ها برداشته شد، باید متن مجددا به زبان انگلیسی ترجمه شود (ترجمه معکوس) و هر دو بخش با یکدیگر مقایسه شوند. مقایسه ترجمه برگردانده شده با متن اصلی و اولیه می‌تواند به شناسایی نقاط مشکل‌ساز در فرآیند ترجمه کمک کند (yahya، ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴) در نهایت، آن‌هایی که این مطالب را تولید می‌کنند ممکن است جهت آزمون مجدد متن‌ها نیازمند برگزاری یک بحث گروهی متمرکز

با متکلمان بومی زبان مورد نظر باشند. در کل، مناطق مختلف همان کشوری که زبان‌های مرتبط در آن تکلم می‌شود، اغلب تفاوت‌های جغرافیایی، فرهنگی و منطقه‌ای خودشان را دارند. به عنوان مثال، به همه کشورهایی که در آن‌ها به زبان اسپانیایی صحبت می‌شود فکر کنید. آیا یک ترجمه اسپانیایی می‌تواند همه نیازها را برآورده سازد؟ یا در زبان چینی محاوره‌ای تفاوت‌های اندک در لحن یا شیوه تلفظ کلمات می‌تواند یک لهجه را (از ماندارین تا گنگ و کانتونیز) برای متکلمان لهجه‌های دیگر غیرقابل فهم کند. این تفاوت‌ها و تنوع‌ها به ویژه در مناطق چند قومیتی، چالش برانگیز می‌شود. برای نمونه می‌توان به مناطقی مانند کالیفرنیا و شهر نیویورک اشاره کرد که در آن‌ها فرهنگ‌ها و زبان‌های بسیار زیادی به‌طور هم زمان وجود دارد (جهت دریافت اطلاعات بیشتر می‌توانید فصل ۵ را ملاحظه کنید) به همان اندازه که انجام برخی ترجمه‌ها سخت است، بسیاری از ترجمه‌ها با موفقیت تهیه می‌شوند و در سراسر ایالات‌متحده استفاده می‌شوند. ترجمه متن‌ها به نسخه‌های آسان در یک زبان متفاوت واقعا کار و وقت بیشتری می‌برد، اما ارزش این تلاش را دارد (شکل ۲.1a, b, and c) باز هم یادآوری می‌کنیم که در دسترس بودن یک ترجمه لزوما مشکل افرادی را که نمی‌توانند بخوانند حل نمی‌کند، اما ترجمه‌های آسان‌خوان (ترجمه‌هایی که خواندن آن‌ها آسان است) یقینا به افرادی که مهارت‌های سوادی پایینی دارند کمک می‌کند.

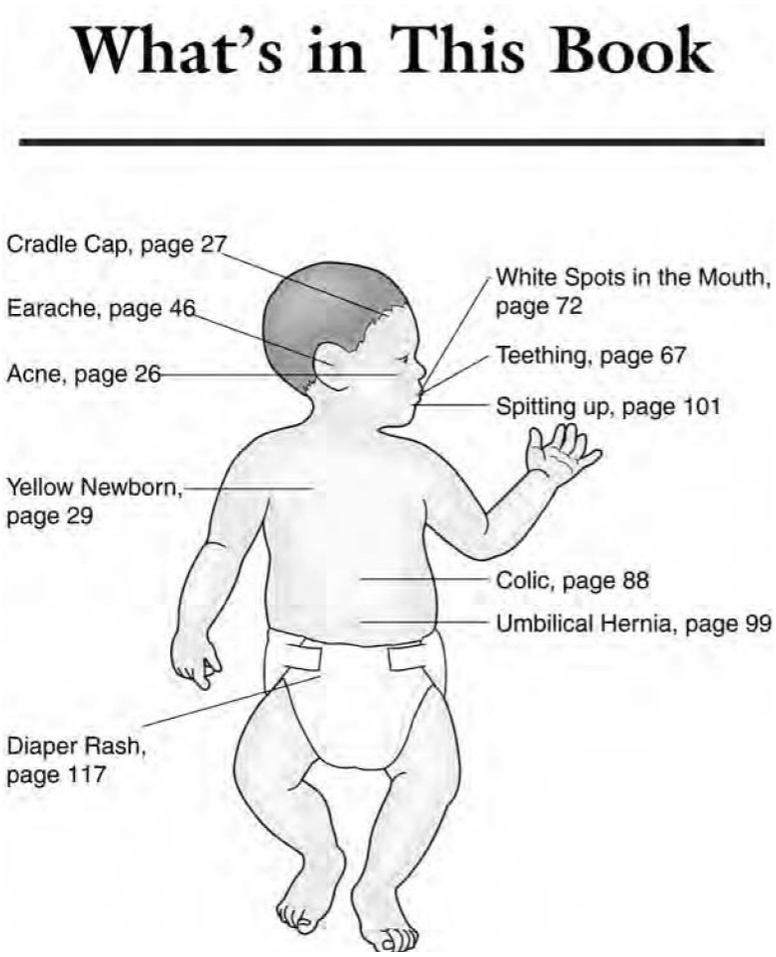
اختلال شناختی و اختلالات عاطفی

آسیب‌های شناختی ممکن است بر اثر زوال عقل، هذیان و یا عوارض داروها ایجاد شود. هنگامی‌که بیماران هر کدام از این بیماری‌ها یا علایم را داشته باشند، آموزش دادن به آن‌ها درباره خودمراقبتی‌شان می‌تواند غیرممکن باشد. به همین خاطر، مهم است که بدانیم بیماری یا علامت بیماری، موقتی است یا دایمی. برای مثال، اگر تاثیرات دارویی با دارویی مرتبط باشد که بیمار مصرف آن را در آینده متوقف خواهد کرد، تلاش برای آموزش بیماران وقتی موفق‌تر خواهد بود که دوره مصرف دارو تمام شده باشد. اما اگر زوال عقل دایمی است، باید یک پرستار یا یک عضو خانواده در فرآیند آموزش و مراقبت‌های بالینی بیمار دخالت داده شود. گاهی اوقات دمانس (زوال عقل) به بیماری‌ها و داروهایی وابسته است، به این معنی که سرانجام، بیمار به وضعیت عادی بر می‌گردد. اما حتی اگر به نظر نمی‌رسد که بیمار قادر به درک مطالب باشد، توصیه می‌شود که در فرآیند آموزشی دخالت داده شود.

هیچ کسی به‌طور قطع نمی‌داند که یک بیمار چقدر درک می‌کند؛ اندازه‌گیری میزان زوال عقل و گیجی نیز دشوار است. به عنوان مثال، در یک پژوهش در سوئد مشخص شد که استفاده از داستان‌گویی به بیماران مبتلا به زوال عقل کمک می‌کند تا به خاطر بیاورند و داستان را با موقعیت‌هایی که آن‌ها قبلا در زندگی‌های‌شان تجربه کرده‌اند مرتبط سازند (هلم، لپ و رینگزبرگ،۲۰۰۵) بیمارانی که دمانس دارند ممکن است بیشتر از آنچه که ما فکر می‌کنیم درک کنند. حتی یک بیمار بیهوش ممکن است چیزهایی را که ما فکر نمی‌کنیم امکان شنیدن و درکش را داشته باشد، بتواند بشنود و درک کند. بنابراین ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت باید تا جایی‌که می‌توانند بیمار را در برنامه‌های درمانی دخالت دهند.

اختلالات یادگیری، از قبیل اختلال خواندن و بیش فعالی، توانایی فرد برای خواندن را تحت تاثیر قرار می‌دهند. برای مثال، کودکانی که خواندن پریشی دارند نمی‌توانند کلمات را به‌صورت مکتوب تشخیص دهند، کلماتی که ممکن است بخشی از واژگان روزمره آنان باشند (Schatschneider & Torgesen, ۲۰۰۴). معمولا یک فرد مبتلا به اختلال خواندن قادر به خواندن است، اما این کار را بسیار آهسته انجام می‌دهد و بسیاری از حروف را معکوس می‌خواند. یک شخص بیش فعال ممکن است آنقدر صبور نباشد تا بنشیند و چیزی را بخواند که خواندن آن زمان زیادی طول می‌کشد.

اگرچه پژوهش‌ها به وقوع بالای ناتوانایی‌های خواندن در کودکان مبتلا به ADHD (اختلال کم توجهی/ بیش فعالی) (پالاسیوس و سمرود، کلیکمن،۲۰۰۵) اشاره دارد، اما ممکن است اختلال بسیاری از این افراد در مدرسه تشخیص داده نشده باشد. بنابراین نباید فراموش کنیم بیماری که از یک کشور دیگر است، ممکن است همراه با چالش فراگیری یک زبان جدید، دارای یک اختلال یادگیری نیز باشد.



شـــکل ۱-۲. همان صفحه از کتاب: "وقتی کودک شـــما بیمار می‌شود چه می‌کنید؟" به چند زبان مختلف ترجمه شده است. این صفحه، که در اینجا نشان داده شده و به زبان‌های اسپانیایی و چینی (ماندارین) ترجمه شده است، یک گزینه دیگر را برای افرادی با مهارت‌های سوادی پایین فراهم می‌کند، برای این‌که صفحه مناسب در این کتاب را با استفاده از توضیحات تصویری بدن کودک پیدا کنند. ترجمه با دقت انجام می‌شـــود، اســـتفاده از گروه‌های متمرکز و تکنیک‌های دیگر از قبیل خواندن برگشـــتی (برگرداندن ترجمه به زبان اصلی و مقایسه متن برای اطمینان از این‌که ترجمه اول مناسب بوده است)، قابلیت استفاده و اعتبار مطالب را افزایش می‌دهد. ایالت کالیفرنیا، کتاب "چه می‌کنید وقتی‌که کودک‌تان مریض می‌شود" را به پنج زبان برای همه والدین جدید در این ایالت منتشر می‌کند.

آنچه که در این کتاب وجود دارد: بیماری پوســـتی کلاه گهواره (درماتیت ســـبوره)، گوش درد، آکنه، زردی نوزادی، جوش‌های پوســـت ناشی از پوشک یا کهنه، لکه‌های سفید داخل دهان، دندان درآوردن، بالا آوردن شیر، قولنج، فتق نافی

کلید کمک کردن به فردی با اختلال یادگیری، نوشـــتن مطالب به‌صورت آســـان ـ خوان و آســـان ـ فهم اســـت که با توضیحات مصور در محل‌های مناسب همراه شده باشد. هر نشانه‌ای که بتواند استفاده شود نیز بسیار مفید خواهد بود. اگر یک مهارت برای بیمار لازم باشد روش‌های نمایش عملی[۱] و نمایش عملی معکوس[۲] مؤثرترین روش‌های توضیح این مهارت هستند.

۱ Demonstration
۲ Return Demonstration

هنگامی‌که اعضای خانواده یا «مراقبت‌کنندگان از بیمار» برای کمک به بیمار حضور داشـــته باشـــند، باید در برنامه مراقبت دخالت داده

شـوند. فرد باید مطمئن شـود وظیفه‌ای که از بیمار انتظار می‌رود، در خانه انجام می‌شود، مخصوصا اگر برای سلامت و تندرستی بیمار مهم و تعیین‌کننده باشد. مثلا یک بیمار دیابتی که باید میزان قند خونش را اندازه‌گیری کند و دارویش را بر اساس نتایج این اندازه‌گیری تنظیم کند، بایستی این وظیفه به او یادآوری شده و بر انجام آن وظیفه نظارت شود. در حقیقت ثابت شده است آموزش‌های ارتقادهنده خود ـ مدیریتی رفتار در دیابت، برای افراد دارای سـواد سـلامت محدود سودمند است (کیم، لاو، کوییتزبرگ و شیا، ۲۰۰۴). اگر بیمار تنها زندگی می‌کند، یک تماس تلفنی یادآوری کننده، ایده خوبی است.

افسردگی، اضطراب و دیگر اختلالات عاطفی نیز می‌تواند باعث مشکلات خواندن شود. این اختلالات معمولا موقتی، به علایم بیماری‌ها و داروهای مصرف شـده بسـتگی دارد. به‌طور نمونه، وقتی اختلال از بین می‌رود، مشکلات خواندن نیز برطرف می‌شوند. اما این مساله تنها در صورتی درست است که فرد قبل از این‌که علایم اختلال ظاهر شود توانایی خواندن و نوشتن داشته باشد.

به‌طور مشـابه، هر تروما، اسـترس یا ناخوشـی می‌تواند بر توانایی فرد برای خواندن و درک کلمات نوشـته شده تاثیر بگذارد. اگر تروما، استرس یا ناخوشی موقتی باشد، به هر حال توانایی خواندن بیمار باید برگردد. هر مشکل جسمی یا روانی طولانی‌مدت می‌تواند توانایی خواندن را بکاهد، با کمتر از بازگشت ۱۰۰ درصدی. دست‌اندرکاران مراقبت‌های سلامت باید از این حقیقت آگاه باشند و هنگام آموزش بیماران آن را در نظر بگیرند.

سواد سلامت در محیط مطب

ابزارهای کمک به فرد کم‌سواد در محیط مطب، در دو گونه مختلف ظاهر می‌شوند: ابزارهای انسانی و ابزارهای فناوری. ابزارهای انسانی شامل اعضای خانواده، "مراقبت‌کنندگان از بیمار"، حمایت‌کنندگان، مترجمان شفاهی، پرستاران، کارکنان درمانی و خود ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت اسـت. ابزارهای غیرانسانی شامل سیسـتم‌های تلفنی، کامپیوترها، فیلم‌ها و همه نوع مطالب مکتوب است. هر کدام از این ابزارها می‌تواند به شـخصی که سـواد سـلامت پایینی دارد کمک کند تا از امکانات سیستم مراقبت‌های سلامت استفاده و به نتایج مثبت سلامت دست پیدا کند.

افرادی که می‌توانند کمک کنند

اعضای خانواده

اعضای خانواده در فرآیند مراقبت‌های سلامت، هم برای افرادی که به خوبی قادر به خواندن هستند و هم برای کسانی که اصلا توانایی خوانـدن ندارند مهم هسـتند. اعضای خانـواده، نقش حامیان بیمار را ایفـا می‌کنند با کمک کردن به بیماران در هـر ملاقات بیمار با ارایه‌دهنده خدمات اغلب با تفسـیر دسـتورات و اطلاعات پیچیده مراقبت‌های سلامت. یک عضو خانواده که بتواند در ملاقات با پزشک حضور داشـته باشـد و در خانه نیز به بیمار کمک نماید تا پروتکل‌های درمانی را انجام دهد، گزینه کاملا مطلوبی خواهد بود. اگر عضو خانـواده نتواند همراه بیمار در خانه باشـد، بـه هر حال، تماس‌های تلفنی یا ملاقات‌های دوره‌ای می‌تواند همان هدف را محقق سـازد. اعضای خانواده‌ای که چالش‌های خواندنی‌ای را که عزیزان‌شـان با آن مواجه می‌شـوند درک می‌کنند، می‌توانند به شـیوه‌های گوناگون حمایت‌های ارزشمندی را انجام دهند.

اساسـی‌ترین حمایتی که اعضای خانواده می‌توانند انجام دهند، گوش کردن و بحث کردن با عزیزان‌شـان درباره آن چیزی اسـت که ارایه‌دهنده خدمات در اتاق معاینه به آن‌ها می‌گوید. بسـیاری از بیماران (نه صرفا آن‌هایی‌که سـواد پایینی دارند) بعد از تعامل با یک ارایه‌دهنده خدمات سـلامت، گیج می‌شـوند و احسـاس می‌کنند به کمک دیگران نیاز دارند. اگر بیمار قبول کند، عضو خانواده باید در ویزیت پزشـک حضور داشـته باشد. این عضو خانواده می‌تواند دسـتورالعمل‌ها و یا مطالب مکتوبی که بیمار دریافت می‌کند را بخواند و تفسیر کند.

اگر نیز به توجه دسـتورالعمل‌های پیگیرانه یا اطلاعات درباره تسـت‌های آزمایشگاهی، داروها و یا ارجاع به سایر ارایه‌دهندگان خدمات

سلامت وجود داشته باشد، این کمک اهمیت پیدا می‌کند. عضو خانواده می‌تواند مقدمات وقت ویزیت گرفتن یا دریافت دارو را تسهیل کند و نیز به آماده کردن بیمار برای انجام آزمایشات کمک کند. این مساعدت، به بیماران، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و به‌طور کلی به نظام سلامت یاری می‌رساند.

مراقبان بیمار

هنگامی‌که بیمار خانواده‌ای نداشته باشد، مراقبان بیمار می‌توانند به عنوان اعضای خانواده عمل کنند. برخی از مراقبان در یک زمان فقط از یک بیمار مراقبت می‌کنند و بنابراین ممکن است زمان بیشتری برای کمک به یک بیمار با پروتکل‌های پیگیرانه داشته باشند. اگر ارایه‌دهنده خدمات تا حدی اطلاعات پزشکی داشته باشد و بتواند اصطلاحات پزشکی را درک کند، کمک او می‌تواند با ارزش‌تر هم باشد. این کمک برای افرادی که مشکل خواندن و توجه به دستورات در نظام خدمات سلامت دارند، ارزشمند است.

حامیان بیمار

حامیان در اصل به عنوان نماینده بیمار عمل می‌کنند و هنگامی که بیمار نیاز به کمک داشته باشد، به او کمک می‌کنند. آنان یا اجرت کار خود را دریافت می‌نمایند و یا به‌صورت داوطلبانه کار می‌کنند. این گروه معمولا نظام ارایه خدمات سلامت را خوب می‌شناسند و می‌توانند بسیاری از پیچیدگی‌های مرتبط با دریافت مراقبت‌های سلامت را مدیریت کنند. آن‌ها می‌توانند دستورات را ترجمه کنند، درمان را پیگیری کنند، دستورالعمل‌های پزشکی را توضیح دهند، درباره صورت‌حساب‌ها بپرسند و برای ویزیت‌های ارجاع شده وقت بگیرند.

بسیاری از بیماران، حامیان را کمک کننده می‌دانند. حضور آنان به ویژه برای کسانی که مشکل خواندن دارند، بسیار سودمند است. مثلا در مراقبت‌های سرطان، به پیشبرد ارتباط آموزشی بین بررسی کنندگان و جمعیت بیماران و نیز تسهیل روش‌های پژوهشی در حوزه سرطان و آزمایش‌های بالینی کمک می‌کنند (کولیار، ۲۰۰۵).

مترجمان شفاهی

از مترجمان شفاهی در مطب‌های درمانی استفاده می‌شوند وقتی‌که ارایه‌دهنده خدمات به زبانی متفاوت با زبان بیمار یا خانواده او صحبت می‌کند. مترجمان شفاهی برای انتقال اطلاعات پیچیده در یک زبان پیچیده، بسیار مهم هستند. آنان معمولا با اصطلاحات و زبان تخصصی پزشکی آشنا هستند و تجربه ترجمه برای یک سازمان مراقبت سلامت خاص و یا یک ارایه‌دهنده خدمات سلامت را دارند (Hwa-Froelich & Westby, ۲۰۰۳). مترجمان می‌توانند اطلاعات مورد نیاز را برای بیماران بخوانند، دستورالعمل‌ها را ترجمه کنند و به خواندن مطالب آموزشی بیماران کمک کنند. وقتی‌که هیچ زبان مشترکی وجود ندارد، آن‌ها پشتیبان مهمی برای بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت هستند. معمولا آن‌ها پشت سر بیمار یا نزدیک به او می‌ایستند و سعی می‌کنند معنی صحیح آنچه را که ارایه‌دهنده خدمات می‌گوید را بیان نمایند. البته تفاوت‌های فرهنگی و زبان بیگانه بیماران، این حرفه را سخت‌تر می‌کند. در فصل دهم، موضوعاتی از قبیل نقش مترجمان در محیط مراقبت‌های سلامت و نیازهای ویژه بیماران دارای مهارت‌های پایین زبان انگلیسی، مورد بحث قرار گرفته است.

پرستاران

پرستاران در مطب‌ها می‌توانند کمک بسیار بزرگی برای بیماران باسواد سلامت کم باشند. پرستاران درباره آموزش بیمار و تکنیک‌های یادگیری بزرگسالان، آموزش دیده‌اند. علاوه بر آن، آن‌ها در یک موقعیت منحصر به فرد برای درک اصول سلامت، جمعیت هدف و محیط کار هستند (کمپبل، ۱۹۹۹). پرستاران می‌توانند به عنوان حامیان بیمار و یا همیار حامیان در جامعه عمل کنند (مورا،

۲۰۰۰). آن‌ها مسـایل خصوصی را درک می‌کنند و به بیمار در خواندن و پر کردن فرم‌ها کمک می‌کنند. پرسـتاران الگوهای ارجاع به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت را می‌شناسند و می‌توانند به بیمار در تنظیم وقت ویزیت‌ها کمک کنند.

به علاوه هنگامی‌که بیماران در درک دستورالعمل‌های پیگیری مانند آماده شدن برای انجام آزمایشات و یا مصرف داروها مشکل دارند، پرسـتاران می‌توانند برای آن‌ها توضیح دهند، بسـیاری از پرستاران از فنون دیداری مانند اسـتفاده از نمودارهای علایم تصویری برای تفهیم دسـتورالعمل‌ها اسـتفاده می‌کنند (هوتس و همکاران، ۱۹۹۸). اگر پرستار در مطب بداند که یک بیمار در خواندن مشکل دارد، او می‌تواند منابع مختلفی را برای کمک به آن بیمار در دریافت خدماتی از سلامت که بسیار مورد نیاز هستند ارایه کند. خطوط تلفنی کمک به بیماران[۱۲] که کارکنان آن پرستاران هستند، به بیمارانی کمک می‌کنند که که سواد سلامت پایینی دارند (کورسون،۲۰۰۵).

۱۲ Help Lines

کارکنان مطب

کارکنان مطب برای تشـخیص نیازهای بیماران و کمک به بیماران کم‌سـواد سـلامت تا زمان ملاقات با پزشـک، بسیار مهم و کلیدی هستند. آن‌ها اولین برخورد را با بیمار دارند که باید با دقت و ظرافت انجام شود (والش،۲۰۰۴). آیا یک محل اختصاصی در مطب هست که بیمار بتواند راحت به مسئول پذیرش بگوید که در خواندن فرم‌ها مشکل دارد؟ آیا مکانی وجود دارد که به اندازه‌ای خصوصی باشد که بتوان فرم‌ها را برای بیمارانی که سواد سلامت پایینی دارند، با صدای بلند خواند؟ آیا مسئول پذیرش چنین اطلاعاتی را به‌طور مناسب به پرستاران و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت منتقل می‌کند، به‌طوری که بیمارانی که در اتاق انتظار هستند، نشنوند؟

پرداختن به چنین موضوعاتی به‌طوری که بیماران می‌توانند در طول ملاقات در مطب، احسـاس امنیت کنند. فضای حاکم در شـروع ملاقات در مطب، به بیمار کمک می‌کند تا در طول کل زمان ملاقاتش، احسـاس راحتی کند. از این لحاظ، پرسـنل برای موفقیت‌آمیز کردن ویزیت‌های داخل مطب، مهم و حیاتی هسـتند. ایما و اشـارات غیرکلامی که توسط ارایه‌دهنده خدمات و کارکنان درمانی انجام می‌شـود می‌تواند بر بیماران اثر بگذارد، یعنی یا باعث می‌شـود آن‌ها احسـاس ناراحتی بیشتری کنند و یا موجب آسودگی خاطر آن‌ها می‌شود (روتر،۲۰۰۵).

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت

اگر تمام افراد دیگر (اعم از مسئول پذیرش، پرستار و ...) در این کار ناموفق باشند، ارایه‌کننده خدمات سلامت معمولا بیشترین نقش را برای رهایی از این وضعیت خواهد داشـت، همان‌طوری که در ابتدای این فصل در داسـتان آقای مارتینز مشاهده کردیم. اگر ارایه‌کننده خدمـات سـلامت بداند که بیمار در خواندن متن‌ها مشـکل دارد، می‌تواند به شـیوه‌ای ارتباط برقرار کند کـه بیمار درک کند. هنگام پرداختن به بیماران کم‌سـواد، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید از استفاده از زبان تخصصی پزشکی خودداری کنند و آهسته صحبت کنند، مخصوصا هنگامی‌که در حال دادن دسـتورات پزشـکی هستند. اسـتفاده از روش "درس پس دادن" مهم است. نوشتن دستورات سـاده و اسـتفاده از علایم تصویری یا فیلم‌ها می‌تواند مفید باشـد و البته ایده خوبی است که شـخصی را در مطب داشته باشیم که با بیماران تماس بگیرد تا بررسی کند آن‌ها چطور این دستورات را انجام می‌دهند.

اما اساسـی‌ترین قسـمت این معادله، داشتن یک ارایه‌کننده خدمات سلامت دلسوز اسـت که اصول سواد سلامت کم را درک می‌کند. این فرد اسـت که فضای حاکم بر مطب و فلسـفه مطب را تعیین می‌کند و باید آموزش‌های مداومی را به پرسـنل مطب خود درباره سـواد سـلامت و بهترین روش غلبه بر مشکلات سـواد در محیط مطب، ارایه دهد. پرسنل مطب نباید درباره بیماران قضاوت کنند و یا با توصیفات منفی به آن‌ها برچسـب بزنند. یک بیمار با سـواد سـلامت پایین، در خواندن ناتوان نیست، او فقط در خواندن مشکل دارد. پذیرش بیمار با سواد سلامت پایین در مطب و ایجاد تجربه مثبت برای او، اجزای مهم مراقبت‌های با کیفیت بالا به‌شمار می‌رود.

استفاده از فناوری

اسـتفاده از فناوری می‌تواند کارآیی مراقبت از بیمار را افزایش دهد، البته می‌تواند افزایش‌دهنده موانعی بر سـر راه مراقبت از بیمار نیز باشد.

تلفن‌ها

برخی از سیسـتم‌های تلفنی آنقدر موانع زیادی بر سـر راه صحبت بیمار با شـخص پاسـخ‌گوی تلفنی قرار می‌دهند که قبل از این‌که هدف تماس تلفنی محقق شـود، بیمار عصبانی می‌شود. سیستم‌های تلفنی، دوست‌دار کاربر هستند و به تماس گیرندگان در دسترسی اطلاعات در زمانی منطقی کمک می‌کنند (بیکر، ۱۹۹۸). سیسـتم تلفن در مطب پزشـک باید دوسـت‌دار کاربر و قابل تطبیق دادن با دلایل گوناگون تماس افراد باشد.

نکته اول این‌که تلفن همیشــه باید تا زنگ ســوم پاسخ داده شود (وودســون، ۲۰۰۴). اگر سیستم تلفن خودکار باشد، سیستم باید فورا پاســخ دهد. اگر بیمار در پشــت خط در حالت انتظار قرار بگیرد، چه مدتی باید منتظر بماند تا با فردی در آن طرف خط صحبت کند؟ منتظر ماندن در پشت تلفن برای این‌که یک انسان واقعی با شما صحبت کند، می‌تواند ناامیدکننده باشد. زمان انتظار در صورت امکان باید خذف شده یا کاهش یابد. به علاوه، داشتن گزینه‌های چندگانه بر روی سیستم تلفنی مطب گیج‌کننده است، مخصوصا برای بیماران مسن‌تر و کسانی‌که مشکلات سوادی دارند.

ارتباط با فردی که به تلفن پاســخ می‌دهد، اولین مواجهه بیمار با مطب شماســت. لحن صدای فرد پاســخ دهنده باید گرم، صمیمی و خوشــایند باشــد (وودسون،۲۰۰۴). علاوه بر آن، شخصی که به تلفن پاسخ می‌دهد باید تلاش کند تا مشکل بیمار را بدون تاخیر اضافی حل کند. ارجاع فرد تماس گیرنده از یک بخش به بخش دیگر، شیوه موثری برای خدمت رسانی به بیماران نیست. فردی که در مطب است باید در مقابل بیمار و مشکلش احساس مسئولیت کند.

پیام صوتی همچنین می‌تواند بی‌روح و فاقد یک پاســخ‌گوی انســانی واقعی باشــد (داوید هیزار و شــیارر، ۲۰۰۰). بهترین سیستم این اســت که یک فرد به‌طور زنده به تلفن پاســخ دهد و مشــکل بیمار را بدون ارجاع به افراد دیگر حل کند. هر چقدر مطب شما بتواند به این سیستم نزدیک‌تر باشد، برای رضایت بیماران بهتر خواهد بود. اگر شما پیام صوتی و ارجاع داشته باشید، فرد باید مطمئن شود که مشکل او در همان روز حل می‌شود (وودسون، ۲۰۰۴).

اینترنت و وب

هــم اینترنــت و هم فضای جهانی وب به عنوان ابزارهای آموزش بیمار می‌توانند مفید باشــند (اینترنت یک شــبکه عظیم متشــکل از شــبکه‌هایی اســت که میلیون‌ها کامپیوتر در سراسر جهان را با یکدیگر متصل می‌سازد. در مقابل، وب یک مدل اشتراک اطلاعات است و مهم‌ترین راهی است که اطلاعات از طریق آن در اینترنت قابل دسترسی است). پست الکترونیک از طریق اینترنت فرستاده می‌شود، تارنمای گســترده جهانی و وب‌ســایت‌های آن از طریق مرورگرها[۱۳]، بازدید و جستجو می‌شوند. صفحات وب نمایانگر مجموعه‌ای مرکب از تصاویر، اصوات، متن‌ها و فیلم‌ها هستند ("تفاوت بین اینترنت و تارنمای گسترده جهانی"، ۲۰۰۶).

برای بیمارانی با سواد سلامت پایین، استفاده از چنین فناوری‌هایی مشکلات نامتعارفی را به وجود می‌آورد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد افرادی که چالش‌های سوادی داشتند در مقایسه با افرادی که به خوبی می‌توانستند بخوانند، از اینترنت متفاوت استفاده می‌کردند (بیرو و همکاران،۲۰۰۴). بیماران کم‌ســواد تمایل دارند که هر کلمه را بخوانند و متن روی صفحه نمایشــگر را به‌طور اجمالی برای اطلاعات مفید، مطالعه نمی‌کنند. از آنجا که آن‌ها خواندن هر کلمه را به سختی پیش می‌برند، اغلب چیزهایی را که خارج از صفحه اصلی مقابل خود قرار دارد از دست می‌دهند. اگر یک پاراگراف بسیار پیچیده شود، یک خواننده کم‌سوادتر ممکن است به راحتی به قسمت دیگری از متن برود و به‌طور بالقوه‌ای احتمال دارد جزییات مهمی را از دست بدهد.

برخی از موتورهای جستجو برای کاربران کم‌سواد، پیچیده هستند. چنین بیمارانی اوقات سختی را در تلفظ و املای واژه‌ها دارند. آن‌ها ممکن است بسیاری از گزینه‌های ارایه شده درباره یک موضوع خاص را گیج کننده بدانند و فقط لینک اول یا دوم را بررسی کنند که ممکن است حاوی بهترین مطالب برای نیازهای آن‌ها نباشد (بیرو و همکاران، ۲۰۰۴).

برای این‌که اینترنت و وب را برای بزرگســالان کم‌ســواد، بیشــتر کمک کننده شود، چند راه وجود دارد (استفاده از فناوری‌های مبتنی بر وب برای بیمارانی که ســواد ســلامت پایینی دارند در فصل ۹ بحث شــده است). نکته مهم برای یادآوری این است که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نباید در کمک به بیماران کم‌سواد به فناوری‌های کامپیوتری بی‌توجه باشند. در واقع، مشاوره اینترنتی به عنوان مکملی برای مراقبت‌های ســلامت منظم، عمل می‌کنند (یومفجورد، همبرگ، مالکر و پترســون،۲۰۰۶). دســت‌اندرکاران درمان باید حداقل از روش‌های گوناگون برای مفیدتر کردن منابع مبتنی بر وب برای افرادی که مشکلات سوادی دارند، آگاه باشند.

---

۱۳ Explorer

تجهیزات پزشکی

فناوری‌های دیگر اگر به‌طور مناسب ارتقا یابند و استفاده شوند، می‌توانند برای بیمار مفید باشند. برای مثال اگر بیمار باید یک وسیله را به خانه ببرد، ارایه‌دهنده خدمات باید مطمئن شود که بیمار نحوه استفاده مناسب از آن را می‌داند. اگر بیمار سوالاتی داشته باشد یا نیاز به کمک برای رفع نقص آن وسیله داشته باشد، باید به او شماره تلفنی برای تماس داده شود. تعدادی از دستگاه‌های پایش فیزیولوژیک در حال حاضر در برنامه‌های مدیریت بیماری به‌طور روتین اســتفاده می‌شــوند. بیماران کم‌سواد گزینه‌های خوبی برای این تکنیک‌های جدیدتر هستند اگر به خوبی شرح داده شوند و مراقبت‌های پیگیرانه کافی فراهم شده باشد.

استفاده از مواد آموزشی نوشتاری

اگر مواد آموزشی نوشتاری استفاده می‌شوند، دست‌اندرکاران درمان باید مطمئن شوند که استفاده و درک آن مطالب آسان است. بهترین حالت آن است که مطالب آموزشی بیماران در سطح سوم، چهارم یا پنجم، خواندن نوشته شده باشند (ویس و کوین، ۱۹۹۷). استفاده از بروشــورهای شــرکت‌های دارویی و دیگر شرکت‌های تجاری پزشکی، برای افراد کم‌ســواد معمولا بسیار دشوار است. برای مثال مرور مطالب آموزشــی تهیه شده توسط آکادمی پزشــکان خانواده آمریکا، این نکته را آشکار ساخت که به‌طور میانگین، این مطالب آموزشی در سطح نهم نوشته شده که سطح بسیار بالایی برای خوانندگان طبقه متوسط آمریکا است (والاس و لنون،۲۰۰۴). پژوهش‌های متعدد درباره مطالب آموزشی بیماران، به همین نتیجه‌گیری رسیده است. این مطالب باید بازنویسی شوند به‌طوری که همه بیماران بدون توجه به توانایی خواندن‌شان، بتوانند از آن‌ها استفاده کنند.

اگرچه برخی از افراد احساس می‌کنند مطالبی که آسان خوانده می‌شوند، برای اشخاص باسواد بسیار ساده هستند، اما افراد بسیار کمی هســتند (حتی افرادی که مهارت‌های پیشــرفته‌ای دارند)، که از سودمند نبودن این مطالب شکایت دارند. به نظر می‌رسد همه بیماران مطالبی که آسان خوانده می‌شوند را دوست دارند و ترجیح می‌دهند، شاید به خاطر این‌که این مطالب بدون نیاز به اطلاعات غیرضروری و نامربوط، مفهوم را به بیمار می‌رســاند. اگر می‌خواهید بدانید که برای یک بینی خونی چه کار باید انجام دهید، ممکن اســت به علت خونی شدن بینی توجه نکنید. شما فقط می‌خواهید بدانید که برای جلوگیری از خونریزی آن چه کاری باید انجام دهید. به بیان ساده‌تر، مطالبی که آسان خوانده می‌شوند، کاربردی‌تر هستند (روش‌های گوناگون برای بررسی سطوح سواد مطالب آموزشی بیماران، در فصل ۷ مورد بحث قرار گرفته‌اند).

نیازی نیست که مواد آموزشی بیماران، به صورت نوشتاری و با استفاده از کلمات تهیه شود. انواع دیگری از مواد آموزشی را نیز می‌توان در نظر گرفت. در کل، تلاش برای آســان کردن مطالب مکتوب ممکن اســت به تنهایی برای افزایش درک بیمار، کافی نباشد (ویلسون، بــرون و اســتفنز-فریس، ۲۰۰۶). نمودارهای تصویری،مدل‌ها، ســالنامه‌های دارویی، نوارهای ویدیویــی و نوارهای صوتی چند نمونه از جایگزین‌های مواد نوشتاری هستند که در دسترس قرار دارند. (AMC Cancer Research Center, ۱۹۹۴)

تعامل بیمار ـ مراقب

بیمار ابتدا با قســمت پذیرش مطب برخورد می‌کند. آنجا جایی اســت که چندین فرم به بیمار داده می‌شود تا آن‌ها را تکمیل کند. چرا مــا همــه ایــن فرم‌ها را نیاز داریم؟ تنها فرم‌هایی که در ابتدای کار باید به بیمار داده شــود، باید تکمیل شــوند. در بین چنین فرم‌های ضروری، فرم اطلاعیه روش‌های حفظ حریم شخصی بیماران مربوط به قانون مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سلامت وجود دارد. علاوه بر آن مسئول پذیرش باید از همه سوال کند که آیا آن‌ها در کامل کردن فرم‌ها نیاز به کمک دارند. با این روش، بیماران هرگز به عنوان کم‌ســواد برچســب نخواهند خورد و در یک مکان خصوصی به بیمار کمک شود تا فرم‌ها را تکمیل کند. اگر بیماران سایر پرسش و پاسخ‌های بیمار کم‌سواد را به‌طور تصادفی بشنوند، ممکن است باعث شرمساری بیمار شود. یک کتابچه راهنما که خواندن و استفاده از آن برای بیمار آســان باشــد نیز مفید است. این کتابچه می‌تواند بسیاری از سوالات معمولِ پرسیده شده توسط بیماران را پاسخ دهد.

بیماران می‌توانند این کتابچه را به خانه ببرند و آنجا بخوانند و یا به یکی از اعضای خانواده‌شان بدهند تا بخوانند.
هنگامی‌که بیمار و ارایه‌دهنده خدمات با هم هستند، ارایه‌دهنده خدمات باید سوال کند که "چه سوالات و یا دغدغه‌هایی دارید؟" ارایه‌دهنده خدمات در حالی‌که پیشینه اجتماعی او را بررسی می‌کند، همچنین باید بپرسد که "شما از نوع خواندن‌تان راضی هستید؟" این سوال به بیمار این فرصت را می‌دهد تا درباره هر مشکلی در خواندن، بحث و گفتگو کند.
دستورالعمل‌های مکتوب برای بیمار باید به گونه‌ای باشد که پیروی از آن‌ها آسان باشد. ارایه‌دهنده خدمات ممکن است بخواهد تا درباره دستورالعمل‌ها با بیمار، خانواده بیمار یا یک حامی بیمار بحث کند. بیمار باید برای اتفاق افتادن چنین بحثی اجازه دهد، اما اطمینان یافتن ارایه‌دهنده خدمات از تفاهم داشتن با اعضای خانواده یا حامیان بیمار، ممکن است تنها راه برای مطمئن شدن از پیروی کامل و انجام دادن دستورات مربوط به بیماران کم‌سواد باشد. اگر نیاز باشد که بیمار از دستورات پیچیده پزشکی تبعیت کند، ممکن است یک جلسه خانوادگی لازم باشد.
ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید از روش "درس ـ برگردان" استفاده کنند، به این شکل که از بیماران بخواهند تا شرح دهند که بعد از بازگشت به خانه، با توجه به داروها یا رژیم‌های درمانی تجویز شده چه کاری انجام خواهند. پرسیدن این سوال که "آیا متوجه می‌شوید؟" به ندرت مفید است، زیرا برای بیماران آسان‌تر آن است که به راحتی پاسخ "بله" را بگویند. به جای آن، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید از بیماران بخواهند تا بگویند که چطور آن‌ها مشکل‌شان را به یک دوست توضیح می‌دهند. این‌که باعث شویم که یک بیمار واقعا یک مهارت را نشان دهد (مثلا این‌که چه زمانی و چگونه یک داروی خاص را استفاده کند) بهترین روش برای ارزیابی توانایی و ادراک او در خصوص آن مهارت است.
هنگامی‌که بیماران آماده ترک کردن مطب هستند، مطمئن شوید که آن‌ها دستورالعمل‌های مکتوبی را در اختیار دارند که خواندن و درک آن‌ها آسان است. شایع‌ترین مشکل دستورالعمل‌های مکتوب این است که شامل اطلاعات بسیار زیادی می‌شوند. از خودتان بپرسید که درک چه چیز برای بیمار بسیار مهم و ضروری است، سپس تمام اطلاعاتی که "دانستن آن‌ها مفید است" را کنار بگذارید.
همیشه یک شماره تلفن برای بیمار قرار دهید برای مواقعی که او گیج می‌شود و یا به اطلاعات بیشتر نیاز دارد، دخیل کردن خانواده بیمار یا یک حامی بیمار در این مرحله در فرآیند آموزش، سودمند و مفید خواهد بود. در حقیقت، تا زمانی که بیمار با مشارکت عضو خانواده یا حامی در فرآیند آموزش موافق باشد، دادن اطلاعات مبتنی بر سلامت به شخصی که بیمار به او اعتماد دارد، همیشه یک ایده خوب است.
نکته پایانی این‌که پیگیری‌های بعدی پیشرفت درمان بیماران دارای اهمیت است. یک تماس تلفنی از طرف پرستار می‌تواند مفید باشد و می‌تواند به سوالاتی که از زمان ویزیت بیمار ایجاد شده‌اند پاسخ دهند (طبابت تلفنی و تریاژ تلفنی در فصل ۶ با عنوان "بهبود ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات" مورد بحث قرار گرفته‌اند). بیماران معمولا نوعی از پیگیری را دوست دارند، حتی اگر ویزیت چهره به چهره در مطب نباشد. تماس‌های تلفنی، مقرون به صرفه، سریع و با دسترسی آسان هستند. همچنین بیماران و خانواده‌های‌شان قدردانی می‌کنند از مراقبت و تلاش اضافی که یک تماس تلفنی از طرف ارایه‌دهندگان خدمات سلامت انجام می‌شود.

ارجاعات و خدمات جانبی

بسیاری از بیماران از طرف اولین ارایه‌دهنده خدمات به متخصصان دیگر و خدمات جانبی، ارجاع داده می‌شوند. برای بیمارانی که سواد سلامت پایینی دارند، این ارجاعات می‌تواند باعث احساس ترس، اضطراب و ایجاد سوالات و نگرانی‌هایی شود. این متخصصان چه کسانی هستند؟ آیا آن‌ها متوجه می‌شوند که من در خواندن مشکل دارم؟ آیا در مطب آن‌ها کمکی برای من وجود خواهد داشت؟ آن‌ها از من می‌خواهند چه کاری انجام دهم؟ آیا من آن را درک خواهم کرد؟ این سوالات و سوالاتی از این قبیل می‌تواند بیمار را از گرفتن وقت ملاقات و یا درخواست مراقبت از ارایه‌دهنده خدمات کمکی بر حذر دارد.
به همین خاطر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، پرستاران و کارکنان در مطب مراقبت‌های اولیه بیمار باید مسئولیت کم کردن ترس

بیمار را بر عهده بگیرند. برای مثال اگر بیمار قبول کند می‌توان به متخصص یا پزشک کمکی درباره مشکل خواندن بیمار اطلاع داده شود. می‌توانیم فردی را که به زبان بومی بیمار صحبت می‌کند، برای ترجمه شفاهی، در مطب حاضر کنیم. زبان می‌تواند بدون استفاده از زبان تخصصی پزشکی، در سطحی ساده حفظ شود. اگر لازم باشد بیمار متنی را روخوانی کند، یک عضو خانواده بیمار یا حامی بیمار ممکن است بخواهد در هنگام ملاقات با پزشک، همراه بیمار باشد. اگر امکان داشته باشد، اطلاعات باید به زبانی ساده نوشته شده و به بیمار داده شود تا آن را به خانه ببرد. در این مرحله، تماس‌های تلفنی پیگیرانه اهمیت ویژه‌ای دارند برای اطمینان حاصل کردن از این که بیماری که سواد سلامت پایینی دارد درک می‌کند که چه اقدامات دیگری مورد نیاز هستند.

هنگامی‌که بیماران نمی‌خواهند ارایه‌دهندگان خدمات سلامت‌شان، مشکلات خواندن آن‌ها را با متخصصان و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت کمکی مطرح کنند، آن‌ها باید ترغیب شوند که خودشان درباره مشکل خواندن‌شان به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت جدید، توضیح دهند. ما باید درک کنیم که ناتوانی در خواندن با احساس شرم فراوان همراه است؛ بسیاری از بیماران با ناامیدی سعی می‌کنند که این حقیقت را مخفی کنند. اغلب اوقات، گرفتن وقت ملاقات متخصصان، دشوار است، بنابراین بیماران باید تشویق شوند تا آزادانه اطلاعات خود را در اختیار ارایه‌دهندگان خدمات سلامت قرار دهند و از هر منبع بالینی که در اختیار آن‌هاست استفاده کنند.

با مجهز شدن به اطلاعات مهم درباره سطح سوادی که از بیمار انتظار می‌رود، متخصصان و دیگر کمک ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند در صدد بهترین درمان‌ها باشند، درمان‌هایی که مفید و بی‌ضرر باشند. از آنجایی که درستورالعمل‌های پزشکی، مطالب آموزش بیماران و نسخه‌های تجویزی، همگی مستلزم این است که بیمار تا اندازه‌ای بتواند بخواند، بیمارانی که سواد سلامت پایین دارند می‌توانند بالاترین کیفیت مراقبت را دریافت کنند اگر کارکنان مطب، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت کمکی همگی درباره سطح توانایی خواندن بیماران و نیازهای ویژه آنان بدانند.

محیط بیمارستان

محیط‌های بیمارستان، محیط‌های دوست‌دار سواد سلامت نیستند. درک علایم و تابلوهای بیرونی، برای کسانی‌که به خوبی می‌خوانند نیز مشکل است. در علایم راهنما، از زبان تخصصی پزشکی همراه با چند نماد بین‌المللی استفاده شده است. درک و خواندن اصطلاحاتی مانند «بخش فوریت‌های پزشکی»، «رادیولوژی»، «بخش جراحی» و «پذیرش» سخت است، با این وجود، آن‌ها مرتبا در پارکینگ‌ها و دیگر مکان‌ها برای راهنمایی مردم به قسمت مناسب بیمارستان، استفاده می‌شوند (راد، ۲۰۰۴). چند نفر می‌توانند این اصطلاحات را بخوانند و درک کنند؟ چند مورد از آن‌ها به زبان‌های دیگر ترجمه شده‌اند؟ آخرین‌باری که شما یک علامت راهنما به زبان اسپانیایی را دیدید کی بوده است؟ همانگونه که Rudd خاطرنشان می‌کند: "ابزارهایی در نظر گرفته شده است برای این که به عموم مردم کمک شود تا محل ورودشان را بیابند و به مسیر صحیح خود ادامه دهند، توسط بازدیدکنندگان و پرسنل غیرحرفه‌ای (حداقل تا اندازه‌ای) بیمارستان که این علایم برای آن‌ها طراحی شده است، استفاده کمی می‌شود. به عبارت دیگر، کلمات،مانع درک می‌شوند" (راد،۲۰۰۴،ص ۲۳).

شکل شماره ۲-۲: علایم بین‌المللی از هابلاموس جانتوس.

هابلاموس جانتوس با حمایت از طرف موسسه رابرت وود جانسون جهت توسعه و آزمودن ۲۸ نماد (علامت)، مانند علایمی که در بالا مشاهده می‌شود، با انجمن طراحی گرافیک محیطی مطالعه‌ای را انجام داد. نتایج مطالعه نشان داد هفده نماد توسط حداقل ۸۷ درصد از آزمون‌دهندگان درک شده بود. آزمون‌دهندگان با استفاده از نمادها، سریع‌تر به مقصدشان می‌رسیدند، نسبت به هنگامی‌که فقط به نشانه‌های لغتی تکیه می‌کردند. از هر ۱۰ آزمون‌دهنده، نزدیک به ۹ نفر اظهار داشتند که می‌توانستند بیش از نیمی از علایم را درک کنند. منبع: "نمادهای بین‌المللی سلامت، بسیاری از افراد را در بیمارستان‌ها راهنمایی می‌کند". موسسه انتشاراتی بنیاد رابرت وود جانسون، ۱۴ دسامبر ۲۰۰۵.

قرار دادن نمادهای بین‌المللی برای محیط‌های درمانی، بر روی تابلوها، درک آن‌ها را برای هر شخصی آسان‌تر می‌کند. تصاویری از اشعه X یا آمبولانس یا خطوط ترسیمی واضح و ساده می‌تواند برای نشان دادن بخش‌های ویژه استفاده شود. به جای استفاده از کلماتی مانند «نفرولوژی» که در محیط بیمارستان متداول هستند، درک اصطلاح «متخصص کلیه» می‌تواند آسان‌تر باشد. در حقیقت، همه اصطلاحات پزشکی باید به زبان رایج ترجمه شود. علایم و تابلوهای داخل و خارج تجهیزات و امکانات بیمارستان، باید تغییر یابد تا نمادها، علایم تصویری و یا زبان رایج را با هم یکپارچه سازد. این کار زمان و تلاش زیادی را می‌طلبد، اما باید در همه بیمارستان‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن انجام شوند.

ابتکاراتی مانند نوآوری‌های انجام شده توسط طرح ملی هابلوس جانتوس برای ایجاد نمادهای دوست‌دار بیمار، باید مورد تشویق و تقویت قرار گیرد. با حمایت موسسه رابرت وود جانسون و کمک انجمن طراحی گرافیک محیطی، هابلاموس جانتوس ۲۸ نماد را برای استفاده در بیمارستان‌ها و دیگر امکانات مراقبت‌های سلامت (شکل ۲-۲) توسعه داد و آزمون کرد. این‌که بیمارستان‌ها در سراسر جهان به یکسان‌سازی نمادها در طراحی تابلوهای راهنمای‌شان خواهند پرداخت، نکته امیدوارکننده‌ای است. این گروه همچنین نظام‌نامه نمادهای بین‌المللی در مراقبت‌های سلامت را ایجاد کردند. این کتابچه عملیاتی در واقع، یک راهنمای چگونگی انجام کار برای مدیران ارشد بیمارستان‌ها، مدیران و دیگر افراد متخصص در این زمینه است که به بهبود قابلیت خواندن علایم و نمادهایی که آن‌ها استفاده می‌کنند، علاقمند هستند (علایم جهانی سلامت، ۲۰۰۵) برای کسب اطلاعات بیشتر، از وب‌سایت :.http://www.hablamosjuntos org.بازدید کنید.

اگر نام پزشکان نیز بر روی تابلوهای مربوطه نوشته شده باشد، می‌تواند مفید باشد (Rudd، ۲۰۰۴). اغلب بیماران نام پزشک‌شان را

می‌دانند اما نام بخشی را که پزشک‌شان در آن کار می‌کند نمی‌دانند. به عبارت دیگر، اگرچه ممکن است من بدانم نام پزشک من دکتر گرین است اما لزوما نمی‌دانم که دکتر گرین یک نورولوژیست است.

فرم‌ها موانع مهم دیگری برای افرادی هستند که مشکل خواندن دارند. اغلب فرم‌های بیمارستانی، بیشتر به زبان تخصصی حقوقی نوشته شده‌اند تا برای یک خواننده غیرمتخصص در زمینه حقوق. برخی اوقات این فرم‌ها در سطح کالج نوشته می‌شوند و به ندرت اصول نوشتن برای سواد پایین را رعایت می‌کنند (شوارتزبرگ، ونگیست و وانگ، ۲۰۰۵). زبان تخصصی پزشکی، فونت‌های کوچک، کم بودن فضای سفید و خالی و سبک حقوقی و دشوار فرم‌ها، همه خواننده ضعیف را ناامید می‌کنند، اما هنوز در بسیاری از فرم‌های پزشکی رایج هستند (اصول نوشتن برای افراد کم‌سواد، در فصل ۸ تحت عنوان "اصول نوشتن برای سواد پایین" شرح داده شده است). به عنوان مثال، بسیاری از افراد نمی‌توانند رضایت آگاهانه را درک کنند و نمی‌دانند که آن‌ها فرم یک عمل جراحی را امضا می‌کنند که ممکن است در آن یک عضو بدن‌شان برداشته شود. یک مثال مشهور در این خصوص، تجربه خانم تونی کردل سیپل است که ۳۰ سال قبل رحمش را از دست داد، هنگامی‌که با یک فرم رضایت آگاهانه، دچار ترس شده بود و نتوانست راهنمایی‌های بیشتری را درخواست کند. جراحی ترمیمی او برای افتادگی رحم، یک هیسترکتومی (برداشتن رحم) از کار در آمد، واژه‌ای که او می‌گوید دکتر متخصص زنانش هرگز از آن استفاده نکرده بود (رابین، ۲۰۰۳). در ازدحام پذیرش بیمارستان، اضطراب درباره بستری شدن و دیگر مسایل ناشناخته، به گیج شدن یک بیمار می‌افزاید. هنگامی‌که کلمات به آسانی بیان نمی‌شوند، اضطراب‌ها افزایش می‌یابند و هنگامی‌که بیماران نمی‌دانند چه چیزی باید بپرسند، احتمال وقوع پیامدهایی مانند هیسترکتومی سیپل بسیار زیاد است.

هنگامی‌که بیماران در بیمارستان پذیرش می‌شوند باید چیزهای زیادی را بخوانند. برای مثال، در خود اتاق پذیرش، بسیاری از تابلوها و اعلامیه‌ها وجود دارند. نام پرستار یا ارایه‌دهنده کمکی خدمات به بیماران معمولا بر روی دیوار نصب شده است. همچنین دستورالعمل‌هایی برای استفاده از تلفن یا تلویزیون، دستورالعمل‌هایی برای این‌که چگونه پرستار را فرا بخوانید، دستورالعمل‌هایی برای این‌که چگونه تخت را بالا ببرید، بر روی دیوار قرار دارد که درک تمام آن‌ها نیاز به مهارت‌های سوادی دارد. در آنجا درباره اکسیژن یا دیگر اقدامات درمانی که بیمار تجربه می‌کند، توضیحاتی وجود دارد. برای بیماری که نمی‌تواند بخواند، چنین تابلوها و اعلامیه‌هایی، ایجاد اضطراب می‌کنند. هنگامی‌که بیماران به خاطر ناتوانی‌شان در خواندن احساس شرم می‌کنند، ممکن است از درخواست کمک اجتناب کنند که در نتیجه مشکل را پیچیده‌تر می‌کند.

دستورالعمل‌های مربوط به بیمار و مطالب آموزشی، موانع بیشتری را برای آن‌هایی که سواد پایینی دارند ایجاد می‌کنند. ما به بیماران مطالب بسیار زیادی برای خواندن می‌دهیم، مطالبی شامل منوها، شرح آزمایشات، دستورالعمل‌های دارویی، مطالب آموزش سلامت و اطلاعات دارویی. خوانندگان ضعیف ممکن است هرگز بسیاری از آن‌ها را استفاده نکنند. هنگامی‌که بیشتر کارکنان درمان احساس کنند که آن‌ها بیمارانی را صرفا با دادن چنین مطالبی آموزش داده‌اند، یک ارتباط ناقص اتفاق افتاده است که می‌تواند باعث افزایش بیماری‌ها و هزینه بیشتر برای بیمار و کل نظام سلامت شود (خطاهای درمانی، ارتباط ناقص و اجتناب از آن‌ها در فصل ۴ و ۶ بحث می‌شود).

پرستاران و دیگر کارکنان این بیمارستان این مسئولیت را دارند که اطمینان یابند بیماران اطلاعاتی را که برای سلامت و تندرستی‌شان نیاز دارند، درک می‌کنند. مرور کردن مطالب مکتوب همراه با بیماران‌مان به تنهایی کافی نیست؛ ما باید آن‌ها را در سطح خودشان و توانایی‌های ذهنی‌شان آموزش دهیم، با اطمینان یافتن از این‌که مطالب، قابل دسترس و مفید هستند (نقاط ضعف و قوت استفاده از آزمون‌سازی برای ارزیابی سطوح سواد بیماران، به علاوه چند ارزیابی که رسمیت کمتری دارند، در فصل ۳ با عنوان "ارزیابی سطوح سواد بیماران" مورد بحث قرار می‌گیرد).

ممکن است لازم باشد نشست‌های گروهی با پزشکان و دیگر کارکنان سلامت برگزار شود تا درباره تفاوت بین اطلاعاتی که بیمار باید بداند و اطلاعاتی که دانستن آن‌ها برای بیمار مفید است، بحث و تبادل نظر شود. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، ما موظف هستیم اطلاعاتی را که برای بیماران فراهم می‌کنیم به آن مواردی که کاملا ضروری است محدود کنیم. ما باید اطلاعات مرتبط با سلامت را در قالبی بازنویسی کنیم که توسط بیمار کم‌سواد، قابل درک باشد.

کمیته‌های تحول بیمارستان باید مسئولیت موضوع سواد سلامت را برعهده بگیرند. تمام فرم‌ها، مطالب آموزشی بیماران، فیلم‌ها، نوارهای صوتی و دیگر موارد مرتبط باید ساده شده و برای خواندن آسان شوند. این موضوع به ویژه برای اسناد قانونی درست است، اسنادی از قبیل فرم رضایت آگاهانه و وصیت‌نامه پزشکی که بیمارستان‌ها با مسئولیت‌های اساسی در خصوص این‌که چگونه بیمارانی را که سواد سلامت پایینی دارند درمان می‌کنند (لیس،۲۰۰۲). به عبارت دیگر، یک منفعت آشکار مالی در ایجاد راه‌حل‌هایی کاربردی برای سواد وجود دارد.

اولین گام خوب برای کمیته تحول بیمارستانی، سازماندهی تلاش‌ها برای مرور، بازنویسی و پایش همه فرم‌هاست که در بیمارستان استفاده می‌شود. نماینده حقوقی بیمارستان می‌تواند عضوی از کمیته تحول باشد، اما حداقل باید در هر یک از تلاش‌ها برای ویرایش اسناد مکتوب، دخیل باشد. مهم‌تر از همه این‌که نماینده حقوقی بیمارستان باید مشکل سواد سلامت پایین را درک کند و نسبت به جستجوی راه‌حل‌های خلاقانه مشتاق باشد.

آنچه که این فصل نشان می‌دهد این است که همه محیط‌ها در مراقبت‌های سلامت باید محیط‌های دوست‌دار فرد استفاده کننده باشند. داشتن مطالب آموزش سلامت، تابلوها، فرم‌ها و دیگر وسایل ارتباطی در قالبی ویژه و برای افراد کم‌سواد، فقط آن کار درستی که باید انجام شود نیست، بلکه آن یک تجارت خوب نیز است. صرف زمان ارزیابی دقیق برای توانایی‌های سوادی بیماران و سعی در تامین نیازهای فردی آن‌ها، زمانی است که به خوبی صرف شده است. حتی هنگامی‌که متخصصان و دست‌اندرکاران امور درمانی درگیر کارهای روزمره‌شان هستند، باید برای هر بیمار وقت کافی بگذارند. هر چند که مطب پزشک اولیه، نقطه شروع خوبی است، اما این کار باید توسط متخصصان، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مرتبط با یکدیگر و دست‌اندرکاران امور درمانی در بیمارستان انجام شود. تمام مکان‌هایی که در آن‌ها بیماران، مراقبت‌های سلامت را جستجو می‌کنند باید به پایین آوردن سطح مطالب آموزشی کمک کند. تنها با یک تلاش جمعی می‌توانیم بر توانایی درک بیماران‌مان تاثیر بگذاریم.

منابع فصل دوم

- AMC Cancer Research Center, Centers for Disease Control and Prevention. (۱۹۹۴). Beyond the brochure: Alternative approaches to effective health communication. Denver, CO: Author. Retrieved January ۲۹, ۲۰۰۶, from http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/amcbeyon.pdf
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Pitkin, K., Parikh, N. S., Coates, W., et al. (۱۹۹۶). The health care experience of patients with low literacy. Archives of Family Medicine, ۵(۶), ۳۲۹–۳۳۴.
- Baker, L. P. (۱۹۹۸). Communicate with patients using common office equipment. Journal of Medical Practice Management, ۱۴(۲), ۷۸–۸۲.
- Birru, M. S., Monaco, V. M., Charles, L., Drew, H., Njie, V., Bierria, T., et al. (۲۰۰۴). Internet usage by low-literacy adults seeking health information: An observational analysis. Journal of Medical Internet Research, ۶(۳), ۵. Retrieved November ۲۴, ۲۰۰۵, from http://www.jmir.org/۲۰۰۴/۳/e۲۵
- Blackburn, G. L. (۲۰۰۵). Teaching, learning, doing: Best practices in education. American Journal of Clinical Nutrition, ۸۲(۱ suppl), ۲۱۸S–۲۲۱S.
- Campbell, K. N. (۱۹۹۹). Adult education: Helping adults begin the process of learning. American Association of Occupational Health Nurses Journal, ۴۷(۱), ۳۱–۴۰.
- Chase, T. M. (۲۰۰۱). Learning styles and teaching strategies: Enhancing the patient education experience. SCI Nursing, ۱۸(۳), ۱۳۸–۱۴۱.
- Collins, J. (۲۰۰۴). Education techniques for lifelong learning: Principles of adult learning. Radiographics, ۲۴(۵), ۱۴۸۳–۱۴۸۹.
- Collyar, D. (۲۰۰۵). How have patient advocates in the United States benefited cancer research? Nature Reviews Cancer, ۵(۱), ۷۳–۷۸.
- Courson, S. (۲۰۰۵). Telephone nurse triage. PA StateNurses Association. RetrievedDecember ۱۳, ۲۰۰۵, from http://www.panurses.org/search۱.cfm?filename=membersite/articles/profdevelop/profdev telephonetriage.htm
- Davidhizar, R., & Shearer, R. (۲۰۰۰). The effective voice mail message. Hospital Materials Management Quarterly, ۲۲(۲), ۴۵–۴۹.
- Gamonal, P. (۲۰۰۳). Adult education: Creating learning programs for adults in your organization. Retrieved January ۵, ۲۰۰۶, from http://www.ravenwerks.com/leadership/adulted.htm
- Holm, A. K., Lepp, M., & Ringsberg, K. C. (۲۰۰۵). Dementia: Involving patients in storytelling—a caring intervention: A pilot study. Journal of Clinical Nursing, ۱۴(۲), ۲۵۶–۲۶۳.
- Houts, P. S., Bachrach, R., Witmer, J. T., Tringali, C. A., Bucher, J. A., & Localio, R. A. (۱۹۹۸). Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. Patient Education and Counseling, ۳۵, ۸۳–۸۸.
- Hwa-Froelich, D. A., & Westby, C. E. (۲۰۰۳). Considerations when working with interpreters. Communication Disorders Quarterly, ۲۴(۲), ۷۸–۸۵.
- Kim, S., Love, F., Quistberg, D. A., & Shea, J. A. (۲۰۰۴). Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. Diabetes Care, ۲۷, ۲۹۸۰– ۲۹۸۲.
- Kolb, D. A. (۱۹۸۴). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lieb, S. (۱۹۹۱, Fall). Principles of adult learning. Vision. Retrieved January ۲۱, ۲۰۰۶, from http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-۲.htm
- Liss, S. I. (۲۰۰۲). Literacy, health, and the law: An update of legal rights for low health literate patients. Philadelphia: Health Promotion Council of Southeastern Pennsylvania, Inc.
- Morra, M. E. (۲۰۰۰). New opportunities for nurses as patient advocates. Seminars in Oncology Nursing, ۱۶(۱), ۵۷–۶۴.

- Padberg, R. M., & Padberg, L. F. (۱۹۹۰). Strengthening the effectiveness of patient education: Applying principles of adult education. Oncology Nursing Forum, ۱۷(۱), ۶۵–۶۹.
- Palacios, E. D., & Semrud-Clikeman, M. (۲۰۰۵). Delinquency, hyperactivity, and phonological awareness: A comparison of adolescents with ODD and ADHD. Applied Neuropsychology,۱۲(۲), ۹۴–۱۰۵.
- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D.W., &Williams, M. V. (۱۹۹۶). Shame and health literacy: The unspoken connection. Patient Education and Counseling, ۲۷,۳۳–۳۹.
- Principles of adult learning & instructional systems design. Arlington, VA: National Highway Institute. Retrieved January ۱۵, ۲۰۰۶, from http://www.nhi.fhwa.dot.gov/download/material/۴۲۰۰۱۸/RM/۴۲۰۰۱۸.pdf
- Roter, D. L. (۲۰۰۵). How effective is your nonverbal communication? Conversations in Care Web Book (chapter ۲). Retrieved December ۲, ۲۰۰۵, from http://www.conversationsincare.com/web book/chapter۰۲.html
- Rubin, R. (۲۰۰۳, April ۳۰). Doctor-patient language gap isn't healthy. US**A** Today. Retrieved January ۱۴, ۲۰۰۶, from http://www.usatoday.com/life/۲۰۰۳–۰۴–۳۰–medicallan**g**uage x.htm
- Rudd, R. E. (۲۰۰۴). Navigating hospitals. Literacy Harvest, ۱۱(۱), ۱۹–۲۴. Retrieved January ۳۰, ۲۰۰۶, from http://www.lacnyc.org/resources/publications/harvest/HarvestFall۰۴.pdf#search='rima'/.۲۰rudd'/.۲۰navigation'/.۲۰study'/.۲۰hospital
- Schatschne**i**der, C., & Torgesen, J. K. (۲۰۰۴). Using our current understanding of dyslexia to support early identification and intervention. Journal of Child Neurology, ۱۹(۱۰), ۷۵۹–۷۶۵.
- **S**chwartzberg, J. G., VanGeest, J. B., & Wang, C. C. (Eds.). (۲۰۰۵). Understanding health **l**iteracy: Implications for medicine and public health. Chicago: American Medical Association **P**ress.
- Sobero, R., & Giraldo, G. P. (۲۰۰۴, May). Beyond translations: Culturally adapting and developing low-literacy materials. Paper presented at Clinical and Educational Solutions to Low Health Literacy, Institute for Healthcare Advancement Third Annual Health Literacy Conference, Anaheim, CA.
- The difference between the Internet and the World Wide Web. (۲۰۰۶). Webopedia. Retrieved March ۱۰, ۲۰۰۶, from http://www.webopedia.com/DidYouKnow/Internet/۲۰۰۲/Web vs Internet.asp
- Umefjord, G., Hamberg, K., Malker, H., & Petersson, G. (۲۰۰۶). The use of an Internetbased Ask the Doctor Service involving family physicians: Evaluation by a web survey. Family Practice, ۲۳(۲), ۱۵۹–۱۶۶.
- Universal health symbols provide direction for many in hospitals [press release]. (۲۰۰۵, December ۱۴). Fresno, CA: The RobertWood Johnson Foundation. Retrieved January ۲۰, ۲۰۰۶, from http://www.diversityconnection.org/userdocs/uploads/۵ PRSign.pdf
- U.S. Department of Education, Office of Vocational and Adult Education. (۲۰۰۴). Adult Education and Family Literacy Act: Program year ۲۰۰۲–۲۰۰۳: Report to Congress on state performance. Retrieved January ۱۰, ۲۰۰۶, from http://www.ed.gov/about/reports/annual/ovae/۲۰۰۳adulted.pdf
- Wallace, L. S., & Lennon, E. S. (۲۰۰۴). American Academy of Family Physicians patient education materials: Can patients read them? Family Medicine, ۳۶(۸), ۵۷۱–۵۷۴.
- Walsh, A. L. (۲۰۰۴). Managing your practice's first impression: The process of front-desk reengineering. Journal of Medical Practice Management, ۱۹(۵), ۲۶۴–۲۷۱.
- Weiss, B. D., & Coyne, C. (۱۹۹۷). Communicating with patients who cannot read. New England Journal of Medicine, ۳۳۷(۴), ۲۷۲–۲۷۴.
- Wilson, F. L., Brown, D. L.,&Stephens-Ferris, M. (۲۰۰۶). Can easy-to-read immunization information increase knowledge in urban low-income mothers? Journal of Pediatric Nursing, ۲۱(۱), ۴–۱۲.
- Woodson, C. (۲۰۰۴, May). Promoting health literacy via the patient-friendly office. Paper presented at Culture, Language, and Clinical Issues: Operational Solutions to Low Health Literacy, Institute for Healthcare Advancement Third Annual Health Literacy Conference, Anaheim, CA.
- Yahya, F. M. (۲۰۰۲–۲۰۰۴). Back translation. Arabic Freelance: The translation office of Fuad
- M. Yahya. Retrieved February ۱۱, ۲۰۰۶, from http://www.arabicfreelance.com/back.

فصل ســـوم

ارزیابی سطح سواد بیماران

گاهی اوقات شـما فقط می‌خواهید که موانع را درهم بشـکنید و دقیقا به سـمت ریشه مشکل بروید. انجام این‌کار همیشه آسان نیست؛ نقش‌هـای حرفـه‌ای و موانع مختلفی در رابطه بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمـات وجود دارد که می‌تواند از راهی که ما ارتباط برقرار می‌کنیم جلوگیری کند، به این‌صورت که از رسیدن ما به درکی که برای درمان موثر بیماران به آن نیاز داریم، جلوگیری می‌کند.

آلان هیکسون، دکترای پزشکی، استادیار پزشکی خانواده دانشکده پزشکی دانشگاه کانکتیکات، داستانی را درباره یک بیمار ۳۸ ساله به نام خانم "پی" نقل می‌کند که استفاده از داروی آسم‌اش را متوقف کرده بود و چندبار کارش به بخش اورژانس کشیده شد. او همچنین به دلایل غیرقابل فهمی، اسـپری‌های استنشـاقی و قرص‌های تجویزی‌اش را تمام کرده بود. سـئوال کردن از او هیچ اطلاعاتی را فراهم نمی‌کرد و درماندگی و ناامیدی او بیشـتر می‌شد. در حقیقت، هر چقدر سئوالات من درباره داروهای او، تخصصی‌تر می‌شود جواب‌های او گیج‌کننده‌تر می‌شد.

من متوجه شدم که ما ارتباط خوبی برقرار نمی‌کنیم، بنابراین، این کار را متوقف و کمی فکر کردم و سپس عوامل استرس‌زا را بررسی کردم. "اوضاع در خانه چگونه است؟ شوهرت چطور است، کارت چطور است، بچه‌هایت چطوراند؟" از قرار معلوم، همه چیز خوب بود. سـپس درباره دوران کودکی‌اش پرسـیدم: "کجا بزرگ شدی و مدرسه رفتی؟ چند کلاس درس خواندی؟" او به من گفت دو سال. "آیا تا به حال با خواندن مشکلی داشتی؟" او گفت که هرگز خواندن را یاد نگرفته بود.

"چطور نحوه اسـتفاده از داروهایت را می‌دانی؟" او به من گفت که می‌تواند اعداد را بخواند، بنابراین وقتی او مثلا عدد "۲" را می‌دید، دو قرص اسـتفاده می‌کرد و شـاید هم یک قرص را دوبار در یک روز استفاده می‌کرد. به علاوه، او گفت که گاهی اوقات بچه‌هایش برای او می‌خوانند. ناگهان، همدیگر را درک کردیم.

من توانستم داروهای او را به یک اسپری ترکیبی خلاصه کنم و زمان اضافی صرف کردم برای این‌که توضیح دهم نحوه استفاده صحیح آن چگونه است. او این پیام را برای من و دانشجویان پزشکی تکرار کرد و هر کدام از ما، در حالی‌که بیمارمان اتاق معاینه را ترک می‌کرد او را در آغوش گرفتیم (هیکستون، ۲۰۰۴، صفحه ۲۰۷۷)

مثـل معروفی وجود دارد که "اطلاعات یک قدرت اسـت". درک یک موقعیت می‌تواند مزیتـی را برای فرد فراهم کند. در مراقبت‌های سـلامت، مزیت درک سـطوح سواد سلامت بیماران و مناسب کردن ارتباط و تحصیلات به آن سطح، می‌تواند رابطه بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات را تقویت کند، همان‌طوری که در داستانی درباره دکتر هیکستون و خانم پی، شرح داده شد.

هنگامی‌که به مساله ارزیابی سواد سلامت می‌رسیم، در مراقبت‌های سلامت، یک کش‌مکش کاملا واقعی میان عملی بودن و لزوم، وجود دارد: عملی بودن اجرای نوعی روش آزمودن سـواد برای هر بیمار در مقابل لزوم داشـتن این اطلاعات. ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت چگونه این مساله کاملا واقعی را حل می‌کنند؟

هیچ پاسـخ سـاده‌ای وجود ندارد. به‌طور کلی، بیماران انتظار دارند که هر آزمونی توسـط ارایه‌دهنده خدمات سلامت انجام شود. آن‌ها همچنین انتظار دارند که آزمون، نتایجی را درباره وضعیت سیستم‌های بدن‌شان ایجاد کند و در تشخیص بیماری‌های‌شان استفاده شود. آزمودن سواد در مطب پزشک می‌تواند احساس غیرطبیعی نسبت به آن ایجاد کند و بسیاری از بیماران ممکن است احساس دلسردی و ناامیدی نسبت به آن داشته باشند اگر آزمون به خوبی معرفی نشود، به دقت توضیح داده نشود و به یک شیوه محترمانه انجام نشود. در کل، آزمایش‌های سـنتی، از قبیل اشـعه ایکس، آزمایش خون، اسـکن‌ها و دیگر آزمایش‌های تشـخیصی، مسـتقیما به بیمار سود می‌رسـانند. نتایج حاصل از این آزمایش‌ها، توسـط درمانگر، برای تشخیص افتراقی استفاده می‌شود و این نتایج، اطلاعات ارزشمندی را فراهم می‌کند که این سئوال را به حل شدن نزدیک‌تر می‌کند. "چه اتفاقی برای من افتاده؟" آزمایش‌های بالینی و پزشکی، ابزارهای در چنته ارایه‌دهندگان خدمات سلامت هستند که برای کمک به بیمار استفاده می‌شوند.

آزمون‌های سـطوح سـواد، حداقل از دیدگاه بیماران ممکن اسـت مستقیما برای آن‌ها مفید نباشـد. بیمار ممکن است با خود فکر کند "این‌که من چقدر خوب می‌خوانم، موضوع مورد بحث در اینجا نیسـت؛ نگرانی شـما باید دردی باشـد که من در ناحیه شکم‌ام احساس می‌کنم" و از بعضی جهات، یک فرضیه غیرقابل بحث اسـت. تشـخیص دادن، ارتباط برقرار کردن و درمان کردن، مسـئولیت درمان‌گر

اســت. اگرچه رابطه بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات، صرفا یک رابطه اســت، ولیکن ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید یک مقدمه اساسی را که برای برخورد بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات آورده شده است درک کنند: این‌که مهارت و تبحر در درمان‌گر وجود دارد و نه در بیمار و نیازی نیست که بیمار توانایی‌هایش را در برخوردی اثبات کند که در آن از درمان‌گر انتظار "عمل کردن" می‌رود. انتظار داشتن از بیمار برای انجام یک آزمون سواد، ممکن است خارج از انتظارات بیمار یا منطقه (دایره) راحتی او قرار گیرد، شک‌های غیرضروری را افزایش دهد، باعث شود که بیمار آگاهی‌اش را نسبت به مکان و موقعیت خود از دست بدهد.

تهیه مناســب مطالب آموزشــی مکتوب بیماران، روی دیگر سکه در ارزیابی سواد سلامت اســت. هنگامی‌که بدانیم بیمار فقط می‌تواند مطالب ســطح ششــم خواندن را بخواند، آیا ما مطالبی را فراهم می‌کنیم که این حقیقت را منعکس کند؟ اطلاعات بیشتر درباره مطالب بیماران، در فصل ۷ "طراحی مطالب آسان خوان آموزش بیماران" پدیدار می‌شود، اما دانستن این‌که بیماران نیاز به توجهی ویژه در این خصوص دارند، با درک سطح سوادشان آغاز می‌شود.

ارتباط با بیمار و آموزش او در یک طیف

در یــک انتهــای آن، اولین برخورد با ارایه‌دهنده خدمات ســلامت اســت؛ خواه یک قرار ملاقات برنامه‌ریزی شــده، یک تماس همراه با شــکایت باشــد، یا یک ملاقات بدون وقــت قبلی یا ارجاع از طرف ارایه‌دهنده خدمات دیگری باشــد. بعد از این برخــورد اولیه، ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات و آموزش ادامه می‌یابد تا این‌که زمان مخصوص برســد (مثلا، شــکایت با موفقیت حل و فصل شــده است) یا به‌طور نامشخص، درباره مدیریت موثر بیماری‌های مزمنی مانند دیابت، آسم یا فشار خون بالا.

چرا سطوح سواد را می‌آزماییم؟

مدیریت موفق هر ناراحتی، جراحت یا بیماری، بســتگی دارد به توانایی ارایه‌دهنده خدمات به درک آنچه که برای بیمار اتفاق می‌افتد، توانایــی ارایه‌دهنده خدمات برای مشــخص کردن یک رژیم غذایی درمانی موثــر و توانایی بیمار برای درک آن و رضایت از آن و پیروی موفق آن رژیم غذایی. یک شکست در هر موقعیت در این فرآیند حساس می‌تواند به معنی ناکامی در یک مسیر درمانی متفاوت موفق باشد.

به ارایه‌دهنده خدمات ســلامت، آموزش داده می‌شــود، و البته حقوق هم داده می‌شــود تا فرآیند بیماری، ناخوشــی یا جراحت بیمار را مشخص کند و مدیریت کند. عواملی از قبیل ناتوانی بیمار در درک رژیم غذایی درمانی، ناتوانی در خواندن دستورالعمل‌ها، فقدان انگیزه، یا ترس از درد یا ناراحتی، مسایلی نیستند که توانایی ارایه‌دهنده خدمات سلامت را برای انجام نقش خود مشخص کنند.

با این وجود، این مسایل می‌تواند بر توانایی بیمار در انجام موثر نقش‌اش در رابطه بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات تاثیر بگذارد. قدرت یک رژیم درمانی موفق فقط به اندازه ضعیف‌ترین عامل اتصال در این رابطه است و اگر مهارت‌های سوادی بیماران آن‌ها را از انجام هر کدام از مسئولیت‌های‌شان باز دارد، احتمال یک رژیم غذایی درمانی موفق، بسیار کاهش می‌یابد.

ما می‌دانیم که یک ارتباط مســتقیم میان مهارت‌های ســوادی ضعیف و ســلامت ضعیف وجود دارد (برکمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ راد، ۲۰۰۳). بنابراین شناسایی بیمارانی که به خاطر نداشتن مهارت‌های خواندن، بیشتر در معرض خطر مشکلات سلامت هستند، در حوزه فعالیت‌هایی مراقبت‌های ســلامت اجتماعی قرار می‌گیرد. اگر با آزمودن ســطوح خواندن بیماران و این‌که مطالبی را برای آن‌ها فراهم کنیم که تقریبا با مهارت‌های خواندن آن‌ها متناسب هستند، می‌توانیم در زمان و هزینه صرفه‌جویی کینم و شاید حتی جان‌مان را هم نجات دهیم. چرا این کار را انجام ندهیم؟

پاســخ‌ها به این ســئوال، متفاوت خواهد بود، اما برخی از متداول‌ترین اعتراضات به ایده آزمودن برای مشخص کردن سطح خواندشان، شــامل زمان و صحت آزمون‌ها اســت. برخی از این آزمون‌ها ممکن است وقت‌گیر و در یک محیط تقریبا شلوغ باشند، بنابراین برداشتن گامی دیگر در فرآیند ارایه مراقبت‌های ســلامت ممکن اســت در واقعیت غیرممکن باشد. علاوه بر آن، نمرات آزمون‌های سواد می‌تواند

تحت تاثیر این موارد باشد: حالات روحی بیماران، شرایط جسمی یا روانی در هنگام آزمون یا عصبی بودن آن‌ها فقط به خاطر این‌که آن یک آزمون اســت. به علاوه، اغلب کارکنان مراقبت‌های ســلامت برای ارزیابی سطوح خواندن بیماران، آموزش ندیده‌اند و اغلب ابزارهای ارزیابی، درک بیماران را نمی‌آزمایند. همان‌طوری که در فصل دو عنوان شد، این مطلب نیز درست است که سئوال کردن از بزرگسالان درباره توانایی خواندن‌شان می‌تواند احساس شرم و بیگانه بودن در آن‌ها ایجاد کند (مایر،۲۰۰۳). دکتر ریما راد، از ما می‌خواهد که:

"در نظر بگیریم یک آزمون (یک ارزیابی ســواد) چقدر می‌تواند تحقیرآمیز باشــد برای کســی که سواد سلامت پایینی دارد و می‌آید تا دکترش را ملاقات کند، مخصوصا اگر قبل از آن، احســاس خوبی نســبت به این وضعیت نداشــته باشد. بیشتر افراد باسواد سلامت کم، درباره آن بســیار احســاس شرم می‌کنند. آن‌ها حتی به زنان و شوهران‌شان هم این مساله (سواد سلامت پایین) را اقرار نمی‌کنند. آن‌ها همچنیــن نمی‌دانند که مهارت‌های ســوادی محدودی دارند. آن‌ها زندگی‌های‌شــان را طوری تنظیم می‌کنند کــه آنچه را بخوانند که می‌توانند" (قانون متوسط‌ها، ۲۰۰۱).

به‌طور مشابه، ویراستارهای موسسه سواد سلامت پزشکی: نسخه‌ای برای پایان دادن به سردرگمی (۲۰۰۴)، به مطالب زیر تاکید دارد:

"برخوردها در مراقبت‌های ســلامت بر مکالمه‌ای میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات تکیه دارد که به ارایه‌دهنده خدمات اجازه می‌دهد تا علایم بیماری را در یابد، سیر یک ناخوشی یا بیماری را همان‌طوری که بیمار آن را تجربه کرده است، دنبال کند و گزینه‌های تشخیصی و درمانی را فراهم کند. از بیماران خواسته می‌شود تا شرح حال‌شان را بیان کنند، تجربیات‌شان را توصیف کنند، توضیحاتی را ارایه‌دهند و بــا اقــدام مورد نیاز، کمکی را که لازم دارند دریافت کننــد. با در نظر گرفتن اهمیت گفتار و مهارت‌های درک گفتار برای مراقبت‌های سلامت، سنجش‌های فعلی سواد سلامت که بر ابزارهای سابق ارزیابی کارکردی سواد، طرح‌ریزی شده‌اند گستره کامل سواد سلامت را در بر نمی‌گیرد." (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۴، صفحه ۵۰).

امــا علیرغم این دغدغه‌ها و دغدغه‌های مشــابه، فواید دانســتن آنچه که بیماران‌تان از مطالب مکتوب نیــاز دارند و گرفتن آن اطلاعات از ابزارهای گوناگون ارزیابی که در دســترس هســتند، بر اعتراضات می‌چربند. اگر شــما می‌دانید که بیماران‌تان از لحاظ زبان، واژگان و توضیحات چه نیازهایی دارند، می‌توانید اطلاعات لازم را به آن‌ها بدهید. بدون آن آگاهی، وقتی‌که شــما مطالب مکتوب را منتشــر و یا ایجاد می‌کنید، مثل این است که تیری را در تاریکی رها کرده باشید.

ضرورت دارد که ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت، حقایقی را درباره ســواد سلامت پایین درک کنند. برای رسیدن به این هدف، دواک، دواک و روت(۱۹۹۶،صفحه ۶) تعدادی از تصورات غلطی را که ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت ممکن است درباره افرادی با مهارت‌های سوادی پایین داشته باشند، ذکر می‌کند:

افراد بی‌ســواد، کند ذهن هســتند و به کندی یاد می‌گیرند، اگر در کل چیزی یاد بگیرند. این دیدگاه غلط اســت: بی‌سوادی، بیشتر تابع وضعیت اقتصادی و دسترسی به تحصیلات است. سطح هوشی در این قشر، در حدود سطح متوسط است و بسیاری از افراد با مهارت‌های سوادی پایین، ظرفیت‌های استثنایی در جبران ناتوانی‌شان در خواندن از خود نشان دادند.

اغلب بی‌ســوادها افراد فقیر، مهاجر یا اقلیت‌ها هســتند. این دیدگاه غلط اســت: اگرچه ارتباطی میان وضعیت اقتصادی و ســطوح سواد وجود دارد و درصد مهاجران و اقلیت‌هایی که مشکلات خواندن دارند، بیشتر است، اما نمایه کلی افراد کم‌سواد در ایالات‌متحده آمریکا، مربوط به آمریکایی‌های سفیدپوست و بومی است.

افراد اگر نتوانند بخوانند، این موضوع را به شــما خواهند گفت. این دیدگاه غلط اســت: شرم، عاملی قوی در پنهان کردن وضعیت سواد یک فرد مخصوصا در رابطه میان بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات اســت. پاریخ، پارکر، نرس، بیکر و ویلیماز (۱۹۹۶) در پژوهش‌شــان درباره آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار تهی‌دست دریافتند که دو سوم از آن‌ها هرگز درباره بی‌سوادی‌شان به همسران‌شان اعتراف نکردند و بیش از نیمی از آن‌ها هرگز به فرزندان‌شــان در این مورد چیزی نگفتند. تعداد ســال‌های تحصیلی، یک وسیله سنجش خوب برای سطوح سواد است. این دیدگاه غلط است: یک پنجم از افراد آزمون شده در بررسی ملی سواد در بزرگسالان، دارای دیپلم دبیرستان بودند.

افشا (بی‌سوادی بیمار): دیدگاه بیمار

افرادی که مهارت‌های سواد سلامت‌شان کم است با تعارضی در محیط مراقبت‌های سلامت مواجه می‌شوند درباره این‌که آیا سواد سلامت پایین آن‌ها افشا می‌شود یا خیر، همان‌طوری که ما در مثال آقای مارتینز در فصل دوم ملاحظه کردیم. از طرف دیگر یک تمایل قوی برای بازگشت به عادات قدیمی و نهادینه شده (یعنی ادامه دادن به پنهان کردن بی‌سوادی‌شان) وجود دارد. از طرف دیگر دلایلی قابل توجهی (برای مثال ترس از تصمیم‌گیری بدون آگاهی، فراهم کردن اطلاعات ناقص یا نادرست به شکلی که می‌توانست اثر بدی بر روی سلامت‌شان بگذارد) برای افشا کردن وجود دارد.

نگرانی‌های بیمارانی که سواد سلامت پایینی دارند

وقتی‌که تردید دارید، با بیماران صحبت کنید. در یک پژوهش کیفی درباره ۲۰۰ فرد بزرگسال ثبت نام شده در طرح سواد دانشگاهی جامعه، برز و تیلور (۱۹۹۷) از بزرگسالانی که مهارت‌های سوادی پایینی داشتند پرسیدند که درباره تلاش برای ارزیابی سطوح سوادشان در یک محیط بیمارستانی چه احساسی دارند. نتایج حاصل از این پژوهش برخی از موضوعات رایج را نشان داد.

خطر افشا شدن (کم‌سوادی)

در اغلب موارد، بزرگسالانی که مهارت‌های سوادی پایینی دارند تلاش سخت و طولانی را انجام داده‌اند برای این‌که بی‌سوادی‌شان را پنهان کنند، معمولا تحت شرایط پر از استرس. خطر افشا شدن کم‌سوادی‌شان و تحقیر منتج شده و یا درک شده و آن‌ها را سوق می‌دهد به ایجاد پاسخ‌های عالمانه یا حداقل پاسخ‌های ریشه‌ای برای موقعیت‌هایی که آن‌ها را ملزم می‌کند که مهارت‌های سوادی‌شان را آشکار کنند. اغلب بزرگسالان در این موقعیت، در ترس از آشکار شدن بی‌سوادی‌شان به‌سر می‌برند، همان‌طوری که یک اعتراف فرد بیمار این مطلب را آشکار می‌سازد: من به هیچ‌کس نمی‌گویم و یا هیچ چیز درباره بی‌سوادی‌ام به کسی نمی‌گویم، آن‌ها فکر می‌کنند که من آدم بدی هستم (برز و تیلور، ۱۹۹۷).

محققان همچنین برخی نگرانی‌های معمول در میان بزرگسالان بی‌سواد را ذکر کرده‌اند نگرانی‌هایی از قبیل احساس شرم و یا کودن به نظر رسیدن. چنین بیمارانی می‌ترسند که اگر رازشان برملا شود، دیگران از آن‌ها درباره نقش‌شان به عنوان یک والد شایسته و یا سرپرست خانواده، سئوال کنند.

خطرات عدم افشا کردن بی‌سوادی‌شان در طول بستری شدن در بیمارستان

خطرات مشاهده شده درباره نگفتن به پرسنل درمانی درباره مهارت‌های سوادی پایین‌شان در طی مدت بستری بودن در بیمارستان، یک سردرگمی پر استرس و یک وضعیت تنشی فعال را برای این بزرگسالان فراهم می‌کند. تمایل به مشغول شدن به عادت‌های قدیمی و اجتناب از موقعیت‌هایی که مهارت‌های سوادی آن‌ها را می‌طلبد و حتی دروغ گفتن درباره توانایی‌های‌شان، با این نگرانی خنثی خواهد شد که مخفی کاری و طفره رفتن آن‌ها یک زمانی باعث متضرر شدن و آسیب دیدن آن‌ها می‌شود (برز و تایلور،۱۹۹۷).

این مساله تلخ و دردناک است هنگامی‌که قربانی یک مخفی کاری و طفره رفتن در زمینه سواد، فرزند خود آن فرد باشد. یکی از مصاحبه شوندگان بحث کرده است درباره درد درونی‌اش به خاطر دادن رضایت ناآگاهانه برای عمل جراحی فرزندش به خاطر این‌که از برملا شدن راز بی‌سوادی‌اش جلوگیری کند:

بی‌سوادی چیزی است که برای دخترم مشکل ایجاد کرد... من درباره آن احساس گناه می‌کنم. من باید به چهره‌ی او نگاه کنم و بگویم که چرا من اجازه دادم که آن عمل انجام شود؟ اگر می‌دانستم که چه اتفاقی قرار بود بیفتد... من نمی‌دانستم که این عمل چه خطری را در بر داشت (برز و تیلور، ۱۹۹۷، صفحه ۱۰۴۳).

درک بیمارستان به عنوان یک مکان ویژه

یک توافق عمومی میان مصاحبه شوندهها وجود دارد و آن این است که بیمارستان مکانی است که آن‌ها در آن احساس امنیت می‌کنند و بیشترین تمایل را برای افشای رازشان دارند. آن‌ها کارکنان سلامت و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت را به عنوان افرادی می‌دانند "دارای آگاهی و محرم اسرار؛ افرادی خوش برخورد و دوست با بیمار؛ افرادی با درک و فهم و دلسوز؛ و از همه مهم‌تر قابل اعتماد و احترام‌گذار به محرمانه بودن اسرار بیمار" (برز و تیلور، ۱۹۹۷، صفحه ۱۰۴۳).

محققان، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت را تشویق می‌کنند تا از این رشته اعتماد استفاده کنند، در حالی‌که دلایل آن اعتماد را همچنان حفظ می‌کنند و با مطرح کردن این موضوع به‌طور آرام و سنجیده، اعتماد داده شده به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، کمک می‌کند به کم کردن ترس از آشکار شدن راز بی‌سوادی آن‌ها، فراهم کردن یک فضای مساعد نسبت به افشای بی‌سوادی بیمار و کمک‌های بعدی به وسیله فرآیندهای لازم و بیمارانی که با ارایه‌دهندگان خدمات سلامتی که مورد اطمینان آن‌ها هستند مشورت می‌کنند، میزان رضایت‌مندی بالایی را ابراز می‌کنند (بیکر، ماینوس، گری و لاو، ۲۰۰۳).

حمایت برای غربالگری

شواهد قابل ذکری وجود دارد مبنی بر این‌که بیمارانی که مهارت‌های سوادی پایینی دارند ممکن است مشتاق باشند به اعتماد کردن به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت‌شان و شریک کردن آن‌ها در مشکلات‌شان با خواندن و درک. با این وجود، ارایه‌دهنده خدمات سلامت، و نه بیمار، نیاز دارد که اولین گام را در این فرآیند آغاز کند. به علاوه، اگرچه شرکت‌کنندگان در این پژوهش اظهار کردند که آن‌ها تابع چنین رویکردی خواهند بود، عکس‌العمل‌های احساسی نسبت به شرکت کردن در یک آزمون REALM (برآورد سریع سواد بزرگسالان در پزشکی) با این مقوله که عملکرد آن‌ها در آزمون چگونه است، مرتبط بودند (برز و تیلور، ۱۹۹۷). یکی از شرکت‌کنندگان که نمره‌ای بالاتر از آنچه که فکر می‌کرد به دست آورده بود، از این تجربه راضی بود، در حالی‌که شخص دیگری که نمره خوبی نگرفته بود "هراسان" بود (برز و تیلور، ۱۹۹۷، صفحه ۱۰۴۴).

محققان به این مطلب اشاره دارند که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید نسبت به اثرات بالقوه‌ای که آزمون گرفتن می‌تواند بر روی بیماران داشته باشد، آگاه باشند و اطمینان یابند از این‌که هر کسی که آزمون رسمی را انجام می‌دهد، در زمینه اجرای آزمون، به‌طور کامل آموزش دیده باشد. آزمون باید در یک مکان خصوصی و حمایت‌کننده انجام شود. افرادی که برگزارکننده آزمون‌ها هستند باید اطمینان یابند از این‌که بیماران درک می‌کنند که نتایج آزمون، محرمانه است و فقط برای تعدیل اطلاعاتی که برای آن‌ها فراهم شده به کار می‌رود، استفاده می‌شود. همچنین، محققان و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید به هزینه آزمون توجه کنند و این‌که آیا برای سن جمعیت هدف، زبان اصلی و حدت بینایی، مناسب است یا خیر (دیویس، کنن، گازماراریان و ویلیامز، ۲۰۰۵).

نیازی نیست که شناختن تفاوت‌ها در سطوح سوادی و مشخص کردن نیازهای مربوط به بیماران خاص، از طریق آزمون رسمی سواد انجام شود. در حقیقت، احتمال احساس شرم‌ساری در بیماران، باید به دقت در برابر اطلاعاتی که چنین آزمونی برای ما فراهم می‌کند، در نظر گرفته شود. در بسیاری از موارد و شاید در اغلب موارد، مشاهده دقیق رفتار بیمار می‌تواند همه اطلاعاتی را که شما برای تطبیق دادن بیماران با موضوعات مناسب نیاز دارید، فراهم کند. اما نیاز دارید بدانید که در جستجوی چه چیزی هستید. در اینجا چند رفتار از بیماران وجود دارد که می‌تواند حاکی از سطوح خواندن پایین‌تر باشد:

بهانه آوردن برای نخواندن فرم‌ها و یا مطالب (مثلاً "عینکم را در منزل جا گذاشته‌ام").

"بله" گفتن به سئوالات ارایه‌دهنده خدمات آن سلامت با تکان دادن سر

درخواست برای بردن فرم‌ها به خانه برای خواندن

این‌که قبول نمی‌کنند مطالبی را که به آن‌ها ارایه شده، بخوانند و یا حتی یک نگاه اجمالی بیندازند.

پر کردن فرم‌ها به‌طور ناقص و یا نادرست

همراه آوردن اعضای خانواده و دادن این مطالب به آن‌ها و یا این‌که سئوال‌هایی که در بر دارنده وظایف و یا مهارت‌های سوادی هستند به اعضای خانواده واگذار کنند.

درخواست کمک برای پر کردن فرم‌ها و یا دیگر وظایف ساده

نشان دادن سراسیمه‌گی بدون دلیل، عصبانیت، یا بی‌تفاوتی هنگامی‌که فرم‌ها به آن‌ها ارایه می‌شود.

تمرکز توجه به چیزی غیر از مطالب، هنگامی‌که ارایه‌دهنده خدمات سلامت به فرم اشاره می‌کند.

شاخص دیگری که بسیاری از ارایه‌دهندگان خدمات سلامت ممکن است آن را به عنوان نشانه‌ای برای سواد پایین در بیماران خود، مورد توجه قرار ندهند، طبق گفته دیویس و همکارانش (۲۰۰۵) در طی مروری بر داروهای بیمار با آن مواجه می‌شویم. اگر بیماران داروهای مشخصی را با باز کردن جعبه دارو و نگاه کردن به آن به جای خواندن برچسب روی جعبه بشناسند، این موضوع می‌تواند شاخصی از مهارت‌های سوادی پایین باشد. بیمارانی که درباره‌ی شیوه استفاده از داروها گیج شده‌اند و یا این‌که نمی‌توانند درک کنند چرا یک داروی خاص را استفاده کنند، نیز می‌توانند در معرض خطر مهارت‌های سوادی پایین باشند (دیویس و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویس، ۲۰۰۳). روش‌های دیگر مشخص کردن این‌که آیا یک بیمار دارای چالش‌های سوادی است یا خیر که البته این روش‌ها رسمیت کمتری دارند. یک روش، این است که به بیمار یک بروشور برای مرور داده شود و سپس از او سئوالاتی را بپرسند و یا از او درخواست شود تا تکنیک توصیف شده را شرح دهد. بهتر است که درباره فرم‌های رضایت و یا دیگر فرم‌هایی که بیماران پر کرده‌اند، سئوالات باز بپرسید. به عبارت دیگر، به جای استفاده از سئوالاتی مانند "آیا همه چیز را در این فرم متوجه می‌شوید؟" سئوالات باز بپرسید، سئوالاتی از قبیل "آیا می‌توانید برای من شرح دهید، به عبارت دیگر، در طی این رویه چه اتفاقی خواهد افتاد؟"

روش دیگر، رویکرد مستقیم است: از بیمار بپرسید که تحصیلات او چقدر است. اگرچه عنوان شده که تعداد سال‌های تحصیل یک شاخص قطعی در خصوص توانایی خواندن یک فرد نیست (دیویس و همکاران، ۲۰۰۵؛ کرسچ، جونگبلات، جنکینز، و کولستاد، ۱۹۹۳)، اگر بیمار خاطرنشان کند که بالاترین کلاس تحصیلی که او گذرانده است، کلاس پنجم یا ششم بوده، این پاسخ شواهد صریح‌تری از سطح سواد پایین‌تر و یا حداقل شروعی برای پرسیدن سئوالات بیشتر درباره توانایی خواندن بیمار فراهم می‌کند.

گروه‌های خاصی هستند که احتمال این‌که مهارت‌های سوادی پایینی داشته باشند از دیگر گروه‌ها بیشتر است؛ این اطلاعات می‌تواند به وسیله ارایه‌دهنده خدمات سلامت استفاده شود، برای این‌که اشاره کند به گروه‌هایی که ارایه‌دهنده خدمات باید هنگامی‌که در جستجوی نشانه‌های سواد سلامت پایین است، توجه بیشتری به آن‌ها داشته باشد. نتایج حاصل از ارزیابی ملی سواد بزرگسالان نشان می‌دهد ۵۵٪ از بزرگسالانی که نمره سطح پایین‌تر از پایه را در بخش سواد نوشتاری کسب کردند، دبیرستان را به پایان نرساندند، ۴۴٪ از آن‌ها قبل از آغاز مدرسه، انگلیسی صحبت نمی‌کردند، ۳۹ ٪ از آن‌ها اسپانیایی‌تبار بودند، ۲۶٪ از آن‌ها ۶۵ ساله یا بالاتر بودند و ۲۰٪ از آن‌ها آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار بودند (مرکز ملی آمار های آموزشی، ۲۰۰۵).

هر زمانی‌که بیمار یک اشاره یا علامت مستقیم یا غیرمستقیم را می‌فرستد که چالش‌های سوادی دارد، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید تلاش کنند تا جو برخوردهای مراقبتی را آرامش‌بخش و دلسوزانه نگه دارند. به بیماران مجددا اطمینان داده شود که محرمانه بودن اسرار آن‌ها در این زمینه حفظ خواهد شد، اگر خواست بیمار این‌گونه باشد. اما، این ایده‌ی خوبی است که دیگر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و آموزش‌دهندگان در مطب را از محرمانه بودن اسرار بیماران در زمینه چالش‌های سوادی مستثنی کند. این نیاز را با فراهم کردن دلایلی برای مستثنی کردن آن‌ها توضیح دهید، شامل نیاز به دیگران برای دانستن به‌طوری که آن‌ها می‌توانند به‌طور مناسب مطالب آموزش سلامت را در آینده به بیمار منتقل کنند. همان‌طوری که در فصل دوم بحث شد، مراجعه به برنامه‌های سواد می‌تواند یک راهبرد عالی در این موارد باشد. اگر ثبت نام بیمار در یک برنامه سوادی، مورد توجه باشد، اطمینان یابید از این‌که برنامه به خوبی تحقیق شده است و پیش از زمان مقرر مورد قبول واقع شده است.

از آنجایی که مساله شرم قبلا بحث شده است، لحظه‌ای که سطوح سواد بیمار برای اولین‌بار مورد بحث قرار می‌گیرد، لحظه مهمی است. آن لحظه یک فرصت را برای ارایه‌دهنده خدمات سلامت فراهم می‌کند برای این‌که رشته اعتماد با بیمار را محکم کند. اگر بیمار نسبت

به این موضوع، حساسیت و پذیرش از خود نشان دهد و قضاوتگری نکند، این لحظه می‌تواند یک تجربه مثبت باشد.
به این خاطر، در این برهه زمانی، برای دســت‌اندرکاران درمان، آگاه بودن از ارتباط کلامی و غیرکلامی بیماران، مهم اســت. زبان بدن منفی که به حالت دست به سینه بیان می‌شود، منحرف کردن نگاه و سر تکان دادن، می‌تواند به شرم بیمار، ترس بیمار و این احساس که به او به دید حقارت نگاه می‌شود، بیفزاید. اما زبان بدن (حرکات غیرکلامی) مثبت مانند ارتباط چشمی خوب، یک لمس آرامش‌دهنده بازو یا شــانه (در صورت لزوم)، حرکت مختصر ســر به نشــانه توجه و گوش کردن و دیگر حرکات و اشارات می‌تواند به تقویت احساس یک محیط امن و قابل قبول کمک کند.

ابزارهایی برای ارزیابی سواد

اگرچه شما نمی‌توانید مسئولیت سطوح خواندن بیماران را به عهده بگیرید، اما آگاه بودن از رفتارهایی که نشانه علامت خطر در خصوص توانایی خواندن هستند، می‌تواند به شما کمک کند تا به نیازهای محتمل بیماران، حساس‌تر باشید. این حساسیت افزایش یافته نسبت به بیماران و نیازهای‌شــان می‌تواند همه آنچه باشــد که شــما لازم دارید تا مطالب مکتوب مناسب را برای بیماران فراهم کنید. اما برای مواردی که در آن‌ها سنجش‌های اختصاصی‌تر سواد یک بیمار را لازم می‌دانند، تعدادی از آزمون‌ها موجود است. برخی از این آزمون‌ها، سطوح خواندن را ارزیابی می‌کنند و برخی دیگر درک را ارزیابی می‌کنند.

آزمون‌های خواندن

- **آزمون پیشرفت پر دامنه**

این آزمون برای این طراحی شده است تا مواردی که "برای یادگیری مهارت‌های اساسی خواندن، املا و محاسبات ریاضی، لازم هستند"، بســنجد. تکمیل هر کدام از این ســه فرم، حدود ۱۵ الی ۳۰ دقیقه زمان می‌برد. این آزمون شــامل ســه آزمون فرعی می‌شود: خواندن (شناختن و بیان حروف و کلمات در خارج از متن)، املا (نوشتن حروف و کلماتی که در لحظه گفته می‌شود و نوشتن نام خودشان)، و محاسبات ریاضی (شمردن، خواندن اعداد و حل کردن مسایل ریاضی شفاهی و محاسبات کتبی؛ ویکینسون، ۱۹۹۳).
اســتفاده‌های عمومی برای این آزمون، شــامل این موارد می‌شــود: مقایســه توانایی‌های یک فرد با فرد دیگر، مشخص کردن توانایی یا عدم توانایی در یادگیری، مقایســه کدها با درک، به منظور فراهم کردن برنامه‌های جبرانی و ارزیابی غیررســمی الگوهای خطا به منظور طراحی برنامه‌های آموزشی. این آزمون به‌طور آنلاین در سایت ذیل، قابل دسترسی است.

www3.parinc.com/products/product.aspx?Productid=WRAT3.

هزینه‌ی یک بسته، شامل ۲۵ فرم آزمون (نسخه‌های آبی یا قهوه‌ای روشن) ۳۸ دلار است.

- **برآورد سریع سواد بزرگسالان در پزشکی (REALM)**

با طراحی برای ارزیابی گسترده سواد بزرگسالان در زمینه پزشکی، این ابزار کلمات و تلفظ صحیح و نه درک را می‌سنجد (شکل ۳،۱). "برآورد سریع سواد بزرگسالان در پزشکی" فهرستی است شامل ۶۶ اصطلاح پزشکی (ویرایش شده مجموعه اصلی آن که ۱۲۵ کلمه‌ای است) که به ترتیب پیچیدگی از لحاظ تعداد سیلاب‌ها و سختی تلفظ، مرتب شده است. (یک نسخه کوتاه شده این آزمون REALM-R است که فقط از ۸ اصطلاح استفاده می‌کند). برای انجام این آزمون، بیماران باید همه اصطلاحاتی را که می‌توانند بخوانند. تلفظ صحیح اصطلاحات ذکر شــده اســت و به‌صورت یک جدول گردآوری شــده است (دیویســو همکاران، ۱۹۹۳). اجرای این آزمون بسیار سریع و آسان است، فقط دو الی سه دقیقه، با آموزش حداقلی پرسنل طول می‌کشد. نمونه‌هایی از "برآورد سریع سواد بزرگسالان در پزشکی" به صورت آنلاین در سایت‌های مختلف، قابل دسترسی است. با مولف این آزمون، دکتر تری. سی. دیویس، برای دستور اجرای این آزمون تماس بگیرید: tdavis۱@lsuhsc.edu

هزینه‌ی این آزمون ۶۵ دلار است.

RAPID ESTIMATE OF ADULT LITERACY IN MEDICINE (REALM)

Terry Davis, PhD, Michael Crouch, MD, Sandy Long, PhD

Chart # **Examine date:**

Name: **Birth date:**

REALM generated reading level: **Grade completed:**

List 1		List 2		List 3	
Fat	_____	Fatigue	_____	Allergic	_____
Flu	_____	Pelvic	_____	Menstrual	_____
Pill	_____	Jaundice	_____	Testicle	_____
Dose	_____	Infection	_____	Colitis	_____
Eye	_____	Exercise	_____	Emergency	_____
Stress	_____	Behavior	_____	Medication	_____
Smear	_____	Prescription	_____	Occupation	_____
Nerves	_____	Notify	_____	Sexually	_____
Germs	_____	Gallbladder	_____	Alcoholism	_____
Meals	_____	Calories	_____	Irritation	_____
Disease	_____	Depression	_____	Constipation	_____
Cancer	_____	Miscarriage	_____	Gonorrhea	_____
Caffeine	_____	Pregnancy	_____	Inflammatory	_____
Attack	_____	Arthritis	_____	Diabetes	_____
Kidney	_____	Nutrition	_____	Hepatitis	_____
Hormones	_____	Menopause	_____	Antibiotics	_____
Herpes	_____	Appendix	_____	Diagnosis	_____
Seizure	_____	Abnormal	_____	Potassium	_____
Bowel	_____	Syphilis	_____	Anemia	_____
Asthma	_____	Hemorrhoids	_____	Obesity	_____
Rectal	_____	Nausea	_____	Osteoporosis	_____
Incest	_____	Directed	_____	Impetigo	_____
# of (+) Responses in List 1: _____		# of (+) Responses in List 2:_____		# of (+) Responses in List 3:_____	

LEGEND: (+)=Correct (-)=Word not attempted (/)=Mispronounced word

Raw Score:

Red Lake Hospital, Red Lake MN 56671
4/98/JMcD

FIGURE 3.1 Excerpt from the REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine). *Source:* Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., et al. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine, 25*, 391–395.

- **ارزیابی سواد در افراد دیابتی (LAD)**

این آزمون یک آزمون‌شناسایی کلمات است که از سه لیست از کلمات که بر اساس میزان سختی درجه‌بندی شده‌اند، تشکیل می‌شود. ایـن آزمـون ویژه‌ی افراد دیابتی اسـت و توانایی بیمار را در تلفظ کلماتی که ممکن اسـت در طی ملاقات‌های بالینی و در دسـتورات

خود مراقبتی با آن‌ها برخورد کنند، می‌سنجد. انجام این تست زمان کمی طول می‌کشد: حدود ۳ دقیقه. این یک ابزار قابل اعتماد و معتبر برای سنجش سواد در بزرگسالان مبتلا به دیابت است. نمره خام بیمار، معیاری برای سطح خواندن بیمار (سطح مرتبط با پایه تحصیلی) است (ناث، سیلوستر، یاسک و گاندل،۲۰۰۱). این آزمون با "برآورد سریع بزرگسالان در پزشکی" و "آزمون پیشرفت پر دامنه ـ ویرایش سوم" به خوبی مرتبط است. هیچ اطلاعاتی درباره خرید این آزمون، به‌صورت آنلاین یافت نشد. صفحه اصلی وب برای مجله "آموزش‌دهنده دیابت" که توسط انتشارات SAGE منتشر شده به قرار زیر است: http://tde.sagepub.com.

- **آزمون اکتساب در زمینه خواندن اصطلاحات پزشکی (MART)**

این آزمون، برای شبیه‌سازی با یک برچسب دارویی چاپی در ابعاد کوچک همراه با روکش و اصطلاحات پزشکی در آن طراحی شده است. دخیل کردن این عناصر در این آزمون، به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و محققان اجازه می‌دهد تا توانایی یا عدم توانایی بیماران را برای خواندن متن، ارزیابی کنند. در طراحی پایه آن از "آزمون پیشرفت پر دامنه" به عنوان یک مدل استفاده می‌شود.

برخلاف "برآورد سریع سواد بزرگسالان در پزشکی"، "آزمون اکتساب در زمینه اصطلاحات پزشکی" یک سطح مرتبط با پایه تحصیلی را از اعداد تبدیل شده، بیشتر از یک گستره تحصیلی، فراهم می‌کند. طراحی منحصر به فرد "آزمون اکتساب در زمینه اصطلاحات پزشکی" ظاهراً باعث شده است که بیماران به این آزمون نسبت به دیگر آزمون‌های سواد، ترس کمتری داشته باشند (هنسون ـ دایورز، ۱۹۹۷). هیچ اطلاعاتی به‌صورت آنلاین برای خرید این آزمون یافت نشد. با این وجود، شما می‌توانید به وب‌سایت مجله "مراقبت‌های سلامت برای افراد نیازمند و کم برخوردار"، ناشران مقاله اصلی به آدرس

http://www.press.jhu.edu/journals/journal of health care for the poor and underserved/.

- **ویرایش سوم آزمون خواندن شفاهی اسلوسون (SORT-R3)**

این آزمون، طراحی شده است برای این که یک "برآورد سریع از سطوح شناختن کلمه مقصد برای بچه‌ها و بزرگسالان" را فراهم کند. مدت زمان اجرای این آزمون نسبتاً کوتاه است، فقط ۵ الی ۱۰ دقیقه زمان می‌برد و انجام آن به آموزش بسیار کمی نیاز دارد. این آزمون، ۲۰۰ کلمه را به ترتیب افزایش سختی ارایه می‌دهد. این کلمات در مجموعه‌های ۲۰ کلمه‌ای گروه‌بندی شده‌اند که به سطوح خواندن (سطوح مرتبط با پایه تحصیلی) نزدیک هستند. استفاده اصلی از ویرایش سوم آزمون خواندن شفاهی اسلوسون، به عنوان یک ابزار غربال‌گری است، اما آن همچنین می‌تواند استفاده شود برای ارزیابی پیشرفت یک خواننده، مشخص کردن سطح تحصیلی یک فرد در خواندن یا مشخص کردن این‌که آیا یک فرد به ارزیابی‌های تشخیصی بیشتری نیاز دارد یا خیر (اسلوسون، ۱۹۹۰). سفارش و دیگر اطلاعات از طریق وب‌سایت موسسه انتشارات آموزشی اسلوسون، قابل دسترسی است، آدرس سایت:

http://www.slosson.com

هزینه‌ی این آزمون ۶۸ دلار به اضافه هزینه‌ی حمل و نقل و هزینه‌ی جابجایی و ارسال بسته در محل است.

آزمون‌های درک مطلب

- **آزمون سواد سلامت کارکردی در بزرگسالان (TOFHLA)**

این آزمون، با استفاده از یک سری مطالب واقعی که ممکن بود بیماران در راهبری سیستم مراقبت‌های سلامت، با آن‌ها مواجه می‌شوند، اختصاصا بر سواد سلامت تمرکز دارد (شکل ۲- ۳). این آزمون از یک بخش درک خواندن و یک بخش محاسبات ریاضی. در بخش اول (بخش درک خواندن) از روش cloze تعدیل شده (حذف یک کلمه در هر چند کلمه؛ مثلا هر پنج کلمه یک کلمه یا هر هشت کلمه یک کلمه حذف می‌شود) برای سنجش توانایی یک بیمار برای خواندن و درک متن‌های نوشتاری استفاده می‌شود. بخش دوم (محاسبات ریاضی) یک آزمون ۱۷ گویه‌ای است که از فرم‌های بیمارستانی و جعبه‌های دارویی برچسب‌دار واقعی استفاده می‌شود برای این‌که

توانایی بیماران را برای درک دستورالعمل‌های مصرف داروها، کنترل قندخون (با استفاده از دستگاه)، حاضر شدن در ملاقات‌های مرکز درمانی و جذب کمک‌های مالی بیازماید (پارکر، بیکر، ویلیامز و نرس، ۱۹۹۵).

یکی از نقاط قوت اصلی TOFHLA (آزمون سواد سلامت کارکردی در بزرگسالان) نسبت به دیگر آزمون‌ها، در دسترس بودن نسخه اسپانیایی آن است. این آزمون در موسسه انتشارات "پپر کورن" از طریق سایت زیر، قابل دسترسی است:

http://www.peppercornbooks.com/catalog

هزینه‌ی این آزمون ۶۰ دلار است.

- **آزمون ویرایش شده اکتساب فردی پی بادی (R-PIAT)**

این ابزار که در سال ۱۹۹۸به روز شده و به نام R-PIAT آزمون ویرایش شده اکتساب فردی پی بادی/NU (به روز رسانی اصولی) شناخته می‌شود، برای بررسی درباره پیشرفت تحصیلی یک فرد است. این یک سنجش غیر زمان‌بندی شده، انفرادی و هنجار مرجع پیشرفت آکادمیک است. یک آزمون چندگزینه‌ای برای فراهم کردن یک غربال‌گری پر دامنه در ۶ حوزه محتوایی، طراحی شده بود (مارکوارث، ۱۹۸۹). این آزمون می‌تواند برای افرادی از کودکستان تا سال دوازدهم تحصیل استفاده شود و از طریق موسسه انتشاراتی AGS در سایت زیر قابل دسترسی است:

http://www.agsnet.com

هزینه‌های آن متفاوت است و ثابت نیست.

- **تست کلوزه Cloze**

این آزمون، درک مطلب یک فرد را می‌سنجد. این آزمون که توسط ریچارد ای. میر در دانشگاه کالیفرنیا در شهر سانتا باربارا طراحی شده است، یک متن کوتاه با جاهای خالی که در آن‌ها کلماتی باید باشند را ارایه می‌دهد. معمولا ۲۰ الی ۲۵ جای خالی در متن وجود دارد به این‌صورت که در هر چند کلمه، جای یک کلمه خالی گذاشته شده است (مایر، شوستاک و بلانتون، ۱۹۹۹). یکی از نقاط قوت آزمون کلوزه، اجرای آسان این آزمون است؛ از فرد آزمون‌دهنده فقط خواسته می‌شود که جاهای خالی را پر کند.

- **جدیدترین علایم حیاتی (NVS)**

یک آزمون جدید برای سواد که توسط ویس و همکارانش (۲۰۰۵) بسط و توسعه داده شده، به نام "جدیدترین علایم حیاتی (NVS)" از یک برچسب اطلاعات تغذیه‌ای در پشت بسته مقوایی بستنی به عنوان یک ابزار برای آزمون استفاده می‌کند. یکی از نقاط قوت NVS این است که هم توانایی فرد را برای خواندن و درک متن و هم برای اعداد (محاسبات ریاضی)، می‌سنجد.

به بیماران یک نسخه کاغذی از برچسب اطلاعات تغذیه‌ای داده می‌شود و از آن‌ها شش سئوال پرسیده می‌شود که چهار سئوال آن نیاز به محاسبات دارند (شکل۳ـ۳). برای مثال، در یک سئوال پرسیده می‌شود که "اگر شما تمام این ظرف را بخورید، چند کالری خورده‌اید؟" برای پاسخ صحیح به این سئوال، افراد پاسخ‌دهنده باید به برچسب تغذیه‌ای مراجعه کنند و توجه کنند که چهار واحد غذایی (سرونگ) در کل ظرف وجود دارد که هر واحد غذایی شامل ۲۵۰ کالری است و سپس بفهمند که باید ۲۵۰ را در ۴ ضرب کنند و به تنها پاسخ صحیح یعنی ۱۰۰۰ کالری برسند (دو سئوال دیگر به‌طور اختصاصی به مهارت‌های محاسباتی نمی‌پردازد.)

این فرآیند مهارت‌های محاسباتی را با مهارت‌های (بافتی) یافتن بخش‌های مناسب اطلاعات روی برچسب، درهم می‌آمیزد.

PASSAGE A

Your doctor has sent you to have a _____ X-ray.

a. stomach
b. diabetes
c. stitches
d. germs

You must have an _____ stomach when you come for _____.

a. asthma	a. is.
b. empty	b. am.
c. incest	c. if.
d. anemia	d. it.

The X-ray will _____ from 1 to 3 _____ to do.

a. take	a. beds
b. view	b. brains
c. talk	c. hours
d. look	d. diets

THE DAY BEFORE THE X-RAY.

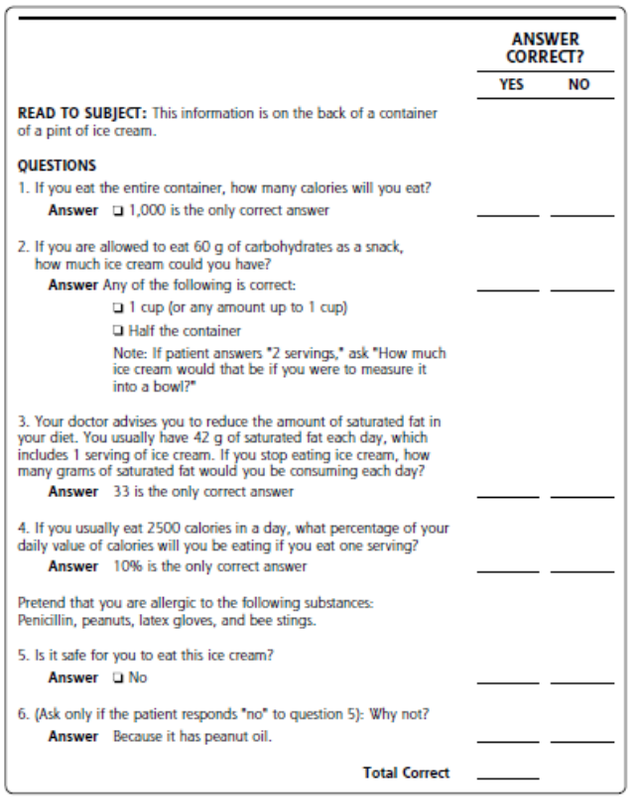
For supper have only a _____ snack of fruit, _____ and jelly,

a. little	a. toes
b. broth	b. throat
c. attack	c. toast
d. nausea	d. thigh

with coffee or tea.

TOFHLA **Standard Print Version, English 12 point font** **9**

FIGURE 3.2 Excerpt from the TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults). *Source:* Parker, R., Baker, D., Williams, M., & Nurss, J. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General and Internal Medicine, 10,* 537–545.



	ANSWER CORRECT? YES	NO
READ TO SUBJECT: This information is on the back of a container of a pint of ice cream.		
QUESTIONS		
1. If you eat the entire container, how many calories will you eat? **Answer** ❑ 1,000 is the only correct answer	_____	_____
2. If you are allowed to eat 60 g of carbohydrates as a snack, how much ice cream could you have? **Answer** Any of the following is correct: ❑ 1 cup (or any amount up to 1 cup) ❑ Half the container Note: If patient answers "2 servings," ask "How much ice cream would that be if you were to measure it into a bowl?"	_____	_____
3. Your doctor advises you to reduce the amount of saturated fat in your diet. You usually have 42 g of saturated fat each day, which includes 1 serving of ice cream. If you stop eating ice cream, how many grams of saturated fat would you be consuming each day? **Answer** 33 is the only correct answer	_____	_____
4. If you usually eat 2500 calories in a day, what percentage of your daily value of calories will you be eating if you eat one serving? **Answer** 10% is the only correct answer	_____	_____
Pretend that you are allergic to the following substances: Penicillin, peanuts, latex gloves, and bee stings.		
5. Is it safe for you to eat this ice cream? **Answer** ❑ No	_____	_____
6. (Ask only if the patient responds "no" to question 5): Why not? **Answer** Because it has peanut oil.	_____	_____
Total Correct	_____	

FIGURE 3.3 Questions and answers score sheet from the NVS (Newest Vital Sign). *Source:* Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine, 3*, 514–522.

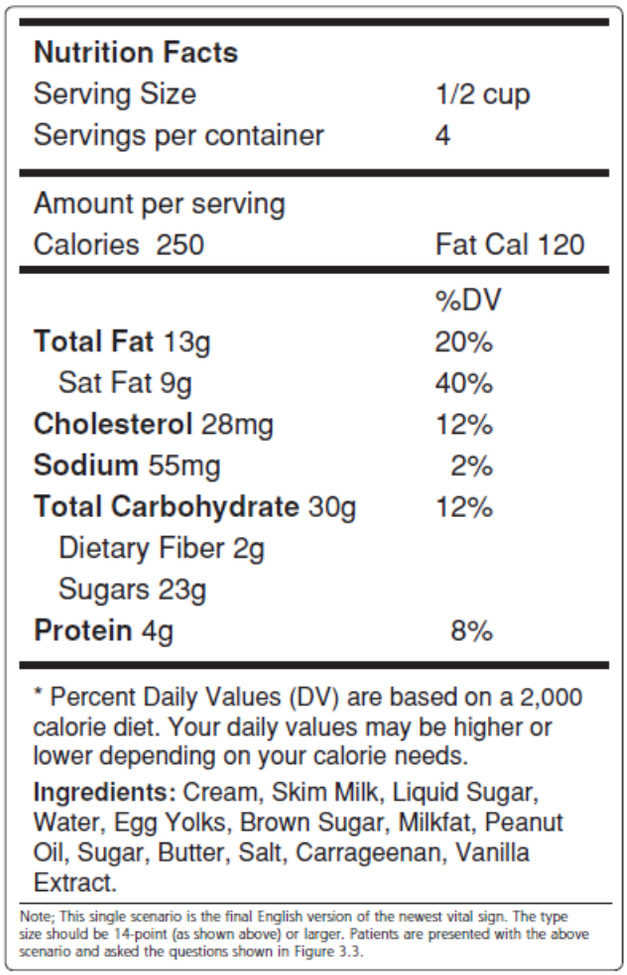
پاسخ‌دهندگان باید ارتباط میان واحدهای غذایی در هر ظرف و میزان کالری در هر واحد غذایی را درک کنند و بدانند که این پاسخ شامل یک معادله ویژه و اختصاصی می‌شود.

NVS نسبت به دیگر آزمون‌های سواد، مزیت‌هایی دارد. برای مثال، مانند "آزمون سواد سلامت کارکردی در بزرگسالان"، نسخه اسپانیایی این زبان نیز علاوه بر نسخه انگلیسی آن موجود است. برای بسیاری از اعمال مراقبت‌های سلامت، این قابلیت دسترسی، بسیار با ارزش خواهد بود، مخصوصا وقتی‌که اکثریت بیماران، اسپانیایی زبان باشند. اگرچه چنین بیمارانی ممکن است مهارت‌های محدودی در درک زبان انگلیسی داشته باشند، اما آن‌ها در زبان بومی خودشان تبحر دارند و اگر ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات به زبان اسپانیایی انجام شود، نیازی به توجه و ملاحظه ویژه ندارند.

فهرست کوتاه سئوالات NVS، این حقیقت که با یک نمود تصویری همراه است که اغلب استفاده کنندگان با آن آشنا هستند (یا حداقل برای کسانی که تشخیص بصری دارند) و مدت زمان کوتاه اجرای آن (در حدود سه دقیقه) آن را برای فراهم کردن یک ارزیابی سریع در خصوص مهارت‌های سوادی بیمار، ایده‌آل می‌کند. ویس و همکارانش تصدیق می‌کنند که منحصر به فرد بودن NVS "کمتر از سطح بهینه" است، اما آن‌ها خاطرنشان می‌کنند که اتفاقا، این آزمون ممکن است درصد بیمارانی که مهارت‌های سوادی محدودی دارند را بسیار بالا برآورد کند، کسانی که به مهارت‌های سوادی‌شان چندان بها نمی‌دهند (ویس و همکاران، ۲۰۰۵).

مزیت دیگر آزمونی مانند NVS وضوح کمتری دارد. از آنجایی که برچسب‌های تغذیه نقش مهمی را در فعالیت‌های تندرستی روزانه ما ایفا می‌کنند، از اغلب مصرف کنندگان انتظار می‌رود که بتوانند آن‌ها را بخوانند و درک کنند. ترس‌های مربوط به دادن یک آزمون اختصاصی سواد می‌تواند با سئوالاتی در خصوص استفاده از یک آیتم بی‌ضرر مانند برچسب اطلاعات تغذیه‌ای یک بستنی (شکل ۳,۴) کاهش یابد. از آنجایی که این آزمون سریع است و بر درک بیمار درباره آیتمی که او احتمالا به‌طور روزمره به آن برمی‌خورد، متمرکز است و این آزمون در قالب یک بافت و محیط سنتی‌تر و رسمی‌تر طراحی نشده است، بنابراین این آزمون فی‌نفسه ترسی را که با دادن

یک آزمون رسمی‌تر به وجود می‌آید، ایجاد نمی‌کند.



Nutrition Facts	
Serving Size	1/2 cup
Servings per container	4
Amount per serving	
Calories 250	Fat Cal 120
	%DV
Total Fat 13g	20%
Sat Fat 9g	40%
Cholesterol 28mg	12%
Sodium 55mg	2%
Total Carbohydrate 30g	12%
Dietary Fiber 2g	
Sugars 23g	
Protein 4g	8%

* Percent Daily Values (DV) are based on a 2,000 calorie diet. Your daily values may be higher or lower depending on your calorie needs.

Ingredients: Cream, Skim Milk, Liquid Sugar, Water, Egg Yolks, Brown Sugar, Milkfat, Peanut Oil, Sugar, Butter, Salt, Carrageenan, Vanilla Extract.

Note; This single scenario is the final English version of the newest vital sign. The type size should be 14-point (as shown above) or larger. Patients are presented with the above scenario and asked the questions shown in Figure 3.3.

FIGURE 3.4 Nutrition label from the NVS (Newest Vital Sign). *Source:* Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine, 3,* 514–522.

اگر یک آزمون مانند NVS بتواند نگرانی بیماران را درباره فقدان مهارت‌های سوادی‌شان کاهش دهد، بدون این‌که باعث احساس شرم در آنان شـود، با ارایه اطلاعات ضروری به ارایه‌دهنده خدمات سـلامت به‌طور هم‌زمان با آن، آنگاه چند مانع بزرگ موجود در سـر راه غربال‌گری سواد، برداشته خواهد شد.

نکته پایانی: یک اقدام متعادل کننده ضروری

در پایان، شـاید هدف آزمودن سـواد، مشخص کردن دقیق سطح سواد هر بیمار نباشد، از آنجایی که با گرفتن شرح حال یا اندازه‌گیری فشـارخون، قد یا وزن، ممکن بود این هدف محقق شـود. یـک آزمون کوتاه یا مجموعه‌ای از فرضیات منطقـی و مبتنی بر تحقیق که ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت را نسـبت به مشکلات بالقوه مربوط به سواد پایه‌ای یا مهارت‌های محاسباتی در میان بیماران در معرض خطرشان، آگاه می‌کند، می‌تواند برای تغییر شیوه‌ای که آن‌ها اطلاعات را انتقال می‌دهند کافی باشد. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، به محض آگاه شدن نسبت به مشکلات سوادی بیماران خود می‌توانند تکنیک‌هایی را که آن‌ها در آموزش بیماران خود استفاده می‌کنند، تغییـر دهنـد و تمام راهبردهای پیگیرانه‌ای که بـرای اطمینان از پیروی صحیح بیماران از رژیم‌های غذایی اسـتفاده می‌کنند را مورد بازبینی قرار دهند.

آزمون گرفتن یک ابزار اســت، وســیله‌ای برای درک بیشــتر درباره بیمار، اما همچنین یک روش بالقوه اســت برای شــناختن مساله‌ای که باعث شــرم و پریشــانی بیماران می‌شــود. ضرورت دارد که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، ننگ بی‌ســوادی و همچنین تاثیراتی که می‌تواند بر روی توانایی بیماران برای درک وضعیت مراقبت‌های سلامت‌شان و مشارکت کامل در درمان‌شان داشته باشد را درک کنند. هنگامی‌که ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت به یک تعادل میان این دو موضوع می‌رســند (درک بیشتر درباره بیمار و درک بیشتر درباره ننگ سواد سلامت پایین)، اعتماد میان بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات می‌تواند تقویت شود؛ توانایی ارایه‌دهنده خدمات برای انتقال اطلاعات مبتنی بر سلامت به شیوه‌ای واضح و قابل فهم، می‌تواند افزایش یابد و احتمال این‌که یک رژیم درمانی تجویز شده، موفق شود، می‌تواند فوق‌العاده افزایش یابد.

فصل چهارم

درک و اجتناب از خطاهای پزشکی

"وضعیت موجود، قابل قبول نیست و دیگر نمی‌توان آن را تحمل کرد. علیرغم فشارهای مالی، محدودیت‌های مسئولیتی، مقاومت در برابر تغییر و دیگر موانعی که ظاهرا برطرف شدنی نیستند، برای بیماران به آسانی قابل قبول نیست که از همان سیستم مراقبت‌های سلامتی آسیب ببینند که قرار بوده برای آن‌ها بهبودی و آسایش را ارایه دهد." (انستیتو پزشکی: انسان جایزالخطاست: ساختن یک نظام سلامت ایمن تر (۲۰۰۰،صفحه ۳).

زمانی‌که کارل راجرز روانشناس، بنیانگذار جنبش روانشناسی انسانگرایانه، در ابتدای کار، شروع به ترویج ایده‌های نوآورانه خودش در ارتباط با این موضوع نموده بود که چگونه افراد می‌توانند شیوه‌ی برقراری ارتباط میان فردی خودشان را بهبود دهند (تکنیکی که وی پاره‌ای اوقات آن را تحت عنوان "شنیدن همراه با ادراک نمودن"، نام‌گذاری نموده است)، فضای جنگ سرد، به نحوی کامل بر جهان حکم‌فرما شده بود. در سال ۱۹۵۱، راجرز طی یک سخنرانی در دانشگاه نورث ـ وسترن، این‌گونه اقدام به برشمردن فواید بالقوه‌ی رویکرد درمانی مراجع ـ محور خودش نمود که از مخاطبان خواست تا تصور نمایند یک "گروه بین‌المللی درمان ـ گرا"، به نزد رهبران اتحاد جماهیر شوروی فرستاده شده و به آن‌ها بگویند: ...

"ما می‌خواهیم به یک درک حقیقی درباره‌ی دیدگاه‌های شما و حتی مهم‌تر از آن، درباره‌ی نگرش‌ها و احساسات شما نسبت به ایالات‌متحده آمریکا برسیم. ما این دیدگاه‌ها و احساسات شما را در صورت نیاز، خلاصه و خلاصه‌تر می‌کنیم تا وقتی‌که شما موافقت کنید که توصیف ما موقعیت را همان‌گونه که به نظر شما می‌آید بیان می‌کند" (راجرز، ۱۹۶۱، صفحه ۳۳۵).

در حقیقت، خلاصه کردن و خلاصه کردن مجدد و در عین حال به‌طور فعال گوش کردن، بنیان‌های رویکرد راجرز بودند. "سپس" او ادامه داد:

"فرض کنید آن‌ها همان کار را با رهبران کشورمان انجام دهند. اگر آن‌ها این دیدگاه‌ها را به گسترده‌ترین شیوه ممکن گسترش داده باشند (با احساساتی که به‌طور واضح شرح داده شده اما به شیوه‌ای توهین‌آمیز بیان نشده باشند) آیا نمی‌توانست اثر بسیار زیادی داشته باشد؟ این مساله، درک را تضمین نمی‌کند اما احتمال آن را بیشتر می‌کند" (راجرز، ۱۹۶۱، صفحه ۳۳۵).

در آن زمان، این تفکر، بسیار مخرب محسوب می‌شد. در کل آیا روس‌ها دشمن ما بودند و آیا ما آدم‌های خوبی نبودیم؟ چه چیز دیگری برای درک کردن وجود داشت؟ بسیاری از افراد، بدون اغراق، نسبت به این‌که به اتحاد جماهیر شوروی می‌توانست اعتماد شود، مشکوک بودند. اما دیگران امیدوار بودند که پیشنهادهای دیپلماتیک بتواند به کاهش تنش میان ابرقدرت‌ها کمک کند. راجرز یک فرد بی‌پروای خوشبین بود و فرضیه او درباره "گوش کردن همراه با درک کردن" که معتقد بود در خارج از بافت روان درمانی هم به همان اندازه خوب به‌کار رفته است، افراد هم عقیده‌ای داشت که درباره‌ی احتمال یک ارتباط آشکار و بی‌پرده، تردید داشتند. چه می‌شد اگر رهبران این کشورها فقط به خاطر درک و به دست آوردن هیچ چیز به جز ارتباط بهتر و روابط بهبود یافته درصدد درک یکدیگر بودند؟ در این صورت دنیا چقدر می‌توانست متفاوت باشد؟

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت که مانند ما مسئول حفظ تندرستی بیماران هستند، باید به همین صورت سئوالات زیادی درباره کاری که ما هر روز انجام می‌دهیم بپرسند. چگونه می‌توان به یک درک صحیح میان بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت رسید؟ اگر اطمینان حاصل می‌کردیم که بیماران‌مان بیماری‌ها و درمان‌های‌شان را به درستی درک کرده‌اند و به اطلاعاتی مجهز شده‌اند که برای بهینه کردن فرآیند بهبودی، مورد نیاز است، از چه مشکلاتی می‌توانستیم جلوگیری کنیم؟ چه می‌شد اگر ما موانع موجود بر سر راه مراقبت موثر بیماران را برمی‌داشتیم، موانعی از قبیل مواردی که از خطاها، نقص در ارتباط و چیزهایی مانند آن منتج می‌شود؟

گوش کردن و درک کردن

کارل راجرز یک روانشناس بالینی و ارایه‌دهنده خدمات سلامت است، نه یک پرستار، نه یک پزشک، و نه یک دستیار پزشک. با این وجود، ما چیزهایی زیادی را از سئوالات مهم و تاثیرگذاری که او می‌پرسد، یاد می‌گیریم. نکته اول این‌که توجه کنید این رویکرد مبتنی بر این فرض است که سوءتفاهم و ارتباط ناقص، اساساً قاعده‌ای در ارتباط انسانی هستند: یک حقیقت بدیهی که ممکن است ما را

وسوسه کند تا آن را در دنیای فناوری پیشرفته ایمیل و پیام‌رسانی‌های فوری، فراموش کنیم. همان‌طوری که ما در این فصل مشاهده می‌کنیم، کلید اجتناب از خطاهای پزشکی و بهبود نتایج سلامت بیماران، ارتباط بهتر، آشکار و ساده است. البته این تنها پاسخ برای این موضوع نیست، اما بدون ارتباط خوب، هیچ اقدام محافظتی بالینی دیگری شانس زیادی برای موفقیت ندارد.

به نظر می‌رسد که راجرز این نکته را درک می‌کند که اختلال‌های جزیی در ارتباط، می‌تواند به بحران‌هایی در مقیاسی گسترده و حتی به از دست دادن زندگی منجر شود. راه‌حلی که او به آن اعتقاد راسخ داشت، این بود که موقعیتی را ایجاد کنند "که در آن هر کدام از طرفین مختلف، یکدیگر را از طریق دیدگاه طرف مقابل درک کنند، به منظور این‌که به‌طور تدریجی به یک ارتباط دو طرفه دست یابند" (۱۹۶۱، صفحه ۳۳۶). ما به‌طور شهودی می‌دانیم که ارتباطی که دو طرفه نباشد در واقع اصلاً ارتباط نیست. یک ارایه‌دهنده خدمات سلامت که به صحبت‌های بیمار خوب گوش نمی‌کند، فرآیند بهبودی را کند می‌کند، گاهی اوقات به سرعت آن را متوقف می‌کند و درست همان‌طوری که بیماری که درک نمی‌کند و در صدد شفاف‌سازی موضوع نیست، سلامت و تندرستی خودش را به خطر می‌اندازد. در این فصل، ما برخی از روش‌های زبان صریح و ارتباط سلامت آشکار را که می‌توانند پیامد بیماران را بهبود ببخشند بررسی می‌کنیم و شروع آن با مساله خطاهای پزشکی است. در این راه، ما برخی از فشارهای مالی و محدودیت‌های مسئولیتی را بررسی می‌کنیم و همچنین بررسی مقاومت در برابر تغییر و موانعی ظاهراً بر طرف نشدنی را سرلوحه کار این فصل قرار می دهیم. همان‌طوری که انستیتو پزشکی بر آن تأکید دارد، وضعیت موجود، دیگر قابل قبول نیست. اشتباهات قابل اجتناب و موانعی که بر سر راه مراقبت خوب از بیمار وجود دارد ـ مخصوصاً آن‌هایی که با بیماران کم‌سواد سلامت مواجه هستند ـ می‌تواند به حداقل برسد. گاهی اوقات، راه‌حل‌ها به آسانی نمی‌آیند و بعضاً خود آن‌ها مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کنند. برای این منظور کلماتی را نقل می‌کنیم از شخصیت داستانی مرحوم استراتر مارتین در "لوک خوش‌دست (۱۹۶۱)" که بیشتر اوقات می‌گفت: "آنچه که ما در اینجا داریم یک ناکامی در ارتباط برقرار کردن است."

مدرن‌سازی سیستم‌های ما برای این‌که آن‌ها را بیشتر از قبل کامپیوتری کنیم. ممکن است به بهبود ارتباط کمک کند یا کمک نکند. از سوی دیگر، صحبت کردن بیشتر با بیماران و دانستن بیشتر درباره‌ی آن‌ها، استفاده از بررسی‌ها و متعادل‌سازی‌های بیشتر، گوش کردن دقیق به حرف تمام افراد در تمام طول زنجیره مراقبت‌ها، اطمینان یافتن از این‌که پرسش‌های بیماران، پاسخ داده شده است ـ این موارد و دیگر رویکردها تا حد قریب به یقینی می‌تواند مراقبت‌های سلامت را برای همه آمریکایی‌ها، بدون توجه به سطح سواد آن‌ها، بهبود بخشد.

مراقبت‌های سلامت، همانند خلع سلاح هسته‌ای نیست. مراقبت‌های سلامت چیزی شبیه به سیاست بین‌الملل یا مذاکره درباره معاهدات صلح نیست. اما تاثیر آن به هیچ وجه کمتر از آن‌ها نیست و مفهوم شکست و ناکامی در مراقبت‌های سلامت، برای میلیون‌ها نفر انسان به اندازه نتایج ناکامی در موارد فوق‌الذکر، عمیق و ژرف است. تغییر دادن شیوه‌ای که بیماران، نظام سلامت را تجربه می‌کنند و تغییر دادن آن در جهت بهتر شدن امری غیرقابل تحقق نیست. در حقیقت، تغییرات می‌توانند از درون سیستم برآیند. ما می‌توانیم شیوه‌ای را که صحبت می‌کنیم، شیوه‌ای را که آموزش می‌دهیم و حتی شیوه‌ای را که فکر می‌کنیم تغییر دهیم. اما ابتدا باید بدانیم که با چه چیزی مواجه هستیم. هدف این فصل، همین موضوع است.

اگرچه برخی از پیامدهای منفی، قابل پیشگیری نیستند، ولی ما نیازی نداریم که تنها به تصور کردن جهانی بدون خلل در ارتباط بیمار و ارایه‌دهنده خدمات قانع شویم، زیرا رسیدن به چنین هدفی در حیطه دسترسی ما قرار دارد. کاهش خطاهایی که به وسیله سوءتفاهم، ارتباط ناقص و ناکامی در هدف قرار دادن کسانی که سواد سلامت پایینی دارند، ایجاد می‌شود، یک نقطه شروع خوب است.

تعریف خطاهای پزشکی

موسسات و افراد مختلف تلاش کرده‌اند تا خطا در پزشکی را تعریف کنند. برای مثال، در گزارش انستیتو پزشکی با عنوان "انسان جایزالخطاست"، خطا را به عنوان "ناکامی در یک اقدام برنامه‌ریزی شده جهت انجام به‌صورت مورد نظر" و یا "استفاده از یک برنامه

اشتباه برای رسیدن به یک هدف"، تعریف می‌کند (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۰). لوسیان لیپ، جراح اطفال و محقق پزشکی، دارای دکترای پزشکی، خطا را به عنوان "یک اقدام ناخواسته (ناشی از غفلت و یا ارتکاب[۱])" و یا "اقدامی‌که قادر نیست به دستاوردهای در نظر گرفته شده‌اش، دست یابد" تعریف می‌کند (لیپ، ۱۹۹۴). هیچ‌کدام از این تعاریف کسی را متهم نمی‌کند و یا مقصر نمی‌داند. تعریف انستیتو پزشکی (IOM)، بر ناکامی و عدم توفیق در انتهای برنامه‌ریزی تاکید می‌کند، در حالی‌که لیپ، بر ناخواسته بودن اقدام تمرکز نموده و ناکامی را بر مبنای دستاوردها تفسیر می‌نماید. نظرات هر دو آن‌ها صحیح و به‌جا به نظر می‌رسند.

البته برخی بر این باورند که یک تعریف رضایت‌بخش درباره‌ی خطای پزشکی باعث منحرف شدن و دور شدن ما از مسیر خواهد شد. طبق دیدگاه دووی و فیلیپس (۲۰۰۴)، اصطلاحات و تعاریفی که ما به‌طور متداول برای توصیف خطاهای پزشکی استفاده می‌کنیم، "عجیب، غیرطبیعی و غیرمفید" هستند. بنابراین در سراسر این فصل، به خاطر ساده بودن، تعاریف انستیتو پزشکی و "لیپ" درباره‌ی خطاهای پزشکی را به عنوان معیارهای مرجع در نظر می‌گیریم.

خطاها، خواه قابل اجتناب یا غیرقابل اجتناب، در هر نوع محیط مراقبت‌های سلامت، باعث آسیب رساندن به بیماران می‌شوند. خطاهای پزشکی می‌توانند به ویژه برای کسانی که سواد سلامت پایینی دارند مخرب باشند، کسانی که حتی بیشتر بر روی تبحر و فرضیه مصون از خطا بودن ارایه‌دهندگان خدمات سلامت‌شان، اتکا می‌کنند. احتمال کمی وجود دارد که بیمارانی که سواد سلامت پایینی دارند تحقیقات خودشان را انجام دهند و یا به‌طور نقادانه‌ای به مطالب مرتبط با سلامت‌ای که دریافت می‌کنند بپردازند. آن‌ها به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت اعتماد می‌کنند، با افزایش این احتمال که به خطاها تا زمانی‌که آسیب واقعی ایجاد نشده باشد، توجهی نمی‌شود. افراد دارای سواد سلامت پایین، فراهم آورنده‌ی فایده تردید و شک‌گرایی برای پزشکان و پرستاران خودشان می‌باشند، ولو این‌که یک مسیر درمانی و یا رژیم دارویی به نظرشان صحیح و مناسب نرسد.

گستره این مشکل

گستردگی خطا در پزشکی چقدر است؟ برای درک مناسب این آمار، تمایز قایل شدن میان خطای پزشکی و خطای دارویی، اهمیت دارد. خطاهای پزشکی می‌تواند در هر مرحله از فرآیند مراقبت اتفاق بیفتد، از مرحله تشخیص گرفته تا درمان و مراقبت‌های پیشگیرانه (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۰). اتفاقاتی که منجر به آسیب می‌شود را می‌توان "اتفاقات زیان‌آور قابل پیشگیری" نامید، با توجه به این‌که یک اتفاق زیان‌آور این‌گونه تعریف می‌شود "یک آسیب که از یک مداخله پزشکی منتج می‌شود نه به خاطر شرایط موجود بیمار" (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۰، صفحات ۴-۳) خطای پزشکی به‌طور کلّی ممکن است شامل خطاهای دارویی نیز باشد یا نباشد، بنابراین خطای دارویی، زیر مجموعه‌ای از خطای پزشکی است.

طبق مطالعات وسیع که یکی از آن‌ها در کلرادو و یوتا و دیگری در نیویورک انجام شده، خطاهای پزشکی عمومی، مسئول تقریبا ۴۴۰۰۰ الی ۹۸۰۰۰ مرگ در سال در ایالات‌متحده امریکا هستند (برنان و همکاران، ۱۹۹۱؛ توماس و همکاران، ۲۰۰۰). در حقیقت، دکتر دونالد ام برویک، رییس موسسه بهبود مراقبت‌های سلامت، خاطرنشان می‌کند که این اعداد و ارقام بزرگ نیز ممکن است حتی کمتر از تعداد واقعی خطاهای پزشکی‌ای باشد که رخ می‌دهد. به خاطر این‌که آن‌ها دیگر حوزه‌های مراقبت را در برنمی‌گیرند؛ حوزه‌هایی از قبیل مراقبت در خانه، پرستاری در خانه و مراکز درمان سرپایی (ا کونور، ۱۹۹۹).

این داده‌ها، بر اساس تحقیقی هستند که اشاره می‌کند اتفاق‌های زیان‌بار در هر جایی اتفاق می‌افتند از ۲/۹٪ موارد بستری در بیمارستان (در پژوهشی در کلرادو و یوتا) تا ۳/۷٪ موارد بستری در بیمارستان در مطالعه نیویورک. در پژوهش کلرادو و یوتا، ۸/۸٪ از اتفاقات زیان‌بار، منجر به مرگ می‌شدند؛ در پژوهش نیویورک، این عدد ۱۳/۶٪ بود. در هر دو پژوهش، بیش از نیمی از حوادث زیان‌بار، از یک سری خطاهای پزشکی منتج می‌شدند که می‌توانستند پیشگیری شوند (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۰).

این مساله صحت دارد که این ارقام به‌طور کلی یک درصد نسبتا کوچک را ارایه می‌دهند. از لحاظ خطاهای پزشکی، یک بیمارستان متوسط، مراقبت‌ها را با احتمال ۹۹ درصد صحت انجام می‌دهد. این، رقم قابل ملاحظه و چشمگیری است. با این وجود، همان‌طوری

[۱] با انجام دادن یا عدم انجام یک عمل

که لیپ خاطرنشـــان می‌کند، حتی یک صحت ۹۹ درصد هم می‌تواند معادل دو فرود ناایمن در هر روز در فرودگاه اوهر شـــیکاگو باشد، به اضافه ۱۶۰۰۰ نامه گمشده و ۳۲۰۰۰ چک بانکی‌ای که هر ساعت از حسابی اشتباه کسر می‌شوند (لیپ، ۱۹۹۴). یقیناً ما می‌توانیم عملکردی بهتر از این داشته باشیم.

خطاهای دارویی

در واقع، اغلب خطاهای پزشکی شامل خطاهای دارویی نیز می‌شوند. خطاهای دارویی خطاهایی هستند که در ارتباط با داروهای خاص و یا درمان‌های تجویز شـــده رخ می‌دهند که یا ارایه‌دهنده خدمات ســـلامت مرتکب آن می‌شود و یا بیمار. این خطاها، خطاهای دارویی نامیده می‌شـــوند. "شـــورای هماهنگی ملی گزارش و پیشگیری از خطاهای دارویی"، یک خطای دارویی را چین تعریف می‌کند: "اتفاقی که ممکن است باعث و یا منجر به مصرف نامناسب دارو و یا آسیب به بیمار شود، در حالی‌که تجویز دارو در کنترل ارایه‌دهنده خدمات ســـلامت یا بیمار اســـت. چنین حوادثی می‌تواند با عملکرد شـــغلی کارکنان، محصولات مراقبت‌های سلامت، رویه‌ها و سیستم‌ها مرتبط باشـــد. سیســـتم‌های مرتبط با خطاهای دارویی شامل این موارد است: نسخه‌نویسی، دســـتور دارویی، برچسب محصولات، بسته‌بندی و نام‌گذاری، ترکیب کردن داروها، نسخه پیچی، توزیع، تجویز دارو، آموزش، پایش و مصرف فرآورده‌ها" (شورای هماهنگی ملی، ۲۰۰۲). طبق این تعریف، خطاهای دارویی قابل پیشـــگیری هســـتند و می‌توانند در هر قســـمت از زنجیره مراقبت‌های ســـلامت اتفاق بیفتند، از پزشـــکی که نســـخه می‌نویسد گرفته تا مصرف‌کننده نهایی. محصولات، روش‌ها، برچســـب‌ها، بسته‌بندی، شکاف‌ها در آموزش بیماران، همه آن‌ها به‌طور قابل تصوری می‌توانند نقش مهمی در به وجود آوردن خطای دارویی ایفا کنند. بنابراین با ایفای نقش این همه متغیر، احتمال بالای خطا همیشه وجود دارد.

یک پژوهش برآورد می‌کند که ۷۰۰۰ فوت در هر ســـال به خاطر خطاهای پزشـــکی به وقوع پیوســـته اســـت، خواه این خطاها در داخل بیمارســـتان رخ دهد یا در خارج از آن (فیلیپس، کریســـتن فلد و گلین، ۱۹۹۸). این رقم بیشـــتر از ۶۰۰۰ نفری اســـت که سالانه بر اثر آســـیب در محل کار فوت می‌کنند (فیلیپس و همکاران، ۱۹۹۸). تنها در ســـال ۲۰۰۲، طبق دارونامه ایالات‌متحده آمریکا، ۱۹۲۴۷۷ مورد خطای دارویی در ایالات‌متحده آمریکا ثبت شـــده اســـت. از این تعداد تقریباً ۳۲۰۰ مورد یا ۱/۷٪ کل، منجر به آســـیب شده است (دیویس، ۲۰۰۳). حدود نیمی از خطاهای دارویی منجر به مرگ در سال ۲۰۰۲ مربوط به شهروندان سالخورده بوده است، شهروندانی که احتمال آسیب دیدن‌شان به‌خاطر سواد سلامت پایین، از دیگران بیشتر است.

در اغلب موارد، خطاهای پزشـــکی، شـــامل داروها نیز می‌شود و هنگامی اتفاق می‌افتد که یک بیمار یک نسخه اشتباه و یا دوز اشتباهی از یک دارو را دریافت می‌کند. اگرچه همان‌طوری که قبلاً ذکر شـــد، مجموعه‌ای از عوامل ممکن اســـت منجر به خطاهای دارویی شوند، اما ســـواد ســـلامت پایین از طرف بیمار می‌تواند موضوع را بدتر کند. داروســـاز پر مشغله‌ای را تصور کنید که نمی‌تواند صحت نسخه یک پزشـــک را هنگامی‌که خواندن نام دارو مشـــکل است تایید کند، در نتیجه بیماری که نمی‌تواند به خوبی بخواند، نمی‌تواند اطمینان یابد که آیا داروی صحیح به او داده شده یا خیر.

برخی موارد اساسی مانند نام یک دارو می‌تواند منجر به خطا شود. طبق گزارش موسسه اقدامات ایمنی دارو، اشتباه کردن در نام داروی ســـلبرکس، در ۴۰ مورد اســـتناد شده خطای دارویی نقش داشته‌اند. داروی ســـلبرکس (Celebrex)، یک مهارکننده COX-۲ است که برای درمان آرتریت (التهاب مفاصل) اســـتفاده می‌شود. ســـربیکس (Cerebyx) و سلکسا (Celexa) دو داروی دیگر هستند که نام آن‌ها شبیه به این دارو به نظر می‌رسد، ولی برای اهداف متفاوتی استفاده می‌شوند و در بازار موجودند. سلکسا، یک داروی ضدافسردگی است و ســـربیکس، داروی ضدصرع (موســـســـه اقدامات ایمنی دارو، ۲۰۰۰). این ۴۰ مورد، موارد مســـتند و ثبت شده در طی دو هفته از زمان شروع عرضه سلبرکس در بازار است. اگر کسی در این فرآیند هوشیار نباشد، از پزشک و داروساز گرفته تا بیماری که فقدان مهارت‌های سوادی‌اش ممکن است مانعی جدی باشد، مشکلات بالقوه‌ای می‌تواند به وجود بیاید و قطعاً به وجود خواهد آمد.

خطاهای عمومی پزشکی، از جمله خطاهایی که شامل موارد دارویی می‌شود، تاثیر مالی بسیار زیادی دارد. هزینه اتفاق‌های زیان‌بار قابل

پیشگیری از لحاظ درآمد از دست رفته، تولید خانوار از دست رفته، افزایش ناتوانی و هزینه‌های افزوده مراقبت‌های سلامت، بین ۱۷ الی ۲۹ میلیارد دلار در سال برآورد شده است که نصف این مقدار مربوط به هزینه مراقبت‌های سلامت می‌شود (جانسون و همکاران، ۱۹۹۲؛ جانسون و همکاران، ۱۹۹۹). از هر ۱۰۰ بیمار پذیرش شده در بیمارستان، دو بیمار خطای پزشکی قابل پیشگیری را تجربه می‌کنند، مساله‌ای که هزینه‌های بیمارستان را تا ۴۷۰۰ دلار برای هر پذیرش و یا تقریباً ۲/۸ میلیون دلار در هر سال برای یک بیمارستان آموزشی ۷۰۰ تخت‌خوابی، افزایش می‌دهد.

افزایش هزینه‌های بیمارستان به تنهایی ممکن است در مجموع به اندازه ۲ میلیارد دلار برای یک کشور هزینه در برداشته باشد. با این وجود، با افزایش رخ دادن مراقبت‌های پیچیده در واحدهای سیار (سرپایی)، مراکز جراحی سرپایی، مطب‌های پزشکان و درمانگاه‌های عمومی (خیریه)، همان‌طوری که برویک خاطرنشان می‌کند، بیمارستان‌ها فقط به بخشی از جمعیت در معرض خطر می‌پردازند (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۰؛ ا کونور، ۱۹۹۹). این مساله بدان معنی است که خطاهای پزشکی، در هر محیط مراقبت‌های سلامت ایجاد کننده یک مشکل هستند.

جراحی بر روی موضع اشتباه و فجایع دیگر

برنامه‌های مشهور تلویزیونی از قبیل ER و Grey's Anatomy گاهی اوقات، خطاهای پزشکی، مخصوصاً اشتباهات بزرگی که در طول جراحی اتفاق افتاده است را به‌صورت نمایش در می‌آورند، مثلاً هنگامی‌که یک عضو بیمار به اشتباه قطع می‌شود. در حقیقت، این دقیقاً همان چیزی بود که در ۲۰ فوریه ۱۹۹۵، در بیمارستان عمومی دانشگاه در تامپا، برای ویلی کینگ افتاد. اگرچه او هنگامی‌که از پرسنل جراحی می‌پرسید که آیا می‌دانند کدام پا را قرار است قطع کنند، فقط شوخی می‌کرد اما وقتی‌که به هوش آمد، متوجه شد که پای چپش به جای پای راستش قطع شده است. دو هفته بعد، پای درست قطع شد، در حالی‌که کینگ را در شرایطی حادتر از آنچه که می‌بایست قرار داد (استنلی، ۱۹۹۵). ارتباط بهبود یافته و بررسی‌ها و متعادل‌سازی‌های بیشتر، می‌تواند به اجتناب از این نتایج فاجعه‌آمیز کمک کند.

برخلاف مورد آقای کینگ، اغلب خطاهای مربوط به جراحی بر موضع اشتباه، خوش‌خیم از کار در می‌آیند و یا حتی "شرایط بیمار آن را ایجاب می‌کند" (موسسه تحقیقات مراقبت‌های اورژانسی، ۲۰۰۰). اما خطاهای پزشکی به موارد حادی مانند قطع اشتباه پا محدود نمی‌شوند، آن‌ها می‌توانند مانند مثال‌های زیر به شکل‌ها و در زمینه‌های بالینی مختلف ظاهر شوند که هر کدام از این موارد، نوع متفاوتی از خطا را تشکیل می‌دهند. مثال‌هایی که در پی می‌آیند به وضوح به این موارد اشاره می‌کنند (خطاهای پزشکی، ۲۰۰۰):

الف ـ اشتباه خواندن یا اشتباه در درک یک برچسب داروی تجویز شده می‌تواند به مصرف داروی اشتباه توسط بیمار و یا دریافت مقدار اشتباه یک دارو منجر شود. همچنین می‌تواند باعث مصرف دارو در زمان نامناسب، خوردن قرص‌ها به تعداد خیلی زیاد و یا خیلی کم شود. همچنین این اشتباه می‌تواند باعث تجربه کردن تداخلات دارویی مضر شود، شاید به خاطر این‌که موارد منع مصرف دارو به‌صورت بسیار کوچک و ریز بر روی بروشورهای داخل بسته دارو چاپ می‌شوند.

ب ـ مورد دیگر، خطاهای تشخیصی است، از قبیل یک تشخیص اشتباه که منجر به یک انتخاب نادرست درباره یک درمان می‌شود، ناکامی در استفاده از یک آزمایش تشخیصی تعیین شده، تفسیر نادرست نتایج آزمایش و ناکامی در عمل به نتایج نابهنجار.

پ ـ نقص در تجهیزات، از قبیل مونیتورهای ضربان قلبی که کار نمی‌کنند یا دستگاه‌های تزریق وریدی که دریچه‌های آن‌ها از جای خود در آمده و یا ضربه خورده‌اند، باعث افزایش میزان دوز دارو در طی یک دوره بسیار کوتاه می‌شود.

ت ـ عفونت‌هایی که یا در داخل بیمارستان و یا بعد از مرخص شدن بیمار از بیمارستان ایجاد می‌شوند.

ث ـ آسیب‌های مرتبط با انتقال خون، از قبیل دادن خون به بیمار با گروه خونی اشتباه.

ج ـ تفسیر اشتباه دستورات پزشکی، از قبیل کوتاهی در دادن غذای بی‌نمک به بیمار که پزشک دستور آن را داده است.

بازی با تلفن، مسئولیت‌پذیری

مشکل دیگری که با سواد سلامت پایین همراه است، این است که پایین بودن سواد سلامت احتمال رخ دادن هر کدام از خطاهای ذکر شـده در سـطور قبل را به شدت افزایش می‌دهد و به موجب آن، خطر رخ دادن انواع دیگر اشتباهات را نیز افزایش می‌دهد. برای مثال اگر یک مترجم شفاهی، دستورالعمل‌های یک پزشک را برای بیماران غیرانگلیسی زبان بد تفسیر کند، ممکن است قسمتی از اطلاعات اصلی در حین این تفسـیر از دسـت برود. این فرآیند شـبیه به یک نسـخه بزرگسال از بازی "تلفن" اسـت که در مدارس ابتدایی اجرا می‌شـود. در این بازی بچه‌ها به‌صورت یک دایره می‌نشـینند و درباره‌ی پیامی که می‌خواهند انتقال دهند فکر می‌کنند. اولین کودک، آن پیام را آهسته در گوش کودکی که نزدیک او نشسته است می‌گوید، پس از آن کودک آنچه را که می‌شنود، آهسته در گوش کودک بعدی می‌گوید و به همین ترتیب بازی ادامه پیدا می‌کند. هنگامی‌که پیام به انتهای زنجیره‌ای از شـنوندگان و تکرارکنندگان می‌رسـد، آخرین کودک سعی می‌کند تا آنچه را که به او گفته شده است تکرار کند، در این هنگام اغلب اوقات پیام اصلی به‌طوری کاملاً متفاوت ظاهر می‌شود؛ حتّی ممکن است تحریف هم شده باشد. نیازی به گفتن نیست، هنگامی‌که اطلاعات سلامت میان بیماران و کسانی که آن‌ها را درمان می‌کنند، منتقل می‌شود، تحریف و تغییر پیام بسیار بیشتر از تغییرات رخ داده در یک بازی کودکانه است.

اگرچه سـرزنش کردن، کار بی‌فایده‌ای اسـت، اما زنجیره مسـئولیت باید با ارایه‌دهنده خدمات سـلامت آغاز شود، مخصوصاً پزشکان و پرسـتارانی که در خط مقدم مراقبت‌های بیمار هسـتند. دیگر ارایه‌دهندگان خدمات در خط بعدی قرار خواهند گرفت، افرادی از قبیل داروسازها و کارکنان بیمارستانی که احتمالاً به دنبال آن‌ها اعضای خانواده یا حامیان بیمار و سپس خود بیمار خواهد بود. این مساله به هیچ وجه، بیماران را از مسئولیت معاف نمی‌کند. البته: بیماران می‌توانند با مجهز شدن به اطلاعات خوب و اطمینان و جرأت برای بیان کردن نیازهای‌شان، از خطاهای زیان‌بار اجتناب کنند. در حقیقت بیماران می‌توانند تکنیک‌های خودمراقبتی را یاد بگیرند و مسئولیت مراقبت از سلامت خودشان را برعهده بگیرند. ما می‌توانیم با استفاده از دانشی که بیماران برای رسیدن به بهترین نتایج سلامت ممکن، نیاز دارند، بر توانمندسازی آنان تمرکز کنیم، اما چالش‌های بی‌شماری همچنان در سر راه آن‌ها وجود دارند.

چالش‌های زبان سلیس و ارتباط اثربخش

همان‌طوری که قبلاً ذکر شـد، اجتناب از خطاهای پزشـکی، وظیفه سختی برای هر بیمار است، اما خطای دارویی، یک خطر اساسی را برای بیماران کم‌سـواد سـلامت، به وجود می‌آورد. اسـتفاده از زبان صریح، اگرچه نه به‌طور کامل، ولی یک راه‌حل بالقوه برای حل این مشکل جدی است. در حقیقت، سال‌ها تلاش برای افزایش استفاده از زبان صریح (غیر رسمی)، کوشش ناپخته عده‌ای از آموزش‌دهندگان را به یک نهضت رشـد یافته و حتی صنعتی سـودآور تبدیل کرده اسـت (بالمفورد، ۲۰۰۲). ده‌ها کتاب، جزوه و مقاله منتشر شده‌اند تا به مخاطبان‌شـان توصیه کنند که قواعد زبان صریح را در کار و در نوشتارشـان به‌کار برند، خواه موضوع آن پزشکی باشد و خواه حقوق، بازاریابی، آموزش، دارایی‌های غیرمنقول و یا دیگر موضوعات باشد.

همان‌طوری که کارل راجرز به آن اذعان کرده اسـت، امور عادی، رویه‌ها و مفروضاتی که عمیقاً در بطن آن‌ها جای گرفته‌اند بر سـر راه ارتباط با زبان صریح و نتایج بهبود یافته بیماران کم‌سواد، قرار می‌گیرند. راجرز جهت بهبود ارتباط بین فردی و افزایش ادراک، بررسی دقیق چنین موانعی را با مشاهده از زاویه نگاه و دیدگاه افراد دیگر، توصیه کرده است.

بروشورهای داخل جعبه محصول

بـه عنوان مثال، **بروشـورهای داخل جعبه محصول** را مـد نظر قرار دهید که با داروهای تجویزی همراه هسـتند. آن‌ها دربر گیرنده عباراتی هسـتند که از سـوی سازمان غذا و داروی ایالات‌متحده (FDA) مورد الزام و تصویب قرار گرفته‌اند. تولیدکنندگان، این الحاقات را بر مبنای اطلاعات موجود در "مرجع رومیزی پزشـکان" یا PDR که حاوی تک نگاشـت‌های مبتنی بر تمام داروهای مورد تایید قرار گرفته از سـوی FDA می‌باشـند، تدوین می‌کنند. با این حال، PDR برای پزشـکان و متخصصان درمان نوشته می‌شود و نه برای افراد غیر ـ متخصص. بروشورهایی که در سطح پایه پنجم نوشته شده باشند، کجا هستند؟ حداقل در حال حاضر، این بروشورها همراه قرص

و کپسول‌های امروزی ارایه نمی‌شوند. در واقع تنها چند عبارت کلی درباره‌ی چگونگی مصرف نمودن دارو است که آن هم صرفاً بر روی خود جعبه موجود است، چنین دستورالعمل‌هایی می‌توانند هم ابهام‌آمیز و هم گیج‌کننده باشند.

یک بروشـــور داخل بســـته‌بندی دارو شامل این موارد است: توضیحی درباره دارو، قســـمت‌هایی درباره‌ی فارماکوژی بالینی و موارد منع مصرف، هشـــدارها، موارد احتیاط در مصرف دارو، و اطلاعاتی درباره واکنش‌های دارویی مضر، مصرف بیش از حد دارو، دوزبندی دارو و تجویز دارو.

اغلب اوقات، این بروشورها و الحاقات دربرگیرنده‌ی نمودارها و جداولی نیز هستند که انتقال دهنده یافته‌های حاصل شده از آزمایشات کلینیکی دارو می‌باشـــند. این نمودارها و جداول به اندازه‌ی متن خود بروشـــورها، برای خواندن دشوار می‌باشند، به‌خاطر این‌که آن قدر کوچک چاپ شده‌اند که حتی چشمان نسبتاً جوان نیز برای خواندن آن‌ها نیازمند ذره‌بین خواهند بود. البته بدیهی است که این موضوع بر این فرض مبتنی اســـت که یک فرد غیرمتخصص، حتی دارای بالاترین مهارت‌های خواندن نیز از تلاش برای خواندن جملاتی نظیر مورد زیر صرف نظر خواهد کرد، موردی که از بخش "مکانیســـم عمل" یک بروشـــور بسته دارویی متعلق به آتورواستاتین کلسیم (با نام تجاری لیپیتور) که دارویی برای پایین آوردن میزان کلســـترول اســـت، اخذ شده است: "آتورواستاتین، یک بازدارنده‌ی انتخابی و رقابتی دیاســـتازی HMG-CoA است، آنزیم محدودکننده‌ای که ۳-هیدروکسی-۳متیل گلیکوتاریل- کوآنزیم آ را به موالونات تبدیل می‌نماید که یک پیش ـ ماده برای استرول‌ها از جمله؛ کلسترول، محسوب می‌گردد" (فایزر، ۲۰۰۵).

ممکن است فردی این بحث را مطرح کند که بیماران می‌توانند از این اصطلاحات سطح بالای امور بالینی چشم‌پوشی کنند و بر مطالب مرتبط، تمرکز کنند. اما در پاســـخ باید گفت که این اســـناد و مدارک حاوی اصطلاحات تخصصی پزشـــکی، جملات پیچیده و واژگان علمی‌ای هســـتند که تنها برای کســـانی که پیشینه پزشکی دارند، آشنا هستند. به عنوان مثال این بروشورها چگونه بیمار را در خصوص زیاده‌روی در مقدار مصرف دارو راهنمایی می‌کنند؟ در آن قسمت از بروشور داخل بسته لیپیتور این موارد را می‌خوانیم: "در هنگام وقوع یک اور دوز، بیمار از لحاظ علایم بیماری باید بررســـی شـــود و اقدامات حمایتی، در صورت نیاز باید آغاز شـــود. به خاطر میزان گسترده اتصال به پروتیین‌های پلاسما، انتظار نمی‌رود که همودیالیز، به‌طور قابل توجهی تصفیه آتورواستاتین را افزایش دهد" (پی فیزر، ۲۰۰۵). درســـت اســـت، این اطلاعات، به‌طور مقدماتی برای پزشکانی که نسخه می‌نویسند در نظر گرفته شـــده است. در حقیقت، در مروری بر موارد حقوقی درباره این‌که آیا این بروشـــور داخل بســـته دارو و PDR به عنوان "اســـتاندارد مراقبت" در موارد مسئولیت‌های مربوط به دارو، می‌تواند اســـتفاده شـــود، این نکته مشخص شده است که پزشکانی که توصیه‌های بالینی داخل بروشورهای بسته‌های دارو را تغییر می‌دهند، اساســـاً به نوعی بار حقوقی را به ســـمت خودشـــان منتقل می‌کنند؛ بدین معنی که باید انحراف خود از توصیه‌های سازندگان داروها را توجیه کنند (برادفورد و البن،۲۰۰۱). به عبارت دیگر، این فشـــار بر پزشـــکان وجود دارد که به زبانی که از سازمان غذا و دارو، PDR و خود تولیدکنندگان دارو به ارث برده‌اند پایبند باشـــند، حتی اگر واضح و شـــفاف نباشـــد. انحراف بسیار زیاد از آن می‌تواند برای آنان دری را به سوی یک چالش و مرافعه حقوقی در خصوص معالجه غلط بگشاید.

در یک جهان ایده‌آل، پزشـــکانی که نســـخه می‌نویسند، بروشورهای دارویی و PDR را خواهند خواند و اصطلاحات تخصصی پزشکی را به زبانی ترجمه می‌کنند که بیماران می‌توانند بفهمند. اما چند پزشک برای انجام دادن این‌کار وقت صرف می‌کنند؟ در فصل ۶ "بهبود روابط بیمار و ارایه‌دهنده خدمات"، ما برخی از موانع کلیدی موجود در مســـیر ایجاد ارتباط خوب میان ارایه‌دهندگان خدمات ســـلامت و بیماران خود را مورد بحث قرار می‌دهیم. اما فرض کنیم که پزشـــک این اطلاعات را به درســـتی منتقل می‌کند، بنابراین بیمار مطلب را درک می‌کند و پزشک هنگامی‌که نسخه می‌نویسد از توصیه بروشور پیروی می‌کند. اما باز هم خطاها می‌توانند اتفاق بی‌افتند. دکتر پری هوک من، متخصص بیماری‌های دســـتگاه گوارش، خاطرنشـــان می‌کند که بخش مربوط بـــه اطلاعات محصولات در PDR اغلب شامل اطلاعاتی درباره دوز نامناسب و روش‌های تعیین دوز بر اساس مطالعات بالینی‌ای است که به سمت دوزهای بالاتر مایل شده‌اند و مواردی مانند تعدیل دوز برای افراد سالخورده را شامل نمی‌شود (هوکمن، ۱۹۹۷). علاوه بر آن، طبق گفته‌های هوک من، بعضی اوقات مقدار دوزهای اختصاصی جهت تشخیص‌های اختصاصی، از قلم افتاده‌اند و نهایتاً این‌که اطلاعات درباره عواض جانبی در PDR می‌تواند

"نامتمرکز، نادرست و به‌طور نامناسب به روز شده" باشد (هوک من،۱۹۹۷).

بـه عنوان مثال برای داروی Lipitor، بر روی یکی از وب‌سـایت‌های محصولات فراوان شـرکت پی فایـزر (http://www.lipitor.com)، اطلاعات در یک سطح پایین‌تر خواندن قابل دسترسی است که به‌صورت چند پرسش و پاسخ برای مصرف کنندگانی طراحی شده است می‌خواهند از زبان تخصصی علمی بروشـورهای داخل بسـته‌بندی محصولات اجتناب کنند. اما سئوال این است که آیا یک بیمار عادی جسارت لازم را برای این‌که چنین اطلاعاتی را خودش جستجو کند دارد؟

اگرچه مشـخص نیسـت که چند درصد از بیمارانی که سواد سـلامت پایینی دارند از اینترنت استفاده می‌کنند، اما هزینه کامپیوترهای شـخصی و دسترسی به اینترنت برای بسیاری از جمعیت بیماران کم‌سواد، هنگفت خواهد بود، همچنین اغلب اطلاعات سلامت مبتنی بر متن بر روی اینترنت، در سطح دهم خواندن و یا بالاتر نوشته شده است (بیرو و همکاران، ۲۰۰۴). این حقیقت ممکن است کاربران کم‌سواد کامپیوتر را نسبت به اتکا به اینترنت به عنوان یک منبع اطلاعات، دلسرد کند، حتی هنگامی‌که دسترسی به اینترنت در مدارس و کتابخانه‌ها رایگان باشد.

بدون مطالب مکتوب بیشـتر، در یک فرمت آسـان خوان، بیماران ممکن است فرض کنند که بروشورهای داخل بسته‌بندی محصولات دارویی، آمرانه و دستوری هستند و یا ممکن است این‌گونه نتیجه‌گیری کنند که این بروشورها تمام آن چیزی هستند که برای آموزش بیماران درباره داروهای خود وجود دارند. با این همه چقدر احتمال دارد آن‌ها متن بروشـورهای داخل بسـته‌بندی داروها را با آن چاپ ریزشان بخوانند، درک کردن متن‌ها که دیگر جای خود دارد.

اطلاعیه روش‌های حفظ حریم شخصی بیماران مربوط به لایحه مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سلامت، فرم رضایت آگاهانه، و فرم‌های حقوقی

مانع جدی دیگر برای بیماران کم‌سواد اجبار به انجام ملزومات قانونی در خصوص اظهاریه مسایل مربوط به سلامت است. در سال ۱۹۹۶ رییس‌جمهور کلینتون لایحه مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سلامت را امضا کرد، لایحه‌ای که گاهی اوقات لایحه کازبوآم ـ کندی نامیده می‌شود که چند آیین‌نامه فدرال را برای طرح‌های سلامت خصوصی تدوین کردند. در میان دیگر موارد، این قانون، قابلیت انتقال و تداوم بیمه سـلامت را افزایش داد، نظارت‌ها بر روی کلاهبرداری و سوءاسـتفاده در زمینه مراقبت‌های سـلامت را تقویت کرد، ایجاد حساب‌های پس‌انداز پزشکی را مجاز شمرد و اجازه داد که در امر مستمری فوت، تسریع شود (آکادمی طب فیزیکی آمریکا، ۱۹۹۶).

در آوریل ۲۰۰۳، در ایالات‌متحده آمریکا دریافت "اطلاعیه روش‌های حفظ حریم شـخصی بیماران" مربوط به "لایحه مسـئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سـلامت" توسط بیماران آغاز شـد. بیماران این موارد را از پزشکان، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها، و دیگر "نهادهای تحت پوشـش" که از اطلاعات سـلامت فردی استفاده می‌کنند، دریافت می‌کردند (هوچهاستر،۲۰۰۳). اگرچه قوانین "لایحه مسـئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سـلامت"، هدفی را برای سـطح خوانایی اظهاریه حفظ حریم شـخصی تعیین نمی‌کنند، برخی کشـورها در ایجاد اسـناد و مدارکی که گستره سـطوح خواندن آن‌ها از سطح چهارم تا سطح ششم اسـت پیشگام شده‌اند (ماتیوس و سـوئل، ۲۰۰۲). با این وجود، در مروری بر ۳۷ اطلاعیه محرمانه بودن اطلاعات، سـطوح واقعی خواندن به‌طور متوسط بسیار بیشتر از این سـطوح بود: یعنی در سـطح سال دوم تا سال چهارم کالج قرار داشتند. این اطلاعیه‌ها، نوعاً کلمات زیادی را در جمله‌ها به کار برده بودند، از جملات پیچیده زیادی استفاده کرده بودند و بسیاری کلمات غیرمتداول را دربر داشتند (هوچهاستر، ۲۰۰۳).

اداره خدمات و منابع سـلامت (HRSA)، راهنمایی‌هایی را برای کمک به نویسـندگان در ایجاد نسـخه‌های آسـان خوانِ "اعلامیه‌های روش‌های حفظ حریم شـخصی" مربوط به "لایحه مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سلامت HIPAA"، توصیه می‌کند. از بین این توصیه‌ها می‌توان به این موارد اشـاره کرد: اسـتفاده از جملات کوتاه‌تر، اجتناب از خط تیره و کلمات مرکب و ارایه مثال برای توضیح کلمات "سخت"، انجام تمرینات زبان صریح توسط همه افراد. علاوه بر آن، اداره خدمات و منابع سلامت، یک فرهنگ جامع کلمات یافت شده در "لایحه مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه مسئولیت" را ارایه می‌دهد، با توصیه به افرادی که اظهاریه‌ها را می‌نویسند برای

جایگزین کردن کلماتی مانند "بسیار خب" برای اجازه دادن، قوانینی برای آیین‌نامه‌ها، پرونده‌های مراقبت‌های سلامت برای پرونده‌های پزشکی حفاظت شده و مواردی از این قبیل (فرهنگ جامع و اصول زبان صریح، ۲۰۰۳). این قطعاً یک آغاز است.

با این حال، تغییر دادن واژگان فردی و اختصاصی یک موضوع است و تنظیم نمودن طول مطلب، مقوله‌ای دیگر. غالباً، الزامات فدرال در خصوص تعداد موضوعاتی که می‌بایستی در فرم‌های بیماران لحاظ شوند، نگارش مستندات «آسان ـ خوان» را به کاری بسیار چالش ـ برانگیز تبدیل می‌نمایند. به عنوان نمونه؛ موضوعات "لایحه مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سلامت" HIPAA می‌بایستی در مستندات مرتبط با رضایت‌نامه‌ی آگاهانه، تحت پوشش قرار داده شوند. علاوه بر هشت "عنصر پایه‌ای" مورد نظر FDA در ارتباط با رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و شش عنصر "درصورت تناسب" در زمینه رضایت‌نامه، باید ۶ تا ۱۱ موضوع در ارتباط با حفظ حریم محرمانه HIPAA نیز در مستندات رضایت‌نامه آگاهانه تحت شمول قرار داده شوند که می‌توانند در قالب زبانی فرم رضایت‌نامه و یا به‌صورت ضمیمه تحت پوشش قرار گیرند (هاچهاوزر، ۲۰۰۵a).

نیازی به گفتن نیست که چنین ملزوماتی زمینه‌ساز وضعیت بسیار دشوار و بغرنجی برای افراد مسئول تهیه فرم‌های رضایت آگاهانه خواهند بود، به ویژه به این دلیل که اکنون آن‌ها در جهت خوانا ساختن این فرم‌ها برای آمریکایی‌های متوسط نیز تحت فشار هستند. مارک هاچهاوزر، مشاور در امور مرتبط با خواندن و دارنده مدرک PhD خاطرنشان می‌سازد: "این در حالی است که از آن‌ها انتظار می‌رود تا فرم‌های رضایت‌نامه را به نحوی تنظیم نمایند تا با... الزامات فدرال نیز در تطابق و سازگاری باشند... نویسندگان این فرم‌های رضایت‌نامه همچنین باید تا حدود ۲۵ موضوع را نیز در فرم‌های رضایت‌نامه تحت شمول قرار دهند، علیرغم این موضوع که حافظه‌ی در حال فعالیت افراد تکمیل کننده این فرم‌ها تنها می‌تواند حدود ۳ تا ۵ قطعه‌ی اطلاعاتی را ذخیره‌سازی نماید" (هاچهاوزر، ۲۰۰۵a).

و بعد از آن یک مانع ارتباطی وجود دارد که به عنوان سبک حقوقی و دشوار شناخته شده است، سبکی که در آن، اصطلاحات بسیار تخصصی توسط وکلا و قانون‌گذاران مورد استفاده قرار گرفته است. کتاب‌های درسی از قبیل "انگلیسی صریح" نوشته ریچارد سی. وایدیک (۱۹۹۸) و سازمان‌هایی مانند موسسه نگارش حقوقی، تمام تلاش‌شان را کرده‌اند تا متون این حرفه را به متونی ساده‌تر و سبک نوشتاری که خواندن آن آسان‌تر باشد تبدیل کنند، اما همان‌طوری که جوزف کیمبل (۱۹۹۴-۱۹۹۵)، استاد حقوق خاطرنشان می‌کند، دست‌اندرکاران در برخی از شاخه‌ها، همچنان در برابر زبان صریح، مقاومت می‌کنند. در مقایسه با اغلب متن‌ها، مطالب نوشته شده به سبک حقوقی، برای خوانندگان طبقه متوسط آمریکا، نسبتا غیرقابل دسترس و یا حداقل کمتر قابل دسترسی هستند. مطلب نوشته شده به زبان حقوقی و دشوار، با جملات درهم پیچیده‌اش، عبارات لاتین آن و پافشاری بر استفاده از کلماتی از قبیل آنچه که قبلاً ذکر شد و در سطرهای بعد نیز بدان اشاره می‌شود، سختی‌های فراوانی را برای آن‌هایی که در پایین‌ترین سطح سوادی هستند به وجود می‌آورد.

تحقیق، این مساله را تایید می‌کند. هنگامی‌که متن حقوقی، به زبان انگلیسی صریح بازنویسی شده باشد خوانندگان متوسط، بهتر می‌توانند آن را بخوانند. برای مثال، در یک پژوهش درباره فرم‌های رضایت پزشکی، خوانندگانِ یک فرم ویرایش نشده (فرمی‌که به سبک حقوقی نوشته شده بود) توانستند به۲/۳۶ سوال از ۵ سوال درک مطلب، پاسخ صحیح دهند. در یک فرم ویرایش شده که طبق قواعد زبان صریح نوشته شده بود، شرکت کنندگان توانستند به ۴/۵۲ سوال از ۵ سوال، پاسخ صحیح دهند، یعنی یک بهبود ۹۱ درصدی. آن‌ها همچنین توانستند این‌کار را سریع‌تر نیز انجام دهند. میانگین زمان پاسخ از ۲/۶۵ دقیقه به ۱/۶۴ دقیقه ارتقا یافت (کاوفر، استینبرگ و تونی، ۱۹۸۳؛ کیمبل، ۱۹۹۵-۱۹۹۴). متاسفانه، تاکید بیشتر بر زبان صریح، کاملاً شیوه نوشتار کلمات را تغییر نداده است. برای مثال، الزام راهنماهای تنظیمی مبنی بر آن‌که "اظهاریه‌های لایحه مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه سلامت"، به زبان صریح نوشته شود، معمولاً نادیده گرفته می‌شوند (هوچهاستر، ۲۰۰۳). و هیچ جریمه‌ای برای عدم پیروی از آن وجود ندارد.

مصرف بیشتر و کمتر از دوز درمانی: سردرگمی در جعبه تجویزی دارویی

حتی یک سری دستورالعمل‌ها بر روی یک جعبه دارویی تجویز شده که ساده‌ترین دستورالعمل‌ها به نظر می‌رسند، می‌تواند برای بیماران کم‌سواد و برای آن‌هایی که زبان انگلیسی زبان اول‌شان نیست، ابهام برانگیز باشد. اگر یک برچسب اشاره به این داشته باشد که به عنوان مثال، یک داروی خاص باید سه‌بار در روز استفاده شود، چگونه قرار است بیماران بدانند که دقیقاً چه زمانی باید از آن استفاده کنند؟ آیا تفاوتی می‌کند که یک دارو در یک ساعت خاص استفاده شود؟ برای مثال آیا این کار منطقی است که دوزهای دارو را قبل از نهار قرار دهیم، یا یک قرص را رأس ساعت بخوریم؟ درباره مصرف یک قرص در صبح و دو قرص در توالی زمانی نزدیک به هم در طول غروب چطور؟ و آیا "چهار دوز در روز" به این معنی است که فرد باید هر ۶ ساعت، یک دوز را در طی کل شبانه روز مصرف کند و یا فقط ساعات بیداری را مد نظر قرار دهد؟ (۲۰ نکته، ۲۰۰۰).

اعداد همیشه مشخص و واضح نیستند؛ آن‌ها می‌توانند پس و پیش شده یا سوءتعبیر شوند، به ویژه توسط بیماران مسن‌تر. دستورالعمل‌ها برای "دو قرص را چهار بار در روز استفاده کنید" وقتی‌که سریع خوانده می‌شود ممکن است بشود "چهار قرص روزی دو بار." در هر زمان، بیماران ممکن است در حال مصرف بیشتر و یا کمتر از دوز درمانی باشند، که این مساله سلامت آن‌ها را جدا به خطر می‌اندازد. مشابها، هنگامی‌که از بیماران خواسته می‌شود که یک دارو را "با غذا" مصرف کنند، آیا این بدان معنی است که داروها باید به صورت پودر درآیند و باید به‌صورت لوله شده داخل ساندویچ سالاد تخم‌مرغ قرار داده شوند؟ برخی بیماران، حتی افرادی با سطح سواد بالا، دقیقا همین کار را انجام می‌دهند (مایر،۲۰۰۲). در حقیقت، انجام چنین اشتباهات ظاهرا بی‌ضرری عواقب وخیمی می‌تواند داشته باشد: اگرچه اغلب داروها می‌توانند خرد شوند و یا باز شوند بدون این‌که میزان دریافت‌شان تحت تاثیر قرار گیرد، اما تغییر دادن فیزیکی دوز برخی داروها می‌تواند عوارض جانبی یا مسمومیت را افزایش دهد (راهنمای ارایه‌دهنده خدمات سلامت، ۲۰۰۲-۱۹۹۹).

مساله دیگر مربوط می‌شود به کلمات و عبارات خارجی‌ای که شبیه به کلمات و عباراتی در زبان انگلیسی هستند اما معنایی متفاوت دارند. یک مثال که در فصل یک ذکر شده بود، کلمه "once" است که در زبان اسپانیایی به معنی "یازده" است. افرادی که به زبان اسپانیایی تکلم می‌کنند، هنگامی‌که با دستورالعمل "استفاده از یک داروی خاص، یک بار در روز" مواجه می‌شوند به راحتی می‌توانند ۱۰ قرص بیشتر مصرف کنند. بازاریابان شرکت‌ها برای یاد گرفتن این درس بهای سنگینی را پرداخته‌اند. برای مثال، هنگامی‌که انجمن فرآورده‌های لبنی آمریکا قصد داشت کمپین "آیا تا به حال شیر گرفته‌اید؟" را به مکزیک گسترش دهد، دانستن این مساله، تعجب‌آور بود که بهترین ترجمه اسپانیایی برای این شعار این بود "آیا شما دارید شیر می‌دهید؟" (گوردون،۲۰۰۳) (برای اطلاعات بیشتر درباره اثرات فرهنگ و زبان بر سواد سلامت پایین، به فصل ۵ "دخیل کردن فرهنگ در فرآیند مراقبت"، مراجعه کنید). مترجمان باید خصوصیات ویژه زبان انگلیسی را درک کنند و مراقب باشند که روح عبارات مصطلح خاص و یا اصطلاحات، در فرآیند ترجمه حفظ شود.

بسیاری از داروهای بدون نسخه مربوط به کودکان، همراه با یک جدول تنظیم دوز دارو بر اساس قد و وزن هستند که والدین و دیگر مراقبت دهندگان را در اندازه‌گیری میزان دقیق مایع تعلیقی و یا قطرات تغلیظ شده کمک می‌کند. در این جداول میزان دقیق داروی مصرفی برای محدوده قدی و یک محدوده سنی معادل با آن، اختصاص داده شده است. مثلاً در جدول تعیین دوز دارو برای تایلنول (استامینوفن) کودکان، ۲۴ الی ۳۵ پوند (واحد وزن) معادل با سن ۲ الی ۳ سال است، ۴۸ الی ۵۹ پوند معادل با سن ۶ الی ۸ سال است و الی آخر (McNeill PPC،۲۰۰۵). (دستورالعمل‌های تعیین دوز برای کودکان زیر دو سال ممکن است از قلم افتاده باشند به خاطر این‌که تعیین دوزهای کودکان نیاز به یک ترکیب و غلظت متفاوت دارد. به همین دلیل به والدین آموزش داده شده است که با پزشک کودک‌شان مشورت کنند.") با این حال، این جداول تعیین دوز نیز می‌توانند باعث ابهام و سردرگمی شوند. هنگامی‌که یک کودک با هیچ یک از طبقه‌بندی‌های سن ـ وزن داخل جدول تعیین دوز مطابقت نداشته باشد، ممکن است گاهی اوقات والدین گمان کنند که سن، بهترین فاکتور برای تعین دوز است، در حالی که محققان دریافته‌اند که وزن، معیار مهمتری است (مادلون- کای و موسچ، ۲۰۰۰). اندازه‌گیری مایعات، چالش‌های دیگری را نیز مطرح می‌کند. علاوه بر بد خواندن جدول دوز دارو در صورتی که قد و وزن با یکدیگر هم‌خوانی نداشته باشند، بیماران ممکن است دستورات را بد تفسیر کنند و قاشق چای‌خوری را با قاشق سوپ‌خوری در هنگام استفاده از ظرف دارو اشتباه بگیرند. برای حل این مشکل، متخصصان امور درمانی می‌بایست به بیماران توصیه کنند که از وسایل دقیق‌تری

مانند سرنگ‌های تعیین دوز خوراکی استفاده کنند (مالدون-کای و موسچ، ۲۰۰۰؛ مک ماهون، ریمسزا و بی، ۱۹۹۷). در پژوهشی بین ۹۰ خانواده انگلیسی زبان و اسپانیایی زبان این موضوع مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه هنگامی‌که دستورات به‌صورت شفاهی و همراه با سرنگی داده شد که دوز تجویز شده دارو به وسیله یک خط مشخص شده بود، ۱۰۰ درصد آن‌ها قادر بودند تا دوز صحیح دارو را استفاده کنند. همچنین ۸۸ درصد از آن‌ها توانستند این‌کار را در پیگیری‌های بعدی انجام دهند (مک ماهون و همکاران، ۱۹۹۷).

دستورالعمل‌های غیرواضح، نسخه ناخوانا

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید دستورالعمل‌های‌شان را نه تنها برای بیماران در هنگام برخورد بالینی، بلکه برای داروسازانی که نسخه را می‌پیچند واضح کنند. ناکامی در این‌کار می‌تواند هم برای ارایه‌دهنده خدمات از لحاظ مالی، پر هزینه و هم برای بیمار، خطرناک و حتی مرگ‌بار باشد. در یک مورد، یک متخصص قلب به دلیل این‌که نسخه‌ای را بد خط نوشته بود و داروساز هنگام پیچیدن نسخه نتوانسته بود آن را درست درک کند، ۲۲۵۰۰۰ دلار جریمه شد (چاراتان، ۲۰۰۰). نسخه درباره ایزوردیل (ایزو سورباید)، یک دارو درباره درد قفسه سینه بود، اما به اشتباه پلندیل خوانده شده بود که دارویی برای فشارخون است. یک اشتباه بسیار کوچک در خواندن، ممکن است منجر به یک اور دوز ده برابری شود. یک دستور که به عنوان QD در هنگام تندنویسی پزشک برای عبارت "روزی یک‌بار" مشخص شده است، به راحتی می‌تواند QID خوانده شود که به معنی "روزی چهاربار است" (اسنو بک، ۲۰۰۱).

گاهی اوقات ارایه‌دهنده خدمات و داروساز هر دو در خطاهای دارویی سهیم هستند. در سال ۱۹۸۸، در انگلستان یک بیمار به دادگاه شکایتی بدین مضمون ارایه کرد که به جای تجویز آنتی‌بیوتیک، آموکسی‌سیلین برای عفونت سینه، داروی گلی‌بنکلامید (داروی کاهنده خوراکی قندخون) دریافت کرده است. دادگاه، پزشکی را که نسخه را نوشته بود ۲۵ درصد مقصر و داروسازی را که نسخه را پیچیده بود ۷۵ درصد مقصر تشخیص داد (براهامس، ۱۹۸۸).

زمانی که دو یا چند ارایه‌دهنده خدمات سلامت در برقراری ارتباط دچار ناکامی می‌شوند، اگر بخواهیم از تعبیر IOM استفاده نماییم، ما شاهد "ناکامی در یک اقدام برنامه‌ریزی شده جهت انجام به‌صورت مورد نظر" خواهیم بود.

لطیفه‌ها درباره بدخطی پزشکان، مقوله جدیدی نیست، اما حقیقت این است که نسخه‌هایی که با عجله نوشته شده است، در بطن نتایج تاسف‌باری مانند موارد بالا هستند. هر چقدر پزشکان و پرستاران، بیماران بیشتری را می‌بینند و داروهای با نام‌های مشابه بیشتری برای نسخه در نظر گرفته می‌شوند، افراد سالمند، بیشتر در معرض خطاهای پزشکی قرار می‌گیرند.

ناخوانا نوشتن، یک مشکل بزرگ در خصوص نسخه‌ها است، اما می‌تواند در نگهداری اسناد و سوابق هم مشکل‌ساز شود. یک بررسی درباره یادداشت‌های ناخوانا درباره سوابق بیماران، وقوع ۱/۴۴ درصدی دستخط‌های ناخوانا را نشان می‌دهد (گوپتا و همکاران، ۲۰۰۳)، نه یک تعداد زیاد، اما اگر به تمام جمعیت بیماران آن را تعمیم دهیم، تعداد بیمارانی که تحت تاثیر قرار گرفته‌اند، به مرحله هشدار می‌رسد. بیماران سالمندتر و زنان، بیش از سایرین از توضیحات دارویی ناخوانا تاثیر می‌پذیرند، با این حال، شرایط شیوه عملگری شهری، تعداد فزآینده تشخیص‌ها و تجویزهای مکتوب شده در طول ملاقات‌های مطبی و ملاقات‌ها با یک پزشک خانوادگی یا یک متخصص داخلی، از جمله سایر عوامل مرتبط با بالا رفتن احتمال بروز نمودن حداقل یک توضیح دارویی ناخوانا در سوابق ثبتی بیماران محسوب می‌شوند (گوپتا و همکاران، ۲۰۰۳).

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید مطمئن شوند که بیماران، خود دلیل این که چرا داروهای خاصی به آن‌ها تجویز شده است را درک می‌کنند. اغلب، از بیماران خواسته می‌شود که به مصرف دارو تا زمانی که جعبه[۲] خالی شود ادامه دهند و حتی مصرف را تا زمانی که علایم بیماری‌شان محو و یا حال‌شان رو به بهبودی برود ادامه دهند. بیماران باید این دستورالعمل‌ها را از همان ابتدا درک کنند. بسیاری از این موضوع خجالت‌زده می‌شوند که به هنگام ترک مطب دکتر، سوالات‌شان را بپرسند و شاید صف‌های طولانی موجود در داروخانه‌ها نیز آن‌ها را از مشورت کردن با افرادی که نسخه‌شان را می‌پیچند، باز دارند.

---

۲ ظرف دارو، جعبه قرص

مصرف چند دارویی: مدیریت کردن داروهای چندگانه

طبق گزارش‌های انجمن بهداشت عمومی آمریکا، به‌طور متوسط هر بیمار مسن در ایالات‌متحده آمریکا در روز ۸/۹ قلم دارو مصرف می‌کند (وست ـ مایرز و هیلگر، ۲۰۰۴). بسیاری از این بیماران مسن به بیش از یک پزشک مراجعه می‌کنند؛ اغلب، آن‌ها داروهایی را مصرف می‌کنند که می‌توانند با یکدیگر تداخل داشته باشند و مستعد ایجاد عوارض وخیم برای سلامت باشند.

بیمارانی که با مقوله چند دارویی و یا ترکیبی از بیش از یک دارو در یک نسخه درگیر هستند، باید روشی قابل اعتماد برای مدیریت چندین دارو داشته باشند. آن‌ها باید از دوزهای تجویز شده دارو تبعیت کنند، یک برنامه یا یک جدول را ایجاد کنند، بدانند که آیا باید داروهای‌شان را با غذا مصرف کنند یا خیر، درباره تداخلات دارویی اطلاعاتی داشته باشند (مخصوصاً هنگامی‌که از گیاهان دارویی و یا دیگر اشکال داروهای مکمل و یا جایگزین استفاده می‌کنند) و مواردی از این قبیل. تغییر دادن داروها و گذار از یک دارو به دارویی دیگر نیاز به شفافیت و مهارت‌های خوب سازمان‌دهی دارد. آن‌هایی‌که سواد سلامت پایینی دارند ممکن است در ایجاد هماهنگی میان نسخه‌های‌شان که توسط چندین ارایه‌دهنده خدمات به آن‌ها ارایه شده است، مشکل داشته باشند و ممکن است از خدمات داروسازی که می‌تواند به آن‌ها در این وظیفه کمک کند، استفاده نکنند.

راه‌حل‌هایی برای کاهش خطا و افزایش وضوح

ما درباره تعدادی از موانع موجود بر سر راه مراقبت بهتر از بیماران و درک واضح‌تر برای کسانی که سواد سلامت پایینی دارند، بحث کردیم، اکنون به راه‌حل‌های بالقوه می‌پردازیم. ابتدا یک تاریخچه را در نظر بگیرید. هنگامی‌که انستیتو پزشکی آمریکا "انسان جایزالخطاست (۲۰۰۰)" را منتشر کرد، خطاهای پزشکی چیز جدیدی نبودند. یک دهه بعد، لوسیان لیپ و همکارانش در دانشگاه هاروارد شروع به فهرست کردن خطاهای پزشکی کردند. با بررسی سوابق ۳۰۰۰۰ بیمار بستری شده در ۵۱ بیمارستان نیویورک، این گروه دریافتند که ۴٪ از بیماران توسط ارایه‌دهندگان خدمات سلامت خود دچار آسیب جدی شده‌اند و تقریباً دو سوم از جراحات به خاطر خطاهای پزشکی ایجاد شده است (برنان و همکاران، ۱۹۹۱). بعدا این ارقام بر اساس پژوهش‌های دیگر با یافته‌های مشابه تعمیم داده شد و مشخص شد که در ایالات‌متحده آمریکا تقریباً سالانه ۱۰۰۰۰۰ فوت به خاطر خطاهای پزشکی اتفاق می‌افتد (لانگرث،۲۰۰۵). این نوع از ارقام توجه مقامات عالی رتبه‌ای را در آکادمی ملی علوم و یکی از چهار سازمان تشکیل دهنده‌اش به نام انستیتو پزشکی به خود جلب کرد.

کمیته کیفیت مراقبت سلامت در آمریکا در سال ۱۹۹۸ به منظور توسعه یک راهبرد برای "بهبود کیفیت مراقبت سلامت در دهه آینده" تشکیل شد. گزارش منتشر شده این کمیته با پرداختن به موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار، یک دستور کار ملی را برای کاهش خطاها و بهبود مراقبت فراهم کرد. این کمیته در خلاصه اجرایی گزارش خود نوشت: "تمرکز باید از سرزنش افراد برای خطاهای گذشته به تمرکز بر پیشگیری از خطاهای آینده تغییر یابد که این‌کار باید با در نظر گرفتن ایمنی در داخل این سیستم انجام شود" (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۰، صفحه ۴). این تغییر در تمرکز، یکی از اولین گام‌ها به سمت یک راه‌حل سیستماتیک برای حل مساله خطای پزشکی بود، مساله‌ای که لیپ و همکارانش سال‌های قبل کمک کرده بودند تا توجه ملی را به خودش جلب کند.

چند توصیه جسورانه از این گزارش انستیتو پزشکی آمریکا پدیدار شد. یکی از آن‌ها این بود که کنگره باید یک مرکز برای ایمنی بیماران در آژانس پژوهش و سیاست مراقبت سلامت، ایجاد کند. مورد دیگر این بود که ایالات‌متحده آمریکا باید یک سیستم گزارش‌دهی گسترده در سراسر کشور را ایجاد کند تا اطلاعات استاندارد شده درباره اتفاقات بدی که منجر به آسیب جدی به بیمارن و یا مرگ آن‌ها می‌شود را جمع‌آوری کند. توصیه‌های دیگر این بود که ایالات‌متحده آمریکا باید تلاش‌های داوطلبانه گزارش‌دهی را ارتقا دهد و نیز این که کنگره باید حمایت (حفاظت) از «بررسی همتایان» را برای داده‌های مربوط به ایمنی بیمار و بهبود کیفیت، توسعه دهد (انستیتو پزشکی، ۲۰۰۰، صفحه ۹-۶).

در سال ۱۹۹۹ پرزیدنت کلینتون در واکنش به توصیه‌های ارایه شده از سوی IOM، به «کار گروه هماهنگی میان سازمانی کیفیت

(QuIC)» دســتور داد تا در جهت ارایه‌ی توصیه‌های خودش به منظور بهبود کیفیت مراقبت از ســلامت و حفاظت از ایمنی بیماران، بر مبنای گزارش IOM عمل نماید (خطاهای پزشکی، ۲۰۰۰). QuIC، به صورتی کامل، فراخوان IOM در جهت کاستن از تعداد خطاهای پزشکی به میزان ۵۰ درصد در طول پنج سال را مورد حمایت و تصدیق قرار داد (انجام آنچه که به حساب میآید، ۲۰۰۰).

کار گروه کیفیت، توصیه‌های انســتیتو پزشــکی را جدی گرفتند و به رییس‌جمهور توصیه کردند که در بودجه فدرال برای بســیاری از آن موارد، بخشــی را در نظر بگیرد. رییس‌جمهور در ســال گذشته، به عنوان بخشــی از تلاش مدیریتی در جهت "باز ـ نوآوری دولت"، یادداشتی تذکر دهنده و غیر رسمی را به سران تمام دپارتمان‌ها و سازمان‌های اجرایی فعال در بدنه حکومت فدرال ارسال نمود که پس از اول ژانویه ســال ۱۹۹۹ آن‌ها را به اســتفاده از زبان روان و غیر رسمی در تمام مستندات ملزم می‌نمود (نامه غیر رسمی رییس‌جمهور کلینتــون ۱۹۹۸). این اتفاق به منزله یک پیروزی برای جنبش زبان غیر رســمی محســوب می‌شــد. چشــم‌اندازهای پیش‌بینانه برای اصلاحات در زمینه مراقبت از سلامت، نویدبخش به نظر می‌رسیدند.

اما علیرغم این مسایل و دیگر پیشرفت‌های امیدبخش، سازمان‌ها می‌آیند و می‌روند و بودجه‌ها در طول جنگ‌ها و دیگر شرایط اقتصادی فرّار، تغییر می‌کنند. ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت از طرف خودشــان چه کاری می‌توانند انجام دهند تا از خطاهای پزشــکی اجتناب کنند و ارتباط با بیماران خود را بهبود بخشند.

دستورالعمل‌های ارتباط در سطح پنجم

نکته اول این‌که صفحه دســتورالعمل بیماران باید به یک تک صفحه محدود شــود و در سطحی پایین نوشته شود، ترجیحاً سطح پنجم خواندن و یا پایین‌تر (ویس و کوین، ۱۹۹۷). در فصول دیگر ما درباره اصول اساسی نوشتار برای آن‌هایی که سواد سلامت پایین دارند بحث کنیم، اصولی از قبیل اســتفاده از تایپ درشــت، اســتفاده از مقدار زیاد فضای خالی، دسته‌بندی کردن اطلاعات مهم و استفاده از آموزش‌های ویژه و عمل‌گرا (مراجعه کنید به فصل ۷، طراحی مطالب آموزشــی آســان‌خوان بیماران و همچنین فصل ۸، اصول نوشــتار برای ســواد پایین). اگرچه بعضی از اســناد و مدارک از قبیل فرم‌های رضایت، ملزومات پیچیده‌ای دارند که ترجمه آن‌ها را به انگلیسی آســان‌خوان، ســخت‌تر می‌کند، ولی اغلب این اسناد و منابع اطلاعات از قبیل بروشــورهای آموزش بیماران، کتابچه‌ها، پرسش‌نامه‌ها و وب‌سایت‌ها می‌توانند بدون سختی زیاد، به زبان صریح ترجمه شوند.

تعریف نمودن مخاطب، از جمله مخاطب مورد نظر در زمینه طراحی مطالب، محدودســازی اهداف فردی، نگارش به همان شــیوه‌ای که مردم به واقع صحبت می‌کنند (مثلاً؛ از طریق اســتفاده از افعال معلوم، واژگان متداول، جملات کوتاه و ذکر مثال‌های زیاد) و اســتفاده از یک ترکیب و طراحی دوســت‌دار خواننده، از جمله موثرترین ابزارها در جهت ایجاد و بســط مطالب آسان‌خوان برای بیماران محسوب می‌گردند (دوک، دوک و روت، ۱۹۹۶).

رهنمودها و منابع راهنمای بســیاری وجود دارند تا به دســت‌اندرکاران درمان در بهبود ارتباط سلامت کمک کنند. یکی از آن‌ها "سواد سلامت از الف تا ی" نوشته‌ی هلن ازبورن (۲۰۰۵) است که یک مرجع به روز شده محسوب می‌شود که توصیه‌هایش را بر مبنای ترتیب الفبایی چیدمان می‌نماید؛ از مباحث مرتبط با "پیرامون سواد سلامت" گرفته تا فصلی درباره‌ی افزودن "یک طعم و شور" به متونی که به آسانی خوانده می‌شوند.

آزمودن چیزی جدید: دستورهای موجود در بروشورهای دو حالتی

اگر دســتورالعمل‌های داخل بســته‌های دارو، بیش از حد برای درک و فهم دشوار باشند، و به استثنای بخش مرتبط با موضوعات قانوناً ملزم شــده و یا ضروری برای ادراک بیمار، در ســطح پایه‌ی پنجم نگاشــته شــده باشند، آنگاه شاید دو دســتور الحاقی بتوانند در تمام بسته‌بندی‌های دارویی لحاظ شوند: یک دستورالعمل در زبان استاندارد قانونی نوشته شود و دیگری به نحوی نگارش شود که برای افراد دارای مهارت‌های سوادی پایین‌تر نیز قابل خواندن و ادراک باشد.

این یک ایده‌ی جدید محسوب نمی‌شود. FDA، هم اکنون برای برخی از داروهای تجویزی، برگه‌های اطلاعاتی طراحی شده برای خوانندگان سطح پایین را الزامی نموده است. آن‌ها به زبان انگلیسی سلیس و شفاف غیر رسمی نوشته می‌شوند و در مقایسه با دستورهای بسته‌ای محصولات معمول، با سهولت بیشتری مورد ادراک قرار می‌گیرند. به عنوان مثال برگه‌های اطلاعاتی بیمار که جدیداً بواسطه‌ی FDA الزامی شده است، برای هشدار دادن حاملِ خطرِ "نارسایی کبدی تهدید کننده زندگی" بودنِ داروی ضدافسردگی نفازادون (سرزون)، این موضوع را از طریق عبارت "مشکلات جدی کبدی" مورد ارجاع قرار می‌دهند ("دریافتن درباره‌ی تاثیرات جنبی"، ۲۰۰۵). از سال ۲۰۰۴، دولت، مطالب چاپی دارای زبان سلیس را برای تنها حدود ۱۵ دارو اجباری نموده است (آورن، ۲۰۰۴)، در حالی که بخش خصوصی به سرعت در این زمینه در حال پیش آمدن می‌باشد. مطابق نظر مشاور زبان غیر رسمی، یعنی؛ ژانت آهین فرمپانگ، شرکت فایزر و سایر شرکت‌ها و برنامه‌های سلامت، ابتکاراتی را در جهت ایجاد و بسط اطلاعاتی برای بیمار ایجاد نموده‌اند که می‌بایستی در سطح پایه‌ی ششم و یا پایین‌تر به نگارش درآورده شوند (آهین فرمپانگ، ۲۰۰۵).

وقتی‌که بحث اطلاعات چاپی مطرح می‌گردد، برقراری نوعی توازن در میان دانسته‌های الزامی و حداقلی بیماران و اطلاعات اضافی که برای دانستن، خوب محسوب می‌شوند، حایز اهمیت می‌باشد، زیرا که بیماران می‌توانند به واسطه ازدیاد هشدارهای کاغذی اضافی، دچار احساس آشفتگی شوند. به عبارت دیگر، کاغذبازی بیشتر می‌تواند موجب پریشان‌سازی بیمار به جای ساده‌سازی فرآیند آموزش بیمار و در نتیجه مغلوبه گشتن هدف اصلی و اولیه از این کار شود. افراد دارای مهارت‌های سوادی پایین، هنگامی‌که احساس کنند با میزان پریشان کننده‌ای از مطالب جهت خواندن رو به رو هستند، به ساده‌ترین شکلی خواندن را متوقف خواهند کرد. همان‌گونه که اشاره شد، یک مساله حایز اهمیت آن است که قوانین فدرال غالباً ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت را به پوشش‌دهی تعدادی حداقلی از موضوعات در فرم‌های بیمار ملزم می‌گردانند، به ویژه درباره مستندات مرتبط با رضایت‌نامه اطلاع‌رسانی و افشای امور خصوصی تحت HIPAA (هاچهاوزر، ۲۰۰۵b).

استفاده از وسایل دیداری کمکی

تحقیقات حاکی از آن هستند که بیماران دارای سواد سلامت پایین، می‌توانند از طریق نمایش‌گری‌های تصویری داروهایی که دارای رنگ و اندازه‌ی مشخصی می‌باشند، به واسطه‌ی ترسیم گرافیکی دستورالعمل‌ها، از جمله، تعداد قرص‌های مورد نیاز جهت مصرف در زمان‌های لازمه، بهره ببرند (کالیچمان، راماچاندران و کتز، ۱۹۹۹). ولی با این حال، هیچ راه‌حلی نیز عاری از سهمی از اشکالات و ایرادات نیست. پژوهش انجام گرفته توسط پارکر، دیویس و وولف، حاکی از آن است که حتی گراف‌های تصویری ساده نیز می‌توانند گیج‌کننده باشند. این پژوهش‌گران اقدام به مصاحبه با چند صد داوطلب با سطوح متنوع در توانایی خواندن نمودند و نمونه‌هایی از برچسب‌های هشداری حقیقی را به آن‌ها نشان دادند. تعداد بالایی خطا در میان این مجموعه بروز یافت، حتی در میان افراد دارای مهارت‌های سوادی بالاتر (فرانکلین، ۲۰۰۵).

به عنوان مثال؛ پاسخ‌دهندگان، برچسب زرد رنگ منقوش به نشان‌های از خورشید دارای یک شکاف عبور کرده از میان آن را که به واقع قرار بود ایفاگر معنای "شما باید به هنگام استفاده از این دارو، از قرار گرفتن طولانی و یا ممتد در معرض تابش مستقیم و یا نور مصنوعی خورشید، احتراز کنید" باشد، به صورت‌های گوناگونی مورد تفسیر قرار دادند. برخی فکر کردند که این تصویر ایفاگر آن معنا است که قرص‌ها نمی‌بایستی در صورتی‌که مدت بیش از اندازه زیادی در معرض نور خورشید قرار گرفته باشند، مورد استفاده قرار گیرند. دیگران آن‌را بدین معنا تفسیر نموده بودند که مصرف‌کننده‌ی نهایی نمی‌بایستی دارو را در زیر آفتاب رها کند. برچسبی که نشان‌گر "فقط برای مصرف خارجی" بود، موجب گمراهی ۹۰ درصد از افراد دارای سطوح سوادی پایین گردید (فرانکلین، ۲۰۰۵). اگر همان‌گونه که لیپ خاطرنشان می‌سازد، یک خطای پزشکی به منزله "یک اقدام ناخواسته (ناشی از غفلت و یا ارتکاب انجام دادن یا انجام ندادن) و یا اقدامی‌که به نتایج در نظر گرفته شده برای آن دست نمی‌یابد"، مد نظر قرار داده شود، مشاهده خواهیم نمود که حتی ساده‌ترین نشانه‌ها نیز می‌توانند به بروز خطا منتج شوند.

گراف‌های تصویری، از لحاظ فرهنگی موضوعاتی ویژه محسوب می‌شوند، بنابراین، همیشه آزمایش ابتدایی آن‌ها پیش از هر کار دیگری، ایده‌ای خوب خواهد بود. استفاده از گروه‌های متمرکز که دربرگیرنده مخاطبان مورد نظر باشند، می‌تواند از بروز اشتباهات آشفته کننده جلوگیری و تضمین نماید که تصاویر متناسب بوده و به نحو مناسبی توسط خود بیمار تفسیر و استنباط می‌شوند. به عنوان نمونه در برخی از فرهنگ‌ها، بیماری‌ها به منزله عدم توازن میان ذهن و جسم مد نظر قرار می‌گیرند، در حالی‌که در غرب، آن‌ها معمولاً به نحو اکیدی با میکروب‌ها و ویروس‌ها مرتبط دانسته می‌شوند (کاوگیل و بالک، ۲۰۰۳، و ازبورن، ۲۰۰۵). چنین تقابلاتی نه تنها بر شیوه‌ای که ما باید از آن طریق به صحبت درباره مراقبت از سلامت برای گروه‌های متنوع بپردازیم، بلکه بر ارتباطی که می‌بایستی در میان بیماری‌ها و شرایط جسمانی و هر گونه تصویر بصری که در رابطه با آن‌ها مورد استفاده قرار دهیم، تاثیر خواهند گذاشت.

استفاده از شیوه "درس برگردان"

عناصر شیوه "درس برگردان"، حتی در قالب تاکیدات کارل راجرز در ارتباط با ادراک متقابل نیز آشکار و قابل مشاهد بوده‌اند. در قالب درس برگردان، خدمت‌رسان عرصه مراقبت از سلامت، از بیمار می‌خواهد آنچه که وی در طول مواجهه بالینی آموخته است را بازگو نماید. ارتباط بهتر معمولاً در خلال تبادل متعاقب اتفاق می‌افتند و تمام کج‌فهمی‌ها می‌توانند در طول همین فرآیند، آشکار شوند. شیوه درس برگردان باید در تمام ارتباط برقرار در میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات، در جهت بهبود ادراک بیمار مورد استفاده قرار گیرد. با این حال به یاد داشته باشید که بازگویی ساده اطلاعات به تنهایی تضمین کننده ادراک نبوده و به هیچ عنوان نمی‌تواند در خصوص این موضوع که بیمار آن را به یاد خواهد سپرد، اطمینان حاصل نماید. هاچهاوزر (b۲۰۰۵)، خاطرنشان می‌سازد که؛ "موفقیت حافظه‌ی کوتاه‌مدت تضمین‌کننده‌ی آن نیست که همان اطلاعات به حافظه‌ی بلندمدت قابل تبدیل خواهند بود، این‌ها دو فرآیند روان‌شناسانه و زیست‌شناسانه متفاوت از یکدیگر محسوب می‌شوند". عنصر حیاتی در این میان آن است که بیماران با اطلاعات جدید تعامل نمایند. وقتی‌که افراد چنین کاری را انجام دهند، یک تحول شیمیایی در مغز اتفاق خواهد افتاد که به یاد سپاری بلندمدت را تسهیل خواهد کرد (تامپسون و گرینوف، ۱۹۸۹).

با در نظر گرفتن این موضوع، فهرستی از راهبردهایی که در جهت ایجاد تعامل بین بیمار و راهنمایی‌های بالینی، قابل پیروی هستند و از کتاب «تعلیم بیماران دارای مهارت‌های سوادی پایین» نوشته دوک و همکاران (۱۹۹۶؛ صفحهی ۶۵) استخراج گردیده‌اند، از قرار زیر هستند:

- از بیمار بخواهید تا با استفاده از واژگان و شیوه سخن گفتن خودش به بیان اطلاعات جدیدش بپردازد.
- یک مساله مطرح کنید: "زمانی‌که به خانه بروید، این‌کار را چگونه/چه‌وقت انجام خواهید داد؟"
- از بیمار بپرسید که انتظار دارد تا از لحاظ مراعات‌گری و سازگاری، با چه مسائل و مشکلاتی مواجه شود.
- در طول یک جلسه تعلیم/یادگیری اقدام به پرسش‌گری کرده و با بیمار گفتمان برقرار کنید.
- سوالاتی را در ارتباط با مطالب نوشته شده مطرح کنید و جای خالی کافی برای نگارش و یا بررسی بیمار مطابق نظر خودش باقی بگذارید و یا از بیمار بخواهید تا دور تصویر انتخاب شده، یک دایره ترسیم نماید.
- به منظور آموزش و ارایه دستورالعمل به گروه‌های کوچک، تعامل را در میان اعضای گروه مورد پرورش و تقویت قرار دهید.

برچسب‌ها و تقویم‌ها

عوامل کمکی بصری نظیر برچسب‌ها و تقویم‌ها می‌توانند کمک کننده باشند. به عنوان مثال؛ جعبه‌های قرص می‌بایستی به‌صورت واضح و مشخصی برچسب‌زنی شوند، شاید با استفاده از یک سیستم رنگی ـ کدبندی شده و یا تقسیم شده به روزهای هفته و یا زمانی از روز که هر قرص باید مصرف شود. ترسیماتی که برای بیماران معقول و منطقی به نظر برسند، می‌توانند در صورت مورد استفاده قرار گرفتن، به انگیزش خاطرات و یادسپاری‌های بیماران کمک کرده و از قرار گرفتن داروهای صحیح در جعبه صحیح و مورد مصرف قرار

گرفتن در زمان صحیح اطمینان حاصل نمایند، به ویژه در شرایطی‌که بیماران در حال استفاده از داروهای چندگانه‌ای باشند. تخصیص یک جعبه قرص صبح/بعدازظهر و یا خردسازی آن بر مبنای روزهای هفته نیز می‌تواند اقدامی موثر محسوب شود.

دفترچه یادداشت روزانه دارویی

این یادداشت روزانه، ابزاری برای کمک به شما در جهت ثبت ردگیری تمام داروهایی است که مصرف می‌کنید. در اختیار داشتن فهرستی از داروهای‌تان، برای پزشکان شما نیز کمک کننده خواهد بود.

به هنگام پر نمودن یادداشت روزانه‌ی دارویی، از تحت شمول قرار دادن موارد زیر اطمینان حاصل کنید:

- تمام داروهای تجویزی که مصرف می‌کنید.
- تمام داروهای بدون نسخه که مصرف می‌کنید.
- تمام ویتامین‌هایی که مصرف می‌کنید.
- تمام واسطه‌های گیاهی که مصرف می‌کنید.

اطمینان حاصل کنید که یادداشت دارویی خود را همراه با خودتان به مطب پزشک‌تان و یا بیمارستان ببرید.

به منظور تکمیل نمودن یادداشت دارویی:

۱. نام دارویی که در حال مصرف آن هستید را در آن ثبت کنید. برخی از داروها ممکن است یک نام تجاری یا نام ژنریک داشته باشند. نام دارویی را که در اختیار دارید، ثبت کنید.

۲. دوزی را که مصرف می‌کنید، ثبت کنید. مثال: ۵۰ میلی‌گرم.

۳. تعدادی که از هر دارو مصرف می‌کنید را ثبت کنید. مثال: ۲ قرص، ۱ قرص.

۴. زمان‌هایی که دارو مصرف نموده‌اید را ثبت کنید. مثال: در صبح، هنگام صبحانه، هنگام شام، قبل از خواب.

۵. دلیل مصرف دارو را ثبت کنید. به عنوان مثال: فشارخون بالا. اگر در این خصوص اطمینان ندارید از دکترتان سئوال کنید.

۶. اگر دیگر دارویی را مصرف نمی‌کنید، بسادگی ورودی مربوط به آن‌را قلم بگیرید.

یادداشت روزانه دارویی برای: ----------
حساسیت‌ها: ----------

نام دارو	دوزی که مصرف می‌کنید	چند عدد مصرف می‌کنید؟	چه مواقعی مصرف می‌کنید؟	چرا مصرف می‌کنید؟

شکل (۴,۱) – یادداشت روزانه دارویی گرفته شده از بیمارستان عمومی مدینا

یکی دیگر از شیوه‌های سازماندهی، استفاده از یک دفتر یادداشت روزانه دارویی و یا تقویم دارویی است. بیمارستان عمومی مدینا، در مدینای اوهایو، ارایه‌گر یک دفتر یادداشت فردی بر روی وب‌سایت خودش می‌باشد که در قالب شکل (۴,۱) باز چاپ گردیده است (بیمارستان عمومی مدینا، ۲۰۰۵).

شش گام ساده، بیمار را در طول فرآیند پر نمودن این فرم هدایت می‌نمایند. دسته‌ها، دربرگیرنده نام دارو، دوز آن، تعداد قرص‌های مصرفی، زمان مصرف آن‌ها و دلیل مصرف آن‌ها هستند. سازمان‌دهنده‌های درمانی بسیاری قابل دسترسی می‌باشند، با این حال، تمام آن‌ها در سطوح سوادی پایین تنظیم نمی‌گردند. یکی دیگر از سازمان‌دهنده‌ها از طریق U.S. Pharmacopeia (USP, ۲۰۰۴) (کتاب دارویی ایالات‌متحده؛ شکل (۴,۲)) قابل دسترسی می‌باشد، با این حال فرم USP، قدری شلوغ‌تر از نسخه تهیه شده توسط مدینا (شکل (۴,۱) است. با این وجود، یک مزیت فرم USP، آن است که در قالب یک صفحه منفرد، نگهدارنده‌ی تمام اطلاعات از جمله، دستورالعمل‌ها و آموزش‌هاست.

سازمانده تجویز داروی فردی

اطلاعات بیمار: ----------

آدرس: ----------

شماره تلفن: ----------

تماس ضروری (نام/شماره تلفن): ----------

حساسیتهای دارویی و غذایی: ----------

اطلاعات مرتبط با ارایه‌دهنده خدمات سلامت

پزشک اصلی:---------- **شماره تلفن:**----------

آدرس: ----------

متخصص(ها):---------- **شماره تلفن:**----------

آدرس: ----------

داروخانه:---------- **شماره تلفن:**----------

آدرس: ----------

نام دارو (نام تجاری و ژنریک) و داروی بدون نسخه	پزشک تجویز کننده	مقدار (دوز)	چندبار در یک روز و در چه زمانی در طول روز این تجویز را مصرف می‌کنید؟	چه مایع/غذایی را باید یا نباید با این دارو مصرف کنید؟ دستورالعمل‌های خاص دیگری وجود دارند؟

شکل (۴,۲) – سازمانده درمان فردی اخذ شده از کتاب دارویی ایالات‌متحده (USP)

جدول (۱-۴) - نکاتی برای کمک به یادآوری به افراد در جهت مصرف داروها

۱. برچسب‌های بزرگ‌تر و خواناتری بر روی جعبه‌های قرص نصب کنید و یا اگر مصرف کننده دارو، در دانستن این‌که آن‌ها چه هستند، مشکل داشته باشد، آن‌ها را از طریق رنگ کدگذاری کنید.
۲. یک تقسیم کننده قرص ارزان قیمت بخرید تا بتوانید داروهای مرتبط با هر روز و هر وعده دارویی را بخش‌بندی کنید. در صورت امکان، هفته‌ای یک‌بار این‌کار را انجام دهید.
۳. مکان مشخصی را برای داروها تعیین و مهیا کنید. آشپزخانه (ولی نه بالای اجاق‌گاز) مکانی است که افراد هر روز در آنجا با یکدیگر ملاقات می‌نمایند و به‌طور کلی دارای نورپردازی مناسبی می‌باشد. داروها را در حمام ذخیره‌سازی نکنید، زیرا که در هنگام استحمام، گرم و مرطوب خواهد شد و ممکن است تهویه مناسبی نداشته باشد.
۴. یادآوری کننده‌ها و یا داروها را در موقعیت‌هایی قابل رویت قرار دهید.
۵. اطمینان حاصل کنید که یک ساعت قابل قرائت، رویت‌پذیر باشد.
۶. یک ساعت بزرگ ترسیم کنید و کدهای رنگی مرتبط با هر دارو را بر روی آن تعبیه کنید، در صورت نیاز از طریق تطبیق‌دهی رنگ‌ها با قوطی‌های قرص.
۷. یک چارت یا نمودار و یک سیستم چک کردن که فهرست کننده زمان‌های مشخص لازمه جهت مصرف داروها باشد، تهیه کنید: صبح، قبل‌ازظهر، ظهر، هنگام شام، شب پیش از خواب، و غیره. فهرست را بر مبنای داروهای مصرف شده تطبیق‌دهی کنید.
۸. بازپرسازی‌ها: از ۳ الی ۵ روز زودتر در فکر این کار باشید و بازپرسازی‌ها را مورد تایید قرار داده و پیش از آن‌که داروها به اتمام برسند، پرسازی را انجام دهید (وست ـ مایرز و هیلگر، ۲۰۰۴).

به یادآوری مصرف داروها، درباره بیماران مسنی که گزارش می‌کنند از راهبردهایی مبتنی بر اشارات خارجی برای اعلام کارهایی نظیر هنگام خواب و صرف غذا استفاده می‌کنند، مثال‌های حایز اهمیت محسوب می‌شود (اسپیرز و کوتزیک، ۱۹۹۵). با این حال، چنین به نظر نمی‌رسد که هیچ راهبرد منفردی بهتر از دیگری کار کند. جدول (۱-۴) که از کار وست ـ مایرز و هیلگر (۲۰۰۴) استخراج شده است، ارایه‌کننده چندین نکته در جهت کمک به بیماران در به یادآوری زمان مصرف داروهاشان می‌باشد.

تجویز الکترونیکی‌تر، تندنویسی‌های بدخط کمتر

ما پیشتر در این فصل به بحث پیرامون مخاطرات نسخه نویسی‌های ناخوانا و دستورالعمل‌های عجولانه تندنویسی شده پرداختیم. «انستیتوی شیوه‌های درمانی ایمن»، استفاده از تجویز الکترونیکی را در جهت کاستن از خطاهای درمانی توصیه می‌کند که نوید بخش فناوری رایانه‌ای‌سازی شده است، ولی به مثابه "نوشداروی تمام دردها نیست" (انستیتیوی شیوه‌های درمانی ایمن، ۲۰۰۰).

و حق نیز با آن‌ها است. در یک مورد مستند شده، یک پزشک از طریق استفاده از یک سیستم نرم‌افزاری فرمول‌نامه‌ای به منظور سفارش الکترونیکی از داروخانه‌ی سرپایی یک بیمارستان، تصادفاً بجای Ophthalmic Antibiotic Ocuflox (فلوکساسین)، عبارت Occlusal-HP را از یک فهرست الفبایی تولیدات، انتخاب نمود و سپس به داروساز دستور داد که "به همان صورتی‌که راهنمایی شده از آن استفاده نماید". داروساز نیز اقدام به مشاوره دادن به بیمار در ارتباط با استفاده‌ی صحیح از دارو ننمود و در نتیجه، اقدام به آماده‌سازی یک اسید سالیسیلیک ۱۷ درصدی برای برداشت زگیل نمود، در حالی‌که بیمار قرار بود از آن برای عارضه‌ی خودش (یعنی؛ عفونت چشم) استفاده نماید و ممکن بود که به دلیل مصرف این دارو بینایی‌اش را از دست بدهد (وایدا و پیترسون، ۲۰۰۲).

تعریف IOM در ارتباط با خطای پزشکی به منزله "ناکامی در یک اقدام برنامه‌ریزی شده جهت انجام به صورت مورد نظر و یا استفاده از برنامه‌ای غلط در جهت دستیابی به یک هدف" را در نظر بگیرید. انسان یقینا جایزالخطاست ولی با این حال، در زمان‌هایی، انجام

یک کار یا وظیفه "بنابر آنچه مد نظر بوده"، به خودی خود می‌تواند منتج به بروز یک اشـتباه گردد. درباره فوق‌الذکر، تجویز، به منزله "برنامه‌ریزی اشتباه" در جهت دستیابی به "نهایت مراقبت مناسب" بوده است.

بنابراین، تجویز الکترونیکی به وضوح دارای محدودیت‌ها و کمبودهایی می‌باشد. با این وجود، همان‌گونه که پیشتر نیز مشاهده نمودیم، آشـفتگی بالقوه ایجاد شده به واسطه دست‌خط ناخوانا، ریسـک‌های حتی مخاطره آمیزتری را برای بیمار ایجاد می‌نماید و این موضوع مسـتلزم چک‌ها و بالانس‌های دقیقاً مشـابهی خواهد بود. یک گذار محتاطانه به تجویز الکترونیکی تاکید کننده بر چک‌ها و بالانس‌های کافی، می‌تواند بهترین رویکرد ممکنه محسوب شود. به عنوان مثال؛ داروسازان و بیماران، هر دو می‌توانند اقدام به چک مجدد هر تجویز در جهت کسب اطمینان از صحت آن و رسیدن به ادراکی واضح در رابطه با آن برای بیمار در پیش از ترک نمودن داروخانه نمایند.

البته تا حدی بدیهی اسـت که چک کردن مجدد، اکنون یک رویه اسـتاندارد محسـوب می‌شـود، ولی با این حال، برخی داروسازان پر مشـغله ممکن اسـت کمتر از سایرین در این زمینه کوشا باشند. داروسازان پیچنده‌ی نسخه‌های تجویزی نیز می‌توانند از بیمار بپرسند که وی به چه منظوری خواسـتار اسـتفاده از داروی مورد نظر می‌باشد. مهم‌ترین نکته آن است که بیماران هرگز نباید عبارت "آن‌گونه که راهنمایی شـده" را به عنوان هدایت‌گر خود بر روی هر نسـخه‌ی مکتوبی و یا هر محتوای تجویزی مورد پذیرش قرار دهند، مگر تا وقتی‌که با داروساز مشاوره نموده باشند و یا صحت دستورالعمل‌های مرتبط با دارو را از طریق پزشک خودشان و یا سایر دست‌اندرکاران درمان در عرصه مراقبت از سلامت، مورد تایید و اعتبارسنجی قرار داده باشند.

روال‌ها و منابع منفرد و متمرکز برای اطلاعات

تمام بیماران و به ویژه بزرگسـالان مسـن‌تر، باید در جهت بنا نهادن یک روال، مصرف داروها در زمانی یکسان در هر روز و نگاه داشتن تمام داروها در یک مکان واحد، ترغیب و تشویق شوند. این اصل برای تمام کسانی که از داروهای تجویزی و یا غیرتجویزی (بدون نیاز به نسـخه) اسـتفاده می‌نمایند، قابل اعمال می‌باشد، ولی برای افراد دارای سواد سلامت پایین، بسیار کمک کننده‌تر خواهد بود، زیرا که می‌تواند به احساس سازماندهی شده‌تر بودن و کمتر نگران و آشفته بودن آن‌ها کمک نماید. بسیاری از داروخانه‌ها اکنون ارایه‌گر مکانی جهت مشاوره به بیماران می‌باشند و سایر دست‌اندرکاران درمان در عرصه‌ی مراقبت از سلامت نیز می‌توانند راه آن‌ها را در پیش بگیرند و از طریق اختصاص دادن مکان‌هایی آرام و خصوصی (و ترجیحاً دور از اتاق معاینات) در جهت تعامل با بیماران و تضمین شـفافیت و ادراک در ارتباط با همه گونه داروهای تجویز شده، بکوشند.

یـک شـیوه برای بنا نهادن یک روال درمانی موثر در خانواده‌های دارای بزرگسـالان کهن‌سـال‌تر، تخصیص‌دهـی همان فرد در جهت کمک‌رسـانی از طریق رژیم دارویی فرد سـالمند است. انجام این کار، موجب احتراز از گرفتاری در دام نسخه‌برداری تقلیدی دو یا چند عضو خانواده از یک دوز بر مبنای هر روز معین می‌باشـد. از همه این‌ها گذشـته، بیش از دوز مصرف نمودن برخی از داروها، می‌تواند مضر و یا حتی مرگ‌بار باشـد. در این روزگار ذخیره و ثبت سـوابق رایان‌های شـده، بزرگسالان مسـن‌تر باید به نحو پر قوتی در جهت حفظ و نگهداشت یک منبع داروخانه‌ای منفرد ترغیب شوند، به ویژه در شرایطی که در حال استفاده از داروهایی چندگانه باشند. یک داروخانه قادر به حفظ یک پایگاه داده‌ای منفرد و فعال اسـت که ارایه‌گر تمام داروهای تجویزی برای یک بیمار منفرد باشـد. تعویض مکرر داروخانه‌های چندگانه، موجب ایجاد پایگاه‌های داده‌ای ناپیوسـته و افزایش یافتن خطر اوردوز شـدن بیمار و یا استفاده‌ی وی از داروهایی خواهد شد که با یکدیگر در تضاد می‌باشند. داروسازی که دارای یک تصویر کامل در ارتباط با بیمار باشد، می‌تواند به بررسی تعامل دارویی در درون سیستم خودش و اطلاع‌رسانی به بیمار در صورت بروز هر گونه مثال‌های در ارتباط با تجویزهای جدید بپردازد.

نکته پایانی: مراقبت و ارتباط شفاف

ما در این فصل به بحث پیرامون خطاهای درمانی و تهدیدی که متوجه تمام بیماران، فارغ از توانایی خواندن آن‌ها، می‌سازند، پرداختیم. همان‌گونه که امید داشتیم نشان دهیم، بیماران دارای مهارت‌های سوادی پایین ممکن است به نحو خاصی در مقابل اشتباهات و ارتباط

نادرســت آســیب‌پذیر باشند. موانعی نظیر بروشورهای دارویی که به سختی قابل خواندن هستند و دستورالعمل‌های جعبه‌های تجویزی گیج کننده، همچنان به ایســتادگی خودشــان در مسیر دستیابی به مراقبت مناســب از بیمار ادامه خواهند داد، با این حال، شیوه‌های موثری جهت ارتقای دستاوردهای بیماران و کاستن از انواع خطاها، موجود و قابل دسترس می‌باشند، از جمله، استفاده‌ی گسترده‌تر از زبان غیر رسمی (صریح).

با این وجود، هیچ‌یک از روش‌های احتراز از خطاهای پزشکی، از اشتباه و کوته‌نظری مصون نخواهند بود و خطای انسانی، یک تهدید و خطر همچنان برقرار در نظام مراقبت از سلامت باقی خواهد ماند. به عنوان مثال، تاثیر بالقوه فاجعه‌بار جراحی بر روی موضع اشتباه که پیشتر مورد بحث قرار گرفته را در نظر بگیرید. چگونه چنین چیزی می‌تواند قابل اجتناب باشد؟ آکادمی آمریکایی جراحان اورتوپدی، در قالب تلاشی در جهت کاستن از حوادث غلط ـ موقعیتی، از یک برنامه‌ی "موضعی را که باید جراحی شود را نشانه‌گذاری کنید (امضاء کنید)" حمایت نمودند که مستلزم آن است که تمام جراحان، حروف مخفف نام خود را پیش از تیغ بدست گرفتن، در موقعیت جراحی حقیقی بر روی هر بیمار بجا گذارند (انســتیتیوی تحقیقات مراقبــت فوریتی، ۲۰۰۰؛ صفحه‌ی ۸). راهبردهای دیگر در جهت احتراز از خطای جراحی، مشــتمل هســتند بر تعیین موقعیت دائمی، سیستم چک مجدد (شامل به تایید بیمار رساندن موقعیت درست و دقیق مورد نظر برای جراحی) و یک چک‌لیست تاییدی. ولی حتی در شرایطی که هر کدام از این راهبردها نیز تا درجه‌ای متفاوت پیاده‌سازی گردند، خطاهای پزشکی همچنان متمایل به خزیدن به درون فرآیند خواهند بود.

بــه عنوان نمونه، در یک بیمارســتان بزرگ کالیفرنیای جنوبی، یک جراحی بر روی موضع اشــتباه اتفاق افتــاد که عمدتاً از اختلالات ارتباطی ناشــی شــده بود و نه لزوماً بدلیل فقدان تامین امنیت‌های سیستماتیک. یک زن بیمار شصت و چند ساله‌ی اسپانیایی زبان، به دلیل یک پارگی غضروفی میانی در زانوی چپاش، مجبور به قرار گرفتن تحت عمل جراحی شده بود. پرستار مرتبط با بیماران سرپایی وی را چک کرده، زانوی درســت را علامت‌گذاری نموده، چک مجدد کرد که فرم رضایت‌نامه بیمار با همان زانو تطابق داشــته باشد و از طریق یک مترجم که اتفاقاً پسر فرد بیمار بود، با بیمار صحبت کرد.

فرم رضایت‌نامه که به درســتی نشــانگر آرتروســکپی زانوی چپ بود، به زبان انگلیسی روان و قابل فهم نوشته شده بود. وقتی‌که پرستار جراحی که مهاجری پنجاه و چند ساله از کره بود و انگلیسی را با لهجه‌ی غلیظی صحبت می‌کرد، برای مصاحبه با بیمار سر رسید، پس از مطرح شــدن این پرســش که کدام زانو می‌بایستی توسط جراح، عمل شــود، بیمار به زانوی راست اشاره نمود. در این لحظه، پرستار جراحی، به رغم نشانگرهای موجود بر روی چارت و بدن بیمار در جهت مخالف، بر این تصمیم قرار گرفت که موقعیت صحیح می‌بایستی زانوی راست وی باشد. اندک زمانی بعدتر در اتاق جراحی، پرستار اقدام به تراشیدن ناحیه پیرامون زانوی راست و اعمال محلول بتادین به منظور آماده‌سازی بیمار جهت عمل جراحی نمود و سپس پای دیگر که قرار نبود جراحی شود را بوسیله روکشی پوشاند (همان پایی که دربرگیرنده زانوی چپ، یعنی زانوی صحیح جهت جراحی بود). در این زمان، تکنسین ضدعفونی جراحی که پشتش به سمت بیمار بود، اقدام به پوشاندن بیمار برای عمل جراحی نمود.

وقتی‌که جراح وارد اتاق عمل شــد، بیمار بیهوش و بدن وی به نحو مناســبی پوشــانده شده و تنها زانوی راست وی بیرون گذاشته شده بود. در طول عمل، جراح بنابر گزارشات، خاطرنشان کرده بود که بیماری تا آن حدی که وی گمان می‌کرده، حاد نبوده است، ولی بیمار در هر دو زانوی خود دارای التهاب مفصل بود و اندکی نشانه پارگی غضروف در زانوی ناصحیح انتخاب شده وی نیز وجود داشت. بعد از اتمام عمل، یعنی وقتی‌که پرستار به دکتر گفت که بیمار در حال به هوش آمدن از این موضوع در شگفت بوده که چرا زانوی راست وی باندپیچی شــده اســت، جراح متوجه اشتباه خود شد. در حقیقت برای مدت زمان کوتاهی پس از شنیدن درباره این پرس‌شگری بیمار، جراح همچنان کاملاً اطمینان داشت که بر روی زانوی چپ، عمل جراحی را انجام داده است.

بــه دنبال ایــن واقعه، کارکنان بخش جراحی اقدام به تغییر پروتکل خودشــان نمودند و تصمیم گرفتند کــه پیش از اقدام به هر عمل جراحی، به منظور کسب اطمینان از عدم بروز مجدد اشتباهات مربوط به جراحی بر روی موضع اشتباه، تامل کرده، به مشورت با یکدیگر و به بررسی چارت‌ها بپردازند (اس. نایت، ارتباط فردی، نوامبر ۲۰۰۵). البته، بدیهی است که جراح می‌توانست در همان زمان، خودش

اقدام به چک نمودن چارت‌ها و معاینه‌ی زانوی دیگر بیمار بنماید. به طرزی مشـابه، پرسـتار جراحی نیز می‌توانسـت اقدام به وارسی و اعتبارسنجی اطلاعات با مترجم و یا پرستار بیماران سرپایی و مقایسه با اطلاعات معتبر مندرج در سوابق بیمار نماید. ولی نکته اصلی در اینجا مقصر شناختن یک نفر نیست، بلکه هدف تاکید بر نقش لازم‌الاجرایی است که به واسطه ارتباطی شفاف و موثر ایفا خواهند گردید. همواره بررسـی و متعادل‌سـازی‌های بهتر و کاراتر، اموری ضروری و مورد نیاز محسوب می‌شـوند، حتی چنانچه که اضافی و یا زمان‌بر به نظر برسـند. بدیهی اسـت که حتی موثرترین چک‌ها و بالانس‌ها نیز قادر به حذف نیاز به برقراری ارتباط آزاد در میان پرسـتاران و سـایر کارکنان بالینی، میان پزشـکان تجویز کننده و داروسازها، میان بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت آن‌ها، میان بیماران و دوستان نزدیک و اعضای خانواده آن‌ها و حتی میان دوستان و اعضای خانواده بیماران و پزشکان و سایر خدمت‌رسانان رسـیدگی کننده به آن بیماران، نخواهند بود. وظیفه ما به عنوان ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت عرصه مراقبت از سـلامت، پیروی از الگوی راهنمای کارل راجرز فقید است که پشتیبان "شنیدن همراه با درک کردن" و یا "درمان مراجع‌مدار" در زمینه‌هایی بی‌شمار، از سیاسـت بین‌المللی گرفته تا ارتباط تک به تک بود. اگر ما نیز همین کار را انجام دهیم، نتیجه نهایی، دسـتیابی به یک سسیتم درمانی بیمار محور نوین برای قرن بیست و یکم خواهد بود.

فصل پنجـــم

دخیل کردن فرهنگ در فرآیند مراقبت

یک کودک سه ماهه توسط والدینش که قادر به تکلم به زبان انگلیسی نیستند به مرکز درمانی انجمن (MCMC) در مرسد کالیفرنیا آورده می‌شود. در این روز، یعنی ۲۴ اکتبر ۱۹۸۲، تنها کارمندی از بیمارستان که به صورتی الکن قادر به ترجمه برای بیماران مانگی است، دربانی است که به صورتی روان به زبان مادری خودش یعنی لایوسی، مسلط می‌باشد، ولی نه به زبان مانگی. برای این طفل یعنی؛ لیا لی، به جای صرع (یعنی؛ بیماری حقیقی‌اش)، اشتباهاً تراکیوبرونشیت (التهاب نای و نایژه) تشخیص داده می‌شود، و آنتی‌بیوتیک تجویز گردیده و به منزل فرستاده می‌شود.

والدین وی، این حال و وضع او را به برهم خوردن درب جلویی منزل به وسیله خواهر بزرگ‌تر کودک منتسب می‌دانستند؛ آنچه آن‌ها در زبان مانگی به عنوان quag dab peg، یعنی؛ "روح شما را می‌گیرد و شما به زمین می‌افتید"، می‌نامیدند (فادیمان، ۱۹۹۷؛ صفحه‌ی ۳). به عبارت دیگر، والدین لیا بر این باور بودند که وحشت زیاد حاصل شده به علت صدای بلند، موجب گریختن روح از بدن کودک، و تمایل یافتن آن به سمت یک روح بدطینت گشته است. در نظر آن‌ها، شرایطی که لیا با آن درگیر می‌باشد، نه اساساً بیماری صرع، بلکه گم‌گشتگی یا زوال روح است. با این حال، آن‌ها به دلایلی باور داشتند که دخترشان مورد تقدیس و برکت قرار گرفته و "شخصی بسیار خاص می‌باشد، زیرا وی دارای این ارواح در وجود خودش بوده و می‌تواند پس از رشد و بالغ شدن به یک کاهن یا جادوگر تبدیل شود" (فادیمان، ۱۹۹۷؛ صفحه ۲۲).

پزشکی که طی سومین مراجعه لیا به بخش اورژانس (ED)، او را تحت معاینه قرار داده بود، تشخیص داد که او با حمله‌ای شدید و سخت مواجه بوده است. با این حال، ادراک این پزشک در ارتباط با ریشه‌های وضع و حال کنونی نوزاد، با آنچه که والدین کودک، یعنی پناهندگانی لایوسی که دیگر فرزندان بسیار خود را نیز غالباً بر روی زمینی آلوده در خانه به دنیا آورده بودند، می‌پنداشتند، به نحوی جدی در تضاد و تقابل قرار داشت.

این داستانی است که توسط آن فادیمان در کتابش، یعنی "روح شما را می‌گیرد و شما به زمین می‌افتید: یک کودک مانگی، پزشکان آمریکایی وی و برخورد دو فرهنگ" (۱۹۹۷)، روایت گردیده است. فادیمان در سراسر این کتاب، به توصیف مجموعه‌ای از سوء ارتباط و مواجهات آشفته کننده در میان والدین لیا و مراقبت‌دهندگان MCMC می‌پردازد، موضوعی که به میان آورنده پرسش‌هایی عمیق در ارتباط با تقاضاهای مرتبط با سواد سلامت، اهمیت ارتباط بین فرهنگی، استانداردهای مراقبت از سلامت در ایالات‌متحده و ماهیت رضایت‌مندی آگاهانه و مطلعانه می‌باشد.

تلاش‌های فداکارانه و محبت‌آمیز والدین لیا در جهت مداوای وی از طریق مداخلات شمنیستیک (جادو-گرایانه) و قربانی کردن خوک‌ها و مرغ‌ها، نتیجه بخش نبودند. مشابهاً، پرستاران بازدید کننده از خانواده‌ی لی در خانه نیز تمام تلاش‌شان را در جهت سازگارسازی والدین لیا با رژیم دارویی وی به کار می‌بستند و اقدام به آزمودن بسیاری از رویکردهای سواد ـ سلامت ـ پایین که در فصل چهارم این کتاب مورد بحث قرار گرفته‌اند، می‌نمودند:

آن‌ها تلاش نمودند تا برچسب‌هایی را بر روی جعبه‌ها تعبیه نمایند؛ رنگ آبی برای داروهای صبحگاهی، رنگ قرمز برای داروهای ظهرگاهی و رنگ زرد برای داروهای شبانگاهی. آن‌ها تلاش کردند تا برای زمانِ دادن شربت به لیا، از طریق ترسیم خطوطی بر روی سرنگ‌های پلاستیکی و یا قطره‌چکان‌های دارویی، دوزهای صحیح را علامت‌گذاری کرده و سعی نمودند تا زمان دادن قرص‌ها به لیا، چارت‌هایی را که نشانگر بخش‌های کیک شکل بودند، ترسیم نمایند. آن‌ها کوشیدند تا نمونه‌هایی از هر قرص را با نوار چسب بر روی تقویمی که خورشیدها، غروب‌ها و ماه‌هایی را بر روی آن‌ها ترسیم نموده بودند، بچسبانند تلاش کردند تا قرص‌ها را بر اساس سهم روزانه در جعبه‌هایی پلاستیکی قرار دهند (فادیمان، ۱۹۹۷؛ صفحه‌ی ۴۸).

با این حال، عنصر مفقوده در میان این تلاش‌های مجدانه در جهت نجات دادن لیا، مقوله ادراک فرهنگی است. یک ـ پنجم افراد مقیم در مرسد، مانگی هستند و این موضوع باعث می‌شود تا رسیدگی کافی و مناسب به جمع بیماران از سوی کارکنان بخش مراقبت‌های سلامت مقیم در این منطقه، عملاً غیرممکن گردد، آن هم در حالی که فاقد حداقل آشنایی‌گذرای لازمه با آداب و سنن و باورهای مانگی می‌باشند.

مطابق نظر فادیمان، پرستاران و سایر ارایه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت در MCMC غالباً به دلیل موانع زبانی و فرهنگی، در ادراک بیماران مانگی خود ناموفق بوده‌اند و در همین حال، اعضای جامعه‌ی مانگی مرسد نیز در ارتباط با دستورالعمل‌های مراقبت از سلامت که دریافت نموده‌اند، با پریشانی و سردرگمی مواجه بوده‌اند. نتیجه‌ی حاصله از این موضوع، ایجاد یک شکاف ارتباطی تقریباً غیرقابل پل‌زنی بوده است. یکی از پزشکان به نویسنده می‌گوید که:

تا پیش از وقتی که لیا را ملاقات کنم، فکر می‌کردم که اگر مشکلی داشته باشید، می‌توانید همیشه از طریق نشستن و به اندازه کافی صحبت کردن، آن را حل کنید. ولی ما می‌توانستیم تا سر حد خفگی و کف کردن دهان‌مان با آن‌ها حرف بزنیم - می‌توانستیم آن‌ها را به همراه بهترین مترجم جهان به دانشکده پزشکی بفرستیم و آن‌ها کماکان فکر کنند که روش خودشان درست بوده است و روش ما اشتباه (فادیمان، ۱۹۹۷؛ صفحه‌ی ۲۵۹).

متاسفانه داستان لیا، پایان غم‌انگیزی داشت. بعد از امتحان کردن هر چیزی که به منظور سازگار نمودن اولیا کودک با رژیم ضد ـ تشنجی دخترشان، به ذهن می‌رسید، یکی از پزشکان اطفالِ ناظر کلینیک (مردی که دارای کم‌ترین آگاهی ممکن مرتبط با دلایل دینی و فرهنگی ناسازگاری اولیای کودک بود)، خدمات محافظتی کودکان را خبر نمود و لیا را تحت حمایت و سرپرستی آن‌ها قرار داد. گرچه که دختر کوچک، نهایتاً به والدینش باز پس داده شد، ولی با این حال کارش در آخر به جای بهبودی و مداوا به رنج بردن از مرگ مغزی منتهی شد.

یکی از پزشکانی که نویسنده به صحبت با وی پرداخته است، بر این موضوع اصرار می‌ورزد که آنچه موجبات صدمه‌رسانی به مغز لیا را فراهم آورده است، شوک عفونی بوده است نه عدم مراعات و ناسازگاری والدین وی با دستورات پزشکان؛ ولی در این خصوص کم‌ترین اتفاق نظر وجود دارد. نکته اصلی در همین‌جا نهفته است. فادیمان، رنج و فشار بسیاری را به خود وارد می‌آورد تا با هر دو طرف قضیه منصفانه برخورد نماید و بدون قضاوت و مقصریابی به پرسیدن سوالات خودش بپردازد. نویسنده برانگیخته و خشمگین شده در بخش‌های انتهایی کتاب، این‌گونه تاسف خود را ابراز می‌کند که؛ "من به این باور رسیدهام که زندگی لیا نه به واسطه شوک عفونی و یا والدین ناسازگار و غیرمراعات کننده، بلکه به دلیل بدفهمی و سوء ادراک میان ـ فرهنگی تباه گردیده است" (فادیمان، ۱۹۹۷؛ صفحه‌ی ۲۶۲).

ویژگی‌های جمعیتی در حال تغییر

تحول سریع چشم‌انداز قومی و نژادی مرسد، بستر را برای چنین سوءتفاهماتی هموار نموده است. پیش از سال ۱۹۷۵، مانگی‌های بسیار معدودی در خارج از جنوب شرقی آسیا، در مناطقی نظیر کالیفرنیا و یا سایر جاها، قابل یافت بودند. با این حال پس از پایان یافتن جنگ ویتنام، بیش از نیم میلیون پناهنده در سراسر دنیا پراکنده شدند و عمدتاً در ایالات‌متحده سکونت گزیدند. تا سال ۲۰۰۱، حدود ۳۰۰۰۰۰ مانگی در ایالات‌متحده زندگی می‌کردند و در این میان سهم مرسد به تنهایی، رقمی بالغ بر ۱۲۰۰۰ نفر بود (پاپزب، ۲۰۰۱، و تایو، ۱۹۹۹).

داستان لیا لی گرچه تراژیک و غم‌انگیز است، ولی قطعاً منحصر به فرد نیست. چنین فاجعه اندوه‌باری در مکان‌هایی از مرسد گرفته تا سن‌آنتونیو تا بوستون، احتمالاً به دفعات بسیاری اتفاق افتاده و به سهولت می‌تواند باز هم قابل وقوع باشد.

البته، بدیهی است که تمام مهاجران، پناهنده نیستند، ولی شکی در کار نیست که ویژگی‌های جمعیتی ایالات‌متحده در حال تغییر و تحولی سریع می‌باشد. مردمی که از تمام نقاط جهان (آسیا، آفریقا و آمریکای مرکزی و جنوبی) به آمریکا آمده‌اند، همچنان به دگردیسی و متحول نمودن چهره فرهنگ آمریکایی ادامه می‌دهند، درست مانند آنچه که در طول میانه دهه ۱۹۷۰ بر مرسد رفته است. در سال‌های پیش رو، گروه‌هایی که امروزه تشکیل دهنده درصد نسبتاً پایینی از جمعیت می‌باشند، بازنمود دهنده سهم بزرگ‌تری از کشور خواهند بود.

اگر صحت برخی چشم‌اندازهای جمعیتی اثبات گردد، در حقیقت، تعریف یک اقلیت ممکن است نیازمند تغییر و تحولی پیش از

پایان قرن باشـد. تا سـال ۲۰۸۰، چنین انتظار می‌رود که آمریکایی‌های سفیدپوسـت تشکیل دهنده تنها ۴۸/۹ درصد از جمعیت کلی ایالات‌متحده باشند (کاتالانو، ۲۰۰۳). نیازمندی به رویکردهای مراقبت از سلامت که پاسخ‌گوی چالش‌های یک جمعیت متنوع باشند، به زودی به سـطح نیازی مبرم برای همه زمان‌ها ارتقا خواهد یافت. چشـم‌انداز تحول یابنده ما، بر نیاز به رویکردهایی به لحاظ فرهنگی آگاه نسـبت به مقوله مراقبت از سـلامت تاکید می‌کند. بدیهی اسـت که گرچه کنار آمدن با فرهنگ‌های متنوع در سیستم مراقبت از سلامت، شاید کماکان به اولویتی جدی تبدیل نگردیده باشد، ولی به‌طور قطع این موضوعی است که به زودی اتفاق خواهد افتاد.

حتی امروزه نیز ادراک تفاوت‌های جزیی فرهنگ‌های بیماران، برای ارایه‌دهندگان خدمات مراقبت از سـلامت، به آدابی فراتر از توجه و منفعت‌سنجی صرفاً مودبانه تبدیل شده است. مد نظر قرار دادن رفتارهای بیماران، امری محوری و جدایی‌ناپذیر در جهت غلبه بر موانع ارتباطی مرتبط با سواد سلامت پایین محسوب می‌شود و می‌تواند بر سلامت کلی بیماران نیز تاثیرگذار باشد. علاوه بر آن، درک کردن واکنش‌های بیماران نسـبت به درمان‌های تجویزی نیز به امری حیاتی و حایز اهمیت تبدیل شـده اسـت. به عبارت دیگر، درک نمودن فرهنگ‌های بیماران، عاملی مطلقاً ضروری در جهت ارایه مناسب خدمات مراقبتی محسوب می‌شود.

در ایالات‌متحـده و در همراهـی با تنوع گروه‌های نژادی و تجربیات گوناگون در این زمینه، متخصصان امر مراقبت از سـلامت، نیازمند افزایش‌دهی آگاهی و حساسـیت خود در ارتباط با هویت فرهنگی جمعیت بیماران خودشـان می‌باشـند. آن‌ها نیازمند برداشتن گام-هایی در جهت ادراک تاثیر فرهنگ بر رفتارها و تجربیات بیماران خود تا جایی هسـتند که این رفتارها و تجربیات بر سـلامت تاثیرگذار می‌باشـند. چنانچـه ارایه‌دهندگان این خدمـات، خواهان فراهم‌آوری مراقبتـی کیفیت بالا برای بیماران خود باشـند، نیازمند آموزش خودشان و فعالیت در جهت مکاشفه‌ی فرهنگ خود و باورها، ارزش‌ها و گرایشات زیربنایی خودشان هستند.

فرهنگ چیست؟

تعریف فرهنگ، کار سـهل و آسـانی نیست. مروری بر ادبیات پژوهشی، منتج به صدها احتمال مختلف خواهد گردید. کاربر و کلاکسون (۱۹۷۸)، بـه تنهایی به نقل بیش از ۱۶۰ تعریف می‌پردازند. یکی از تعاریف متعلق اسـت بـه لنینگر (۱۹۷۸) که فرهنگ را "ارزش‌ها، باورها، هنجارها و آداب و رسـوم زندگی آموخته شـده، سهیم شده و منتشر شده متعلق به گروهی مشخص از افراد که هدایت‌گر تفکر، تصمیمات و کنش‌های آن‌ها به شـیوه‌هایی الگوسـازی شده می‌باشـند" می‌نامد. فرهنگ، از این جهت در ارتباط با مبحث ناظر بر سواد سـلامت حایز اهمیت اسـت که به منزله لنز دوربینی اسـت که افراد از طریق آن می‌بینند و معانی را به ارتباط سلامت پیوند می‌دهند (انستیتیوی پزشکی، ۲۰۰۴).

بنابراین، فرهنگ در معنایی وسیع‌تر، عبارت است از زمینه‌ای که ما در درون آن فعالیت می‌کنیم. فرهنگ به معنای محیط ما و هر آنچه که در آن اسـت، می‌باشـد. جایی اسـت که ما در درون آن زندگی می‌کنیم: پهنه گیتی، کشور، شهر و محله است. فرهنگ عبارت است از افرادی که با آن‌ها تعامل می‌کنیم: خانواده ما، همکاران ما، همسـایگان‌مان و دوسـتان‌مان. فرهنگ عبارت اسـت از ایده‌ها و مفاهیم مشترکی که ما از طریق نمایش‌های تلویزیونی و فیلم‌هایی که تماشا می‌کنیم، از طریق موسیقی‌ای که به آن گوش می‌دهیم و از طریق کتاب‌هایی که می‌خوانیم، در معرض آن‌ها قرار می‌گیریم. فرهنگ عبارت است از پیشینه ما، نژاد ما، باورهای دینی ما، تجربه و پیشینه شخصی ما. عبارت است از زبان ما، سطح تحصیلات ما و ارتباط سیاسی ما. فرهنگ چیزی است مشتمل بر تمام موضوعات فوق و حتی چیزهایی افزوده بر آن.

حتی غیرجدی‌ترین مطالعات مرتبط با مقوله‌ی فرهنگ نیز آشکارکننده مفهومی پیچیده و غامض می‌باشند. دو شخص که از یک کشور هسـتند مشـترکات فرهنگی زیادی خواهند داشـت. اما تاثیر فرهنگ، برای هر کدام از آن‌ها دقیقاً به یک شـکل نیست. همان‌گونه که دانشجوی دکترا، یعنی آماندا لیا، بسیار ماهرانه بیان می‌نماید، "تنوع فرهنگی ... واقعیتی است که در بین و در درون گروه‌های قومی و نژادی وجود و حضور دارد" (لیا، ۱۹۹۴؛ صفحه‌ی ۳۰۸).

دو فردی را در نظر بگیرید که در شهرهایی متفاوت از یک کشور یکسان زندگی می‌کنند. در بعضی مناطق دنیا، این می‌تواند دقیقاً بدین

معنا باشد که آن‌ها به زبان‌های متفاوتی تکلم می‌کنند. ممکن است بدین معنا باشد که غذاهای متفاوتی می‌خورند و از ادیان متفاوتی پیروی می‌کنند. تصور کنید که چگونه تمام این تفاوت‌ها می‌توانند بر چگونگی نگرش افراد به جهان تاثیر بگذارند.

حتی در ایالات‌متحده نیز علیرغم این تصور که آمریکا به منزله دیگ جوشـانی از قومیت‌ها و فرهنگ‌ها مد نظر قرار می‌گیرد، منطقه‌ای که در آن زندگی می‌کنید، تا حدی شـکل‌دهنده فرهنگ شـما می‌باشـد. برخی از عناصر سـازنده، هرگز به‌طور کامل در این دیگ جوشان حل نمی‌شوند. به عنوان نمونه، مد و اسلوب متداول لباس پوشیدن در لس‌آنجلس، نسبت به نیویورک متفاوت است و نیویورک نیز نسـبت به روندهای جاری در میامی متفاوت می‌باشـد. اصطلاحات رایج در "فارگوی داکوتای شمالی"، با تکیه کلام‌های متداول در «سـاوانای جورجیا» یکسـان نیستند. یک شام یکشنبه شب در نیو اورلئانز، ممکن است تا حد قابل ملاحظه‌ای نسبت به آنچه که مردم "پورتلند اورگون" و یا "پورتلند مین" به عنوان شام یکشنبه شب صرف می‌نمایند، متفاوت باشد.

مکانی که یک فرد در آن زندگی می‌کند نیز تنها یکی از انبوه متغیرهایی است که شکل‌دهنده فرهنگ وی می‌باشد. تصور کنید که دنیا در نگاه دو فردی که دارای سطوح متفاوتی از تحصیلات و درآمد هستند، تا چه حد می‌تواند متفاوت باشد. این موضوع را در نظر بگیرید که چگونه ارزش‌ها و اولویت‌های افراد، به موازات ورود آن‌ها به فازهای مختلف از زندگی‌شان، دستخوش تغییر و تحول می‌شوند؛ وقتی که خانواده و یا دوسـتانی را پیدا می‌کنند و یا از دسـت می‌دهند، وقتی که شـاهد رخدادهای جهان می‌باشـند، وقتی که با چالش‌های شـخصی مواجه می‌شـوند و یا وقتی‌که در جهت اهداف فردی خودشـان کار و فعالیت می‌کنند. دو فرد اهل یک کشور (و یا یک شهر، از یـک محله و در همسـایگی هم، از یک خیابان و حتی از یک خانـواده)، در تجربه نمودن مقوله‌ی فرهنگ دارای تفاوت‌هایی جزیی با یکدیگر خواهند بود.

فرهنگ و تعاملات میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات

علیرغم چالش برانگیز بودن تعریف فرهنگ و یا فهرسـت نمودن تمام چیزهایی که در کنار یکدیگر شـکل دهنده‌ی فرهنگ یک گروه و یا فرد خاص می‌باشـند، اهمیت ادراک فرهنگ، موضوعی نیسـت که بتوان آن‌را بیش از حد دسـت بالا گرفت و مورد مبالغه قرار داد. فرهنگ، شـکل دهنده باورها، گرایشـات و ارزش‌های ما است. بنابراین، چندان تعجب‌آور نخواهد بود که فرهنگ اعمال کننده‌ی تاثیری قابل ملاحظه و معنادار بر سواد سلامت باشد. همان‌گونه که در فصول پیشین نیز مشاهده نمودیم، سواد سلامت می‌تواند دارای تاثیری عمیق بر کیفیت مراقبت از سلامت باشد. بنابراین، ارایه‌دهندگان خدمات سلامتی که از تاثیرات سواد سلامت بر روی مراقبت از بیمار و سازگاری و مراعات‌گری وی آگاه هستند و کسانی که در صدد بهینه‌سازی توجه و مراقبت از بیماران خود می‌باشند، می‌بایستی تاثیرات فرهنگ بر بیماران خود را نیز وارد محاسبه‌ی خود نمایند.

این موضوع به صورتی خاص، مقوله‌ای دارای اهمیت ویژه (و شـاید به‌طور ویژه‌ای چالش برانگیز) در ایالات‌متحده محسـوب می‌شود و این اهمیت ناشـی از طیف گسـترده‌ی پیشینه‌های نژادی و قومی و تنوع‌پذیری زبان‌های گویش در ایالات‌متحده است. سرشماری سال ۲۰۰۰ ایالات‌متحده، گزارشـگر حضور و زیسـت بیش از ۲۱۱ میلیون آمریکایی با دودمانی اروپایی و در کنارش، ۷۰ میلیون نفر متعلق به سـایر گروه‌های نژادی و فرهنگی در آمریکا بوده اسـت (اداره سرشماری ایالات‌متحده، ۲۰۰۰). این گروه‌های مردمی متفاوت، دارای ایدهها و تفکراتی متفاوت درباره‌ی سلامت و تندرستی، درباره ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و موسسات مرتبط با مراقبت از سلامت و درباره‌ی بیماری و تناسب مداخلات خاص می‌باشند. تنوع زبانی و سبک‌ها و شیوه‌های ارتباطی مورد استفاده از سوی تمام این گروه‌های متفاوت را نیز به این مقوله اضافه کنید و نهایتاً چنین به نظر می‌رسـد که چالش پاسـخ‌گویی به مولفه فرهنگی سـواد سلامت، به طرز قدرت‌مندی در حال شروع به نمایان شدن هستند.

با این حال، کلیت صنعت مراقبت از سـلامت، باید در جهت بهترین خدمت‌رسـانی به بیماران، هم موضوع ایفاگر نقش بودن فرهنگ در زمینه سواد سلامت و هم چگونگی این ایفاگری نقش را به رسمیت شناخته و مورد شناسایی قرار دهد. نهایتاً، تنها از طریق شناسایی و درک کردن مولفه‌ها و اجزای فرهنگ است که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت می‌توانند به درستی نسبت به جمعیت

بیماران مرتبط با خودشان، توجه و مراقبت نشان دهند.

چالش‌های یک محیط چند فرهنگی

تنوع‌پذیری فرهنگ‌ها در ایالات‌متحده، ایجاد کنندهی چالش‌هایی ویژه برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت است که متعهد به ارایه مراقبت حساس و شایسته از لحاظ فرهنگی برای بیماران خود می‌باشند. ویژگی‌های جمعیتی به سرعت تحول یابنده‌ی ما، بر اهمیت به رسمیت شناسی اختلافات فرهنگی از سوی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، تاکید می‌کند و شاید مهم‌تر از آن، بر اتخاذ رویکردی از سوی آن‌ها در جهت ارایه مراقبت از بیمار تاکید می‌کند که به آن‌ها اجازه دهد تا بتوانند "عملکردی همراه با دلسوزی و احترام برای‌شان، ارزش و یکتایی منحصر به فرد ذاتی هر فرد داشته باشند" (انجمن پرستاران آمریکایی، ۲۰۰۱). فلاورز (۲۰۰۴) خاطرنشان می‌سازد که پارهای اوقات، دستیابی به مراقبتی به لحاظ فرهنگی شایسته از بیمار، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت را در موقعیت پشتیبانی از بیماران، حتی در شرایطی قرار می‌دهد که تصمیمات‌شان در تعارض با شیوه‌های استاندارد مراقبت از سلامت قرار می‌گیرد. وی به عنوان نمونه، به نقل تجربه زیر می‌پردازد:

من به عنوان یک پرستار اتاق فوریت‌ها در یک بیمارستان روستایی کوچک، شاهد و ناظر بودم که زمانی یک پیرمرد بومی آمریکایی به وسیله همسر، پسران و دخترانش به اتاق فوریت‌ها آورده شد. وی دارای سابقه دو انفارکتوس میوکارد بود و یافته‌های کلینیکی و بالینی وی حاکی از آن بودند که او در حال رویارویی با انفارکتوس سوم می‌باشد. در طول ارزیابی بیمار، وی در حالتی آرام و خونسردانه به کارکنان و پزشک اتاق فوریت‌ها گفت که وی فارغ از آورده شدنش به بیمارستان، پیرو "شیوه‌های کهن" در ارتباط با مرگ می‌باشد. او "با خداوند به مصالحه رسیده و آماده مردن بود" و "می‌خواست که خانواده‌اش در کنارش باشند" (فلاورز، ۲۰۰۴؛ صفحه‌ی ۴۹).

علیرغم ابراز این آرزوها از سوی بیمار، پزشک بخش فوریت‌ها، دستور تجویز مایعات وریدی، تزریق دوپامین، نصب سوند و انتقال وی به واحد مراقبت‌های ویژه (ICU) یک بیمارستان محلی در فاصله‌ای سه ساعته از آن‌جا را داد. این بیمار، ظرف دو هفته و پس از دو code blues و لوله‌گذاری و دریافت سیستم تنفس مصنوعی مکانیکی در بخش عمده‌ای از این زمان، فوت نمود. به غیر از همسرش، هیچ یک از اعضای خانواده‌اش به هنگام مرگ در کنارش حاضر نبودند. بقیه‌ی اعضای خانواده، از عهده تامین هزینه سفر به مکان مراقبت از سلامت که سه ساعت با منزل‌شان فاصله داشت، برنمی‌آمدند.

ارزش‌ها و باورهای مد نظر بیمار، در مقابل نظرات ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت که تصمیم گیرنده‌ی شیوه‌ی درمان وی بودند، درجه دوم محسوب می‌شدند. فلاورز، چنین استدلال می‌کند که بیمار کاملاً برای کارکنان بخش فوریت‌ها مشخص ساخته بود که خواستار شیوه‌های درمانی و پزشکی مدرن و مهاجمانه برای خودش نیست و او می‌دانست که چنین تصمیمی نهایتاً مرگ‌بار خواهد بود. مشخصاً چنین به نظر می‌رسید که بیمار در رابطه با این موضوع که در کنار داشتن خانواده‌اش به هنگام مرگ، برای وی مهم بوده، صریح و شفاف بوده است.

با این حال، این بیمار در نقطه‌ی پایانی زندگی‌اش، به واسطه‌ی دستگاه‌ها زنده نگاه داشته شده بود و خانواده‌ی وی ساعت‌ها با وی فاصله داشتند. تردیدی وجود ندارد که پزشک بخش فوریت‌ها که به وی رسیدگی کرده است، قصد و نیت بهترین‌ها را برای وی داشته است. هیچ شکی وجود ندارد که این پزشک از روش‌های استاندارد برای درمان این بیمار پیروی کرده است. ولی با این وجود، تصمیمات پزشک، در تقابل با آرزوها و خواسته‌های بیمار قرار داشتند و این ارزش‌ها و باورهای پزشک (و نه نظرات بیمار) بودند که دارای بیشترین وزن پنداشته می‌شدند.

صلاحیت فرهنگی

داستان‌هایی شبیه به این، بر اهمیت ایجاد و بسط رویکردی نسبت به مراقبت از بیمار تاکید می‌کنند که فرهنگ را در فرآیند "تصمیم‌گیری" دخیل می‌داند. بدیهی است که تاثیر فرهنگ بر فرآیند مراقبت از سلامت، نه به سهولت قابل شناسایی و نه به آسانی

قابل مدیریت می‌باشـد. با این حال، اهمیت شناسـایی و مدیریت نمودن این تاثیر، حتی درصورت دشـوارتر شدن کار، افزایش بیشتری نیز می‌یابد.

هرچه ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، با جمعیت‌های متنوع‌تری از بیماران سرو کار داشته باشند، شناسایی تاثیرات فرهنگ بر فرآیندهای تفکری و رفتارهای بیماران خود و آماده‌سازی خودشان در جهت پرداختن به این تاثیر، اهمیت بیشتر و بیشتری برای آن‌ها پیدا می‌کند. ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت در شروع کار نیازمند به رسمیت شناختن این موضوع هستند که نقش آن‌ها، همان‌گونه که همیشه نیز چنین بوده، فراهم‌آوری مراقبت موثر برای بیمار اسـت. به رسـمیت شناسـی تاثیر فرهنگ در سناریوهای مرتبط با مراقبت از سلامت، تغییر دهنده آن هدف نیست، بلکه در حقیقت، به منزله فرصتی برای انجام آن به‌طور کامل است. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سـلامت به جای نگریسـتن به فرهنگ به عنوان مانعی که در ادراک و یا سازگاری بیمار اختلال ایجاد می‌کند، شاید می‌بایستی آن‌را بـه عنـوان ابزاری برای ابرقراری ارتباط مد نظر قرار دهند. ادراک فرهنگ یک بیمار و تاثیر بالقوه آن بر روی ادراکش، باورها و سـطح راحتی و آسـودگی وی، به یک ارایه‌دهنده خدمات اجازه می‌دهد تا با آن بیمار در سـطح مناسـب‌تری ارتباط برقرار نماید، سطحی که دارای احتمال بالاتری برای رسیدن به مراقبت شایسته و سازگاری‌یابی با دستورالعمل‌ها است.

کراس و همکاران (۱۹۸۹)، کفایت فرهنگی را به عنوان "مجموعه‌ای از رفتارها، گرایشات و سیاست‌های متجانس و هم‌خوان که در یک سیسـتم، سـازمان و یا در میان متخصصان گرد می‌آیند و آن سیستم، سازمان و یا متخصصان را در جهت فعالیت موثر در موقعیت‌های میان ـ فرهنگی توانمند می‌نمایند"، تعریف می‌کنند. انجمن ملی پزشـکی (n.d.) در مقدمات الفبایی کفایت فرهنگی خودش، تشـریح می‌نماید که فرهنگ عبارت است از "کاربری آگاهی‌های فرهنگی، رفتارها، و مهارت‌های کلینیکی و میان ـ فردی‌ای که سطح اثربخشی یک خدمت‌رسـان را در زمینه‌ی مراقبت از بیمار، ارتقا می‌دهد". به طرزی مشـابه، اسـتانداردهای خدمات مناسب به لحاظ فرهنگی و زبانی (CLAS) متعلق به دپارتمان سلامت و خدمات انسانی (DHHS) آمریکا نیز کفایت فرهنگی را به عنوان "ظرفیت و کفایت کارکرد موثر به منزله‌ی یک فرد و یک سـازمان در چارچوب و زمینه‌ی باورها، رفتارها و نیازهای فرهنگی ارایه شـده از سوی مصرف‌کنندگان و جوامع آن‌ها"، تعریف می‌کنند (IOM، ۲۰۰۴).

بر مبنای این نقطه نظرات و سـایر دیدگاه‌های مشـابه با این‌ها در ارتباط با کفایت و به رسمیت‌شناسی نقش فرهنگ در تعاملات میان بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات، انستیتو پزشکی در گفتمان پیرامون سلامت: ارزیابی راهبردهای ارتباطی مربوط به سلامت برای جمعیت‌های متنوع (۲۰۰۲)، به شناسایی مولفه‌های زیر در ارتباط با کفایت فرهنگی می‌پردازد:

آگاهی فرهنگی

IOM، متذکر می‌شـود که یک فرآیند شـناختی آگاهانه در ارتباط با تشخیص باورها، ارزش‌ها و آداب و رسوم فرهنگی، بخشی ضروری از رویکرد تمام ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت محسـوب می‌شود که مشتاق کار کردن با بیماران بوده و نسبت به فرهنگ بیماران خود حسـاس می‌باشند (IOM، ۲۰۰۲). این فرآیند دربرگیرنده‌ی شناسـایی فرهنگ خود ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نیز است که امری ضروری در جهت کسب اطمینان در این خصوص است که به طرزی غیرآگاهانه باورها، ارزش‌ها و یا الگوهای رفتاری متعلق به خودشان را به بیماران تحمیل ننمایند (لنینگر، ۱۹۷۸).

ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت در توسـعه نوعی رویکرد فرهنگی حساس نسـبت به تعاملات بیماران دارای مسئولیتی هستند؛ در این رویکرد ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت باید در جهت آموزش دیدن خودشان درباره جهان‌بینی فرهنگ‌های مختلف، تمهیداتی را اتخاذ نمایند. (IOM، ۲۰۰۲). کمپینا ـ باکوت (۲۰۰۲) و پورنل (۱۹۹۸)، چهار مرحله را در درون این فرآیند خودآموزی مورد شناسایی قرار داده‌اند: عدم کفایت ناآگاهانه، عدم کفایت آگاهانه، کفایت آگاهانه و کفایت ناآگاهانه.

عدم کفایت ناآگاهانه راجع است به حالت ناآگاهی نسبت به فقدان و کمبود آگاهی‌های فرهنگی فردی. تحت این شرایط، ارایه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت، متوجه نیستند که تفاوت‌هایی فرهنگی میان خودشان و بیماران خود وجود دارند.

عدم کفایت آگاهانه، راجع اســت به حالت آگاهی نســبت به فقدان و کمبود دانش و آگاهی درباره‌ی ســایر فرهنگ‌ها. چنین آگاهی‌ای می‌تواند از آموزش رســمی در ارتباط با تنوع‌پذیری فرهنگی، مطالعه مقالات مرتبط با این موضوع و یا تجربه‌ی شــخصی در ارتباط با بیمارانی متعلق به ســایر فرهنگ‌ها منتج شــود. به گفته‌ی کامپینا ـ باکوت (۲۰۰۲)؛ در این مرحله، ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت، آگاهــی ناظــر بر "می‌دانم" را در اختیار دارند، ولی فاقد آگاهی ناظر بر "می‌دانم چگونه" هســتند. آن‌ها می‌دانند که فرهنگ، یک جنبه حایز اهمیت در ارتباط با مراقبت از سلامت محسوب می‌شود، ولی کماکان نمی‌دانند که چگونه این آگاهی را مورد استفاده قرار دهند. کفایــت آگاهانه، راجع اســت به حالت یادگیــری ارادی و آگاهانه درباره فرهنگ‌های متفاوت و ارایه گونــه‌ای مراقبت به لحاظ فرهنگی پاسخ‌گو.

کفایت ناآگاهانه، راجع است به توانایی یک ارایه‌دهنده خدمات سلامت در زمینه‌ی ارایه‌ی خودکار و غیر ارادی مراقبت به لحاظ فرهنگی پاسخ‌گو به بیماران متعلق به پیشینه‌های فرهنگی گوناگون (کامپینا ـ باکوت، ۲۰۰۲).

مهارت فرهنگی

رویکــرد یــک ارایه‌دهنده خدمات ســلامت به تعاملات بیمار، می‌بایســتی به منظور با کفایت بودن به لحــاظ فرهنگی، وی را در جهت گردآوری داده‌ها و به اجرا گذاشتن سوابق پزشکی‌ای که هم کامل و هم دارای حساسیت فرهنگی باشند، توانا سازد (IOM، ۲۰۰۲).

مواجهه فرهنگی

این مولفه از کفایت فرهنگی، راجع است به تعاملات مستقیم در میان ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران، با توجه به این موضوع که آن‌ها ممکن اســت دارای پیشــینه‌های فرهنگی متفاوتی باشــند. هرچه ارایه‌دهندگان خدمات مراقبت از ســلامت، با بیماران دارای پیشــینه‌های فرهنگی متنوع‌تری تعامل نمایند، فرصت‌های بیشــتری را در جهت پالایش رویکردهاشان نسبت به این گروه‌ها، در اختیار خواهند داشت (IOM، ۲۰۰۲).

البته، بدیهی اســت که تمام نگرانی‌ها و دغدغه‌های تاثیرگذار بر مراقبت از ســلامت متعلق به گونه میان فرهنگی نیســتند. همان‌گونه که در فصل اول آموختیم، غالب افراد دارای مهارت‌های ســواد ســلامت پایین، آمریکایی‌های سفید پوست بومی‌زاده هستند. به عبارت دیگر، ســواد ســلامت پایین منحصراً محصول اختلافات در زبان و یا پیشینه‌های قومی و نژادی نیست. این معضل تنها بر مهاجران و یا افراد غیربومی تکلم کننده به زبان انگلیسی تاثیرگذار نیست. دغدغه‌مندی‌ها و تلاش‌های مربوط به سواد سلامت، قطعاً نیازمند در نظر گرفتن این گروه‌های مردمی هســتند، ولی این مســائل لزوماً منحصر به همین گروه‌ها نیســتند. به‌طور مشابه، ایده کفایت فرهنگی نیز دارای مفاهیمی خارج از حیطه ســواد ســلامت می‌باشد. به عنوان نمونه، اســتادان و کارفرمایان می‌توانند از بررسی و ارزیابی مولفه‌های کفایت فرهنگی توضیح داده شده در فوق سود ببرند.

با این حال، تلاش‌های مرتبط با ســواد ســلامت، به طرز غیرقابل انکاری به واسطه ادراکی در ارتباط با کفایت فرهنگی، قابل توانبخشی و تقویت می‌باشــند. دیویس و ووگتل (۱۹۹۴) به توصیف چگونگی منتج شــدن ناکامی و قصور ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت مراقبت از ســلامت در توجه به تفاوت‌های فرهنگی موجود در بیماران خود، به تشــخیص‌های غلط، عدم همکاری بیمار، اســتفاده‌ی غیرمناسب و ناکافی بیماران از منابع موجود برای ســلامت و بیگانه‌ســازی بیماران می‌پردازند. توصیف IOM (انستیتو پزشکی) در ارتباط با کفایت فرهنگی، به واســطهی جدیت و اهمیت مولفه‌ی فرهنگ، واجد اهمیتی معنادار می‌باشــد، زیرا که چارچوبی را در جهت بســط و ارزیابی رویکردهای مرتبط با مراقبت از بیماران، برای دست‌اندرکاران درمان به دست می‌دهد.

مراقبت کردن، و نه بیش از حد ساده‌سازی نمودن

در مســیر تلاش برای مراقبتی به لحاظ فرهنگی با کفایت برای بیماران، برخی دســت‌اندازها و دام‌های بالقوه وجود دارد. یکی از آن‌ها،

تمایـل به بیش از حد ساده‌سـازی نمودن موضوعات اسـت. مواردی ماننـد: در نظر گرفتن فرضیاتی در ارتباط بـا باورها، ارزش‌ها و یا گرایشات بیمار، بر مبنای ظاهر وی و اولویت مذهبی وی و یا کلیشه‌سازی ذهنی به واسطه‌ی نام فامیلی بیمار. حتی اگر این کلیشه‌سازی غیرعامدانه نیز باشد، در تقابل با مفهوم "مراقبت به لحاظ فرهنگی باکفایت از بیمار" قرار می‌گیرد.

به عنوان مثال، تمام بیماران متعلق به نژادهای لاتینتبار، دارای باورهای مشترک و یکسانی در ارتباط با مقوله سلامت و بیماری نیستند. فرض نمودن این موضوع که شـما به واسـطه پیشینه قومی و نژادی یک بیمار خاص، از گرایشات آن بیمار آگاه خواهید بود، به منزله‌ی نادیده گرفتن اختلافات حایز اهمیت موجود در میان و در درون گروه‌های قومی و نژادی اسـت. افراد لاتین‌تبار می‌توانند از مهاجرانی نسـل اولی از کلمبیا تا آمریکایی‌های مکزیکی‌تبار نسـل پنجمی در کالیفرنیا متغیر باشـند. بیماران لاتین‌تبار مختلف، دارای سـطوح متفاوتی از فرهنگ‌پذیری هستند و این موضوع بر باورها و رفتارهای آن‌ها تاثیر خواهد گذاشت. وضعیت شهروندی و یا پناهندگی آن‌ها و همچنین طول مدت زندگی آن‌ها در ایالات‌متحده نیز تا حد زیادی بر باورهای آن‌ها تاثیر خواهند داشت.

در درون هر گروه فرهنگی، تنوعات بسـیار زیادی موجود می‌باشـند. ناحیه جغرافیایی، پیوستگی‌های دینی، سطح اجتماعی ـ اقتصادی، جنسیت و سطح تحصیلات، همه و همه در کنار سایر عوامل، بر بیماران تاثیرگذار خواهند بود و می‌توانند منتج به بروز تفاوت‌هایی در میان افرادی که ممکن اسـت به ظاهر مشـابه به نظر برسند، شوند. در میان گروه‌های مهاجر، درجه فرهنگ‌پذیری یک بیمار منفرد نیز بر فرهنگ وی تاثیرگذار می‌باشـد. به عنوان نمونه، جامعه آمریکایی‌های مکزیکی‌تبارِ دارای سـطوح بالاتری از فرهنگ‌پذیری نسبت به ایالات‌متحده، ممکن است در مقایسه با آن‌هایی‌که دارای سطوح پایین‌تری از فرهنگ‌پذیری هستند و تصمیم‌گیری در ارتباط با مراقبت از سـلامت را موضوعی در حیطه مسـائل خانوادگی‌شـان مد نظر قرار می‌دهند، با احتمال بالاتری با این موضوع توافق داشته باشند که بیماران می‌بایسـتی مسـتقیماً از شرایط و حال و روز خودشـان مطلع گردند (بیوچمپ و چیلدرس، ۱۹۹۴). از آنجایی که این تفاوت‌ها منتج به تنوعاتی در سـطح سواد سـلامت و تاثیرگذاری بر کیفیت و توفیق مراقبت از بیماران می‌شوند، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌بایستی از این تفاوت‌ها آگاه باشند.

عناصر فرهنگی مشترکی که بر مراقبت از سلامت تاثیرگذار هستند

با توجه به وجود عناصر متفاوت بسـیار زیاد آگاهی رسـاننده به فرهنگ، هیچ فهرست منفردی از شیوه‌هایی که فرهنگ از طریق آن‌ها قادر به تاثیرگذاری بر مراقبت از سلامت خواهد بود، موجود نمی‌باشد. دقیقاً به همان میزانی که ذات و ماهیت فرهنگ در هر فرد تفاوت می‌کند، بر مقوله مراقبت از سـلامت نیز تاثیرات متفاوتی را اعمال می‌نمایند. چگونه ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت مراقبت از سلامت، شروع به ادراک فرهنگ می‌نمایند؟ چگونه آن‌ها می‌توانند از ادراکی در ارتباط با فرهنگ در جهت بهینه‌سازی مراقبت از سلامت بیماران استفاده کنند؟

بـه نظر چنین معقول می‌رسـد که باید کار را از نقطه‌ای آغاز نماییم که فرهنگ و مراقبت از سـلامت بـا یکدیگر تلاقی پیدا می‌کنند. بنابراین، ما بر عناصری از فرهنگ تمرکز می‌کنیم که دارای بیشترین احتمال در تاثیرگذاری بر ارتباط میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات می‌باشـند. البته، بدیهی اسـت که تفکیک و جداسازی کامل یک مولفه فرهنگی از سایر مولفه‌ها، کاری غیرممکن می‌باشد: آن‌ها درهم تنیده هستند و بحث در زمینه یکی از آن‌ها، طبیعتاً به بحث در ارتباط با سایر مولفه‌ها منتج خواهد گردید.

زبان

زبان شـاید مشـهودترین مولفه از فرهنگ باشـد. زبان به منزله ابزاری جهت ارتباط با دیگران و همچنین ابزاری جهت انتقال باورها و ارزش‌های فرهنگی از یک فرد و یا یک نسل به فرد و یا نسلی دیگر، عمل می‌نماید. در پاره‌ای موارد، این موضوع قابل استدلال می‌باشد که زبان به واقع شـکل‌دهنده باورها و ارزش‌های فرهنگی محسـوب می‌شود. بنابراین، گرچه که سواد سلامت و تاثیر آن بر روی مراقبت از سـلامت، صرفاً به مسـائل زبانی مرتبط نیسـت، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت زمینهی مراقبت از سـلامت، بایستی توجهی ویژه به

چالش‌های به میان آورده شـــده به واســـطه زبان مبذول دارند. اگر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، متعهد به دستیابی به مدلی باکفایت از لحاظ فرهنگی برای مراقبت از بیمار باشند، می‌بایستی تاثیر زبان را مد نظر قرار دهند.

دقیقاً به همان شـــکلی که صحبت کنندگان به زبان انگلیســـی دارای ســـطوح متفاوتی از ســـواد ســـلامت می‌باشـــند، بیمارانی که زبان بومی‌شان، انگلیسی نیست نیز سطوحی متنوع از سواد سلامت را در قالب زبان بومی خودشان دارا خواهند بود. در ارتباط با مواردی که بیمار دارای ســـواد ســـلامت کافی در قالب زبان بومی خودش باشد، راه‌حل نسبتا ساده به نظر می‌رسد: ارایه مراقبت در زبان بومی بیمار و یا از طریق مترجمان شفاهی و مطالب ترجمه شده (به منظور مطالعه مطالبی بیشتر در ارتباط با استفاده از مترجمان شفاهی، فصل دهم، یعنی؛ مترجمان شفاهی و نقش آن‌ها در تنظیم شرایط مراقبت از سلامت، ملاحظه شود).

با این حال، در شـــرایطی که ســـطح ســـواد ســـلامت یک بیمار حتی در قالب زبان بومی خودش نیز پایین باشـــد، موانع قابل مواجهه به واسطه‌ی تفاوت‌های زبانی، پیچیده و ترکیبی خواهند بود. ترجمه‌ی صرف واژگان بیان شده از سوی ارایه‌دهنده خدمات سلامت به زبان بیمار، تضمین کننده ادراک بیمار در ارتباط با معنای آن واژگان نخواهد بود.

مســـاله ناظر بر تفاوت‌های زبانی، در زمینه صنعت مراقبت از ســـلامت، تا مرزی فراتر از اتاق‌های معاینه بســـط پیدا کرده و بر تمامیت تجربه‌ی مراقبت از ســـلامت تاثیر و نفوذ می‌یابد. به عنوان نمونه؛ همان‌گونه که ما در فصول اول و دوم بحث کردیم، ادراکی پایه‌ای در ارتباط با زبان مکتوب، صرفا جهت یافتن مسیر برای رسیدن به بخش مناسب مورد نظر در بیمارستان ضروری می‌باشد. تصور کنید که بیماران در مواجهه با علایم نشانگر مسیر به سمت "آزمایشگاه" یا "زایشگاه" و یا "بخش جراحی" که به زبانی متفاوت از زبان خودشان چاپ گردیده‌اند، با چه چالش‌هایی روبرو می‌باشـــند و اگر بیماران، حتی به زبان بومی خودشـــان نیز معانی آن واژگان را ندانند، اوضاع تا چه حد بغرنج‌تر خواهد شد؟ آن‌ها چگونه می‌توانند متوجه شوند که به کجا باید بروند؟

ارتباط و تجربیات خانوادگی

خانواده، یک عامل تاثیرگذار عمده در زمینه شـــکل‌دهی فرهنگ یک فرد محســـوب می‌شود. تجربیات مشترک، نقش‌های فرد در درون ســـاختار خانـــواده و وضعیت جاری ارتباط در میـــان اعضای خانواده، همه و همه بر بیمار و در ادامه بـــر تعامل میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات تاثیرگذار هســـتند. گرچه که یک فرد بیمار ممکن اســـت به صورتی تنها و بدون همراهی خانواده به مطب پزشک خود مراجعه نماید، ولی با این حال، گرایشـــات، باورها، ارتباط و ارزش‌های شـــکل یافته به واسطه پیشینه خانوادگی نیز به همراه وی درمطب پزشک حاضر خواهند بود. یک رویکرد آگاهانه فرهنگی نسبت به مقوله مراقبت از بیمار، می‌بایستی ضمن حفظ تمرکز بر ارایه بهترین مراقبت ممکن برای بیمار، نیرومندی پیوندهای خانوادگی را نیز مورد احترام قرار داده و به رسمیت بشناسد.

جنبه‌هایی از زندگی خانوادگی همچون پیشینه قومی و نژادی و سطح اجتماعی ـ اقتصادی، موضوعاتی حایز اهمیت و مربوط در جهت یافتن بهترین مسیر درمانی برای یک بیمار خاص محسوب می‌شوند، ولی آن‌ها تنها عوامل مرتبط با خانواده نیستند که بر تجربه مراقبت از سلامت بیمار تاثیر می‌گذارند.

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه مراقبت از سلامت، فراخوانده می‌شوند تا علاوه بر این خصیصه‌های خانوادگی نسبتاً کلی و فراگیر، نســـبت به تجربه خانوادگی فرد بیمار نیز حساســـیت نشان دهند. درک کردن تجربیات پیشین خانوادگی بیمار در خصوص مراقبت‌های سلامت می‌تواند اطلاعات مهمی را در خصوص دانش بیمار و یا نگرش او نسبت به یک سری مداخلات پزشکی به‌خصوص، آشکار کند. این درک کردن، بخشی از یک "رویکرد به لحاظ فرهنگی باکفایت" نسبت به مقوله مراقبت از بیمار محسوب می‌گردد.

بیماری را در نظر بگیرید که، مادر، خواهر، مادربزرگ و خاله‌اش همگی بر اثر ســـرطان ســـینه فوت کردند. این سابقه غم‌انگیز خانوادگی می‌تواند به‌طرز قابل درکی موجب ایجاد هراس‌هایی درباره ســـلامت فردی برای آن بیمار شـــود. این هراس‌ها ممکن اســـت وی را وادار نمایند تا به دنبال آزمایش ژنتیکی و یا حتی عمل برداشتن پیشگیرانه پستان برود. از سوی دیگر، این هراس ممکن است موجب ایجاد نگرشی در جهت انکار و یا نومیدی و نهایتاً احتراز از برداشتن گام‌های پیشگیرانه‌ای همچون انجام یک ماموگرامی ساده شود.

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت همچنین می‌بایستی در جهت ادراک و کار کردن با باورهای بیماران خود در ارتباط با نقش مراقبت از سلامت نهادینه شده و نقش دست‌اندرکاران مراقبت از سلامت، تلاش نمایند. بدیهی است که چنین باورهایی تا حد بالایی به واسطه‌ی باورهای خانوادگی بیمار شکل می‌گیرند. به عنوان مثال؛ دانستن این موضوع که یک خانواده‌ی خاص تنها پس از استفاده از شیوه‌های درمانی سنتی به انجمن‌های پزشکی مراجعه می‌نمایند، قطعاً می‌تواند اطلاعات مهمی را به هنگام حاضر شدن یکی از اعضای آن خانواده در اتاق معاینه، برای ارایه‌دهنده خدمات فراهم آورد و ادراک انتظارات خانواده در ارتباط با نقش متخصصان مراقبت از سلامت در مقابل نقش خانواده نیز می‌تواند وقتی‌که بحث ارتباط مطرح می‌شود، سمت و سویی برای ادامه مسیر بدست دهد.

به عنوان مثال در برخی از فرهنگ‌ها، بیماران دارای شبکه‌ای کامل از افرادی می‌باشند که به هنگام بیماری بر آن‌ها اتکا می‌نمایند و ممکن است که آن‌ها در صورت مجاز داشته شدن به استفاده از آن سیستم پشتیبانی، احساس راحتی بیشتری داشته باشند و بهبود سریع‌تری حاصل نمایند (شابین، ۱۹۸۰). در چنین شرایطی، متخصصان امر مراقبت از سلامت، می‌توانند از طریق جستجو در پی یافتن شیوه‌هایی جهت ادراک و محترم داشتن نقش خانواده در مراقبت از سلامت، به نحو فعالانه‌ای در جهت بهینه‌سازی مراقبت از بیمار اقدام نمایند. با این حال، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌بایستی به منظور بهره‌برداری از این شبکه مراقبتی برای یک بیمار خاص، نخست این را به‌رسمیت بشناسند که این موضوع بخشی از فرهنگ متعلق به آن فرد بیمار محسوب می‌شود.

اجازه‌دهی به اعضای خانواده جهت مشارکت در مراقبت سلامت بیمار، می‌تواند مزایای بلاواسطه‌ی دیگری نیز داشته باشد. به عنوان مثال؛ وقتی‌که تغییراتی رژیمی، تشکیل دهنده‌ی بخشی از برنامه‌ی درمانی پیشنهادی باشند، اگر ارایه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت، اهمیت آن تغییرات را برای فردی که غذاهای بیمار را تهیه می‌کند، تشریح نمایند، خدمت‌رسانی بهتری در قبال فرد بیمار انجام می‌پذیرد. در بسیاری از موارد، آن فرد، عضوی از خانواده بیمار می‌باشد و نه خود وی. علاوه بر آن، در پاره‌ای اوقات نیز اطلاعات ارایه شده از سوی اعضای خانواده، می‌تواند دیدگاه‌هایی جدید در جهت بهبود بیمار و یا تندرستی کلی وی را در اختیار ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت قرار دهد. به عنوان نمونه یک مورد افسردگی تشخیص داده نشده می‌تواند مانع بهبود یک بیمار در ارتباط با یک عمل جراحی و یا بیماری شود. شاید بیمار تمایل چندانی به اظهار نمودن درگیری خودش با افسردگی نداشته باشد، ولی سایر اعضای خانواده بتوانند این‌کار را انجام دهند.

مورد مرتبط با زنی را در نظر بگیرید که پس از تحت عمل جراحی قرار گرفتن برای بیرون آوردن تومور مغزی، چنین می‌پنداشت که حالت تهوع و استفراغی که در حال تجربه کردنش بوده است، پدیده‌ای "نرمال" بوده و نتیجتاً اشاره‌ای به این نشانه‌ها در جلسات معاینه‌ای بعدی با پزشک‌اش نمی‌کرد. تنها پس از اطلاع‌رسانی و توجه دادن این موضوع از جانب دختر این زن به پزشک بود که بیمار متوجه شد که این ناراحتی‌ها نرمال نبوده و در حقیقت، نتیجه مایع اضافی در مغزش بوده است.

این سناریوها بر توانایی بالقوه موجود در جهت بهبود مراقبت از بیمار تاکید می‌گذارند که به هنگام اتخاذ یک رویکرد از سوی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، اجازه و امکان بهره‌گیری از پیوندهای خانوادگی بیماران را برای آن‌ها فراهم آورده و موجب گشوده شدن خطی ارتباطی با اعضای خانواده می‌گردد.

جنس و جنسیت

موضوع مذکر و یا مونث بودن، تا حد زیادی بر تجربه یک فرد در ارتباط با محیط مراقبت از سلامت تاثیرگذار خواهد بود. جنسیت، یکی از عمده‌ترین عوامل تعیین کننده در رابطه با سلامت می‌باشد، زیرا که برخی بیماری‌ها و یا مریضی‌های مشخص، بر یک جنس، بیش از جنس دیگر، احتمال تاثیرگذاری دارند. علاوه بر آن، برخی رفتارهای مشخص (نظیر مصرف توتون و تنباکو و یا نوشیدن الکل) که تاثیرشان بر سلامت اثبات شده است، با الگوهایی جنسیت‌محور مرتبط هستند. با این حال، تحقیقات پزشکی، به دلیل اختصاص‌دهی منابع بیشتری برای مطالعه مردان و کمتر برای زنان، مورد انتقاد نیز قرار گرفته‌اند. مشاهدات دایال (۱۹۹۵؛ صفحه‌ی ۱۷) حاکی از آن هستند که؛

"هم اولویت‌ها و هم تکنیک‌های پژوهش‌های زیست ـ پزشکی بازتاب دهنده برتری و بالادستی سفیدپوستان مذکر در زمینه حرفه می‌باشند. در انتخاب و تعریف مسائل مورد نظر برای مطالعه، شیوه‌های به‌کار گرفته شده برای انجام تحقیق و نیز در تفسیر و به کارگیری نتایج، نوعی سوگیری مورد شناسایی قرار گرفته است ... تحقیقات مبنایی نسبتا اندکی در ارتباط با شرایط نابارورکننده‌ای که اساساً بر زنان تاثیرگذار می‌باشند وجود دارند ... در جایی که مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت هم مردان و هم زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهند، مطالعات اندکی به مکاشفه و بررسی تفاوت‌های احتمالاً موجود در میان جنسیت‌ها در ارتباط با توسعه‌یابی، نشانه‌ها و درمان آن‌ها پرداخته‌اند."

برای مدت زمان مدیدی، با بدن مردها به منزله نرم و هنجار برخورد می‌شد و اطلاعات گردآوری شده از طریق مطالعات منحصراً مبتنی بر مردان، بدون در نظر گرفتن ملاحظات چندانی در ارتباط با تفاوت‌های زیست‌شناسانه، برای زنان نیز مورد اعمال و استفاده قرار می‌گرفتند. به عنوان نمونه، تا زمانی نسبتاً جدید و نه چندان دور، آزمایشات کلینیکی داروها تنها بر روی مردان انجام می‌پذیرفتند. به محض به انجام رسیدن پژوهش، جامعه پزشکی، همان نتایج را بر زنان که گویی آن‌ها را به مثابه مردانی کوچک جثه‌تر در نظر می‌گرفتند نیز اعمال می‌نمود، بدون پرسیدن سوالات ضروری راجع به این موضوع که ترکیبات شیمیایی و یا سلولی متفاوت بدن زنان ممکن است به نتایجی تا چه حد متفاوت بینجامند.

در دهه‌ی ۱۹۸۰، فعالان سیاسی در ایالت‌متحده، شروع به ایجاد فشار برای دفاع از حق زنان برای مشارکت در آزمایشات کلینیکی به همان اندازه مردان با این استدلال نمودند که بیماران زن، می‌بایستی دارای فرصت‌هایی برابر در برداشت فواید بالقوه داروهای تحت آزمایش باشند. آن‌ها همچنین خواستار تغییراتی در شیوه‌های پژوهش‌گری در جهت حصول اطمینان از این موضوع شدند که دانش و آگاهی کسب شده از این شیوه‌ها دارای ارزشی یکسان برای مردان و زنان باشد (ماسترویانی، فیدن و فدرمن، ۱۹۹۴). این گروه‌های کنش‌گرا، علاوه بر هدف دست‌یابی به برابری جنسیتی، مدعی این موضوع نیز شدند که چنین تغییرات و تحولاتی می‌بایستی کاراتر باشند، زیرا که ممکن است بعداً معلوم شود که داروهای منحصراً تحت آزمایش قرار گرفته بر روی مردان، اثربخشی کمتر و یا بیشتری برای زنان داشته باشند. آن‌ها استدلال نمودند که تحت شمول قرار دادن زنان در تعدادی مناسب در طول آزمایش مقدماتی درمان‌های دارویی، می‌تواند موجب مشخص شدن این تفاوت‌ها در زمانی زودتر شده و از اتلاف منابع و تحویل مراقبت نامناسب پیشگیری نماید. قانون‌گذاری‌هایی نظیر قانون برابری سلامت زنان (۱۹۹۰) مستلزم تحت شمول قرار گرفتن مردان و زنان (و اعضای گروه‌های مختلف نژادی و اقلیتی) در تعدادی متناسب با مساله تحت مطالعه، از سوی تمام پروژه‌هایی هستند که به صورتی فدرالی تامین بودجه گردیده‌اند. برخی کشورهای دیگر نظیر کانادا، استرالیا و آفریقای جنوبی نیز خطوط راهنمای مشابهی را پیاده‌سازی نموده‌اند، ولی رها نمودن پژوهش‌گری پزشکی از چنگال سوگیری (تبعیض) جنسیتی، به هیچ عنوان یک اولویت جهانی محسوب نمی‌شود. دایال (۲۰۰۳) خاطرنشان می‌سازد که پیمایشی در ارتباط با دانشکده‌های پزشکی بریتانیا، نشانگر فقدان رویکرد سیستماتیک نسبت به مسائل و سلامت جنسیتی بوده است. مشخص گردید که گرچه ممکن است دانشکده‌های منفردی ارایه‌گر واحدی درسی و یا دوره‌ای آموزشی در رابطه با مقوله جنسیت و سلامت در اینجا و یا آنجا باشند، ولی با این حال، این واحدها و یا دوره‌ها، دارای ثبات و تطابقی پایدار در میان دانشکده‌ها نیستند و تلاش اندکی در زمینه ارتباط‌دهی ایده‌های آموزش داده شده در این دوره‌ها با برنامه‌های عمومی وسیع‌تر در جریان می‌باشد.

مساله تفاوت‌های جنسیتی در مراقبت از سلامت، فراتر از معضلی صرفاً مرتبط با مقوله پژوهش‌گری و تحصیلات، بر تمام جنبه‌های مراقبت از سلامت نیز تاثیرگذار است. در کمال شگفتی چنین به نظر می‌رسد که برخی نابرابری‌های مشخص در مراقبت، از سوی خود بیماران به خودشان تحمیل می‌گردند. به عنوان نمونه، جنسیت می‌تواند بر مدت زمانی که یک بیمار تا قبل از به دنبال درمان رفتن انتظار خواهد کشید، تاثیرگذار باشد. مطالعات، گزارش‌گر آن هستند که مردان شاید پذیرش و یا اعتراف به بیماری را دشوارتر بیابند، بنابراین ممکن است آن‌ها در جستجوگری در پی دریافت مشاوره پزشکی، تاخیر نمایند (کامرون و برناردز، ۱۹۹۸، سابو و گوردون، ۱۹۹۵، و واتسون، ۲۰۰۰).

تفاوت در مراقبتی که مردان و زنان به هنگام رفتن در پی درمان پزشـکی دریافت می‌دارند، به نحو یکسـانی معنادار می‌باشد. مطالعات متعدد انجام گرفته در کشـورهای مختلف، نشـان‌گر آن بوده‌اند که کارکنان بخش مراقبت از سـلامت، می‌توانند به نحو متفاوتی به امر تشـخیص درباره مردان و زنان بپردازند، حتی در صورتی‌که علایم و یافته‌های کلینیکی نیز همسـان باشـند. شاو، هاکامووِیچ و ردبرگ (۲۰۰۰) اظهار می‌نمایند که ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت ممکن اسـت در ارتباط با آنچه که موقعیت‌های کلینیکی یکسـانی به نظر می‌رسند، درمان‌های متفاوتی را برای مردان در مقایسه با زنان انتخاب نمایند.

بـه عنـوان مثال: مطابق نظر مککینلی (۱۹۹۶)، متخصصان امر مراقبت از سـلامت، در ارتباط با تشـخیص انفارکتوس‌های میوکاردی، درباره زنان زیر سـن ۶۵ سـال با احتمال بیشـتری در مقایسه با مردان متعلق به همان رده‌ی سنی، دچار اشتباه می‌شوند. علاوه بر آن، زنان با احتمال کم‌تری رویه‌هایی مشخص (به عنوان نمونه، آنژیوپلاستی عروق کرونری و بازکردن اورژانسی عروق بسته شده) را دریافت می‌دارند، ولو این‌که این مداخلات به نحو یکسانی برای هر دو جنس موثر و کارآمد باشند (مارک،۲۰۰۰؛ونگر،۱۹۹۷).

سـایر مطالعات، نشـان‌گر آن هسـتند که به زنان اسـتفاده کننده از دیالیز کلیوی، با احتمال کم‌تری در مقایسه با مردان، جراحی‌های پیوندی پیشـنهاد می‌شـود (هلد و همکاران، ۱۹۸۸). ما همچنین می‌بایستی علاوه بر اختلافات جنسـیتی، ارتباط جنسیتی در درون جوامع مختلف قومی و نژادی را نیز مد نظر قرار دهیم. این ارتباط می‌تواند به‌طرز چشم‌گیری متفاوت باشد و بر انتظارات اعضای جوامع گوناگون در ارتباط با مراقبت از سـلامت تاثیر بگذارند. به عنوان نمونه، فرهنگ‌های سـنتی‌تر، نظیر فرهنگ‌های متعلق به خاور میانه و یا برخی کشـورهای لاتین‌تبار متمایل به در نظر گرفتن نقشـی محوری برای مردان در زمینه‌ی تصمیم‌گیری در ارتباط با تولید مثل می‌باشند.

پیمایش‌هایی که اخیراً در هندوراس انجام گرفته اسـت، مشـخص نموده که حدود یک ـ چهارم از زنان و مردان، گزارش‌گر گرایشـات و رفتارهای متمایل به تصمیم‌گیری مذکرمحور در ارتباط با برنامه‌ریزی برای خانواده و یا تعیین بعد خانوار (تعداد افراد خانواده) هستند (اسپیزر، ویتل و کارتر، ۲۰۰۵). زنان هندوراسی که در نواحی غیر شهری‌تر زندگی می‌کرده، دارای تحصیلاتی پایین‌تر از متوسطه بوده و یا از وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی میانه یا پایینی برخوردار بوده‌اند، بیشتر به زندگی در خانواده‌هایی متمایل بوده‌اند که مردان در آن خانواده‌ها تصمیم‌گیرنده اصلی در زمینه تولید مثل بوده‌اند و همچنین به این باور تمایل داشته‌اند که اساساً می‌بایستی مردان به تنهایی تصمیم‌گیرنده‌ی چنین موضوعاتی باشند. تحصیلات، یک عامل مهم در این مطالعه محسوب می‌گردید: مردان هندوراسیِ دارای حداقل تحصیلات، تمایل بیشتری به پشتیبانی و به‌کارگیری شیوه تصمیم‌گیری مذکرمحور داشتند.

در مطالعات مرتبط با کشورهای خاورمیانه نیز الگوهای مشابهی بروز می‌نمایند. به عنوان نمونه، در یک پیمایش انجام گرفته در ارتباط با مردان و زنان مصری، تنها ۴۱ درصد از زنان متاهل قایل به این بوده‌اند که نقطه نظرات‌شان در خصوص برنامه‌ریزی خانوادگی، دارای وزن و ارزشی در درون خانواده بوده است، در حالی‌که اکثریت افراد مورد نظرسنجی قرار گرفته (۶۰/۴ درصد) گفته‌اند که فکر می‌کنند تصمیمات ناظر بر برنامه‌ریزی خانوادگی باید به واسطه هر دو شریک زندگی گرفته شوند (گاویندااسامی و مالهاترا، ۱۹۹۶).

با این حال، ایده‌آل‌ها و شیوه‌های رفتاری همواره به یک شکل نیستند. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه‌ی مراقبت از سلامت که به مراقبت از افراد متعلق به سـایر فرهنگ‌ها می‌پردازند، باید دیدگاه‌های سـنتی آن‌ها در ارتباط با تولید مثل و اختلافات آن‌ها در توازن قدرت در میان جنسـیت‌ها را درک نمایند، به‌ویژه در هنگام مشـاوره دادن به بیماران در زمینه‌ی تصمیمات ناظر بر سـلامت فردی‌ای همچون اسـتفاده از روشـی برای کنترل زاد و ولد. برخی از فرهنگ‌ها، به نحو قابل ملاحظه‌ای در رابطه با کارکرد جنسـی در مقایسه با سـایر فرهنگ‌ها محافظه‌کارتر می‌باشند. در حقیقت، بر اسـاس پاره‌ای مطالعات، مهاجرت و اقامت در ایالات‌متحده، لزوماً موجب تغییر یافتن این باورها نمی‌شـوند. به عنوان مثال؛ چنین مشـخص گردیده اسـت که زنان مکزیکی سـاکن در آمریکا در مقایسـه با همتایان غیرمهاجرشـان، به‌طور متوسط هماهنگی احساسی بالاتری با شـرکای زندگی خود دارند، ولی در عین حال دارای کنترل پایین‌تری بر رابطه و قدرت چانه‌زنی جنسی هستند (پارادو، فلیپن و مککوییستن، ۲۰۰۵).

آیا ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه‌ی مراقبت از سلامت و فعالان اجتماعی می‌بایستی در ترغیب و تشویق در جهت برقراری ارتباط

برابرتر میان زنان و مردان برای افرادی که به آن‌ها توجه و رسـیدگی می‌نمایند، نقش ایفا نمایند؟ نقطه نظرات در این خصوص در هم آمیخته می‌باشند (یکسان نیستند). اسپیزر و همکاران (۲۰۰۵؛ صفحه‌ی ۱۳۷) خاطرنشان می‌کنند که؛ "ترغیب زنان به صحبت کردن با شوهران‌شـان درباره تصمیم‌گیری در خصوص تولید مثل، برای جاهایی که هنجارهای جنس غالب مشـوق این گونه از ارتباط نمی‌باشـند، احتمالاً کمک‌کننده نخواهد بود". با این حال، تبدیل ساختن قدرت جنس‌محور به جنبه‌ای جدایی ناپذیر از برنامه‌های سلامت جنسـی و تولید مثلی، می‌تواند ارایه‌کننده مزایا و فوایدی برای زنان و مردان باشـد (بلنک، ۲۰۰۱). در هر حال، هم مردان و هم زنان می‌بایستی آگاه باشند که برخی باورها و آداب و رفتار سنتی می‌توانند تاثیری زیان‌بار بر روی کیفیت مراقبت از سلامت و زندگی آن‌ها داشته باشند.

به عنوان نمونه، تصمیم‌گیری برابرتر می‌تواند مشوق یک ارتباط جنسی مطمئن‌تر از طریق استفاده گسترده‌تر از کاندوم باشد. در میان غالب زنان لاتین‌تبار در مرکز سلامت اجتماعی در ماساچوست، افرادی که دارای سطوح بالایی از قدرت سنجش‌گری شده بنا بر مقیاس قدرت ارتباط جنسـی (SRPS) بوده‌اند، با احتمالی پنج برابر بیشـتر از زنان دارای سـطوح قدرت پایین‌تر، گزارش‌گر استفاده‌ی پایدار و سـازگار از کاندوم بوده‌اند (پولرویتز، آمارو، دیجانگ، گارتمیکر و راد، ۲۰۰۲). در نمونه‌ای متشـکل از زنان در معرض خطر ابتلا به HIV و سـایر بیماری‌های آمیزشـی که از طریق کلینیک‌ها و مراکز انجمنی آتلانتا، لس‌آنجلس، اوکلاهما سیتی و پوتلند اورگون جذب شده بودند، بیش از نیمی از افراد، گزارش‌گر آن بودند که قدرت را با شـرکای زندگی‌شـان سهیم می‌نمایند (هاروی، برد، گالاووتی، دانکن و گرینبرگ، ۲۰۰۲). گرچه که قدرت ارتباطی در این مطالعه به استفاده از کاندوم مربوط نگردیده بود، ولی با این حال زنانی که گزارشگر تصمیم‌گیری در زمینه اسـتفاده از کاندوم به تنهایی و یا با همراهی شرکای‌شـان بودند، با احتمال بالاتری متمایل به استفاده از کاندوم در مقایسه با کسانی بودند که شرکای‌شان در این زمینه تصمیم‌گیرنده بوده‌اند.

باورهای ناظر بر سـلامت نیز می‌توانند در میان مردان و زنان متعلق به قومیت‌ها و پیشـینه‌های فرهنگی مختلف، متفاوت باشـند. یک مطالعه که به مقایسـه‌ی باورهای زنان آفریقایی ـ آمریکایی و زنان سفیدپوسـت در ارتباط با سرطان سینه می‌پردازد نیز ارایه‌گر موردی در این زمینه می‌باشد. در این مطالعه، زنان آفریقایی ـ آمریکایی با احتمال بالاتری متمایل به باورمندی به شانس و یا اتکا به سایر افراد قدرتمند (یعنی؛ افراد دیگری در زندگی‌شان که آن‌ها را به در اختیار داشتن قدرت و آگاهی منتسب می‌سازند) درباره سلامتشان بودند. حساسیت درک شده برای ابتلا به سرطان، تردیدهایی در ارتباط با ارزش تشخیص زود هنگام و باورهایی پیرامون جدیت سرطان سینه، همـه و همـه موضوعاتی بودند که در میان زنـان آفریقایی ـ آمریکایی به طرزی معنادار به امتیازات فرد قدرتمند دیگر مرتبط دانسـته می‌شـدند. گرچه که هیچ‌گونه ارتباطی میان باورهای ناظر بر سـلامت و سال‌های تحصیل در میان زنان آفریقایی ـ آمریکایی یافت نشد، ولـی با این حال زنان سفیدپوسـت دارای تحصیل حداقلی، بـا احتمال بالاتری متمایل به باور به این موضوع بودند که یک تشـخیص سرطان، به معنای مرگی ناگزیر تلقی خواهد شد (باروسو و همکاران، ۲۰۰۰).

ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت عرصه مراقبت از سـلامت، می‌توانند از طریق رویکرد تعامل با بیماران با یک دیدگاه مطلعانه و گسترده، توضیحات مربوط به بیماری‌ها و درمان‌ها را به گونه‌ای تعدیل نمایند که برای بیماران معنادارتر و قابل فهم‌تر باشند.

به عنوان نمونه، لزوم گزارش آنی در زمینه واکنش‌های ناسـازگارانه نسـبت به درمان‌های دارویی، بجای "تحمل نمودن آن"، می‌بایستی مـورد تاکیـد قـرار گیرد، زیرا که ادراکات مغایـر و متباین در خصوص رفتـار درد، می‌تواند دارای ارتباط کلینیکی یا بالینی باشـد. در یک مطالعه که به مقایسـه‌ی باورهای مرتبط با رفتار درد در میان ژاپنی‌ها و اروپایی ـ آمریکایی‌ها می‌پردازد، چنین مشـخص شـد که شرکت‌کنندگان مونث، رفتارهای درد (نظیر ابراز کلامی درد) را در مقایسه با شرکت کنندگان مذکر، قابل قبول‌تر مد نظر قرار می‌دهند (هابارا، ۲۰۰۵). در میان فرهنگ‌ها نیز تفاوت‌هایی یافت گردید: اروپایی ـ آمریکایی‌ها در مقایسـه با ژاپنی‌ها، رفتارهای درد را در هر دو جنس، قابل قبول‌تر رتبه‌بندی نمودند.

آگاهی از هنجارهای فرهنگی، موضوعی کلیدی در جهت مدیریت موفق بیمار محسـوب می‌شود. تفاوت‌های جنسیتی، سیستم مراقبت از سـلامت را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند و بیماران دارای سـواد سلامت پایین (به‌ویژه زنانی که تحت الزامات و باورهای فرهنگ‌های

سنتی عمل می‌نمایند) ممکن است اطمینان کمتری در جهت ارتباط برقرار کردن و مطرح ساختن نیازهاشان و یا باورهای‌شان با ارایه‌دهندگان خدمات سلامت داشته باشند. سیلز (۲۰۰۵، صفحه دو) خاطرنشان می‌سازد که به‌طور سنتی، در سیستم مراقبت‌های سلامت، مقوله‌ی راجع به "سلامت زنان"، تقریباً منحصرا بر زایمان و فرزندآوری و مسائل و بیماری‌های مرتبط با اندام‌های باروری متمرکز بوده است. به گفته‌ی وی، چنین ناسازگاری‌ها و اختلافاتی به تاثیر فرهنگ و نقش سنتی زنان اشارت دارند.

امروزه زمینه‌ی مراقبت از سلامت، در معرض چالش مرتبط با باز تعریف مقوله‌ی سلامت زنان قرار دارد. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه‌ی مراقبت از سلامت، می‌بایستی به منظور انجام این‌کار، تاثیر مقوله‌ی جنس و جنسیت را بر تجربه‌ی ناظر بر مراقبت از سلامت تمام بیماران، اعم از مذکر و مونث، وارد محاسبه نمایند.

آن‌ها همچنین می‌بایستی ریسک‌های ذاتی‌ای که بیماران به واسطه خصوصیات زیست‌شناسی‌شان با آن‌ها روبرو می‌باشند را مورد بازشناسی قرار دهند و همچنین به بازشناسی فشارهایی بپردازند که آن‌ها به هنگام عمل‌گری در جهانی که به عنوان مثال بر پرهیزکاری و پوست‌کلفتی مردان ارزش‌گذاری می‌نماید و یا مثلاً چنین فرض می‌کند که بیماری قلبی یک بیماری مردانه است، مواجه می‌شوند. اولین گام برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه‌ی مراقبت از سلامت، ادراک این موضوع است که باورهای موجود پیرامون مقولات جنسی و جنسیتی، در میان فرهنگ‌ها (و یا حتی در درون یک فرهنگ و یا چند فرهنگ هم‌سان) یکسان نیستند و آگاهی در ارتباط با چنین تفاوت‌هایی و گام برداشتن در جهت مدیریت نمودن مناسب و مکفی این تفاوت‌ها، مستلزم پیمودن مسیری طولانی است.

نژاد و قومیت

در طول چند دهه اخیر، ایالات‌متحده دست‌خوش پیشرفت‌های شگرفی در زمینه‌ی برابری نژادی و قومیتی گشته است. بسیاری ممکن است وسوسه شوند تا این دستاوردها را به منزله‌ی دلیل و مدرکی برای این موضوع مورد اشاره قرار دهند که مساله‌ی نابرابری، به نحو مکفی و مناسبی "در حیطه‌ی نظارت راداری" قدرت‌های سیاسی و نهادی ملی قرار دارد. ولی به‌رغم تمام این پیشرفت‌ها، ارتقای آگاهی‌ها و سایر توسعه‌های مثبت، اختلافات و ناسازگاری‌ها همچنان بر جای خود باقی و موجود می‌باشند. عرصه‌ی مراقبت از سلامت، حیطه‌ای محسوب می‌شود که نابرابری نژادی و قومی به نحو مشخص و ویژه‌ای در آن مشهود و حایز اهمیت می‌باشد.

به عنوان مثال؛ عده نامتناسبی از اقلیت‌ها، دچار دیابت و بیماری‌های قلبی ـ عروقی هستند. آن‌ها دارای نرخ‌های بالاتری در مرگ و میر نوزادان و نرخ‌های پایین‌تری در ایمن‌سازی کودکان در مقایسه با سفیدپوستان هستند. به‌طور کلی، آمارها نشان‌گر آن هستند که حداقل تا جایی‌که موضوع به مقوله‌ی سلامت مرتبط می‌باشد، اقلیت‌ها کماکان به برابری دست نیافته‌اند. به عنوان نمونه، یافته‌های تحقیقاتی زیر را مد نظر قرار دهید:

آمریکایی‌های افریقایی‌تبار، سرخ‌پوستان آمریکایی، اهالی هاوایی، هندوها، پاکستانی‌ها، مکزیکی‌ها، اهالی آمریکای جنوبی و مرکزی و اهالی پورتریکو، با نسبتی ۱/۴ تا ۳/۶ برابری، دارای احتمال بالاتری در ابتلا به سرطان سینه‌ی پیشرفته (مرحله‌ی چهارم) در مقایسه با سفیدپوستان غیراسپانیایی‌تبار می‌باشند (لی، مالونه و دلینگ، ۲۰۰۳).

زنان آفریقایی ـ آمریکایی، تجربه کننده نرخ‌های مرگ بالاتری در رابطه با سرطان سینه در مقایسه با تمام گروه‌های نژادی و قومی دیگر می‌باشند، گرچه که سفیدپوستان تجربه کننده نرخ بروز بالاتری هستند (انستیتیوی ملی سرطان، ۲۰۰۳).

نرخ‌های جراحی و بقاء ۵ ساله درباره سرطان ریه مرحله مقدماتی، برای آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار، پایین‌تر از سفیدپوستان است. با این حال، نرخ‌های بقاء درباره افرادی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، به‌رغم تفاوت‌های نژادی، یکسان هستند. این موضوع حاکی از آن است که نرخ‌های بقاء پایین‌تر در میان آفریقایی ـ آمریکایی‌ها می‌توانند ناشی از نرخ‌های پایین درمان از طریق جراحی باشند (باخ، کریمر و وارن، ۱۹۹۹).

داده‌های گردآوری شده از ژانویه تا سپتامبر ۲۰۰۲، از طریق یک پیمایش مصاحبه‌ای در رابطه با سلامت ملی، نشان‌گر آن است که از میان افراد ۶۵ ساله و بالاتر که تحت پیمایش قرار گرفته‌اند، ۶۰ درصد از سفیدپوستان غیراسپانیایی‌تبار، در زمانی، یک واکسیناسیون

ذاتالریه دریافت کرده بودند. در حالی که در همان گروه سنی، تنها ۳۵ درصد از آفریقایی ـ آمریکایی‌های پاسخ‌دهنده و ۲۵ درصد از پاسخ‌دهندگان اسپانیایی‌تبار، در طول عمرشان دریافت کننده‌ی واکسیناسیون ذاتالریه بوده‌اند (مرکز ملی آمار سلامت، ۲۰۰۳).

حتی چنین یافته‌هایی که به وضوح حاکی از کماکان عدم دستیابی به برابری کامل در عرصه‌ی مراقبت از سلامت می‌باشند نیز مملو از بدفهمی‌ها و ادراکاتی غلط هستند. یک پیمایش انجام گرفته از سوی بنیاد خانواده‌ی کایزر در سال ۱۹۹۹، پیرامون ادراکات عمومی درباره‌ی کیفیت مراقبت دریافتی از سوی سایر گروه‌های قومی و نژادی در مقایسه با سفیدپوستان نیز به وضوح نشان دهنده‌ی همین موضوع می‌باشد. این مطالعه نشان داد که بیش از دو ـ سوم (۶۷ درصد) سفیدپوستان مورد مطالعه، باور داشته‌اند که خودشان و آفریقایی ـ آمریکایی‌ها کیفیت یکسانی در زمینه‌ی مراقبت‌های ارایه شده دریافت کرده‌اند. بیش از نیمی (۵۹ درصد) از سفیدپوستان بررسی شده، معتقد بودند که لاتین‌تبارها نیز کیفیت مراقبتی یکسانی دریافت می‌کرده‌اند (بنیاد خانواده‌ی کایزر، ۱۹۹۹).

خدمت‌رسانان عرصه مراقبت از سلامت نیز عاری از بدفهمی و سوء ادراک در ارتباط با مقوله‌ی قومیت و کیفیت مراقبت از سلامت نیستند. در قالب پیمایشی که در سال ۲۰۰۱ انجام پذیرفته است، تنها ۲۹ درصد از پزشکانی که در آن مشارکت داشته‌اند، فکر می‌کردند که در سیستم مراقبت از سلامت "تا حد زیادی و یا تا حدی غالب اوقات" با افراد به‌شکل غیرعادلانه‌ای در ارتباط با پیشینه نژادی/قومی آن‌ها برخورد می‌شود. افرادی که این اختلافات و ناسازگاری‌ها را به‌رسمیت شناخته‌اند، معمولاً آن‌ها را به برخی ویژگی‌های بیماران همچون بیمه (و یا فقدان آن)، تحصیلات و یا اولویت‌های فردی منتسب نموده‌اند (بنیاد خانواده‌ی کایزر، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر، پیمایش کیفیت مراقبت از سلامت سال ۲۰۰۱ صندوق مشترک‌المنافع در زمینه‌ی ادراکات بیماران، آشکار نمود که آمریکایی‌های افریقایی‌تبار، اسپانیایی‌تبارها و آسیایی‌تبارها با احتمال بالاتری در مقایسه با سفیدپوستان، متمایل به این باور بودند که اگر به نژاد دیگری تعلق داشتند، می‌توانستند مراقبت پزشکی بهتری دریافت نمایند. اعضای این گروه‌های قومی و نژادی همچنین احساس می‌کردند که کارکنان مراکز پزشکی به دلیل نژاد آن‌ها و یا روان نبودن تکلم آن‌ها به زبان انگلیسی، به نحو غیرمنصفانه‌ای درباره آن‌ها قضاوت می‌کنند و یا به‌طرز غیرمحترمانه‌ای با آن‌ها برخورد می‌کنند (جانسون، ساها و آربلائز، ۲۰۰۴).

خدمت‌رسانان عرصه مراقبت از سلامت می‌بایستی اقدام به خودآموزی در ارتباط با چنین ناسازگاری‌ها و اختلافاتی نموده و باورها و رفتارهای خودشان را در جهت شناسایی کردن شیوه‌هایی که فرهنگ خودشان از طریق آن‌ها می‌تواند به بهبود کلی این محیط نابرابر کمک نمایند، مورد ارزیابی قرار دهند. این حداقل کاری است که افراد واقعا متعهد به ارایه‌ی مراقبتی که نه تنها به لحاظ فرهنگی باکفایت بوده، بلکه بهترین نوع مراقبت ممکنه نیز برای تمام بیماران محسوب شود، می‌توانند انجام دهند. شما می‌توانید از طریق بازشناسی چگونگی تاثیرگذاری فرهنگ خودتان بر رسیدگی به بیماران، در صورت نیاز اقدام به تطبیق‌دهی رویکرد خودتان کنید.

همچنین فرهنگ می‌تواند علاوه بر داشتن این تاثیرات نژادی و قومی نسبتاً سطح بالا بر سلامت و مراقبت از سلامت، بر افراد بیمار و تعاملاتی که خدمت‌رسانان عرصه مراقبت از سلامت با آن‌ها دارند نیز تاثیر بگذارد. به عنوان مثال، تحقیقات حاکی از آن هستند که بیماران لاتین‌تبار متمایل به پذیرا بودن جهت اطلاع‌رسانی رک و راست در خصوص نشانه‌های بیماری‌شان می‌باشند و عموماً با درمان‌های عرفی احساس راحتی می‌کنند. از سوی دیگر، بیماران ژاپنی‌تبار ممکن است عادت داشته باشند که قدری بیشتر لب از سخن گفتن درباره‌ی نشانه‌هاشان فرو ببندند (شیبا و اکا، ۱۹۹۶). آن‌ها ممکن است در شرایطی که با ارایه‌دهنده خدمات احساس عصبی بودن و یا ناراحت بودن نمایند (مثلاً به دلیل برخی ویژگی‌های ارایه‌دهنده خدمات، نظیر سن، جنسیت، لحن گفتار، ژست‌های بدنی و یا سایر عوامل)، تمایل چندانی به فاش ساختن اطلاعات نداشته و آن‌ها غالباً درمان‌های هوموپاتیک را نسبت به شیوه‌های درمانی عرفی ترجیح می‌دهند.

به‌رسمیت‌شناسی این تفاوت‌های فرهنگ‌محورانه در رفتارهای بیماران، نمی‌تواند موجب تغییری در تشخیص و یا برنامه درمانی شود، بلکه می‌تواند چشم‌اندازی برای دست‌اندرکاران درمان در عرصه‌ی مراقبت از سلامت در ارتباط با این موضوع بدست دهد که از طریق آن می‌توانند به ارزیابی ناسازگاری‌های موجود در میان اطلاعات کسب شده از طریق مصاحبه با بیمار و نتایج آزمایشات کلینیکی بپردازند. قومیت همچنین ممکن است بر گرایشات بیماران در ارتباط با نقشی که خدمت‌رسانان عرصه مراقبت از سلامت قرار است برای آن‌ها

ایفا نمایند نیز تاثیر بگذارد. گرچه که آمریکایی‌های بومی‌زاده‌ی متعلق به تبار اروپایی متمایل به این باور هستند که آن‌ها می‌بایستی در تصمیمات مرتبط با سلامت و درمان خودشان دخالت داده شوند، ولی سایر بیماران دارای پیشینه‌های متفاوت از آن‌ها، پاره‌ای اوقات ترجیح می‌دهند که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت آن‌ها به منزله‌ی متخصصان خبرهای عمل نمایند که بهترین تصمیمات ممکنه را از سوی بیماران خود اتخاذ می‌کنند (سلیمبین، ۲۰۰۰). به عنوان نمونه، در سیستم پزشکی روسیه، چندان غیرمعمول نیست که یک پزشک بدون مشاوره گرفتن از بیمار و یا خانواده‌ی وی، درباره سطح پشتیبانی از حیات یک بیمار تصمیم‌گیری نماید (کراکوزان، ۲۰۰۲).

این تمایل مهاجران روس و یا حتی بیماران روس‌تبار زاده شده در ایالات‌متحده به سپردن تصمیم‌گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار به خود ارایه‌دهنده خدمات سلامت، می‌تواند به خودی خود به بازی گرفته شود. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه‌ی مراقبت از سلامت که با چنین بیمارانی کار می‌کنند، می‌بایستی در خصوص تفاوت‌های فرهنگی موجود در میان آن‌ها آگاه بوده و بر طبق آن عمل کنند. الزامات قانونی و تاکید بر رضایت آگاهانه، منتج به ایجاد یک محیط مراقبت از سلامت مبتنی بر "افشای کامل" در ایالات‌متحده گردیده‌اند. این گرایش در ارتباط با ارایه‌ی اطلاعات کامل به بیماران درباره‌ی وضعیت و شرایط‌شان، درمان‌شان و پیش‌آگاهی‌های تشخیصی، ممکن است با ارزش‌های مد نظر بسیاری از بیماران در تضاد و تقابل باشد. به عنوان مثال، خانواده‌های بیماران اسپانیایی‌تبار، چینی و پاکستانی‌تبار مبتلا به امراض مرگ‌بار شاید ترجیح دهند که اطلاعات مرتبط به وضع و حال عزیزان‌شان را از آن‌ها مخفی نگاه دارند و حتی شاید در مواردی، از ترجمه گزینه‌های تشخیصی و درمانی نیز ممانعت به‌عمل آورند (کافرت و پوتچ، ۱۹۹۷). در نظر برخی از فرهنگ‌های آسیایی، اطلاع‌رسانی مستقیم به یک بیمار در رابطه با تشخیص سرطان‌اش، کاری ظالمانه تلقی می‌شود (هلند، گیری، مارچینی و تراس، ۱۹۸۷، و ماتسومورا و همکاران، ۲۰۰۲).

برخی از بیماران باور دارند که وظیفه ارایه‌دهنده خدمات سلامت کمک کردن به آن‌ها در جهت در پیش گرفتن امیدواری است. آن‌ها غالباً از درمان‌گر انتظار دارند تا تشخیص بیماری‌های مرگ‌بار را از آن‌ها مخفی نگاه دارند و یا از مباحثه پیرامون مراقبت پایان عمری احتراز نمایند. به عنوان نمونه، بیماران فیلیپینی ممکن است چنین احساس نمایند که سخن گفتن از مراقبت انتهای-عمری، موجب لکه‌دار شدن این باور خواهد گردید که خداوند تعیین‌کننده سرنوشت هر فردی می‌باشد (ییو و هیکویدا، ۲۰۰۰). سرخ‌پوستان ناواجو (ناواهو) حتی باور دارند که صرف صحبت کردن از بیماری و یا مرگ نیز خطرناک خواهد بود، زیرا که واژگان ممکن است رنگ حقیقت بخود بگیرند. بیماران چینی نیز ممکن است به واسطه این باور که انجام چنین کاری می‌تواند تبدیل به یک پیشگویی خود ـ برآورنده شود، نسبت به بحث کردن درباره چنین موضوعاتی بی‌میل باشند.

قومیت بر نقشی که خانواده در یک تجربه مراقبت از سلامت برای یک بیمار معین ایفا می‌نماید نیز تاثیرگذار است. در برخی از فرهنگ‌ها، ورودی قابل ملاحظه‌ای در این حیطه به خانواده‌ها اختصاص داده می‌شود. به عنوان مثال، بر اساس پژوهش بیوچمپ و چیلدرس (۱۹۹۴)، آمریکایی‌های کرهای و مکزیکی‌تبار، با احتمال بالاتری متمایل به توافق بر سر این موضوع هستند که تنها اعضای خانواده و نه خود بیمار، می‌بایستی درباره پشتیبانی از حیات بیمار تصمیم‌گیری نمایند. در فرهنگ‌های آسیایی، بیماری به منزله یک رخداد خانوادگی (و نه فردی) مد نظر قرار می‌گیرد. در خانواده‌های آسیایی بازتاب نگرانی درباره بیماری برای فرد بیمار و خانواده وی به یک اندازه است (Candib، ۲۰۰۲).

درمان‌های خانگی و مراقبت از سلامت تکمیلی و جایگزین

در سال ۱۹۹۳، ایزنبرگ و همکاران، اقدام به انتشار یک مطالعه‌ی راهنما در ارتباط با استفاده از مراقبت‌های جایگزین در ایالات‌متحده نمودند. آن‌ها در قالب این مطالعه، درمان‌های جایگزین را به عنوان "مداخلات پزشکی به‌طور گسترده مورد تدریس قرار نگرفته در دانشکده‌های پزشکی ایالات‌متحده و یا به‌طور عمومی غیرقابل دسترس در بیمارستان‌های ایالات‌متحده" تعریف نمودند (ایزنبرگ و همکاران، ۱۹۹۳؛ صفحه‌ی ۲۴۶). سر فصل موضوعات پزشکی (MeSH) کتابخانه‌ی ملی طب (NLM)، درمان‌های طب مکمل و

جایگزین (CAM) را به عنوان "شیوه‌های درمانی‌ای که در حال حاضر به منزله بخشی جدایی ناپذیر از شیوه پزشکی آلوپاتیک محسوب نمی‌گردند"، مد نظر قرار می‌دهد (کتابخانه‌ی ملی طب، ۲۰۰۵).

این تعریف این گونه ادامه می‌یابد که "درمان‌های CAM (طب مکمل و جایگزین)، ممکن است فاقد توصیفات زیست ـ پزشکی باشند، ولی به موازات تحقیقات بیشتر و مناسب‌تر، برخی از آن‌ها (درمان فیزیکی، رژیم، طب سوزنی) به طرزی گسترده، پذیرش یافته و برخی دیگر (خلط‌ها، درمان رادیوم) در سکوت و خاموشی محو می‌گردند، ولی با این حال پانوشت‌های تاریخی حایز اهمیتی محسوب می‌شوند".

درمان‌ها، زمانی از گونه‌ی مکمل شناخته می‌شوند که اضافه بر درمان‌های عرفی به‌کار گرفته شوند و زمانی جایگزین نامیده می‌شوند که به جای درمان‌های عرفی مورد استفاده قرار گیرند. مرکز ملی طب مکمل و جایگزین یا NCCAM که یک سازمان پیشتاز دولتی در زمینه‌ی تحقیقات علمی در خصوص مراقبت‌های‌های CAM محسوب می‌شود، این درمان‌ها را به عنوان "گروهی از سیستم‌های پزشکی و مراقبت از سلامت، شیوه‌ها و محصولاتی متفاوت که در حال حاضر به منزله‌ی بخشی از پزشکی عرفی به‌شمار آورده نمی‌شوند"، تعریف می‌نماید (NCCAM، ۲۰۰۲).

فارغ از این‌که از کدام تعریف استفاده نماییم، غالب افراد از دانستن این موضوع چندان متعجب نخواهند شد که تحقیقات، نشانگر یک افزایش در استفاده از مراقبت‌های‌های CAM (طب مکمل و جایگزین) در سال‌های اخیر در ایالات‌متحده می‌باشند. در یک مطالعه‌ی انجام گرفته در سال ۱۹۹۳، ایزنبرگ و همکاران دریافتند که ۳۴ درصد از افراد تحت پیمایش قرار گرفته، در سال قبل، از شکلی از مراقبت‌های‌های طب مکمل و جایگزین استفاده کرده بودند. در حقیقت، ملاقات‌های انجام پذیرفته با ارایه‌دهندگان خدمات سلامت درمان‌های CAM در همان سال، از تعداد ملاقات‌های صورت گرفته با پزشکان مراقبت اولیه فراتر رفته بود (ایزنبرگ و همکاران، ۱۹۹۳).

ایزنبرگ و همکاران در قالب مطالعه پیگیری کننده (۱۹۹۸) گزارش‌گر آن بودند که درصد بیماران استفاده کننده از مراقبت‌های‌های CAM به ۴۲/۱ درصد افزایش یافته و هزینه‌کردهای از جیب رفته کلی بیماران برای مراقبت‌های‌های CAM، از دو برابر نیز بیشتر شده است. در می سال ۲۰۰۳، یک پژوهش انتشار یافته در مجله‌ی طب اطفال، گزارشگر نتایج مطالعه بر روی ۱۴۲ خانواده و استفاده‌ی آن‌ها از محصولات گیاهی غیرمصوب از سوی FDA و درمان خانگی در ارتباط با کودکان بیمار بود. ۴۵ درصد از ارایه‌دهندگان مراقبتی که در این مطالعه مشارکت نموده بودند، به دادن محصولات گیاهی به کودکان خودشان اعتراف کرده بودند (لنسکی، گرینوالد، پرکینز و سایمون، ۲۰۰۳).

امروزه، برنامه‌ریزی جریان اصلی تلویزیونی نیز با چاشنی تبلیغاتی تند و تیزی در ارتباط با درمان‌های گیاهی همراه گردیده است که مدعی پرداختن به نشانه‌های سرماخوردگی و آنفلونزای معمول و همگانی می‌باشند. فروشگاه‌های خوار و بار فروشی محلی، مکمل‌هایی را می‌فروشند که قرار است به درمان بیماری‌هایی از اختلالات ناشی از سفرهای طولانی (jet lag) گرفته تا اگزما، کمک نمایند. از طریق یک جستجوی اینترنتی در زمینه "مراقبت از سلامت طبیعی"، ده‌ها میلیون وب‌سایت قابل یافت خواهند بود که به مباحثه، تبلیغ و یا فروش شیوه‌های درمانی برای عفونت‌های گوشی، فشارخون، نشانه‌های یائسگی، کلسترول بالا و یا سایر عارضه‌های مرتبط با سلامت مشغول هستند.

این حقیقت دارد که برخی از درمان‌هایی که از سوی جریان اصلی پزشکی اصالتاً غیرمتعارف محسوب شده، به‌طور گسترده‌تری در حال پذیرفته شدن عمومی هستند. با این حال، بیماران در صورت درگیر شدن در استفاده از برخی درمان‌های جایگزین مشخص، کماکان با خطراتی بالقوه مواجه هستند. به عنوان نمونه، برخی از درمان‌های گیاهی می‌توانند دارای عوارض جنبی بالقوه مضری باشند و ایجاد کننده تعامل‌های مغایر و ناسازگار با سایر داروها باشند (لانسکی و همکاران، ۲۰۰۳). افدرای گیاهی و "تماماً ـ طبیعی" تولید شده، در ارتباط با عوارض قلبی ـ عروقی موثر دانسته شده و برخی از محققان مدعی وجود ارتباطی میان استفاده از کاوا کاوا (kava kava) و مسمومیت کبدی (hepatotoxicity) هستند (سازمان غذا و داروی ایالات‌متحده، ۲۰۰۲). برخی از بیماران گزارشگر آن هستند که

به‌رغم عدم احترازشان از به‌کارگیری شیوه معمول و اصلی درمان پزشکی، متمایل به استفاده از درمان‌های گیاهی در ترکیب و پیوند با درمان‌های عرفی و غالباً عدم مشاوره با خدمت‌رسانان مراقبتی خودشان در ارتباط با تعامل‌های محتمل در میان این درمان‌ها می‌باشند (سازمان غیردولتی متزگر و همکاران، ۲۰۰۳).

برخی دیگر از مراقبت‌های طب مکمل و جایگزین ممکن است بی‌خطر، ولی غیرموثر باشند. مشکل آنجاست که تولیدکنندگان، ملزم به اثبات نمودن ایمن و یا موثر بودن محصولات گیاهی‌شان، پیش از عرضه آن‌ها به بازار نیستند (لنسکی و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین در پاره‌ای موارد، بیماران تنها اقدام به اتلاف پول خودشـــان بر ســـر محصولاتی می‌نمایند که هیچ پرداخت و ارجاعی در زمینه ناراحتی‌های فیزیکی‌شـــان ارایه نمی‌دهند. در پاره‌ای دیگر از موارد، ممکن اســـت بیماران غیرمطلع، برای اســـتفاده از درمان‌های دارویی، در رفتاری درگیر شوند که عملا به سلامت‌شان آسیب‌رسان خواهد بود.

درمان‌های جایگزینی همچون حجامت و سکه‌زنی، ممکن است خطرناک نباشند، ولی می‌توانند بر مراقبت از سلامت بیمار تاثیر بگذارند. ســـازمان مردم نهاد متزگر و همکاران (۲۰۰۳)، خاطرنشـــان می‌ســـازند که کبودی‌ها و صدمات بجا مانده به واسطه‌ی چنین رویه‌هایی، می‌توانند از سوی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه مراقبت از سلامت، اشتباهاً به منزله شاخصه‌ایی نشانگر بیماری‌های خون‌شناسانه و یا نشـــانه‌های مورد آزار و اذیت قرار گرفتن تعبیر شـــوند. چنین ســـوءتفاهماتی می‌توانند منتج به تشخیص غلط و یا انجام آزمایشاتی غیرضروری برای بیمار شوند.

در مطالعه انجام گرفته توســـط لنســـکی و همکاران، داروهای مورد استفاده قرار گرفته عبارت بودند از شیره گیاه عود، سرخارگل، روغن شـــیرین و حتی محصولات غیرمعمولی همچون برگ‌های ســـوزنی کاج، تربانتین و چیپس‌های سرگین گاو. مهم‌ترین موضوع در ارتباط با مبحث ســـواد ســـلامت این مساله اســـت که از میان تمام افراد مورد مصاحبه قرار گرفته در این مطالعه، ۷۷ درصد به این موضوع که محصـــولات گیاهـــی می‌توانند عوارض جانبی ایجاد نمایند، باور و یا اطمینان کافی نداشـــتند. ۶۶ درصـــد آن‌ها، مطمئن نبودند و یا فکر می‌کردند که محصولات گیاهی هیچ‌گونه تداخلی با ســـایر داروها ندارند. علاوه بر آن، تنها ۴۵ درصد از شـــرکت کنندگانی که گزارشگر دادن محصولات گیاهی به کودکان‌شـــان بودند، اظهار نمودند که بحث اســـتفاده از آن محصولات را با ارایه‌دهنده خدمات اولیه سلامت کودکان‌شان مطرح کرده بودند. در نقطه‌ی مقابل، منابع اطلاعاتی ۸۰ درصد از شرکت کنندگانی که به استفاده از درمان‌های جایگزین اذعان نموده بودند، خانواده و دوستان‌شان بوده‌اند (لنسکی و همکاران، ۲۰۰۳).

به‌رغم این مطالعه و سایر مطالعات مشابهی که نشانگر نرخ بالایی از استفاده‌ی داروهای گیاهی در ایالات‌متحده می‌باشند، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، رواج استفاده از چنین درمان‌هایی را در میان پایگاه بیماران خودشان، همچنان دست کم می‌گیرند. این موضوع تا حدی از این دلیل ناشـــی می‌شـــود که بیماران گزارش دادند که در صورت مطرح نمودن موضوع درمان‌های جایگزین، با واکنش‌هایـــی منفی از ســـوی متخصصان بالینی غربی مواجه می‌شـــوند، موضوعی که در قالب مثال زیـــر از زبان یک زن چینی نیز قابل مشاهده خواهد بود:

من به دکتر گفتم که "من در حال مصرف کمی سنبل خطایی و جینسینگ هستم، آیا شما فکر می‌کنید اشکالی نداشته باشد؟". دکتر پاسخ داد: "من از طب چینی سر رشته‌ای ندارم ... شما در صورت مصرف کردن آن‌ها، خودتان مسئول عواقب آن خواهید بود!" و من پس از این گفتگو، دیگر هرگز جرات نکردم به موضوع طب چینی اشاره‌ای بکنم (سازمان مردم نهاد، متزگر و همکاران، ۲۰۰۳؛ صفحه‌ی ۴۸).

تجربیاتی نظیر این‌ها می‌توانند منتج به بی‌میل‌تر شـــدن بیماران نســـبت به افشـــا نمودن موضوع استفاده از مراقبت‌های‌های CAM به ارایه‌دهندگان خدمات ســـلامت مراقبت از سلامت‌شـــان گردند. ولی، این ناســـازگاری بروز کرده در میان رفتار حقیقی بیمار و ادراکات ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، مشکل‌زا خواهد بود.

ارایه‌دهندگان خدمات ســـلامت مراقبت از ســـلامت، می‌بایســـتی در جهت مراقبت بهینه از بیمار، با احترام نسبت به باورها و شیوه‌های مد نظر بیمار در ارتباط با ســـلامت، رویکرد نشـــان داده و بیماران را در زمینه‌ی اســـتفاده از محصولات گیاهی و درمان‌های جایگزین پوشش‌دهی و غربال‌گری نمایند. همچنین باید با آنان در خصوص مفاهیم و نتایج محتمل ناشی از به‌کارگیری مراقبت‌های طب مکمل

و جایگزین همراه با مراقبت‌های عرفی، گفتگو نمایند.

باورها و ارزش‌های معنوی

تلاقی زمینه پزشکی و روحانیت و معنویت، یکی از دغدغه‌ها و علایق فزآینده در میان جامعه پزشکی محسوب می‌شود. در گذشته، باورهای بیماران درباره بعد روحانی و معنوی بیماری، در بهترین حالت، موضوعی نامربوط و در بدترین حالت به عنوان موضوعی مسخره مورد تحقیر قرار می‌گرفت. با این حال امروزه، دانشکده‌های پزشکی ایالات‌متحده، ارایه‌کننده کلاس‌هایی در ارتباط با اخلاق پزشکی در زمینه اعتقادات و باورهای گوناگون مذاهب غیرغربی می‌باشند.

با این وجود، چنین آموزش‌هایی، متخصصان مراقبت از سلامت را به افرادی خبره در زمینه‌ی دین و مذهب تبدیل نمی‌کنند و این به‌خودی خود تبدیل به مشکلی برای آن‌ها خواهد شد. از سوی دیگر، غالب بیماران خواستار آن هستند تا پزشکان، حداقل در برخی از زمان‌ها، درباره‌ی باورهای معنوی آن‌ها پرسش‌گری نمایند (مککورد و همکاران، ۲۰۰۴). بیماران شرکت کننده در یک مطالعه، باور داشتند که اطلاعات مرتبط با باورهای معنوی‌شان، می‌توانند به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت آن‌ها، در جهت ترغیب آن‌ها به امیدواری (۶۷ درصد)، ارایه مشاوره پزشکی (۶۶ درصد) و تغییر درمان پزشکی (۶۲ درصد) کمک نمایند (مککورد و همکاران، ۲۰۰۴).

علاوه بر آن، کینگ و بوشویک (۱۹۹۴) نیز دریافتند که ۷۰ درصد از بیماران، از جستجوگری پزشکان در ارتباط با باورهای دینی‌شان استقبال می‌کنند، ۵۵ درصد قدردان دعا کردن در سکوت می‌باشند و ۵۰ درصد بر این باور هستند که پزشک‌شان می‌بایستی به همراه آن‌ها به دعا و نیایش بپردازد.

شاید بتوان به سهولت اظهار نمود که متخصصان مراقبت از سلامت، اساساً کاری به این امور ندارند. آن‌ها متخصص مسایل مذهبی یا معنوی نیستند. با این حال، آنچه که در این میان از وارد شدن به محاسبه باز می‌ماند، آن است که فارغ از گرایشات دینی و یا معنوی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، دین و معنویت، تمام جنبه‌های زندگی بیمارانی را که به این باورها تقید دارند، تحت تاثیر قرار می‌دهد. در ایالت‌متحده، تقریباً در اکثر موارد، باورهای دینی و معنوی بیماران بر تصمیمات و شیوه‌های مربوط به مراقبت از سلامت آن‌ها تاثیرگذار می‌باشند.

شاید مشخص‌ترین مثال در ارتباط با اطلاع‌رسانی دین و مذهب به تصمیمات ناظر بر مراقبت از سلامت، عالمان مسیحیای باشند که در جهت شفایابی، دعا و نیایش را بر مراقبت‌های پزشکی ترجیح می‌دهند، ولی این تنها مثال موجود در این رابطه نیست. اعتقادات دیگری نیز بر انتخاب‌های مرتبط با مراقبت از سلامت بیماران تاثیرگذار هستند. پیروان شاهدین یهوه، انتقال‌خون را جایز نمی‌دانند و در این زمینه به‌جای درمان‌های عرفی، خواستار مراقبت‌های‌های غیرخونی جایگزین می‌باشند. باورهای مذهبی کاتولیک‌های رمی، شاید برخی مراقبت‌های‌های مشخص در زمینه باروری (مثلاً، لقاح مصنوعی) را به دلیل تعارض‌شان با تعالیم کلیسا، جایز ندانند. برای برخی از خانواده‌های یهودی، تصمیم‌گیری بر سر ختنه کردن نوزادان پسرشان، به همان درجه‌ای که مسایل‌های پزشکی محسوب می‌گردد، موضوعی مرتبط با اعتقادات و سنت‌هاشان نیز به‌شمار آورده می‌شود.

اگر دین و اعتقاد بر تصمیمات پزشکی پیروان چنین باورهایی تا این حد تاثیرگذار باشد، آنگاه تصور کنید که میزان تعارض و مخالفت این باورهای دینی با پیروان اعتقاداتی که بعدتر از تاریخ پزشکی غربی کنار گذاشته شده‌اند، تا چه حد خواهد بود. به عنوان نمونه، گروه‌های ویتنامی مینی و مانگی، در پی آن دسته از ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت می‌روند که به عنوان شفادهندگان نهایی، بدن آن‌ها را مورد حمله قرار ندهند (لابارد، ۱۹۹۶). در حقیقت ما در قالب برخی نقل قول‌های مطرح شده در کتاب آن فادیمان، یعنی؛ روح، شما را می‌گیرد و شما به زمین می‌افتید (۱۹۹۷) نیز شاهد نقش ایفا کردن چنین باورهایی بوده‌ایم.

تمام بیماران، حتی آن‌هایی که به یک آیین دینی و یا معنوی خاصی نیز بستگی و اعتقاد ندارند، بر مبنای نوعی جهان‌بینی و یا سنت تفکری خاص، اقدام به تصمیم‌گیری درباره تناسب و صلاحیت یک درمان از لحاظ پزشکی و یا اخلاقی برای خودشان می‌نمایند. وقتی

که مذهب و معنویت دســت‌اندرکاران درمان، عایدی قابل ملاحظه‌ای از قبال ادراک باورهای بیماران خود دریافت خواهند داشــت. بنابر توصیف آلیســدر مکاینتایر اخلاق‌شــناس (۱۹۸۴، بخشی از سنت تفکری بیمار محســوب شود، تاثیری اعمال شده از سوی آن بر شیوه مراقبت از ســلامت وی شــکل می‌گیرد. "جســتجوگری فرد در پی خیر و صلاح خویش، عموماً و نوعاً در قالب چارچوبی تعریف شده به واسطه‌ی سنت‌هایی انجام می‌پذیرد که بخشی از زندگی آن فرد را تشکیل می‌دهند".

بنابراین، نقش مناســب برای یک خدمت‌رســان مراقبت از ســلامت، وقتی‌که موضوع معنویت یک بیمار به میان آورده می‌شود، از چه قرار خواهد بود؟ آیا می‌بایســتی ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت بدون هیچ‌گونه اظهار نظری، بــه دغدغه‌های بیماران گوش فرا دهند؟ اگر بیماران از آن‌ها خواســتند که دعا بخوانند، از آنجایی‌که ۵۰ درصد از بیماران باور دارند که آن‌ها می‌بایســتی این کار را انجام دهند (کینگ و بوشــویک، ۱۹۹۴)، آن‌ها می‌باید چه کنند؟ و اگر بیماران از آن‌ها خواســتند تا در مناسک شفابخشی مشارکت و یا مساعدت نمایند، چه باید بکنند؟ اگر این مناسک در تناقض و تعارض با مراقبت پزشکی استاندارد قرار داشتند، تکلیف چیست؟ اگر آن‌ها با باورها و اعتقادات خود درمان‌گر مراقبت از سلامت در تعارض بودند، چه می‌باید کرد؟

دیدگاه بیمار در ارتباط با سیستم مراقبت از سلامت و ارایه‌دهندگان آن

ایــن موضــوع جالب توجه اســت که گرچه عقل و منطق چنین حکــم می‌کند که فرهنگ بر دیدگاه‌های بیماران در ارتباط با سیســتم مراقبت از ســلامت و خدمت‌رســانان مراقبت از سلامت تاثیر داشته باشد، مصاحبه‌های انجام پذیرفته با بیماران نشان‌گر آن هستند که تمام ناهماهنگی‌های ادراک شده در تعامل‌های میان بیمار و درمان‌گر، غالباً در ماهیت خود از جنسی کلی و عمومی می‌باشند (شاپیرو، هالینگزهد و موریســون، ۲۰۰۲). به عنوان نمونه، اعتراضات مرتبط با مدت انتظارهای بیش از اندازه، در میان بیماران مشــترک هستند و به همین دلیل، چندان مورد توجه پزشکان قرار نمی‌گیرند.

بر اســاس مطالعه‌ی شــاپیرو و همکاران (۲۰۰۲)، دیگر نکات منفی و آزار دهنده مورد اشــاره قرار گرفته عبارتند از رفتار ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به گونه‌ای که گویی همه چیز می‌دانند، برخورد با بیماران به منزله‌ی افرادی نادان، کوچک شمردن شکایات و اعتراضات بیماران و یا جدی نگرفتن آن‌ها، استفاده از زبان تخصصی و فنی، بی‌ملاحظه‌گی نسبت به تلاش‌های بیماران در جهت تحقیق پیرامون وضع و حال خودشان و برحذر داشتن بیماران از پرداختن به درمان‌های هوموپاتیک.

زبان بدن/اشارات غیرکلامی

چنین تخمین‌زده شــده که در قالب یک گفتمان معمولی بین دو شــخص، دو ـ ســوم از کلیت معنا و مفهوم مبادله شــده، در ســطحی غیرکلامی انتقال می‌یابد (بریل، ۱۹۷۳). این بدان معنا است که ابراز کلامی از طریق واژگان، شیوه‌ای مبنایی جهت برقراری ارتباط برای افراد دخیل و درگیر در یک گفتمان محسوب نمی‌گردد، هم در زمینه نقش آن‌ها به عنوان انتقال‌دهندگان اطلاعات و هم در ارتباط با نقش آن‌ها به عنوان گردآورندگان اطلاعات.

اثربخشی بالینی، تا حد زیادی به برقراری ارتباط مناسب وابسته می‌باشد. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌بایستی به منظور رسیدگی موفقیت‌آمیز به بیماران خود، ادراک نمایند و مورد ادراک واقع شــوند و در نتیجه، این موضوع مســتلزم آن اســت که ارایه‌دهندگان خدمات ســلامت به دانش‌آموزانی در زمینه‌ی زبان بدن تبدیل گردند. از تمام این‌ها گذشــته، اگر زبان بدنی ما انتقال‌دهنده‌ی اطلاعاتی به بیمار باشــد، ما می‌بایســتی از صحت این اطلاعات و پشــتیبانی نمودن این اطلاعات از پیامی که خواستار انتقالش هستیم، اطمینان حاصل کنیم. در نقطه مقابل، اگر زبان بدنی یک بیمار، بازنمود دهنده ابزاری در جهت افزایش ادراک شرایط وی باشد، ما نباید خواستار از دست دادن شانسی بهتر از این برای ادراک بیمارمان باشیم.

نشان داده شده است که برخی ژست‌های مشخص، بازتاب دهنده گرایشات و یا باورهایی خاص هستند. برخی از این ژست‌ها و "معانیِ" متناظر با آن‌ها در جدول (۱ـ۵) نشــان داده شــده‌اند. با این حال، چنین فرض نمی‌گردد که هر ژســتی دارای معنای یکســانی در تمام

موقعیت‌ها باشد. یک حرکت بدنی معین می‌تواند به صورتی فرهنگی تعریف گردد. در اغلب نقاط جهان، تکان دادن سر به سمت بالا و پایین، به صورت کلی پیام رسان موافقت و یا "بله" گفتن می‌باشد، ولی در مناطقی از هندوستان، دارای معنایی عکس می‌باشد. عکس این موضوع نیز صادق می‌باشد، یعنی جنباندن سر به سمت چپ و راست عموماً نشانگر مخالفت و یا "نه" گفتن است، ولی در هندوستان می‌تواند به معنای "بله" گفتن باشد. در حقیقت، تکان دادن سر در هندوستان می‌تواند در جهت رساندن منظورهای زیادی عمل نماید؛ از تصدیق یک دوست گرفته تا سپاسگزاری نمودن.

ارتباط غیرکلامی، هم در هنگام انتقال و هم به هنگام دریافت، تحت تاثیر فرهنگ قرار دارند. این موضوع در قالب مثال مرتبط با تکان دادن سر از سوی هندی‌ها نیز مورد اشاره قرار گرفت. پاسخ ما نسبت به یک تکان و یا جنبش سر، یک مقوله ویژه فرهنگی است. در ایران، نیجریه، استرالیا، بنگلادش و برخی از مناطق دیگر، ژست "رو به بالا نشان دادن شست"، حرکتی بی‌ادبانه و زشت محسوب می‌شود، ولی در ایالات‌متحده، پیام‌رسان تشکر و تایید می‌باشد. کره‌ای‌ها با انگشت میانی‌شان اقدام به اشاره کردن می‌نمایند، ژستی که ممکن است در نظر یک فرد غربی، مشوش کننده به‌نظر برسد. در ژاپن، کج نمودن سرتان به سمت عقب و به درون کشیدن هوا از میان دندان‌های‌تان به معنای "نه" گفتن و یا دشوار بودن کاری است. کسانی که مشتاق یادگیری مطالب بیشتری در زمینه‌ی ارتباط غیرکلامی در فرهنگ‌های مختلف باشند، می‌بایستی از "ژست‌ها: کردارها و ممنوعات زبان بدن در پیرامون (گرداگرد) جهان" از راجر ای. اکستل (۱۹۹۱) مشاوره بگیرند که یک معرفی مکتوب و مختصر در خصوص ژست‌ها و زبان بدن در سراسر جهان محسوب می‌شود. مفاهیم ارتباط غیرکلامی برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت چیست؟ ما اکنون دریافته‌ایم مفاهیمی که در زمینه‌ی سواد سلامت، هم برای فرهنگ بیماران و هم برای فرهنگ ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه‌ی مراقبت از سلامت، تشکیل‌دهنده مفاهیم ناظر بر ارتباط غیرکلامی می‌باشند، به شیوه‌هایی نقش ایفا می‌کنند که گرچه ممکن است غیرآگاهانه باشند، ولی کماکان معنادار هستند.

جدول (۵,۱) – برخی از ژست‌های بیماران‌تان می‌توانند حاکی از چه موضوعاتی باشند

شـاید یک فرهنگ معانی کامل در زمینه ارتباط غیرکلامی، مسـتلزم برشـمردن جزییاتی فراتر از مجال این بحث باشد. با این حال، از آنجایی که متخصصان امر مراقبت از سـلامت، می‌توانند در صورت در اختیار داشـتن ادراکی در ارتباط با محتمل‌ترین ژسـت‌های قابل مواجهه به هنگام تعامل با بیماران، سود ببرند، برخی از این ژست‌ها و معانی احتمالی‌شان در زیر مشخص گردیده‌اند.

حالت دسـت به سـینه می‌تواند نشانگر تمایلی به انزوا و یا محافظت از خود باشد. این ژست همچنین می‌تواند نشان‌دهنده‌ی مخالفت و یا عدم پذیرش یک فرد در مقابل آنچه که در حال بیان اسـت نیز باشـد. در پاره‌ای موارد، این ژسـت، نشانگر تمایل یک فرد به شنیده شدن است (نیرنبرگ و کالرو، ۱۹۷۱).

لمس کردن بینی می‌تواند نشان‌دهنده آشفتگی یا پریشانی در شرایط مورد پرسش واقع شدن باشد. این ژست، غالباً با پیچ و تاب خوردن و یا به عقب متمایل شدن فیزیکی همراه است (اسکفلن، ۱۹۷۲).

جویدن ناخن، مکیدن شسـت، به‌هم فشردن دسـت‌ها، تماماً می‌توانند به عنوان نشانه‌هایی از عصبانیت و نیاز به کسب اطمینان مجدد مد نظر قرار گیرند.

سکوت شاید بیانگر دشمنی و مخاصمه باشد.

پوشـاندن دهان ممکن اسـت نشانگر آن باشـد که گوینده‌ی سـخن، چیزی گفته اسـت که آن‌را خجالت‌آور و یا ممنوعه می‌پنداشته (اسکفلن، ۱۹۷۳).

کشـیده باز کردن دسـت‌ها، شاید ژسـت امتداد دادن دست‌ها همراه با نگاه داشتن کف دسـت‌ها رو به بالا، بیانگر حس درماندگی و یا تسلیم‌شدگی باشد (اسکفلن، ۱۹۷۳).

گاز گرفتن لب‌ها و به‌خود پیچیدن، این‌ها و دیگر ژست‌های مشابه شاید نشانگر عصبی بودن فرد باشند.

بالا انداختن شانه‌ها، می‌تواند نشان‌دهنده بی‌تفاوتی باشد.

بالا بردن ابروها می‌تواند نشانه‌ای از شک و تردید باشد.

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به عنوان دریافت کنندگان ارتباط غیرکلامی

خدمت‌رسانان دلسوز و دقیق عرصه‌ی مراقبت از سلامت به هنگام کار کردن با بیماران، نیازمند محاسبه نمودن اطلاعات قابل دسترسی مرتبط با آگاهی‌های غیرکلامی هستند. متخصصان امر مراقبت از سلامت می‌توانند در نقش دریافت‌کنندگان اطلاعات بیماران، اطلاعات راجع به ارتباط غیرکلامی را به همان شکلی که در سوابق پزشکی، تشریح علایم بیماری‌ها و گزارشات سازگاری درمان‌های تجویز شده تحت شمول می‌باشند، در جهت دستیابی به ادراکی کامل‌تر در خصوص بیماران خود استفاده نمایند. آگاهی در زمینه‌ی ارتباط غیرکلامی، می‌تواند علاوه بر کمک نمودن به ادراک اختلافات احتمالا پنهان در میان معانی سر تکان دادن و یا سر جنباندن بیمار از سوی درمانگر، ارایه‌گر ابزارهایی اضافی در جهت حصول اطمینان از دریافت دقیق و صحیح پیام‌های بیماران از سوی این ارایه‌دهندگان خدمات سلامت نیز محسوب شوند.

این بدان معنا نیست که تمام متخصصان عرصه‌ی مراقبت از سلامت، به لحاظ شغلی متعهد به تبدیل شدن به کارشناسانی خبره در زمینه‌ی ارتباط غیرکلامی هستند. ولی با این حال، متخصصانی که با بیماران تعامل می‌نمایند، می‌بایستی حساسیت بیشتری نسبت به ارتباط غیرکلامی پیدا کنند، به ویژه در شرایطی که این اشارات غیرکلامی با آنچه که در حال گفته شدن است، در تعارض باشند. به عنوان نمونه؛ به هنگام کار کردن با بیماری که فرهنگ وی بر تحمل صبورانه‌ی درد و رنج و یا کنار آمدن با درد ارزش‌گذاری می‌نماید، یک درمانگر می‌بایستی نسبت به پیام‌های غیرکلامی محتمل و موجود در ارتباط با ناراحتی، حساس‌تر باشد، حتی اگر بیمار اظهار نماید که حالش خوب است.

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به منزله انتقال‌دهندگان ارتباط غیرکلامی

شما به عنوان یک خدمت‌رسان مراقبت از سلامت، به‌طور دائم در حال ارسال پیام‌های غیرکلامی‌ای هستید که دربرگیرنده‌ی اهمیتی فوق‌العاده می‌باشند. بیماران شما در پی کسب اطلاعات، شما را تحت نظر قرار می‌دهند و ادراک این موضوع که اطلاعات گسیل شده از سوی شما، به‌طور کامل در قالب واژگان و کلام شما انتقال پیدا نمی‌کنند، حایز اهمیتی ویژه می‌باشد. در یک موقعیت ایده‌آل، رفتار غیرکلامی شما تکمیل کننده‌ی پیام کلامی شما خواهد بود، ولی اگر تاثیر ارتباط غیرکلامی را نادیده بگیرید، چنین نظارت چشم-پوشانه‌ای می‌تواند به تحلیل بردن و یا حتی نقض سخنان شما منتج گردد.

اساساً، چرا می‌باید زحمت نگرانی در خصوص زبان بدنی و بیان‌های چهره‌ای را به جان بخرید؟ چرا تنها انتظار نداشته باشید که بیماران به سخنان‌تان گوش فرا داده و فقط ارزش اسمی معانی آن‌ها را دریافت دارند؟ پاسخ مشخص است؛ به این دلیل که شما خواستار به جریان انداختن ریسک مورد سوءتفاهم واقع شدن نیستید. شما خواستار آن هستید تا به بیماران‌تان احساس راحتی و آسودگی داده و ادراک آن‌ها در ارتباط با سخنان‌تان را بهینه کنید.

یک مطالعه انجام گرفته توسط دیماتیو، ترانتانا، فریدمن و پرینس (۱۹۸۰) نشان می‌دهد آن دسته از ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه مراقبت از سلامت که به نحو دقیقی قادر به تفسیر پیام‌های غیرکلامی بیماران خود و همچنین ابراز احساسات خودشان به صورتی غیرکلا هستند، دارای بیمارانی رضایت‌مندتر خواهند بود. همچنین، تعدادی مطالعه نیز پیشنهاد دهنده وجود هم‌بستگی مستقیمی بین برقراری ارتباط موثر در میان خدمت‌رسان و بیمار و سازگاری و مراعات بیمار با دستورالعمل‌های مراقبتی و رژیم‌های دارویی می‌باشند (بتانکورت، کاریلو و گرین، ۱۹۹۹، ماتیو، ۱۹۹۵، دیماتیو، هیز و پرینس، ۱۹۸۶، وینیک، لوکاس، هارتمن و تال، ۲۰۰۵). بنابراین، درماگران عرصه مراقبت از سلامت که رفتار غیرکلامی خودشان را مورد ادراک قرار دهند، می‌توانند از آن در جهت بهبود ارتباط با بیماران خود و در نتیجه بهبود دستاوردهای بیماران استفاده نمایند. از تمام این‌ها گذشته، بهبود ارتباط برقرار شده میان بیمار و خدمت‌رسان، به ادراک بیماران در ارتباط با دستورالعمل‌ها، خودِ بیماری و درمان‌ها نیز کمک می‌نماید و در صورتی‌که بیماران آنچه که درمانگر عرصه‌ی مراقبت از سلامت‌شان از آن‌ها می‌خواهند را ادراک نمایند (خواه مصرف سه‌بار در روز یک آنتی‌بیوتیک باشد و یا برنامه‌ریزی یک ملاقات پیگیرانه برای دو هفته بعد)، آن‌ها در موقعیت بهتری برای سازگاری‌یابی (اجابت درمان) قرار خواهند گرفت

(به منظور دست‌یابی به مطالب بیشتر درباره برقراری ارتباط با بیماران کم‌سواد در طول مواجهه بالینی، فصل ششم را ببینید).

در مسیر دستیابی به یک شیوه‌ی با کفایت از نظر فرهنگی

بدیهی است که تصور تمام سناریوهای محتملاً قابل بروز در خلال برقراری یک تعامل در میان بیمار و درمانگر، امری غیرممکن می‌باشد. حتی هر گونه تلاشی در جهت مد نظر قرار دادن تمام تنوعات فرهنگی در ارتباط با آن سناریوها نیز امری غیرممکن‌تر به‌نظر می‌رسد. با این حال، متخصصان عرصه‌ی مراقبت از سلامت در معرض چالش ایجاد و تثبیت رویکردهایی فردی و یا گروهی قرار دارند که بتوانند برای بیماران متعلق به فرهنگ‌های متنوع کار کنند.

تصویر ۱ـ۵: خودارزیابی کفایت (صلاحیت) فرهنگی. اگرچه تمرکز این خودارزیابی بر روی تشـویق خدمات متنوع فرهنگی و صلاحیت فرهنگی برای کودکان دارای ناتوانی یا نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خاص معطوف است، در بسیاری از زمینه‌های خدمات انسانی نیز به‌کار می‌رود.

دسـتورالعمل‌ها: از جسـتجوگر وب خود جهت چاپ این صفحه با چاپگر استفاده کنید (تذکر: شما ممکن است از تنظیم صفحه (Page Setup) در جسـتجوگر خود جهت تنظیم حاشیه‌های راسـت و چپ تا ۰/۲۵ اینچ یا کمتر درصورتی‌که خروجی چاپی از حاشیه سمت راسـت فاقد متن باشـد، استفاده کنید). آنگاه، با کاغذ در دست، گزینه‌های A، B، یا C را برای هر فقره شماره‌گذاری شده فهرست‌بندی گشته انتخاب کنید.

A = کارهایی که به‌کرات انجام می‌دهم (اغلب اوقات)

B = کارهایی که گاه و بی‌گاه انجام می‌دهم (گاهی اوقات)

C = کارهایی که به‌ندرت انجام می‌دهم یا هرگز مبادرت به انجام آن‌ها نمی‌کنم (به ندرت یا هرگز)

شیوه‌های برقراری ارتباط

۶. برای کودکانی که به زبان‌ها یا گویش‌های غیر از انگلیسـی صحبت می‌کنند، در جهت یادگیری و اسـتفاده از کلمات کلیدی در زبان آن‌ها تلاش می‌کنم، تا بهتر بتوانم در طی ارزیابی، درمان، یا سایر مداخلات با آن‌ها ارتباط برقرار کنم.

۷. تلاش می‌کنم تا هرگونه عبارات مصطلح خانوادگی مورد اسـتفاده کودکان و خانواده‌ها را که ممکن اسـت بر روی ارزیابی، درمان، یا سایر مداخلات تأثیر بگذارند، تعیین نمایم.

۸. مـن از مواد نمایشـی، اشـارات و حرکات و عکس‌العمل‌هـای فیزیکی در تعاملات خود با کودکانی که از مهارت انگلیسـی محدودی برخوردار هستند، استفاده می‌کنم.

۹. مـن از کارکنـان دو زبانه یا مترجمان آموزش‌دیده/تصدیق شـده جهت ارزیابی، درمان و سـایر مداخلات بـا کودکانی که از مهارت انگلیسی محدودی برخوردار هستند، استفاده می‌کنم.

۱۰. من از کارکنان دو زبانه یا مترجمان آموزش دیده/تأیید شـده در طی ارزیابی‌ها، جلسـات درمان، نشسـت‌ها و سایر رویدادها برای خانواده‌هایی که به این سطح از مساعدت نیاز خواهند داشت، استفاده می‌نمایم.

۱۱. هنگام تعامل با والدینی که مهارت انگلیسی محدودی دارند همواره به این موضوع توجه دارم که:

* محدودیت‌ها در مهارت زبان انگلیسی به‌هیچ‌وجه نشان‌دهنده سطح کارکرد فکری آن‌ها نیستند.
* توانایی محدود آن‌ها در صحبت کردن به زبان فرهنگ غالب نسبتی با توانایی آن‌ها در برقراری ارتباط مؤثر به زبان مادری‌شان ندارد.
* آن‌ها ممکن است در زبان مادری خود یا زبان انگلیسی باسواد باشند یا نباشند.

۱۲. زمانی‌که امکان‌پذیر است، تنظیم می‌دهم که تمام آگهی‌ها و ابلاغیه‌ها به والدین به زبان‌اصلی آن‌ها نوشته می‌شوند.

۱۳. درک می‌کنم که ممکن است استفاده از جایگزین‌ها برای ارتباط مکتوب برای برخی خانواده‌ها ضروری باشد، همان‌طور که انتقال خبر از شخصی به شخص دیگر ممکن است یک شیوه مرجح دریافت اطلاعات باشد.

ارزش‌ها و نگرش‌ها

۱۴. من از تحمیل ارزش‌هایی که ممکن است در تعارض یا ناسازگاری با آن دسته از فرهنگ‌ها یا گروه‌های قومی به‌غیر از گروه‌های خودم باشد، اجتناب می‌نمایم.

۱۵. در وضعیت‌های گروه درمانی، من کودکان را از به‌کار بردن توهین‌های نژادی و قومی از طریق کمک به درک آن‌ها که کلمات خاص می‌توانند سایرین را جریحه‌دار کنند منع می‌نمایم.

۱۶. من کتب، فیلم‌ها و دیگر منابع رسانه‌ای را به جهت کلیشه‌های منفی فرهنگی، قومی یا نژادی قبل از به اشتراک‌گذاری آن‌ها با کودکان و والدین‌شان که به‌واسطه برنامه و سازمان من به آن‌ها خدمت‌رسانی شده، مورد بررسی قرار می‌دهم.

۱۷. من به یک شیوه مقتضی زمانی که مشاهده می‌کنم کارکنان یا والدین درون برنامه یا سازمان من رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که حاکی از بی‌عاطفی فرهنگی، تعصب، یا پیش‌داوری است، مداخله می‌نمایم.

۱۸. من می‌فهمم و می‌پذیرم که خانواده به‌واسطه فرهنگ‌های مختلف به‌طور متفاوت تعریف می‌شود (مثلاً اعضای خانواده گسترده، خویشاوندان خیالی، والدین تعمیدی).

۱۹. من تشخیص می‌دهم و می‌پذیریم که افراد با پیش‌زمینه‌های فرهنگی متفاوت ممکن است خواستار درجات مختلفی از فرهنگ پذیری در درون فرهنگ غالب باشند.

۲۰. من قبول دارم و احترام می‌گذارم که نقش‌های مرد و زن در خانواده‌ها ممکن است به‌طور قابل‌توجهی در میان فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشد (به‌عنوان مثال، فردی که تصمیمات عمده برای تعاملات خانوادگی، تفریحی و اجتماعی مورد انتظار کودکان پسر و دختر را می‌گیرد).

۲۱. من درک می‌کنم که عوامل چرخه عمر و زندگی باید در تعاملات با افراد و خانواده‌ها مدنظر قرار گیرند (مثلاً، ارزش بالای قرار داده‌شده در تصمیم‌گیری‌های بزرگان یا نقش مسن‌ترین مرد در خانواده‌ها).

۲۲. اگرچه حرفه یا دیدگاه اخلاقی من ممکن است متفاوت باشد، والدین یا خوانده را به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌های نهایی برای خدمات و پشتیبانی از فرزندان‌شان قبول دارم.

۲۳. من این مساله را که که معنا یا ارزش درمان پزشکی و آموزش سلامت ممکن است تا حد زیادی در میان فرهنگ‌ها متفاوت باشد، به رسمیت می‌شناسم.

۲۴. من تشخیص می‌دهم و درک می‌نمایم که اعتقادات و مفاهیم رفاه عاطفی به‌طور قابل‌توجهی از فرهنگ به فرهنگ متفاوت هستند.

۲۵. من درک می‌کنم که اعتقادات درباره بیماری ذهنی و ناتوانی عاطفی مبنای فرهنگی دارند. من قبول دارم که واکنش‌ها در برابر این شرایط و مداخلات/درمان مرتبط، متأثر از فرهنگ هستند.

۲۶. قبول دارم که مذهب و اعتقادات نحوه واکنش خانواده‌ها نسبت به بیماری، مرض، ناتوانی و مرگ را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

۲۷. من تشخیص می‌دهم و می‌پذیرم که اقوام و خویشان و اعتقادات مذهبی ممکن است واکنش و رویکرد یک خانواده را نسبت به کودک متولد شده با ناتوانی، یا بعدها که ناتوانی عاطفی یا فیزیکی وی شناخته شده یا این‌که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی خاص است، تحت تأثیر قرار دهند.

۲۸. من درک می‌کنم که رویکردهای سنتی در تربیت کودک متأثر از فرهنگ هستند.

۲۹. من متوجه هستم که خانواده‌های از فرهنگ‌های مختلف انتظارات متفاوتی از فرزندانش در یادگیری استفاده از توالت، لباس پوشیدن، غذا خوردن و دیگر مهارت‌های کمک به خود دارند.

۳۰. من قبول دارم و محترم می‌شمارم که باورها و سنن درباره غذا، ارزش آن، تهیه و مصرف از فرهنگ به فرهنگ متفاوت است.
۳۱. قبل از ملاقات و ارایه خدمات در محیط خانه، من اطلاعاتی راجع به رفتارهای قابل قبول، ادب و تواضع، سنن و انتظاراتی که برای خانواده‌های از فرهنگی‌های مختلف و گروه‌های قومی که به‌واسطه برنامه و سازمان من به آن‌ها خدمت‌رسانی شده منحصر فرد هستند، جستجو می‌کنم.
۳۲. من اطلاعاتی از اعضای خانواده یا دیگر آگاهی‌دهنده‌های کلیدی جامعه که در انطباق خدمات جهت واکنش به نیازها و ترجیحات کودکان و خانواده‌هایی که به‌واسطه برنامه و سازمان من به آن‌ها خدمت‌رسانی شده مساعدت خواهند رساند، جستجو می‌کنم.
۳۳. من مدت زمانی را به بازبینی بیانیه مأموریت برنامه یا سازمان خود، اهداف، خط‌مشی‌ها، رویه‌ها جهت اطمینان از این که آن‌ها اصول و روش‌های ارتقادهنده تنوع و توانش فرهنگی را ادغام می‌نمایند، اختصاص می‌دهم.
هیچ کلید پاسخی برای جواب‌های صحیح وجود ندارد. با این حال، درصورتی‌که مکرراً گزینه C را انتخاب کردید، ممکن نیست لزوماً ارزش‌ها را نمایان سازید و در شیوه‌های ارتقا دهنده یک نظام ارایه خدمات متنوع فرهنگی و توانش فرهنگی
(منبع: اقتباس‌شده از "ارتقای توانش (صلاحیت/کفایت) فرهنگی و تنوع فرهنگی در محیط‌های مداخله اولیه و اوایل کودکی". ماه ژوئن ۱۹۸۹. تجدید نظر شده در سال‌های ۱۹۹۳، ۱۹۹۶، ۱۹۹۹، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲. Tawara D. Goode از مرکز کودکان و توسعه انسانی دانشگاه جورج تاون، مرکز دانشگاهی برتر در آموزش، پژوهش و خدمات ناتوانایی‌های رشدی. .Washington, D.C: مرکز ملی توانش فرهنگی. با کسب اجازه مجدداً چاپ شده. قابل دسترس در http://gucchd.georgetown.edu/nccc/ncccv.html)

دستورالعمل‌هایی برای بیشتر شدن صلاحیت فرهنگی در مراقبت

اگرچه برای سوالات مربوط به صلاحیت فرهنگی، پاسخ‌های آسان و الگوی واحدی در دسترس نیست، اما دستورالعمل‌هایی وجود دارند که متخصصان مراقبت‌های سلامت می‌توانند به عنوان گام نخست در راه توسعه رفتارهای شایسته فرهنگی در تعاملات ادرمانگر ـ بیمار از آن‌ها پیروی کنند. اتخاذ این رفتارها آغازی بر پیمودن یک راه طولانی است که به سمت بهینه‌سازی تعاملات و کسب نتایج موفقیت‌آمیز بیشتر منتهی می‌شود.

اجرای یک خودارزیابی فرهنگی

هر یک از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، فرهنگ شخصی خود و همچنین فرهنگ محیط پزشکی را در روابط اردرمانگر ـ بیمار وارد می‌کند. برای مدیریت کردن حجم زیادی است، اما درک این که کدام یک از حوزه‌های عملکرد، دانش، یا رفتار شما می‌توانند بهبود یابند، نخستین گام منطقی است. ابزارهایی از قبیل خودارزیابی صلاحیت فرهنگی که توسط Tawara D Goode از مرکز کودکان و توسعه انسانی دانشگاه جورج تاون توسعه یافته و در تصویر ۱ـ۵ نمایش داده شده می‌تواند یاری رساند (Goode, ۲۰۰۲).

اندکی تکلیف انجام دهید

به سوابق خود طی ماه‌های گذشته نگاهی بیندازید تا تعیین کنید گروه‌های فرهنگی بیماران شما اهل کجا هستند. بدون تقلای بیشتر، باید قادر باشید اندکی درباره هر یک از آن فرهنگ‌ها بیاموزید. این موضوع نباید کار دشواری باشد، مطمئن باشید که تلاش‌های شما با درک بیشتر بیماران‌تان و یک توانایی افزایش یافته در پرسیدن سؤالات معنادار و جمع‌آوری اطلاعات قابل توجه ارج نهاده خواهند شد.

دفتر خود را به محیطی راحت از لحاظ فرهنگی مبدل سازید

سعی کنید مجلات و روزنامه‌های فرهنگی مورد علاقه بیماران یا نوشته شده به زبان مادری آن‌ها را پیدا کنید. علاوه بر این، ارزیابی کنید که آیا نشانه‌ها و آگهی‌های اتاق انتظار شما برای آن‌ها معنادار هستند یا نه. چنانچه بیمار اهل آسیا یا خاورمیانه باشد، توجه

داشـــته باشید که چای برای نوشیدن در دسترس باشـــد (Salimbene، ۲۰۰۰). چنین نکات ظریفی می‌تواند در ایجاد حس خرسندی و درک بیمار موفقیت‌آمیز باشد.

تفاوت‌های فرهنگی را محترم شمارید

این حقیقتاً به معنای بیش از موافقت زبانی به تحمل و پذیرش است. بلکه تصدیق و انطباق این واقعیت که گروه‌های فرهنگی مختلف ممکن اســت ایده‌های متفاوتی درباره موضوعات خاص داشـــته باشند را در بر می‌گیرد. برای نمونه، گروه‌های فرهنگی مختلف ایده‌های متفاوتی راجع به آنچه در ارتباط غیرکلامی از قبیل تماس چشـــمی و نزدیکی، مناســـب است، دارند. غربی‌ها ممکن است تماس چشمی را به‌عنوان علاقه و احترام در نظر بگیرند، اما برخی گروه‌های فرهنگی بر این باورند که تماس چشمی با افراد مسن‌تر و آن‌هایی که در موضع قدرت هستند بی‌احترامی است. اگرچه احتمالاً پیش‌بینی دقیق این که هر بیمار درباره این موضوعات چطور احساس خواهد کرد غیرممکن است، اما امکان پژوهش و اطلاع هر چه بیشتر از تفاوت‌ها در زبان حرکات بدن در میان گروه‌های فرهنگی مختلف در جامعه شما وجود دارد. در تمام موارد، یک قاعده کلی خوب مبتنی بر تجربه، در بهره‌برداری از رفتارهای ارتباط غیرکلامی بیماران وجود دارد.

ساده سخن بگویید

از به کارگیری کلمات و عبارات غیرضروری و ارایه اطلاعات بی‌ربط اجتناب کنید. توجه داشته باشید که برخی فرهنگ‌ها حرف بیهوده را نامناسب تلقی می‌کنند. بهتر است سؤالاتی از قبیل چه کسی، چه چیزی، کی، کجا، چرا، چطور و کدام را جهت جمع‌آوری اطلاعات به‌کار برید. درصورتی‌که پاســخ بیمار شـــما بی‌ربط یا مبهم اســـت، ســـؤال خود را مجدداً با کلمات ســـاده‌تر عبارت‌بندی کنید (۲۰۰۰ ,Salimbene).

سؤالاتی بپرسید که به تعیین اعتقادات و رفتارهای بیماران شما کمک خواهند کرد

اغلب، از بیماران به‌تازگی بســـتری شـــده سؤال می‌شـــود که آیا با فرقه مذهبی خاصی ارتباط دارند یا نه. اما Joan E Kub دارای مدرک دکترا و پروانه رسمی پرستاری، یک استاد پرستاری که الهیات نیز تدریس کرده است، اعتقاد دارد که برای پرستاران مفیدتر خواهد بود تا ســـؤالات خاص درباره شـــیوه‌های مذهبی بیماران و اهمیت مذهب در زندگی آن‌ها را قاعده‌مند کنند (Blum, ۲۰۰۴). او بیان می‌کند چنین اطلاعاتی می‌تواند پرســـتاران را در کمک به بیماران برای حفظ وابســـتگی مذهبی‌شـــان یاری رســـانند. مطابق با مطالعات قبلی، وابســـتگی مذهبی با نتایج ســـلامتِ بهتر مرتبط بوده و طول عمر، مهارت‌های ســـازگاری و کیفیت زندگی را افزایش داده است (Levin، ۱۹۹۶؛ Blum، ۲۰۰۴).

هرگز اعتقادات فرهنگی را نادیده یا به تمسخر نگیرید

حتی اگر گمان می‌کنید که اعتقادات یک بیمار گمراه‌کننده هســـتند، آن‌ها می‌توانند ســـلامت و انطباق او با درمان را تحت تأثیر قرار دهند. برای نمونه، باور یک فرد که وی ســـحر و جادو شـــده یا به واسطه یک نیروی ماوراء طبیعی مورد تنبیه قرار می‌گیرد ممکن است منتج به انطباق ضعیف با برنامه درمان شـــما شـــود زیرا آن بیمار شـــاید باور دارد نمی‌توانید برای معالجه بیماری او کاری انجام دهید (Salimbene, ۲۰۰۰).

هر کاری که می‌توانید تا با خانواده بیمار منطبق گردید انجام دهید

اگر یک بیمار، دوســـتان یا خانواده‌اش را در قرار ملاقات با خود به همراه آورد، رنجیده خاطر نشـــوید. در بسیاری از فرهنگ‌ها تصمیمات مرتبط با سلامت تنها بعد از مشورت با اعضای خانواده اتخاذ می‌گردند. با پذیرش و احترام به این رفتار فرهنگی، شما می‌توانید روابط‌تان

را با بیمار خود ارتقا بخشید و اطمینان وی را از خود به‌عنوان یک ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی افزایش دهید (Salimbene, ۲۰۰۰).

به باورهای مذهبی‌ای که بر چگونگی ارایه خبر بد تأثیر می‌گذارند، احترام بگذارید

ترجیحات بیماران در ارتباط با انتقال خبر بد می‌توانند با توجه به پیش‌زمینه‌های قومی آن‌ها متفاوت باشند (Lee، Batal، Maselli، و Kutner، ۲۰۰۲؛ Searight و Gafford، ۲۰۰۵). در برخی فرهنگ‌ها، ارایه مستقیم پیش‌بینی مرض به بیمار، مناسب در نظر گرفته نمی‌شود. در سایر فرهنگ، کلمات خاص (مثلاً، سرطان) هرگز به‌کار نمی‌روند. در چنین مواردی، بهتر است از توصیه خانواده بیمار درباره این که چه میزان اطلاعات را فاش سازیم یا به چه اندازه آن را ارایه نماییم پیروی کنیم (Salimbene, ۲۰۰۰). حتی برخی فرهنگ‌ها بر این باورند که عملِ گفتنِ خبر بد با نتایج بد ارتباط دارد (Lee، Batal، Maselli، و Kutner، ۲۰۰۲؛ Searight و Gafford، ۲۰۰۵).

برای نمونه، Carrese و Rhodes (۱۹۹۵) اشاره می‌کنند که مفهوم واژه hozho (هماهنگی) در زبان سرخ‌پوستان ناواهو ارتباط را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تحمیل می‌کند که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران باید به‌طور مطلق مانند یکدیگر صحبت نمایند و بیاندیشند زیرا در غیراین‌صورت از ارزش‌های «ناواهو» تخطی می‌کنند. لی، بک، بلک و استوارت Lee، Back، Block، و Stewart (۲۰۰۲) بر این باورند که چنین نگرش‌هایی ممکن است گسترده‌تر از آنچه بسیاری از ارایه‌دهندگان تشخیص می‌دهند باشند. چنانچه حق با این پژوهش‌گران باشد، آن یک استدلال خوب در طرف‌داری از توجه افزایش یافته بر روی بخش ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به اختلافات میان باورهای فرهنگی خود و اعتقادات فرهنگی بیماران خود است.

از اولین تأثیرگذاری خود مطلع باشید

باید تلاش کنید تا هنگام تعامل با بیماران، باادب، حرفه‌ای و بی‌عجله به نظر برسید. چیزی به‌سادگی دست دادن در نخستین ملاقات با بیمار می‌تواند در خلق اساس اعتماد کمک کند. دست دادن‌ها حاکی از احترام و توجه هستند و پژوهش‌ها تأیید می‌کنند که یک دست دادن محکم و استوار در شکل‌گیری یک تأثیرگذاری مطلوب کمک می‌نماید (Chaplin، Phillips، Brown، Clanton و Stein، ۲۰۰۰).

وقتی سوابق جسمی را مطالعه می‌کنید یا با بیماران در حال صحبت کردن هستید، سعی کنید بنشینید. این حرکت ساده در برقراری ارتباط با بیمارانی که شما به آنچه آن‌ها باید ابراز کنند علاقه‌مند هستید، موفق عمل خواهد کرد. این بدان معناست که شما از وقت کافی جهت گوش فرادادن به بیماران درباره آنچه آن‌ها باید بگویند و سؤالاتی که ممکن است بپرسند و توضیح کامل هر اطلاعات یا دستورالعملی که باید منتقل شوند، برخوردارید. چنین رفتاری از سوی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت منجر به احساس آرامش بیماران می‌شود (Baile و همکاران، ۲۰۰۰).

در طی تمام تعاملات با بیماران، به مانند این که گوش فرا می‌دهید باشید

اول از همه، به سمت بیمار خود بچرخید و اندکی رو به جلو تکیه دهید. این کار را حتی اگر از یک مترجم جهت ارتباط با بیمار استفاده می‌کنید، انجام دهید. این حالت شدیداً حاکی از علاقه و مشارکت است. زمانی‌که با بیمار خود صحبت می‌کنید به وی نگاه کنید، مگر این که بدانید تماس چشمی شما بیمارتان را معذب و ناراحت می‌سازد. اگرچه درست است که نگرش‌های فرهنگی راجع به تماس چشمی متفاوت هستند، اکثر بیماران در صورتی‌که به آن‌ها در طی ملاقات نگاه کنید احساس راحت‌تر و ارتباط بیشتری با شما دارند. تماس چشمی یک ابزار مهم و اثربخش در برقراری پیوند با بیمارانی از اکثر فرهنگ‌ها قلمداد می‌شود (Baile و همکاران، ۲۰۰۰).

یک شیوه دیگر برقراری ارتباط با بیماران لمس بازوی آن‌ها است. چنانچه بیمار با آن راحت است، شما حتی ممکن است دست وی را بگیرید (Baile و همکاران، ۲۰۰۰). از نگاه منحرف‌کننده اجتناب کنید: نگاهی اجمالی به پرونده‌ها یا نگریستن به اطراف ممکن است به عنوان عدم علاقه یا به عنوان عدم توجه یا ناتوانی تفسیر شود. استثنایی برای این قاعده زمانی است که بیمار شروع به گریستن کند. در

این وضعیت، دستمالی به وی دهید و تا زمانی‌که بیمار آرامش خود را دوباره به دست آورد، به آن طرف نگاه کنید (Roter، ۲۰۰۵). از انجام هر کاری که ممکن است منحرف‌کننده باشد بپرهیزید. برای نمونه، چنانچه عادت به پلک زدن یا چرخاندن چشم‌های‌تان دارید، سعی کنید آن را در طی تعاملات با بیماران تحت کنترل داشته باشید. عاداتی از این قبیل ممکن است در بیمار این احساس را ایجاد کند که شما کاملاً تمرکز خود را معطوف وی نمی‌کنید. چنانچه به دلایلی ممکن است مجبور به انجام یک رفتار به‌طور بالقوه منحرف‌کننده شوید، مثلاً از حساسیت‌هایی که سبب می‌شوند مکرراً سرفه کنید رنج می‌برید، آن را برای بیمار خود در شروع جلسه توضیح دهید.

یک حالت خنثی را حفظ کنید

از دست به سینه نشستن که می‌تواند به عنوان دلخوری یا حالت دفاعی تفسیر شود اجتناب کنید. انجام آن مانعی را بین شما و بیمارتان زمانی‌که باید پیوندی را برقرار کنید، ایجاد می‌کند. سعی کنید از پا روی پا انداختن نیز بپرهیزید، اگرچه ممکن است راحت‌ترین شیوه نشستن برای شما باشد، اما برای برخی بیماران ممکن است این طرز نشستن بسیار راحت یا خونسرد به نظر برسد. در عوض، سعی کنید که دو زانو و بر روی پاهای خود و هرچه نزدیک‌تر کنار هم بنشینید تا احساس راحتی و بی‌طرفی بیشتری کنید. چنانچه می‌ایستید، از انتقال وزن خود از یک پا به پای دیگر اجتناب کنید. این حرکت به‌عنوان اضطراب در نظر گرفته می‌شود و حاکی از تمایل به پایان دادن گفتگو است. هر یک از این برداشت‌ها ممکن است در بیمار نسبت به مراقبت‌های شما نارضایتی ایجاد کند.

لبخند بزنید

ارایه‌دهنده خدمات حالات چهره خود از آغاز تا پایان تعاملات خود با یک بیمار باشید. چنانچه بیمار پاسخی به لبخند شما نشان نداد، آزرده خاطر نباشید. هر چند، این می‌تواند حاکی از آن باشد که او سعی می‌کند با ادب باشد، در برخی فرهنگ‌ها (مثلاً کره‌ای)، لبخند زدن به چهره غریبه‌ها و مقامات گستاخی در نظر گرفته می‌شود (Theiderman, ۲۰۰۳).

درک کنید که برخی بیماران شاید نخواهند درباره مراقبت‌های بهداشتی خود تصمیم‌گیری کنند

Lee، Back و همکارانشان (۲۰۰۲) ابراز می‌کنند که بیماران سالخورده و افراد با پیش‌زمینه قومی خاص، کنترل کمتر بر روی تصمیم‌گیری‌ها را به کنترل بیشتر ترجیح می‌دهند. تمایل به مشارکت در تصمیمات مراقبت از سلامت، یک ویژگی فرهنگی منحصر به فرد سفیدپوستان آمریکا است. این پژوهشگران اظهار می‌دارند که این موضوع کاملاً درست است و حتی به اشتراک گذاشتن توصیه‌های فردی با بیماران قابل ترجیح است (Lee، Back و همکارانشان، ۲۰۰۲). پرسش نظرات بیمارانی که فرهنگ آن‌ها پزشکان را در نقش کارشناس قرار می‌دهد، ممکن است اعتماد آن‌ها را متزلزل سازد (Salimbene, ۲۰۰۰). با این حال، زمانی‌که نظرات خود را بیان می‌کنید ارایه‌دهنده خدمات باشید که نشان‌دهنده تعصبات شخصی‌تان که تفکر شما را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نباشند (Lee، Back و همکاران، ۲۰۰۲).

کشف اولویت یک بیمار برای کسب اطلاعات ممکن است به سادگی پرسش از وی درباره آن باشد (Baile و همکاران، ۲۰۰۰). برای نمونه، ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند از بیماران سؤال کنند: از من می‌خواهید چطور اطلاعات راجع به نتایج آموزش را بیان کنم؟ آیا از من می‌خواهید تا تمام اطلاعات را بیان کنم یا نتایج را به‌طور خلاصه ابراز دارم و زمان بیشتری را صرف بحث درباره برنامه درمان کنیم؟ چنانچه بیماران تمایلی به اطلاع از جزییات نداشته باشند، ارایه‌دهنده می‌تواند به سؤالات آتی پاسخ دهد یا با یک عضو خانواده یا دوست بیمار **صحبت کند (Baile و همکاران، ۲۰۰۰).**

بیمارانی که انتظار دارند ارایه‌دهندگان خدمات سلامت آن‌ها افرادی معتبر باشند، ممکن است سؤال کنند: از می‌خواهید چه‌کاری انجام دهم؟ یک پاسخ از لحاظ فرهنگی حساس و مقتضی ممکن است شبیه به این باشد: "خب، اگر جای شما بودم، X را انتخاب می‌کردم،

اما قانون من را ملزم می‌دارد تا از شما بخواهم که شما تصمیم نهایی را بگیرید" (Salimbene, ۲۰۰۰).

دستورالعمل‌های برقراری ارتباط

با توجه به این که تقریباً ۷۰۰۰ مرگ در هر سال ناشی از خطاهای دارویی است (Phillips، Christenfeld، و Glynn، ۱۹۹۸)، منطقی است که تا اندازه‌ای توجه خود را به اطمینان از این‌که بیماران دستورالعمل‌های دارویی خود را درک می‌کنند، معطوف نماییم. همان‌طور که قبلاً مشاهده کردیم، تفاوت‌های فرهنگی میان بیماران و ارایه‌دهندگان می‌توانند منتج به سوءتعبیرها و سواد سلامت کم بیماران شوند.

بارزترین نمونه زمانی به وقوع می‌پیوندد که زبان بیمار از زبان ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی متفاوت است. در چنین مواردی خدمات یک مترجم آموزش دیده بسیار ارزشمند است. اغلب، اعضای خانواده بیمار او را همراهی می‌کنند و به عنوان مترجم عمل می‌کنند، اما بیماران ممکن است ترجیح دهند که متخصصان آموزش دیده و نه فردی دو زبانه، برای آن‌ها ترجمه کنند (Baker، Parker، Williams، Coates و Pitkin، ۱۹۹۶).

در فرهنگ‌هایی که احترام به بزرگ‌ترها حایز اهمیت است، درخواست از بچه‌ها برای ترجمه کردن می‌تواند پویایی خانواده را تغییر دهد و منجر به رنجش خاطر بیماران شود (Ngo-Metzger و همکاران، ۲۰۰۳). همان‌طور که در فصل ۱۰، مترجمان و نقش آن‌ها در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، مشاهده می‌کنیم، حقیقتاً اعضای خانواده برای ترجمه اصطلاحات پزشکی آموزش‌دیده نیستند. اتکا به آن‌ها در انتقال دقیق اطلاعات پزشکی می‌تواند تنها منتج به نتیجه معکوس و ایجاد توان بالقوه برای خطا گردد. به‌علاوه، تکیه بر اعضای خانواده در ایجاد پیوند فاصله زبانی بین بیمار و ارایه‌دهنده می‌تواند بار مسئولیت غیرضروری بر روی دوش آن‌ها بگذارد. ممکن است آن‌ها همواره برای همراهی بیمار در جلسات مراقبت‌های بهداشتی در دسترس نباشند.

پژوهشی که شیوه‌های مختلف ترجمه و رضایت‌مندی بیماران را با تعاملات مراقبت‌های بهداشتی مقایسه می‌کند، نشان داد بیمارانی که از مترجمان حرفه‌ای استفاده می‌کنند سطوحی از رضایت‌مندی، برابر با سطوح رضایت‌مندی بیمارانی که به‌واسطه ارایه‌دهندگان دو زبانه معالجه شدند، گزارش می‌کنند (Lee، Batal و همکاران، ۲۰۰۲). در طرف دیگر، بیمارانی که از اعضا خانواده یا مترجمان غیرحرفه‌ای (پرستاران، متخصصان، پذیرگران دو زبانه) جهت برقراری ارتباط با ارایه‌دهندگان استفاده می‌نمایند سطوح پایینی از رضایت‌مندی را گزارش می‌کنند (Lee، Batal و همکاران، ۲۰۰۲).

دستورالعمل‌های (آموزش‌های) چاپ شده

سواد سلامت پایین، درک بیمار از دستورالعمل‌های (آموزش‌های) درمانگر را که با ابزارهای به‌کار گرفته شده در برقراری ارتباط آغاز می‌کنند، تحت تأثیر قرار می‌دهد. زمانی‌که زبان یک مانع است، ارتباط کلامی سرشار از چالش‌ها است. در واقع، دستورالعمل‌های مکتوب حتی زمانی که به زبان مادری بیمار نوشته می‌شوند، اغلب قاصر هستند. همان‌طور که فصل ۱ و جایی دیگر در این کتاب به‌طور خلاصه بیان شد، مشکل عدم انطباق سطح خواندن مطالب و سطح خواندن بیمار است.

پژوهش‌ها بر روی مواد چاپی توسعه یافته برای آموزش بیماران مقرر کرده‌اند که سطح خواندن این مطالب معمولاً در محدوده مقطع دبیرستان، دانشگاه یا مقطع فوق‌لیسانس قرار می‌گیرند (Rudd، Moeykens و Colton، ۲۰۰۰). با این حال بیمارانی که این مطالب برای آن‌ها در نظر گرفته شده سطح خواندن بسیار پایین‌تری دارند.

زمانی‌که مواد چاپی به زبان مادری بیمار نوشته نمی‌شوند، هنوز موانع دیگری جهت درک کردن وجود دارند. تضمین ترجمه مطالب ممکن است چندان صحیح نباشد؛ زیرا ممکن است همواره این خطر وجود داشته باشد که مترجمان اطلاعات را به درستی انتقال ندهند.

منابع غیرمتنی

یک شیوه مقابله با این مشکل به‌کارگیری مطالب چاپی‌ای است که به تصاویر به جای متن متکی هستند. پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که رسانه‌های غیرمتنی می‌توانند به‌طور مؤثر اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی را به بیماران باسواد سلامت پایین انتقال دهند (۲۰۰۴ ,Schloman). تصویرنگاره‌ها، فیلم‌ها، DVDs، لوح‌های فشرده مبتنی بر رایانه، نوارهای صوتی و داستان‌های مصور نمونه‌هایی از مواد غیرمتنی هستند که جهت برقراری ارتباط موفق با بیماران از فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف به‌کار گرفته شده‌اند. چنین رسانه‌هایی به توانایی عکس‌ها و تصاویر جهت ارتقای درک میان بیماران کم‌سواد متکی هستند. توانایی که توسط پژوهش‌گران مشاهده شده است (Michielutte و همکاران، ۱۹۹۲). دلیل اصلی عملکرد این رسانه‌ها در زمینه مراقبت‌های بهداشتی این است که آن‌ها بار مسئولیت ارایه جزییات و توضیحات در متن را کاهش می‌دهند. تصاویرِ به‌طور مؤثر آمده شده بر روی نکات مهم تأکید می‌ورزند و بیماران را به خواندن آنچه متن کوتاه ارایه می‌دهد برمی‌انگیزند. زمانی‌که کلمات در درک دقیق پیام کافی نیستند، تصاویر بُعد مضاعفی برای مطالب را به ارمغان می‌آورند (Doak، Doak و Root، ۱۹۹۶). با این حال تصاویر نیز همچون زبان، این اشکال را دارند که تحت تاثیر فرهنگ قرار می‌گیرند. برای صورت‌نگاره‌ها، فیلم‌ها و دیگر مواد که جهت عملکرد خود بر روی تصویر متمرکز شده‌اند، تصاویر می‌بایست منطبق با شیوه درک، شناسایی و تفسیر بیمار از آن‌ها باشند (Fuglesang, ۱۹۷۳).

فرهنگ و مراقبت از بیمار: از اعتقادات تا جزوات

از باورها تا کتابچه‌ها، تأثیر فرهنگ بر روی مراقبت از بیمار مشهود است. با وجود مؤلفه‌های فراوان و متغیرهای بسیار زیاد، تعریف فرهنگ سخت است و تحلیل آن دشوارتر. اما اثرات آن بر مراقبت‌های بهداشتی قابل توجه هستند، هیچ پژوهش مرتبط با مراقبت از سلامت نمی‌تواند آن‌ها را نادیده بگیرد. هیچ رویکردی که در جستجوی بهینه‌سازی مراقبت از بیمار و نتایج است نمی‌تواند از آن‌ها چشم‌پوشی کند. فرهنگ، تجربه مراقبت‌های بهداشتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در تشخیص اثرات فرهنگ و اتخاذ رویکردهای نظام‌مند که به فرهنگ فردی بیماران احترام می‌گذارند و در حین حال بهترین مراقبت‌های ممکن را فراهم می‌سازند، به چاالش کشیده می‌شوند.

فصل ششـــم

بهبود ارتباط بیمار– ارایه‌دهنده خدمات

در کتاب جف کین، یعنی؛ چگونگی شفایابی: راهنمایی برای ارایه‌کنندگان مراقبت (۲۰۰۳)، وی به نقل داستان الن می‌پردازد، زنی که پس از شناسایی شدن یک توده در سینه‌اش، تحت عمل بافت‌برداری قرار گرفته بود و از بابت وضعیت سلامت‌اش، بسیار عصبی و نگران بود. وقتی که نتایج آماده شد، یک پرستار با الن در منزل تماس گرفت تا به وی اطلاع دهد که "بافت‌برداری منفی بوده است". این خانم با شنیدن واژه‌ی منفی به تنهایی و عدم ادراک مفهوم حقیقی سخنان پرستار، به چیزی شبیه به شوک دچار شد و "این پیغام را به عنوان تاییدی برای وحشتناک‌ترین هراس‌های خودش تفسیر نمود" (۲۴). وقتی که شوهرش، دیو، به خانه آمد و سعی کرد که با وی صحبت کند، الن پاسخی نمی‌داد و همچنان به فضای خالی خیره شده بود، گویی که انگار عقلاش را از دست داده است. دیو، نگران شد که همسرش ممکن است دچار حمله یا سکته شده باشد، بنابراین با عجله وی را به منظور معاینه به بخش فوریت‌ها (ED) برد.

طبیعتاً، پزشک مسئول به خدمت، نتوانست هیچ مشکلی در الن بیابد، ولی از دیو پرسید که آیا همسرش هیچگونه مشکلی در رابطه با سلامت‌اش دارد و یا خیر. دیو، پاسخ داد که الن اخیراً یک بافت‌برداری انجام داده است، بنابراین، دکتر فکر کرد که شاید وی دچار سرطان بوده، تومور وی گسترش یافته و بر مغز وی تاثیر گذاشته است. بنابراین، در کنار سایر آزمایشات، وی دستور انجام یک نمونه‌گیری از مایع نخاعی الن را نیز صادر نمود.

از همان جا اوضاع رو به وخامت گذاشت. آزمایش نمونه‌برداری از نخاع می‌تواند بسیار دردناک باشد (و در این مورد رویه‌ای اساساً غیرضروری محسوب می‌شد)، ولی الن دچار یک عارضه جانبی معمول گردید: یک سردرد شدید. سپس، وی یک واکنش آنافیلاکتیک نسبت به مسکنی که برای او تجویز شده بود نشان داد و هشیاری‌اش را از دست داد. کین می‌نویسد:

الن، صبح روز بعد در واحد مراقبت‌های ویژه از خواب بیدار شد. یک عصب‌شناس وی را در آنجا معاینه کرده بود و سپس، خبر از بروز یک نشانه‌ی هشداردهنده ناگهانی داده بود: "فراموشی موقت یا کلی" دکتر توضیح داد که؛ "همه‌ی این‌ها بدان معنا است که شما احتمالاً در معرض استرس از حادثه‌ای خیلی بد قرار گرفته‌اید و این موضوع، عملاً مغز شما را از کار انداخته است. به عبارت دیگر، هیچ تومور مغزی و هیچ بیماری‌ای در کار نیست. شما می‌توانید انتظار داشته باشید تا حافظه‌تان در عرض چند روز برگردد" (کین، ۲۰۰۳؛ صفحه‌ی ۲۴).

وقتی‌که الن نهایتاً متوجه شد که بافت‌برداری منفی به معنای بافت‌برداری است که در آن هیچ‌گونه سرطانی یافت نشده است، دچار شوک شد، ولی سپس احساس راحتی و خلاصی پیدا کرد. او این گونه جمع‌بندی می‌کند که؛ "من هنوز هم نمی‌توانم همه‌ی چیزهایی را که برای من اتفاق افتاده باور کنم. من گرفتار هیچ بیماری‌ای نبودم، ولی احساس می‌کردم که انگار از زندگی خودم بیرون کشیده شده‌ام و درون یک جعبه محبوس شده‌ام. من از فکر کردن به آنچه که بر افراد بواقع تشخیص درست داده شده برای بیماری می‌گذرد، بیزار هستم" (کین، ۲۰۰۳؛ صفحه ۲۴).

اگر پرستار اخبار مرتبط با الن را به نحوی کامل‌تر و شفاف‌تر برای وی توضیح داده بود، شاید از طریق افزودن این که؛ "پس، این بدان معنا است که شما سالم هستید و سرطانی در کار نیست" و یا حذف عبارت "بافت‌برداری منفی بوده است"، شاید آنچه که برای الن اتفاق افتاد، قابل اجتناب می‌گرداند. کین در این خصوص می‌گوید:

وقتی که هر گونه خبری را به یک بیمار می‌دهید، تمام اصطلاحات می‌بایستی شرح و توضیح داده شوند. ما از بسیاری واژگان دارای بار معنایی احساسی در زمینه پزشکی استفاده می‌کنیم. غالباً، بیماران یک واژه را می‌شنوند و بهت‌زده باقی می‌مانند؛ گویی پس از شنیدن آن واژه، اساساً دیگر هیچ چیزی را نمی‌شنوند. درباره زن مورد اشاره در مثال فوق، واژه‌ی منفی، خط مهره‌های دومینو را به جریان انداخته است. ولی آنچه که اتفاق افتاده، به سهولت قابل احتراز بوده است (جف کین، دکترای پزشکی، ارتباط فردی، دسامبر ۲۰۰۵).

با این حال، آنگونه که ما غالباً می‌شنویم، فهم تجربیات گذشته، ادراکی ۲۰-۲۰ محسوب می‌شود. یقیناً، پرستار متوجه نبوده است که پیام وی می‌تواند تا این حد مورد سوءتفاهم کامل واقع شود. وی احتمالاً از این موضوع که الن شب قبل را غرق در تقلایی فکری درباره دوراهی مصیبت‌باری که وی در صورت مشخص شدن نتیجه بافت‌برداری مبنی بر ابتلای وی به سرطان سینه، مجبور به گام برداشتن در مسیر آن بوده است، بیدار مانده بوده، اساساً اطلاعی نداشته است (کین، ۲۰۰۳؛ صفحه‌ی ۲۳). ولی در این مورد، ارتباط موثر به

واسطه‌ی حداقل دو عامل مختل گردیده‌اند: استفاده از تلفن که هیچ‌گونه فرصتی را برای تبادل رو در رو در زمینه‌ی انتقال اطلاعات حساس مرتبط با سلامت فراهم نمی‌آورد و استفاده از زبان فنی و حرفه‌ای. آیا الن اساساً ادراکی از چیستی یک فرآیند بافت‌برداری داشته است؟ اگر این اطلاعات به صورتی فردی به الن منتقل می‌گردید، آیا حالت بیانی چهره و یا زبان بدنی پرستار، می‌توانست به صورتی مشخص، نشان‌گر مثبت بودن خبر در حال انتقال باشد؟ آیا الن صرفاً از هراس ابله جلوه کردن، ترسیده است که درخواست شفاف‌سازی بیشتر نماید و یا به این دلیل این گونه واکنش نشان داده که شوکه شده بوده.

شاید گمانه‌زنی در این خصوص کاری اشتباه باشد، ولی با این حال، داستان الن به‌خصوص برای بیماران دارای سواد سلامت پایین، به‌طرز ویژه‌ای تلخ و نیش‌دار می‌باشد – بیمارانی که ممکن است به نحوی مشابه به واسطه اصطلاحاتی که قادر به درک‌شان نیستند، دچار آشفتگی شوند. همان‌گونه که در فصل چهارم مشاهده نمودیم، تاثیرات سوءارتباط پزشکی می‌توانند ویران کننده باشند. قدری سواد سلامت پایین نیز به این معجون اضافه کنید تا شاهد انفجار کامل این بشکه‌ی باروت باشید. خوشبختانه درباره مثال بالا، نهایتاً مشخص شد که الن سالم است. وی احتمالاً نه دچار فراموشی بوده و نه سرطان سینه، ولی با این حال، شکاف‌های موجود در ارتباط وی با پرستار، همسرش و دو پزشک بیمارستان، منتج به ایجاد تجربه‌ای دردآور و آسیب‌زننده گردیدند. همان‌گونه که ما تاکنون در این کتاب آموختیم، گام‌هایی می‌توانند و باید در جهت حصول اطمینان از این موضوع برداشته شوند که ارتباط برقرار شونده در میان بیمار و درمان‌گر دارای شفافیت، مناسبت به‌لحاظ فرهنگی و انطباق با توانایی‌های بیمار باشند.

ارتباط اثربخش چیست؟

ارتباط میان فردی، در پایه‌ای‌ترین شکل خود، دربرگیرنده ارسال و دریافت پیام‌ها در بین دو و یا چند نفر می‌باشند. این ارتباط، نه از نوع خطی، بلکه به شکل دایره است و هر فرد به‌طرز منحصر به فرد خودش اقدام به ارسال، دریافت و رمزگذاری و رمزگشایی پیام‌ها می‌نماید. این پیام‌ها می‌توانند از نوع شنیداری، دیداری، بساوایی، بویایی و یا هر گونه ترکیبی از این انواع باشند. نحوه‌ی لباس پوشیدن، راه رفتن، خندیدن و لمس کردن ما، همه و همه به طرزی خودآگاهانه و ناخودآگاهانه دارای سهمی کمک کننده در پیام‌هایی که ارسال می‌نماییم، هستند.

ما از طریق کانال‌ها و رسانه‌های گوناگونی ارتباط برقرار می‌کنیم (به عنوان نمونه؛ رو در رو و یا از طریق ابزارهایی الکترونیکی نظیر رایانه و تلفن) و ما باید با یا اختلالی" که موجب تحریف و تداخل‌یابی در پیام‌های ما شوند، مقابله نماییم: هر گونه نویزی از صدای یک دستگاه تهویه مطبوع گرفته تا هر گونه مانع سخنگویی و تا انسداد یا بسته بودن ذهن یک دریافت کننده. پیام‌های مورد نظر ما در قالب مجموعه‌ی متنوعی از زمان‌ها و زمینه‌ها ارسال و دریافت می‌شوند، از لطیفه‌های بد بلافاصله گفته شده پس از آگاهی از بیماری یک دوست گرفته تا داستان‌های به اشتراک گذاشته شده در استادیوم‌های بیسبال و کنسرت‌های موسیقی راک.

پیام‌ها دارای تاثیراتی بر شنونده و واجد بعدی اخلاقی هستند که به واسطه‌ی آن‌ها، "صحیح‌تر" و یا "غلط‌تر" از سایر پیام‌ها ارزیابی می‌گردند (دویتو، ۱۹۸۶، صفحه‌ی ۴ الی ۱۲).

دغدغه اصلی ما در این فصل، پرداختن به نویزهای تداخلی حاصله از سواد سلامت پایین بیماران و مهارت‌های ارتباطی ضعیف ارایه-کنندگان مراقبت از سلامت در زمینه ارتباط بیمار- ارایه‌دهنده خدمات است. تاثیرات ایجاد شده به واسطه‌ی عبور پیام‌ها از غربال تجربیات خاص فرهنگی، زبانی و زیستی بیمار چه چیزهایی هستند؟ وقتی که یک پرستار، پزشک و یا دستیار پزشک متوجه نمی-شوند که پیام آن‌ها مورد سوءتعبیر واقع شده است، ارتباط چگونه دستخوش تقلیل و تحریف می‌شوند؟ ما چگونه می‌بایستی تاثیرات سودمندانه‌ی پیام‌های خودمان را بیشینه‌سازی کرده و خسارات بالقوه ناشی از سوءادراک را کمینه‌سازی نماییم؟ ارتباط شفاف اطلاعات ناظر بر سلامت با بیماران، چه معنایی دارد؟

مقایسه زیر میان دو توضیح ارایه شده از سوی یک دکتر به یک بیمار که توده‌ای در سینه‌اش یافت شده را مد نظر قرار دهید ـ دقیقاً همان موقعیتی که الن داستان نقل شده در ابتدای همین فصل نیز خودش را در آن موقعیت یافت:

نسخه (۱): شما دارای آسیب‌دیدگی دو سانتیمتری در پرده گوش میانی خود هستید. ما نیازمند اجرای یک آسپیراسیون نرم-سوزنی به منظور بر طرف ساختن آدنوکارسینومای متاستاز دهنده از یک گره لنفی هستیم.

نسخه (۲): شما دارای یک توده کوچک در درون سینه خود هستید. شیوه تشخیص چیستی آن، فرو کردن یک سوزن کوچک در درون آن است. این کار به منظور یافتن چگونگی ارایه بهترین مراقبت‌های به شما، ضروری و حایز اهمیت می‌باشد (دیویس و همکاران، ۲۰۰۲).

نخستین توضیح مفصل و بالینی، برای بیماری دارای حداقل سطح پایه یازدهم در خواندن هدف‌گذاری شده است. دومین توصیف که دارای بیانی شفاف‌تر و زبانی غیر رسمی‌تر می‌باشد، می‌تواند به واسطه فردی دارای سطح خواندن پایه‌ی سوم نیز ادراک گردد (مرکز ملی منبع سلامت زنان، ۲۰۰۴). گرچه که یک بیمار می‌تواند مشخصاً به واسطه نسخه دوم نیز دچار آشفتگی و سردرگمی شود و متعاقباً پرسش‌هایی برای وی ایجاد گردند، ولی با این حال، شانس‌های ناظر بر این احتمال که وی درباره پیام دکتر دچار سوء ادراک شود، پایین آورده شده‌اند. همانگونه که پیشتر نیز اشاره نمودیم، شاید این نخستین گام در جهت بهبود ارتباط محسوب گردد: ساده‌سازی زبان از طریق حذف اصطلاحات فنی.

صحبت با بیماران، گوش کردن به بیماران

با این حال، در جهت دستیابی ارتباط مناسب، چیزهای بسیار بیشتری مورد نیاز می‌باشند و عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت، مشوق قدرت‌مندی در جهت انتقال شفاف پیام‌هاشان در اختیار دارند و آن حصول اطمینان از قابل ادراک متقابل بودن تمام مواجهات بالینی است. دلیل ساده‌ای برای این موضوع وجود دارد. ارتباط بهتر به دستاوردهای بهبود یافته‌تری در زمینه‌ی سلامت منتج خواهند گردید. وقتی‌که ارتباط شفاف و خوش-عملکرد باشند، بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، رضایت‌مندی بیشتری خواهند داشت و این موضوع منتج به شکایات کمتر و مطرح شدن دعاوی قضایی کمتری از سوی بیماران خواهد شد (هاس، لیسر، مگیل و سانیر، ۲۰۰۵). ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، باید از قطع نمودن سخنان بیماران خود خودداری نموده و در عوض، بر شیوه عمل گوش کردن فعالانه تمرکز نمایند.

صحبت از درگیری در شنیدن فعالانه، از عمل به آن ساده‌تر است. به عنوان نمونه، در اکثر مواقع پزشکان، پیش از بررسی کامل مجموعه دغدغه‌های بیمار، از میان توصیفات ابتدایی بیماران در ارتباط با دغدغه‌ها و نگرانی‌هاشان، یک مساله‌ی منفرد را جهت تمرکز انتخاب می‌نمایند (مارول، اپستین، فلاورز و بکمن، ۱۹۹۹).

در اختیار داشتن ادراکی مناسب در ارتباط با فهرست انتظارات بیماران و درگیری در تصمیم‌گیری مشارکتی، می‌تواند سازگاری و مراعات‌گری را بهبود داده و به کاهش هراس‌ها در ارتباط با جدّیت بیماری و شکایات و اعتراضات متعاقب کمک نماید (هایسلر، بوک-نایت، هیوارد، اسمیت و کر، ۲۰۰۲، و جکسون و کروئنک، ۱۹۹۹).

بیماران کم‌سواد، غالباً به واسطه اطلاعات راجع به بیماری‌شان، آشفته و خجالت‌زده می‌شوند و مایل به پرسیدن سوالات کمتری در مقایسه با افراد دارای مهارت‌های سوادی بالاتر می‌باشند (مایو و همکاران، ۱۹۹۶). بیماران دارای سواد سلامت پایین، در مواجهات کلینیکی معمول خود در زمینه‌ی تشخیص اطلاعات مورد نیاز از سوی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت‌شان و همچنین تشخیص این که چه اطلاعاتی ممکن است نامربوط باشند، با مشکل روبرو می‌باشند. آن‌ها غالباً فاقد واژه‌شناسی لازمه در زمینه مراقبت از سلامت، در جهت گزارش دقیق نشانه‌ها هستند و ممکن است اطلاعات را به نحوی غیرمنطقی و یا در ترتیبی درهم‌آمیخته منتقل نمایند (ویلیامز، دیویس، پارکر و وایس، ۲۰۰۲). ارایه‌کنندگان مراقبتی که از این دشواری‌ها آگاه باشند، می‌توانند ارتباط‌گیرندگانی موثرتر در رابطه با بیماران بوده و به شنیدن و پرسیدن سئوالات صحیح بپردازند.

ارتباط اثربخش به مثابه یک خیابان یک‌طرفه نیست که عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت در حال سخنرانی کردن و ارایه اطلاعات در یک انتها و بیماران به نحوی منفعلانه در حال دریافت این خرد و آگاهی در انتهای دیگر این خیابان قرار گرفته باشند. به منظور تشریح

موضوع، اجازه دهید مجدداً به جف کین، دکتر معالج، «مدیر آموزش روانشناسانه در مرکز سرطان نوادا سیرا» و نویسنده کتاب چگونگی شفایابی (۲۰۰۳) بازگردیم که پیشتر داستان الن که درباره واژه‌ی منفی دچار سوءتفاهم شده بود را از آن نقل کردیم. کین خاطرنشان می‌سازد که برخی از پزشکان همچنان به یک مفهوم منسوخ و از مد افتاده در زمینه‌ی ارتباط بیمار ـ پزشک مقید و وابسته می‌باشند. چند سال پیش وی هنگام آماده‌سازی خودش برای سخنرانی در مقابل گروه کثیری از دکترها، درباره‌ی شیوه‌ی حرفه‌ای کلینیکی‌اش که دربرگیرنده‌ی تسهیل‌گری برای گروه‌های پشتیبانی از بیماران سرطانی نیز بود، در حال گفتگو با یک متخصص داخلی بود که قرار بود وی را معرفی نماید. مکالمه‌ی آن‌ها چیزی شبیه به این بود:

"شیوه عملکرد شما دقیقاً از چه قرار است؟".
دکتر کین پاسخ داد: "کار من اساساً گوش کردن به سخنان بیماران است".
"هی، این همان کاری است که من هم انجام می‌دهم. من تقریباً تمام وقتم را صرف صحبت کردن با بیمارانم می‌کنم."
دکتر کین خاطرنشان می‌کند: "من اظهار نظری درباره‌ی شیوه‌ی انتخاب واژگان او ابراز نکردم". با این حال، علیرغم این که توضیحات اتوبیوگرافیکال دکتر کین دقیقاً در مقابل دیدگان آن متخصص داخلی قرار داشتند (توضیحاتی که مشخص می‌ساختند که دکتر کین کار خودش را به منزله گوش کردن به بیماران مد نظر قرار می‌دهد)، متخصص داخلی با استفاده از این واژگان اقدام به معرفی همکارش نمود: "شیوه حرفه‌ای دکتر کین، اساساً صحبت کردن با بیماران است ...".
کین، ناتوانی در تمایز قایل شدن میان صحبت کردن و گوش کردن را "L-انسداد هراسیده (Dreaded L-Block)؛ یک مقاومت حقیقتاً عصب‌شناسانه در مقابل گوش کردن" می‌نامد. یکی از دوستان کین که متخصص در زمینه‌ی طب سوزنی بود نیز به همین عارضه دچار بود. وقتی‌که از او خواسته شد تا به ارزیابی مهارت‌های ارتباطی خودش بپردازد، وی به دکتر کین گفت: "من خودم را در این زمینه خوب ارزیابی می‌کنم. من همه چیز را به مشتریانم می‌گویم. من به آن‌ها می‌گویم که دقیقاً چه کاری را قرار است انجام دهم و یا ندهم، چه انتظاری دارم و اگر آن‌ها نگرانی و دغدغه‌ای داشتند، چگونه می‌توانند به من دسترسی داشته باشند" (کین، ۱۹۹۶؛ صفحه‌ی ۱۱۲). البته، این قطعاً چیز خوبی است که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت عرصه‌ی مراقبت از سلامت، با نیازهای بیماران خود در هماهنگی و مطابقت باشند، اطلاعات را به شیوه‌هایی منتقل نمایند که بیماران قادر به درک آن‌ها باشند و خودشان را برای پرسش‌های متعاقب بیشتر قابل دسترس سازند. ولی برقراری ارتباط با بیماران (به ویژه آن‌هایی که دارای سواد سلامت پایینی هستند)، مستلزم آگاهی‌ها، مهارت‌ها و شیوه‌هایی است که بر ورای نسخه‌نویسی تجویزی دوست طب سوزنی کار دکتر کین قرار می‌گیرند. مواردی دیگر از چنین شیوه‌هایی عبارتند از استفاده از پرسش‌های انتها ـ باز، تلاش در سکوت اختیار کردن به هنگام کوشش بیمار در جهت تشریح نشانه‌ها و یا ابراز نگرانی‌ها و استفاده از تبادلاتی در ارتباط با روش درس ـ برگردان که بیمار به واسطه‌ی آن‌ها به تشریح آموخته‌های خود و یا آنچه که در مرحله‌ی بعد قصد انجام‌اش را دارد، برای پزشک بپردازد.

چالش‌های ارتباط شفاهی موثر

هلن ازبورن، در غلبه بر موانع ارتباطی در زمینه آموزش بیمار (۲۰۰۱)، به بحث پیرامون راهبردهایی برای ارتباط‌گیری با اعضای گروه-هایی می‌پردازد که دارای نیازهای ارتباطی خاصی می‌باشند، از جمله؛ کسانی که در خواندن مشکل دارند، بزرگسالان مسن‌تر، افراد دچار ضعف‌های سمعی و بصری، افرادی که کم انگلیسی می‌دانند و افراد متعلق به دیگر فرهنگ‌ها. بر اساس ارزیابی ملی سواد بزرگسالان (NAAL) سال ۲۰۰۳، ۴۶ درصد از بزرگسالانی که در جایگاهی پایین‌تر از سطح پایه‌ای در زمینه سواد نوشتاری رتبه‌بندی شده‌اند، در مقایسه با ۳۰ درصد از بزرگسالان جمعیت پیمایشی کلی، دارای یک یا چند ناتوانی بوده‌اند (مرکز ملی آمار تحصیلاتی، ۲۰۰۵).
مطابق نظر واینر، بارنت، چنگ و دالمن (۲۰۰۵)، موانع دیگر همچنان ایستادگی کننده در مسیر برقراری ارتباط موثر میان بیمار و درمان‌گر، عبارتند از زمان ناکافی در طول ملاقات‌های مطبی برنامه‌ریزی شده، انگیزه‌های رقابتی‌ای همچون فشار در زمینه‌ی سودآوری

بیشتر و فرصت‌های محدود برای تعامل و تبادل اطلاعات در خارج از چارچوب ملاقات‌های استاندارد مبتنی بر مطب.

بخشی از مساله، به ساده‌ترین شکلی عبارت است از شیوه‌ای که پزشکان با بیماران صحبت می‌نمایند. راتر و همکاران (۱۹۹۷) از طریق تجزیه و تحلیل نوارهای صوتی به منظور توصیف الگوهای ارتباطی در مراقبت مبنایی، ۱۲۷ پزشک و ۵۳۷ بیمار دخیل و درگیر در مسائل جاری مرتبط با بیماری‌های گوناگون را مورد مطالعه قرار دادند. پنج الگوی ارتباطی مشخص و متمایز به روز نمودند: (۱) زیست پزشکی محدود، که در قالب آن، پزشک پرسش‌گر سئوالاتی انتها ـ باز بوده و در طول ملاقات، در گفتگویی منحصراً زیست پزشکی درگیر می‌شدند (۳۲ درصد)، (۲) زیست پزشکی بسط یافته، که مشابه با الگوی نخست بود، ولی بعلاوه‌ی سطوحی میانه از بحث روانشناسانه (۳۳ درصد)، (۳) زیست ـ روانشناسانه، که در قالب آن موضوعات روانشناسانه و زیست پزشکی در تناسبی نسبتاً برابر مورد بحث قرار می‌گرفتند (۲۰ درصد)، (۴) روانشناسانه، که عمدتاً متشکل بود از مکالمات روان‌شناسانه (۸ درصد) و (۵) مصرف‌گرایانه، که به واسطه پرسش‌های بیمار ـ ابتکاری و مقادیر زیادی اطلاع‌رسانی از سوی پزشک منش نمایی می‌گردید (۸ درصد) (راتر و همکاران، ۱۹۹۷).

اجازه دهید لحظه‌ای را به بحث بر سر مدل زیست پزشکی که مدل کلینیکی پذیرفته شده برای مدتی نزدیک به ۳۰۰ سال اخیر و یا بیشتر محسوب می‌گردد، صرف نماییم. مدل زیست پزشکی، بر این اصل متکی است که تمام بیماری‌ها می‌توانند به واسطه‌ی فرآیندهای فیزیکی توضیح داده شوند، بدین معنا که آن‌ها چیزهایی منفک از ذهن می‌باشند. کسانی که این مدل را اتخاذ می‌نمایند، بر این باورند که فرآیندهای روانشناسانه و اجتماعی تا حد زیادی نسبت به بیماری مستقل و ناوابسته محسوب می‌شوند و بالعکس.

بسیاری، مدل زیست پزشکی را به عنوان الگویی تقلیل‌گرا مورد انتقاد قرار می‌دهند و آن‌را متهم می‌سازند که بیشتر بر بیماری تاکید دارد تا بر سلامت. بیماران می‌توانند به‌طرز گسترده متنوعی نسبت به یک درمان یکسان پاسخ نشان دهند، پدیده‌ای که مدل زیست پزشکی در تشریح و توضیح آن با مشکل مواجه می‌باشد.

در نقطه‌ی مقابل، در مدل زیست ـ روانشناسانه، تشخیص، مستلزم توجه نمودن به عوامل زیست‌شناسانه، روانشناسانه و اجتماعی بوده، و چنین فرض نمی‌کند که ذهن و جسم، چیزهایی منفک از یکدیگر هستند (کالیر، بدون تاریخ).

برخی متخصصان بالینی نظیر هینز (۲۰۰۰)، پایبندی به یک رویکرد زیست ـ روانشناسانه در طول مصاحبه‌ها با بیمار را در جهت کمک به بنا نهادن نوعی مشارکت با بیمار، توصیه نموده‌اند.

در مطالعه فوق‌الذکر انجام گرفته توسط راتر و همکاران (۱۹۹۷)، به نحو کنایه‌آمیزی، ملاقات‌های دارای تمرکز زیست پزشکی (آن‌هایی که زبان در قالب آن‌ها در رسمی‌ترین شکل خود بوده و مکالمات متمایل به ارایه اصطلاحات فنی بوده‌اند)، بیشتر در ارتباط با بیماران ناخوش‌تر، مسن‌تر و کم‌درآمدتر (همان بیمارانی که احتمالاً متمایل به یک رویکرد مصرف‌گرایانه هستند) و به وسیله‌ی پزشکان جوان‌تر و معمولاً مرد انجام پذیرفته‌اند. در قالب الگوی زیست پزشکی محدود، رضایت‌مندی پزشک در پایین‌ترین سطح قرار داشت، زیرا که ارایه‌دهندگان مراقبت می‌توانستند حتی در صورت عدم توفیق در پرسش‌گری و یا شفافیت طلبی نیز احساس کنند که بیماران، سردرگم و ناراضی بوده‌اند. در نقطه‌ی مقابل، رضایت‌مندی پزشک، در قالب الگوی مصرف گرایانه دارای بالاترین سطح بود.

با این حال، بیماران تحت مطالعه قرار گرفته، بیشتر از الگوی روانشناسانه رضایت داشتند (راتر و همکاران، ۱۹۹۷). چرا بیماران با پزشکان موافقت نداشته و الگوی مصرف‌گرایانه را ترجیح نداده‌اند؟ این موضوع کاملاً مشخص نیست. شاید این موضوع ناشی از آن بوده که بیماران به دلیل اتکای بیش از اندازه زیاد پزشکان بر یک الگوی مصرف‌گرایانه، چنین احساس کرده‌اند که پزشکان در کنترل بحث نبوده و به این باور رسیده‌اند که خودشان می‌بایستی در کنترل بوده باشند.

به هر حال فارغ از هر دلیلی که موجب این اتفاق شده باشد، یک عدم تطابق واضح و آشکار در میان آنچه که عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت درباره دانسته‌های بیماران می‌پندارند و آنچه که به‌واقع بیماران می‌دانند وجود دارد. گرچه که ۶۳ درصد از بیماران تحت مطالعه قرار گرفته در یک تحقیق، از این موضوع آگاه بوده‌اند که اصطلاح metastasis (گسترش دگردیسانه) بدین معنا است که سرطان در حال گسترش می‌باشد، ولی با این حال تنها نیمی از آن‌ها (۵۲ درصد) درک کرده‌اند که عبارت "تومور در حال پیشرفت است"، خبر

خوبی نبوده اســت (چاپمن، آبراهام، جنکینز و فالوفیلد، ۲۰۰۳). در همین مطالعه، ۹۴ درصد از افراد نمونه‌گیری شــده، می‌دانستند که ریه‌شــان در کجا واقع شــده، ولی تنها ۴۶ درصد قادر به تعیین موقعیت کبد بوده‌اند. رتبه‌بندی‌های اطمینان بالا در این مطالعه، حاکی از آن هستند که پرسش‌گری در ارتباط با این که آیا بیماران درک می‌کنند، احتمالاً متمایل به بیش ـ برآورد قوه ادراک است، زیرا که پاسخ دهندگان عموماً مطمئن بودند که اصطلاحاتی را که درباره‌شان از آن‌ها سئوال می‌شد، درک می‌نمایند.

به نحو مشابه‌ی، چنین فرض گردیده بود که الن، یعنی همان زنی که بافت‌برداری شده بود، می‌دانسته که بافت‌برداری چه بوده و معنای واژه منفی را در چارچوب نتایج گزارش شــده آزمایش درک می‌کرده اســت. به همین دلیل اســت که تعلیم بازگشتی و سایر شیوه‌هایی که گشــاینده ارتباطی دو ـ سویه و ایجادکننده گفتمانی میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات است، معمولاً روش‌های بهتری برای تشخیص میزان ادراک بیمار، در مقایسه با پرسیدن سئوالات مبتنی بر بله ـ خیر، نظیر "آیا متوجه می‌شوید؟ "، محسوب می‌شوند.

بیماران چگونه می‌توانند در جهت درگیر شدن بیشتر در مراقبت پزشکی خودشان، ترغیب گردند؟ مطابق نظر استریت، گوردون، وارد، کروپات و کراویتز (۲۰۰۵)، مشــارکت بیمار در مواجهات پزشــکی، به تاثیر متقابل و ترکیبی مرتبط با پرسنل، پزشک و عوامل زمینه‌ای وابسته می‌باشد. محققان، درجه‌ای که بیماران تا آن حد پرسش‌گر، بیانگر و ابراز کننده‌ی دغدغه‌ها و نگرانی‌هاشان بوده‌اند، و همچنین درجه‌ای که پزشــکان تا آن درجه، از مشارکت ـ ســازی و گفتگوی حامیانه (نظیر تحسین، باز ـ اطمینان‌ده‌ی و هم‌دلی) در تعامل‌هاشان با بیماران اســتفاده نموده‌اند را مورد ســنجش‌گری قرار داده‌اند. در خلال تجزیه و تحلیل ۲۷۹ تعامل در میان پزشــک و بیمار، بیماران تحصیل کرده‌ی ســفید پوســت متمایل به مشارکت‌های فعالانه‌تری در مقایسه با سایر بیماران بوده‌اند. بخش اعظم رفتارهای مشارکتی (۸۴ درصد) بیمار ـ ابتکاری بوده‌اند و نه برانگیخته شــده به واســطه‌ی مشارکت‌ســازی و یا گفتگوی حامیانه از ســوی پزشــکان، ولی مشــارکت‌کنندگان فعال‌تر، دریافت کننده‌ی ارتباط بهتری از جانب پزشــکان بوده‌اند. شــرایط کلینیکی و ســبک ارتباط‌گیری پزشک، قوی‌ترین عوامل پیشــگویی کننده در ارتباط با مشــارکت بیماران بوده‌اند. پژوهشگران چنین نتیجه‌گیری نموده‌اند که عرضه کنندگان مراقبت از ســلامت می‌توانند از طریق اســتفاده‌ی بیشتر و پرتکرارتر از مشارکت‌ســازی و ارتباط حامیانه، درگیر شدگی بیماران را مورد تشویق و ترغیب قرار دهند (استریت و همکاران، ۲۰۰۵).

سایر عوامل که باید مد نظر قرار گیرند

بدیهی است که تمام تلاش‌های هدف‌گذاری شده در جهت بهبود ارتباط بیمار ـ پزشک، لزوماً کار نخواهند کرد. یک آزمایش تصادفی‌سازی و کنترل شــده‌ی طراحی شــده در جهت تعیین این موضوع که آیا یک برنامه‌ی مرتبط با مهارت‌های ارتباطی ۱۰ ســاعته، تحت عنوان "توفیق‌یابی در یک حرفه‌ی پر مشــغله: ارتباط پزشــک ـ بیمار" می‌تواند رضایت‌مندی کلی بیمار را بهبود دهد و یا خیر، مشخص شد که برنامه ناموفق بوده است (براون، بالز، مالولی و لوینسون، ۱۹۹۹). پاره‌ای اوقات، چنین ناکامی‌هایی از عدم تمایل پزشکان به پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری در قبال مسائل ارتباطی و در عوض منتسب نمودن آن‌ها به بیماران و مقصر دانستن عواملی همچون فقدان مراعات‌گری و یا تقاضاهای غیرمعقول بیماران، ناشی می‌شوند (لوینسون، استایلز، اینوی و انگل، ۱۹۹۳).

بیماران از لحاظ نیازهای ارتباطی نیز متفاوت می‌باشند، به ویژه در خلال تماس اولیه با درمان‌گر مراقبت از سلامت‌شان. به عنوان نمونه، در یک مطالعه‌ی انجام پذیرفته توســط گرین، آدلمن، فریدمان و چارون (۱۹۹۴)، چنین دریافت شــد که بیماران سالمندتر، مواجهاتی را ترجیح می‌دهند که با پشــتیبانی پزشــک و تبادل خوش‌رویی و لبخند همراه بوده و در قالب آن مواجهات، آن‌ها مورد پرســش‌گری قرار گرفته، به آن‌ها فرصتی برای ارایه اطلاعاتی درباره‌ی تک تک موضوعات هدف‌گذاری شــده از ســوی خودشان داده شده و پزشکان ســاختاری برای نخســتین ملاقات از طریق استفاده از پرسش‌های واژه‌چینی شــده در زمینه‌ی موضوعات منفی و ناخوشایند، به دست دهند. به این دلیل می‌بایستی برای بیماران سالمندتر، مراقبتی فوق‌العاده‌تر در نظر گرفته شود به خاطر این که آن‌ها اطلاعات را کندتر پردازش می‌نمایند و با احتمال بالاتری متمایل به ابتلا به کم‌شــنوایی و یا ســایر عوارض مزمنی هستند که موجب کاهش توانایی آن‌ها در زمینه‌ی جذب اطلاعات پیچیده‌ی مرتبط با سلامت می‌گردند (سفیر و کینان، ۲۰۰۵).

مسـائل ارتباطی بر سـطحی فرآتر از منحصراً مقوله زبان قرار می‌گیرند. به عنوان نمونه این موضوع که یک بیمار و پرسـتار وی به زبان اسـپانیایی تکلم می‌نمایند، لزوماً بدین معنا نیسـت که این دو در حال برقراری ارتباط می‌باشند. تمام موانع ارتباطی پیشتر اشاره شده می‌توانند همچنان بر جای خود باقی باشند؛ بیمار ممکن است واژگان تخصصی را که پرستار استفاده می‌نماید، درک نکند، این دو شاید دارای سطوح تحصیلاتی و یا وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی به شدت متفاوتی باشند و بیمار ممکن است در زبان بومی خودش نیز دچار مشکلات سوادی باشد. پاره‌ای اوقات، بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات ممکن است به زبان یکسانی تکلم کنند، ولی با لهجه‌هایی متفاوت و یا به‌دلیل تفاوت سنی مشخص، در ادراک یکدیگر دچار مشکل باشند. همچنین این امکان نیز وجود دارد که برخی از بیماران، معانی متفاوت و بارهای احساسی مغایری را به اصطلاحات استفاده شده از سوی درمانگر، ضمیمه نمایند.

همانگونه که در فصل پنجم مشاهده کردیم، ما نباید توانایی بالقوه موجود برای سوءارتباط فرهنگی در تمام اشکال آن را دستکم فرض نماییم. حتی نحوه‌ی سخن گفتن ما پیرامون بیماری در ارتباط با بدن ما نیز می‌تواند از فرهنگی تا فرهنگ دیگر تفاوت کند، همانگونه که جف کین نیز توضیح می‌دهد:

وقتی‌که آمریکایی‌ها با فرزندان خود اختلاف داشـته باشـند، آن‌ها ممکن اسـت چیزی شبیه به این بگویند که؛ "من با بچه‌هایم مشکل دارم". یک فرد مکزیکی در هنگام تشریح شرایطی مشابه، احتمالاً متمایل به چنگ زدن به سینه‌اش در حین سخن گفتن خواهد بود، و شاید به‌منظور ارجاع دادن به عمق احساسات و هیجاناتی که در حال احساس کردن‌شان می‌باشد، به قلب خودش اشاره نماید. در قالب شـیوه‌ی عمل بالینی، همیشه مشـخص نیست که آیا دردی که بیمار مکزیکی در حال سخن گفتن درباره‌ی آن می‌باشد، حقیقی است و یا تمثیلی ... در کار کردن با بیماران در هر جا، ادراک میزان خودآگاهی آن‌ها در ارتباط با اسـتعارات و میزان جدی گرفته شـدن این استعارات از سوی آن‌ها، موضوعی حایز اهمیت محسوب می‌شود.

من در خط کاری خودم خواسـتار دسـتیابی به سطح استعاری (که در آن سطح معنا ساخته می‌شود و بیماری درمان پیدا می‌کند) در اسرع زمان ممکنه می‌باشم. اگر فردی در حال حاضر به بازشناسی این فرآیند در درون خودش پرداخته باشد، ما یک مزیت زودرس در اختیار خواهیم داشت. ولی برخی افراد، فارغ از زبان و فرهنگ‌شان، حتی از زندگی تصوری خود نیز آگاه نمی‌باشند ...

در گذشـته نه چندان دور، از یک دوسـت کاردیولوژیسـت پرسیدم که؛ "آیا با بیمارانی برخورد داشته‌ای که از اندوه در زندگی به اندازه یک آنژین در رنج و عذاب بوده باشند؟". او طوری به من نگاه کرد که انگار چیزی به زبان اردو از او پرسیده باشم. این موضوع بیشتر از مخالفت وی با ادراک من، از اطمینان وی در این خصوص منتج می‌گردید که مقولات "سینه‌سـوزی" و "آنژین" متعلق به جهان‌هایی متفاوت و اساساً نامتجانس می‌باشند (جی. کین، پزشک معالج، ارتباط فردی، دسامبر ۲۰۰۵).

بنابرایـن، عوامل دیگری به غیر از زبان نیز می‌توانند به طرز یکسـانی در زمینه‌ی تسـهیل و یا ایجـاد تداخل در ارتباط میان ـ فرهنگی قدرتمند باشند. به عنوان مثال؛ سن، جنسیت و سبک ارتباط‌گیری، همگی می‌توانند ایفاگر نقشی در تصمیم‌گیری یک زن اسپانیایی‌زبان ۴۳ ساله در جهت امتناع وی از تحت مراقبت دقیق واقع شدن در پی تشخیص تومور بدخیم سلولی گذاری و یا سرطان مثانه باشند. سه سال پس از تشخیص اولیه (یعنی وقتی‌که وی تحت یک عمل تی یو آر قرار گرفت)، بیمار از یک اورولوژیست جدید، یعنی دکتر گابال، وقت ملاقات گرفت که جوان‌تر بود و برخلاف پزشک قبلی، زن بود. بیمار به دکتر گابال گفت به این دلیل ملاقات‌هایش با پزشک دیگر را ادامه نداده که وی نمی‌توانسته به این پرسش بنیادین او پاسخ دهد که؛ چرا این بیماری در بدن من در حال اتفاق افتادن می‌باشد؟ دکتر گابال از طریق یک مترجم اسـپانیایی‌زبان به آن زن توضیح داد که خود او نیز نمی‌تواند پاسـخی کامل به چنین پرسشـی بدهد و پاره‌ای اوقات، ریشـه‌های بیماری حتی برای بهترین و قابل‌ترین پزشـکان نیز واضح و مشخص نیستند. از آن مهم‌تر این که دکتر گابال نشست و بدون ابراز هیچ‌گونه قضاوتی به داستان زن گوش داد و زمان بیشتری را در مقایسه با هر بیمار دیگری با این زن سپری نمود. وقتی‌که این زن پس از سـه سـال عدم مراقبت‌های لازمه، برای نخسـتین‌بار به ملاقات دکتر گابال رفت، اظهار نمود که حدوداً به‌مدت یک ماه خونریزی داشـته اسـت. بلافاصله، عمل دومی برای برداشـت میان ـ میزراهی بر روی وی برای بیرون آوردن بخش سرطانی از مثانه‌اش انجام پذیرفت (مراحل صفر و یک سرطان مثانه، غالباً به واسطه‌ی برداشت میان ـ میزراهی از مثانه تحت درمان قرار می‌گیرند

که از طریق داخل نمودن ابزار برش به درون میزراه یا مجرای پیشاب در جهت برداشت تومور انجام می‌پذیرد). به گفته‌ی دکتر گابال، سـرطان مثانه معمولاً زود تشـخیص داده می‌شـود، زیرا که در طول همان مراحل اولیه‌ی رشد خود منجر به بروز خونریزی می‌شود. با این حال در این مورد دکتر گابال در طول عمل برداشت مشاهده نمود که "قادر به یافتن حتی یک بخش عاری از تومور نیز در مثانه‌ی بیمار نبوده اسـت" و این موضوع منجر به رسـیدن به این باور برای وی شد که خونریزی بیمار ممکن است زمانی بیشتر از آنچه که زن مدعی‌اش بوده، ادامه داشته است (ال. گابال، دکترای پزشکی، ارتباط فردی، دسامبر ۲۰۰۵).

گرچه که علت اصلی صرف‌نظر نمودن از ادامه‌ی ملاقات با اورولوژیست اول چندان مشخص نبود (شاید بیمار با یک پزشک زن احساس راحتی بیشـتری می‌کرده)، زن بیمار مشـکلات ارتباطی را به عنوان منطق بنیادین‌اش برای عدم تداوم پیگیری درمان‌اش مطرح نموده است. خوشبختانه در این مورد، پیش‌بینی بهبودی پس از جراحی بیمار خوب ارزیابی گردید. ترکیبی از برقراری ارتباط ضعیف در میان بیمار و پزشک و عدم ادراک بیمار در ارتباط با شرایط خودش، توانایی بالقوه‌ای برای بروز یک پیامد کلینیکی تیره‌تر را ایجاد نمود. این موردی پیچیده است، ولی یک درس ساده به ما می‌آموزد. علی‌رغم این که اورولوژیست قبلی زن، یعنی یک پزشک شصت و چند ساله قدری سـنتی‌تر، به نحو خوبی قادر به تکلم به زبان اسـپانیایی بوده، بیمار از پاسـخ‌های وی رضایت حاصل نکرده است. از سوی دیگر، دکتر گابال که اسـپانیایی اندکی می‌دانسـت، موفق شد تا به سـادگی از طریق گوش کردن به سخنان بیمار و هم‌دردی با وی، به بیمار در ادراک شـرایط خودش کمک نماید. اطلاعات بالینی‌ای که دکتر گابال ارایه کرده بود، تفاوت اندکی با آنچه که اورولوژیسـت پیشین عرضه نموده بود، داشتند، تفاوت اصلی در سبک ارتباط‌گیری وی نهفته بوده است.

ارتباط شفاهی و سواد پایین

تاثیر ارتباط شـفاهی بر بیماران دارای سـواد سـلامت پایین (و تاثیر سـواد سـلامت پایین بر کیفیت برقراری ارتباط در میان بیمار و درمان‌گر)، آن‌گونه که داده‌های پیمایشـی نشان می‌دهند، بسیار عمیق اسـت. نتایج حاصله از پیمایش ملی سواد بزرگسالان (NALS) سـال ۱۹۹۲ و NAAL سـال ۲۰۰۳، تا حدی در فصل اول مورد بحث قرار گرفتند. دغدغه‌ی اصلی ما در اینجا راجع اسـت به آنچه که این داده‌ها درباره‌ی ارتباط موجود در میان داشـتن سـواد سلامت پایین و تجربه نمودن ارتباط ضعیف در میان بیمار و درمان‌گر، به ما می‌گویند. از آنجایی‌که مهارت‌های سوادی پایه‌ای، عواملی اساسی و حایز اهمیت در زمینه‌ی پردازش اطلاعات در قالب گفتاری محسوب می‌شـوند، چنین انتظار می‌رود که پاسـخ‌دهندگانی که در سـطحی پایین‌تر از دسته مبنایی در NAAL سـال ۲۰۰۳ قرار داشته‌اند (و همچنین، بسـیاری از کسـانی‌که در دسته مبنایی قرار دارند)، در برقراری ارتباط با ارایه‌دهندگان خدمات سلامت در خصوص اطلاعات مرتبط با سلامت، با دشواری بیشتری روبرو باشند.

با این حال، همان‌گونه که در فصل اول نیز مشاهده نمودیم، تعمیم‌دهی موضوعات در ارتباط با نژاد، جنسیت، سن، زبان گویشی پیش از شـروع دوران دبیرسـتان و دسـتاوردهای تحصیلی بیماران کم‌سواد، کار چندان ساده‌ای نیسـت. ۳۷ درصد از کسانی که در سطحی پایین‌تر از گروه مبنایی NAAL قرار داشـتند، سفیدپوسـت بودند، ۲۰ درصد آن‌ها، سیاه‌پوسـت، ۳۹ درصد اسـپانیایی‌تبار و ۴ درصد آسیایی و یا اهالی جزایر منطقه‌ی اقیانوس آرام بودند. گرچه که ۵۵ درصد آن‌ها به نوعی دوره دبیرستان را گذرانده بودند، ولی تنها ۲۳ درصد، فارغ‌التحصیلان دبیرسـتانی محسـوب می‌شدند. ۲۱ درصد دارای ناتوانی‌هایی چندگانه بودند و ۵۴ درصد به هیچ‌گونه ناتوانی‌ای دچار نبودند (NCES، ۲۰۰۵).

جمعیت‌های کم‌سواد، به رغم برخورداری از چنین جمعیت‌شناسی‌های متنوعی، از لحاظ چگونگی تفسیرگری و پردازش‌گری گونه‌های مختلف اطلاعات، دارای ویژگی‌های مشترکی می‌باشند. مطابق نظر انستیتیو ملی سرطان (۱۹۹۴)، جمعیت‌های کم‌سواد:

- بیشتر متمایل به اندیشیدن در قالب اصطلاحات ملموس/بلاواسطه هستند تا اصطلاحات انتزاعی/آینده‌نگرانه.
- غالباً اطلاعات را به نحوی تحت‌اللفظی مورد تفسیر قرار می‌دهند.
- فاقد تسلط کافی زبانی مورد نیاز جهت ادراک و به کارگیری اطلاعات اخذ شده از مطالب مکتوب هستند.

- در زمینه‌ی پردازش‌گری اطلاعات با دشـواری روبرو می‌باشـند، در موضوعاتی همچون خواندن یک فهرست، تفسیرگری برنامه‌ی زمانی یک اتوبوس، پیگیری دستورالعمل‌های درمانی و یا خواندن یک عنوان و برچسب تجویزی.

مجدداً مورد مرتبط با الن را مد نظر قرار دهید. وی به احتمال زیاد در هر چارچوب دیگری، از معنای واژه‌ی منفی آگاه بوده است. ولی در چارچوب زمینه‌ای تشـخیص یک سـرطان بالقـوه، مغز الن در همراهی با انبوهی از اضطرابـات و نگرانی‌ها، دقیقاً در لحظه‌ی تماس تلفنی پرستار جهت اطلاع‌رسانی در خصوص نتایج آزمایشگاهی، دچار اختلال شده است. وقتی‌که بیماران دارای سواد سلامت پایین، با اطلاعات پیچیده‌ای در زمینه‌ی سـلامت روبرو می‌شـوند، پاره‌ای اوقات، از روی برگرداندن از یک ادراک تحت‌اللفظی و لغت به لغتی در خصوص آنچه که در حال شنیدنش می‌باشند، هراسان می‌شوند.

بیمار مسـن‌تری را تصور کنید که در حال تفسـیر نمودن سخنرانی خلاصه دکترش درباره‌ی تاثیرات منفی یک رژیم پر نمک (و توصیه به محدود سـاختن ورودی سدیم) به صورت دسـتوری شفاهی در ارتباط با تاکید بر عدم مصرف نمک بیشتر برای خودش می‌باشد. به لحاظ لفظی، چنین توصیه‌ای ممکن اسـت منتج به آن شـود که بیمار نه تنها اقدام به توقف اسـتفاده از نمکدان برای شور نمودن غذا، بلکه متوقف نمودن خوردن هرگونه غذای فرآوری و یا از پیش بسته‌بندی شده حاوی اندکی سدیم در فهرست اجزای تشکیل دهنده‌اش نماید. حذف کامل نمک از رژیم غذایی می‌تواند منتج به کم‌اشـتهایی و از دسـت دادن وزن و بروز دیگر مشـکلاتی برای سلامت شود. بیماران کم‌سواد، زمینه‌ی توصیه‌دهی در ارتباط با چیزی ارزشمند همچون سلامت مناسب را بیش از سایر قلمروهای زندگی، به لحاظ تحت‌اللفظی مد نظر قرار می‌دهند.

بنابراین لازم به ذکر مجدد نیست که ارتباطی پر قوت در بین داشتن سواد سلامت پایین و تجربه نمودن مسائلی به هنگام ارتباط‌گیری با اطلاعات سـلامت موجود می‌باشـد. پاره‌ای اوقات بیماران کم‌سـواد، بیش از اندازه تحت‌اللفظی با موضوعات برخورد می‌نمایند، ولی با این حال همچنان در فراخوانی و به یادآوری اطلاعات مرتبط با سـلامت با دشـواری روبرو می‌باشـند، حتی بلافاصله پس از ترک مطب پزشک. در حقیقت، بیماران متوسط، به طور کلی حداکثر تنها ۵۰ درصد از اطلاعات دریافتی در طول یک ملاقات مطبی معمول را به یاد خواهند آورد (انگ، هائز، هوس و لامس، ۱۹۹۵).

همانگونه که پیشتر مشاهده نمودیم، بیماران کم‌سواد در ادراک واژگان‌شناسی دکترهای‌شان، با دشواری مواجه می‌باشند (گیبز، گیبز و هنریش، ۱۹۸۷). آن‌ها در مواجهه با مطالب مکتوبی نظیر جزوات، اطلاعات آنلاین، دستورالعمل‌های تخلیه‌ای، فرم‌های مواد مصرفی و فهرست‌های بیمارستانی، حتی با مشکلات بیشتری نیز دست به گریبان خواهند بود. بیماران کم‌سواد، حتی در زمینه‌ی ارتباط شفاهی نیز ممکن اسـت دارای اعتماد به نفس کمتری نسـبت به توانایی خودشان در تشریح مسائل و مشکلات‌شان باشند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۲؛ صفحه‌ی ۳۸۵). پاره‌ای اوقات آن‌ها ممکن اسـت مسـاله را به شکلی نادرست بازنمود دهند و در برخی مواقع ممکن است اساساً هیچ چیز نگویند.

داشـتن مهارت‌های سـوادی پایین در همراهی با یک عارضه مزمن، می‌تواند ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات را در معرض چالش قرار دهد. به عنوان نمونه سـواد پایین، اثربخشـی برنامه‌های مدیریت بیماری را محدود می‌نماید (راثمن و همکاران، ۲۰۰۴ و شـیلینگر و همکاران، ۲۰۰۳). در یک مطالعه مرتبط با ۲۱۷ بیمار ثبت نام نموده در یک برنامه‌ی مدیریت دیابت، گروه مداخله‌ای، مدیریت دیابت شدیدی را از یک تیم چندنظامی (چندرشته‌ای) دریافت نمود، در حالی که گروه کنترلی دریافت کننده یک جلسه مدیریتی مقدماتی و پیگیرنده مراقبتی معمولی بود (راثمن و همکاران، ۲۰۰۴). در میان بیماران کم‌سواد، بیماران مداخله‌ای در مقایسه با بیماران کنترلی، با احتمال بالاتری متمایل به دستیابی به سطوح هدف HbA۱ بودند، در حالی‌که بیماران دارای سواد بالا، فارغ از وضعیت مداخله، دارای شـانس‌های یکسـانی در دستیابی به سطوح هدف بودند (توضیح؛ A۱c، یک زیر گونه از هموگلوبین است که ترکیبی در سلول‌های قرمز خونی و حمل‌کننده اکسیژن می‌باشد. گلوکز به آرامی با هموگلوبین A پیوند یافته و به صورتی آهسته متلاشی می‌گردد، هرچه میزان گلوکز در خون شـما بالاتر باشـد، هموگلوبین A۱c بیشتری نیز در خون شـما وجود خواهد داشت. سطح HbA۱c در خون یک بیمار، شاخصی است نشانگر سطح میانگین گلوکز خون در طول حدود ۴ هفته اخیر).

در مطالعه انجام گرفته توسط راثمن، بهبودهای صورت پذیرفته در فشارخون انقباضی، به نحو مشابهی با وضعیت سواد مرتبط بودند، موضوعی که پژوهشگران را به سمت این نتیجه‌گیری سوق داد که افزایش دسترسی به برنامه‌های مدیریت بیماری که به مقوله سواد راجع می‌باشد، می‌تواند موجب کاهش اختلافات ناظر بر سلامت در میان افرادی که به خوبی قادر به خواندن و فهم اطلاعات مرتبط با سلامت هستند و کسانی که چنین نیستند، گردد.

مطالعات دیگری نیز هستند که بر کمبود ارتباطی که پاره‌ای اوقات در میان بیماران و عملگران عرصه‌ی مراقبت از سلامت موجود می‌باشد، تاکید می‌نمایند. در قالب یک مطالعه انجام پذیرفته بر روی ۱۰۰ بیمار به تازگی مورد تشخیص ابتلا به سرطان ریه قرار گرفته، کوییرت و همکاران (۱۹۹۷) چنین دریافتند که تنها ۶۴ درصد از افراد با ارزیابی درمانگر خودشان در ارتباط با حد و حدود گسترش‌یابی بیماری‌شان توافق داشته‌اند.

غالب افراد مخالفت کننده، برآورد دستکم گیرانه‌ای در رابطه با حد و حدود سرطان‌شان داشتند. علاوه بر آن، پزشکان غالباً در ارتباط با بازشناسی این موضوع که بیماران خود دچار چنین کج‌فهمی‌ای می‌باشند، ناتوان و بی‌توجه بودند. پژوهشگران چنین نتیجه‌گیری نمودند که بسیاری از بیماران به خوبی قادر به درک شرایط خودشان در جهت اتخاذ تصمیمات درمانی حقیقتاً مستقلانه نبوده‌اند. چنانچه خطوط ارتباطی برقرار در میان بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت، شفاف و مشخص نباشند، ترغیب بیماران به درگیری یافتن در خود ـ مراقبت، نمی‌تواند قابل توصیه‌ترین رویکرد ممکن باشد. بنابراین، بیماران دارای سواد سلامت پایین، از عایدات کمتری در مقایسه با بیماران دارای مهارت‌های سوادی متوسط و یا بالاتر، در درون سیستم مراقبت از سلامت برخوردار می‌باشند. اکنون ما می‌توانیم از طریق ادراک این حقیقت، به رویکردهایی بپردازیم که بهترین کارکرد را در جهت بهبود ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات داشته باشند.

الگوهای ارتباط شفاهی موثر

در سال‌های اخیر، بخش عمده‌ای از تحقیقات مرتبط با ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات، بر شیوه‌های بهبود ارتباط تمرکز داشته‌اند. ما تنها از طریق کلام با یکدیگر ارتباط برقرار نمی‌نماییم: زبان بدنی، بیان چهره‌ای و لحن صدا، غالباً سرنخ‌ها و اشاراتی اضافی فراهم می‌آورند که بر اثربخشی ارتباط تاثیرگذار می‌باشند (کلین، ۲۰۰۵).

مایر (۲۰۰۲) توصیه‌هایی را جهت بهبود ارتباط در زمینه‌ی مراقبت از سلامت ارایه می‌نماید که از موضوع ترجمه و تفسیر زبان فنی به قالب زبان روزمره گرفته تا درخواست از بیمار برای بازگو نمودن دستورالعمل‌های مرتبط با سلامت متغیر می‌باشند. وی اختصاص دادن زمان کافی برای مداخله و تماس‌های تلفنی متعاقب در هر زمان که دستورالعمل‌های کلینیکی، عواملی حیاتی برای سلامت و بهزیستی بیمار محسوب شوند را توصیه می‌کند (۲۰۰۲؛ صفحه‌ی ۷). مایر می‌نویسد: مطالب آموزشی می‌توانند برای بیماران کم‌سواد، به شکل نوارهای ویدیویی و یا صوتی تبدیل شوند، به ویژه در شرایطی که این مطالب عاری از هرگونه زبان فنی، به سهولت قابل استفاده و به صورتی شفاف و مشخص توضیح داده شده باشند. با این حال، وی هشدار می‌دهد که عرضه کنندگان مراقبت از سلامت، نمی‌بایستی از بیماران سئوال کنند که آیا دارای توانایی خواندن هستند و یا خیر زیرا که چنین بی‌ملاحظه‌گی‌ای ممکن است منتج به شرم‌ساری و برآشفتگی بیمار گردد. دیگرانی نظیر شیلینگر و همکاران (۲۰۰۳) نیز ارایه‌گر پیشنهادات و هشدارهایی مشابه می‌باشند.

بری وایس پزشک معالج در سواد سلامت: راهنمایی برای متخصصان بالینی (۲۰۰۳؛ صفحه ۲۵)، اقدام به ترکیب نمودن توصیه‌هایی مشابه از طریق ارایه شش گام ساده در جهت بهبود ارتباط میان‌فردی با بیماران می‌نماید:

۱. آهسته‌سازی: ارتباط می‌توانند از طریق آهسته سخنتن گفتن و صرف تنها اندکی وقت اضافه‌تر با بیمار، بهبود داده شوند. انجام چنین کاری، به اتخاذ و پروراندن یک رویکرد بیمار محور در جهت تعامل بین متخصصان بالینی و بیماران کمک خواهد کرد.
۲. استفاده از زبان روان، غیر رسمی و غیر پزشکی: چیزها را به همان‌گونه که برای عضوی از خانواده تشریح می‌کنید، به بیماران توضیح دهید.

۳. نمایش و ترسیم تصاویر: تصاویر بصری می‌توانند یادآوری ایده‌ها را در بیماران بهبود دهند.
۴. محدودسازی میزان اطلاعات ارایه شده و بازگو نمودن آن‌ها: اطلاعات زمانی به بهترین شکل به خاطر سپرده می‌شوند که در قالب بخش‌هایی کوچکی که به کارهای در دست انجام مربوط باشند، ارایه گردند. بازگو نمودن متعاقب و مجدد موضوعات، منتج به بهبود فراخوانی و به‌یادآوری خواهد گردید.
۵. استفاده از فن تعلیم بازگشتی و یا نشانم ـ بده: از طریق درخواست از بیمار برای بازگو نمودن دوباره‌ی دستورالعمل‌های شما، از ادراک شدن موضوع از سوی بیمار اطمینان حاصل کنید.

ایجاد محیطی عاری از شرم و خجالت‌زدگی: شرایطی را برای بیمار ایجاد کنید که وی در جهت پرسیدن سئوالات احساس راحتی داشته باشد. کمک‌های سایرین (خانواده و دوستان بیمار) را در جهت بهبود ادراک فهرست نموده و مد نظر قرار دهید.

برخی دیگر از محققان، بر عناصری متفاوت در ارتباط با مواجهه‌ی بیمار و خدمت‌رسان تاکید می‌نمایند. به عنوان نمونه؛ والتر، باندی و دارنان (۲۰۰۵)، بر بهترین شیوه برای شروع یک مصاحبه‌ی کلینیکی تمرکز می‌نمایند. آن‌ها یک رویکرد پنج‌گامی را پیشنهاد می‌نمایند: (۱) فراخوانی و دعوت از بیمار برای مشاوره، (۲) خوشامدگویی و احوال‌پرسی به صورت شخصی با بیمار، (۳) مکث و تامل برای معارفه‌ها، (۴) ایجاد یک مسیر گذار برای تبادل مکالماتی متمرکز بر دغدغه‌های کلینیکی و (۵) بحث پیرامون گام‌های بعدی در جهت دستیابی به راه‌حل‌هایی در زمینه‌ی مراقبت از سلامت. به گفته‌ی این پژوهشگران، این پنج گام می‌توانند به کارآموزان عرصه‌ی مراقبت از سلامت کمک کند تا زمینه‌ای برای شنیدن فعالانه که دارای تمایل کمتری به قطع نمودن سخنان طرف مقابل باشد، ایجاد گردد.

لاوتون و کارول (۲۰۰۵) بر این باورند که ارتباط موثر، مستلزم ارزیابی و بررسی آن چیزی است که بیمار درباره بیماری خودش می‌داند. کاکسج و می (۲۰۰۵)، به ارایه تبلیغی چیزی می‌پردازند که خودشان آن را "حلقه شنیدن" می‌نامند و بر توانایی عرضه کنندگان مراقبت در گردآوری اطلاعات از طریق سرنخ‌ها و اشارات بیمار در طول تعامل‌های رو در رو تاکید دارد. این پژوهشگران ادعا می‌کنند که این اشارات و سرنخ‌ها، غالباً از نگاه ارایه‌دهندگان خدمات پوشیده مانده یا مورد غفلت واقع می‌شوند و به بحث پیرامون چندین شیوه می‌پردازند که متخصصان بالینی می‌توانند از طریق آن‌ها اقدام به محدودسازی، انسداد و یا مقاومت کردن در مقابل گوش کردن به بیماران خود نمایند: این شیوه‌ها عبارتند از باز ـ اطمینان بخشی به آن‌ها، تغییر دادن موضوع، قطع نمودن سخن آن‌ها، به صورت یک راهنما و یا طرح‌ریز عمل نمودن، کاهش هم‌دردی و استفاده از زبان بدنی (کاکسج و می، ۲۰۰۵).

چنین مشخص شده که شنیدن فعالانه که مستلزم آن است تا ارایه‌کنندگان مراقبت از سلامت، بیشترین توجهات‌شان را به بیماران خود بدهند و از واکنش‌هایی معمول و مرسوم همچون قضاوت کردن، برچسب‌زنی، سنجش‌گری اخلاقی و ارزیابی پیش از موعد، احتراز نمایند، منتج به بهبود ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات و قدرت‌دهی به بیماران در زمینه پیگیری مراقبت مناسب می‌گردد (رابرتسون، ۲۰۰۵). خدمت‌رسانان نمی‌بایستی به هنگام صحبت با یک بیمار، هیچ‌گاه همچون یک فرد قضاوت‌گر و یا منتقد به نظر برسند. همچنین آن‌ها نباید به هنگام ثبت و ضبط اطلاعات در چارت و نمودار متعلق به بیمار، از زبانی قضاوت‌گرانه و یا منفی‌نگرانه استفاده نمایند. آنا بی. ریسمن، پزشک معالج و استادیار پزشکی در بخش پزشکی داخلی مدرسه طب دانشگاه ییل، خاطرنشان می‌سازد که؛ "بسیاری از بیماران به چارت‌های پزشکی خودشان نگاه کرده و از این موضوع که دکترهاشان در آن‌ها می‌نویسند بیماران درباره فلان مساله «معترض» هستند و یا از انجام معاینات مقعدی «خودداری» می‌نمایند، دچار آشفتگی می‌شوند. این واژه‌های منفی، طبیبان و یا سایر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت را پریشان و آشفته نمی‌سازند، ولی از نظر یک بیمار، اهانت‌آمیز به نظر می‌رسند" (آنا بی. ریسمن، ارتباط فردی، دسامبر ۲۰۰۵).

گرچه که هیچ راه‌حل منفردی برای ارتباط ضعیف موجود در میان بیمار و خدمت‌رسان وجود ندارد، ولی با این حال، گام‌هایی در جهت بهبود آموزش و تربیت عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت، در حال برداشته شدن می‌باشند. به عنوان نمونه، چندین مدل در زمینه‌ی ارتباط بیمار ـ خدمت‌رسان، از سوی حدود یک ـ سوم از مدارس پزشکی ملی مورد اتخاذ قرار گرفته‌اند (وینر و همکاران، ۲۰۰۵). یکی

از آن‌ها چارچوب SEGUE می‌باشد که عبارت است از یک چک‌لیست متشکل از ۲۵ وظیفه ارتباطی حیاتی گروه‌بندی شده در قالب پنج بخش: صحنه‌پردازی، استخراج اطلاعات، ارایه‌ی اطلاعات، ادراک دیدگاه و چشم‌انداز بیمار و اتمام مواجهه. بر اساس مطالعه انجام پذیرفته توسط ماکول (۲۰۰۱)، چارچوب SEGUE دارای درجه‌ی مقبولیت بالایی بوده، می‌تواند به نحو قابل اعتمادی مورد استفاده قرار گرفته، دارای شواهد و مدارکی مبنی بر اعتبار و صحت خود بوده و در بازه متنوعی از زمینه‌ها قابل کاربری می‌باشد. چک‌لیست کامل SEGUE، از طریق آدرس http://www.pcm.northwestern.edu/segue/segue.pdf، قابل دسترسی می‌باشد.

عناصر ارتباط شفاهی موثر

متخصصان بالینی می‌توانند کارهای بسیار زیادی را در جهت راه‌اندازی جهشی ارتباط موثر در میان بیمار و ارایه‌دهنده خدمات انجام دهند. عوامل غیرشفاهی، حتی پیش از آن که یک ارایه‌دهنده خدمات سلامت لب به سخن گفتن با یک بیمار بگشاید، وارد بازی می‌شوند. اهمیت لبخند زدن، دست دادن محکم، استفاده از تماس‌های تسهیل‌گرانه و راحتی‌بخش و حفظ تماس نگاهی، از جمله موارد بر شمرده از سوی راتر (۲۰۰۵) هستند. در یک مطالعه‌ی انجام گرفته توسط چاپلین، فیلیپس، براون، کلنتون و استین (۲۰۰۰)، پیغام‌رسانان آزموده دو مرتبه اقدام به دست دادن با ۱۱۲ شرکت‌کننده نموده و سپس، آن‌ها اقدام به تکمیل کردن سنجش‌گری‌های شخصیتی نمودند. یک دست دادن محکم، به عنوان نشانه‌ای از برونگرایی و ابرازگری احساسی شرکت کننده مد نظر قرار گرفت، ولی در میان افرادی که نشانگر کم‌رویی و روان‌رنجوری بودند، با حد کم‌تکرارتری مشاهده گردید. هدف نهایی این مطالعه که در نشریه‌ی شخصیت و روانشناسی اجتماعی به انتشار رسیده بود، نشان دادن این موضوع بود که خصیصه‌های شخصیتی ارزیابی شده از طریق خودگزارش‌گری، می‌تواند پیشگویی‌کننده‌ی برخی رفتارهای مشخص باشند. چنین مطالعه‌ای در ارتباط با مقصود مورد نظر ما، حاکی از آن است که یک دست دادن محکم از سوی یک ارایه‌کننده‌ی مراقبت پیام‌رسان، ابرازگری احساسی و هیجانی و افزایش‌دهنده‌ی احتمال وقوع یک برخورد اول مثبت خواهد بود. حتی محیط فیزیکی‌ای که یک مواجهه‌ی کلینیکی در آن اتفاق می‌افتد نیز حایز اهمیت می‌باشد (راتر، ۲۰۰۵). به عنوان مثال؛ آیا پوسترها و اعلانات چاپی موجود در اتاق انتظار به لحاظ فرهنگی، مناسب هستند؟ آیا محوطه‌ی معاینه‌گری، به اندازه‌ی کافی گرم و دارای حس محفوظیت و غیرعمومی بودن هست که بیماران را در جهت صادق بودن و سئوال پرسیدن مساعدت و توانبخشی نماید؟

بیماران گریان و زاری کننده، می‌توانند زمینه‌ساز احساسات نابسندگی و بی‌کفایتی در خود و پزشکان‌شان شوند. با این حال، ابراز هم‌دردی گرم و صمیمانه از طریق نشان دادن درک بیمار و یا پشتیبانی، می‌تواند فضایی مناسب برای جریان‌یابی آزاد احساسات ایجاد کرده و نهایتاً بیماران را در جهت گشاده‌رویی و حس آزاد کردن توانبخشی نماید (نایمن، ۱۹۹۱). وقتی‌که بیماران گریه می‌کنند، توصیه شده است که در طول مصاحبه به طرزی حساسیت‌پذیر و از طریق تعارف نمودن دستمال و یا تماسی آرامش‌بخش در جهت تسکین وی، واکنش نشان داده شود و از این طریق آن‌ها را به ابراز کننده‌تر بودن و آرام‌سازی ترغیب نمود (نایمن، ۱۹۹۱). با این حال ارایه‌دهندگان خدمات می‌بایستی از لمس نمودن بیمارانی که از همان ابتدای کار حالت پس‌زنندگی دارند، خوداری نمایند. حفظ تماس نگاهی نیز امری به غایت حایز اهمیت محسوب می‌شود، مگر آن که بیمار شروع به گریه و زاری نماید. در چنین شرایطی، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌بایستی تا زمانی‌که بیمار آرامش خود را باز یابد، از نگاه به وی روی برگردانده و سپس، مجدداً تماس نگاهی را برقرار نماید (راتر، ۲۰۰۵).

زبان بدنی یک ارایه‌دهنده خدمات سلامت می‌تواند عاملی اطلاع‌رساننده بوده و بر تصمیم‌گیری یک بیمار در خصوص پرسش سئوالات و یا دچار شدن به آشفتگی و سردرگمی تاثیرگذار باشد. سعی کنید پیام‌هایی غیرکلامی (یا کلامی) مبنی بر بیش از حد پر مشغله بودن خودتان و عدم تمایل به توضیح اطلاعات به دلیل همین پرمشغله‌گی خود، به بیمار ارسال نکنید، به ویژه در شرایطی که بیمار دارای مهارت‌های محدودی در زمینه سواد سلامت بوده و یا به هنگام ارایه دستورالعمل‌ها، دچار دستپاچگی و آشفتگی گردد. حکایت زیر که از مقاله‌ای انتشار یافته در مجلد ژانویه ۱۹۹۶ از پزشک خانوادگی آمریکایی اخذ شده است، به توصیف یک مورد نوعاً معمول می‌پردازد

که در قالب آن سوءارتباط می‌تواند منتج به بروز آشفتگی‌هایی پیچیده و جدی برای سلامت بیمار شود:

یک پیرمرد ۶۸ ساله که در خانه و با اعضای خانواده زندگی می‌کرد، به دلیل نارسایی احتقانی قلب عود کننده و ابتلای دائمی به فشار خون بالا در بیمارستان بستری گردید. در زمان ترخیص بیمار، یک کاردیولوژیست، به بیمار دستور داد که ۰/۱۲۵ میلی‌گرم digoxin و به صورت جایگزین تناوبی هر یک روز در میان ۰/۲۵ میلی‌گرم مصرف نماید. زمانی‌که از بیمار پرسید که آیا متوجه این دستورالعمل شده است و یا خیر، بیمار پاسخ داد: بله.

به وی یک برگه دستورالعملی مکتوب ارایه شد. وی به آن نگاه کرد و از دکتر تشکر کرد. سپس با خانواده این بیمار تماس گرفته شد و به آن‌ها اطلاع داده شد که وی در حال ترخیص می‌باشد و یک وقت ملاقات با پزشک خانوادگی وی برای یک هفته بعد به منظور چک نمودن سطح digoxin او مقرر گردیده است. در ملاقات بعدی، مشخص شد که بیمار دارای سطح digoxin بسیار بالاتری در مقایسه با بازه درمانی می‌باشد. پزشک خانوادگی وی که سال‌ها بود مراقبت از وی را بر عهده داشت از او پرسید که چگونه داروهایش را مصرف نموده است. او اشاره نمود که روزانه دو قرص را مصرف می‌کرده است. پرس و جوی بیشتر آشکار نمود که وی به هنگام ترخیص از بیمارستان، به این دلیل از پرسیدن سئوال خودداری کرده بوده که به گفته وی؛ "دکتر آن چنان پر مشغله به نظر می‌رسید که من نمی‌خواستم زمان بیشتری از وقت او را اتلاف نمایم".

بیمار هنوز هم برگه دستورالعمل را در کیفش همراه داشت، ولی زمانی‌که آن را در آورد تا به پزشک خانواده نشان دهد، اظهار نمود که وی نمی‌توانسته آن را بخواند. وقتی از او پرسیده شد که چرا به کسی نگفته بوده توانایی خواندن آن را ندارد، وی پاسخ داد: "من نمی‌خواهم هیچ‌کس این را بداند. آن‌ها فکر می‌کنند من احمق هستم!".

پزشک خانوادگی بیمار، شیوه مناسبی را جهت مصرف دارو هم با خود بیمار و هم با دختر وی (که معمولاً در ارتباط با داروهایش به وی کمک می‌کرد) مورد مرورگری قرار داد و پزشک و بیمار هر دو نمایش دادند که کدام قرص‌ها باید در کدام روزها مصرف شوند. برگه‌ی دستورالعمل، همچنین با دختر بیمار نیز مورد مرورگری قرار گرفت که قادر به خواندن بود و نکات کلیدی مندرج در برگه را بازگو نمود. دو هفته بعد، سطح digoxin بیمار در بازه درمانی قرار داشت و او فاقد هر گونه نشانه بیماری بود (مایو و همکاران، ۱۹۹۶). سکوت این بیمار می‌توانست مشخصاً به خطری جدی تبدیل شود. بیماران سالمند، به ویژه کسانی که دارای عملکرد ضعیف کلیوی و یا وزن پایین می‌باشند، در صورت بالا رفتن سطوح digoxin در خون‌شان، در معرض بالاترین ریسک مسمومیت قرار دارند (مارتیک و فرام، ۱۹۹۸). در مواجهه بالینی فوق‌الذکر، برقراری ارتباط بیمار ـ خدمت‌رسان، به این دلیل تبدیل به عاملی تا این حد حایز اهمیت‌تر می‌گردد که با بیماری سر و کار دارد که علاوه بر سن بالا، در معرض ریسک بالایی در ارتباط با سواد سلامت پایین نیز قرار دارد. خدمت‌رسانان عرصه‌ی مراقبت از سلامت نمی‌بایستی هیچ‌گاه چنین فرض کنند که بیماران، برگه‌های دستورالعملی را خواهند خواند و همچنین این فرض که بیماران دارای سواد سلامت پایین، در جهت سازگاری‌یابی و مراعات دستورالعمل‌های پزشکی غیرقابل ادراک برای خودشان، در پی کمک گرفتن از اعضای خانواده‌شان خواهند رفت. چنین بیمارانی ممکن است اساساً متوجه مفاهیم و نتایج مترتبه بر عدم مراعات‌گری نیز نباشند.

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌بایستی به تمام پرسش‌هایی که یک بیمار در ذهن دارد، پاسخ دهند، ولی باید این پاسخ‌ها را در سطحی ساده و قابل فهم نگاه دارند. همان گونه که اشاره شد، بهترین شیوه برای بهبود ادراک بیماران، سخن گفتن به زبان ساده و محاوره‌ای "اتاق نشیمن"، بازگو نمودن چند باره نکات کلیدی و احتراز از ارایه‌ی دستورالعمل‌های بیش از اندازه حجیم به صورت یک‌جا می‌باشد. صیقل‌زنی و تقلیل‌دهی محتوای پیام به سه یا چهار آیتم حایز اهمیت و ارایه پیام و مداخله شفاف و مشخصی را به بیمار مد نظر قرار دهید.

برخی متخصصان، موکول نمودن و واگذاری سئوالات مستقیم و انتها ـ باز به زمانی در انتهای مصاحبه را پیشنهاد می‌نمایند. فرض بر این است که بیمار در این حالت، فرصت واکنش و پاسخ‌گویی به هر گونه پرسش انتها ـ بازی را در آغاز ملاقات بعدی داشته باشد، به ویژه در شرایطی که گفتمان یک معارفه مقدماتی محسوب گشته و ارایه‌دهنده خدمات در حال شروع کسب آگاهی در ارتباط با پیشینه

بیمار باشـد (مایرزکاف و دانلد، ۱۹۹۲). اسـتفاده از آموزگاران پرستاری در جهت ارایه دستورالعمل‌هایی یک به یک در شرایط بیماران سرپایی پر مشغله نیز می‌تواند شیوه‌ای مفید فایده بوده و موجب تکمیل نمودن آموزش و تعلیم پزشکان و ارتقای ادراک بیماران گردد (مایو و همکاران، ۱۹۹۶).

فراز آورده شده در زیر که از مقاله‌ای نوشته مایو و همکاران (۱۹۹۶) اقتباس گردیده است، به تشریح چگونگی ارایه‌ی دستورالعمل‌های شـفاهی به بیماران کم‌سـوادی می‌پردازد که می‌بایستی تحت درمان تجویزی قرار گیرند. عرضه کنندگان مراقبت از سلامت، می‌توانند از طریق اعمال اندکی تنظیمات جزیی، از این الگوی مبنایی در جهت کمک به بیمارانی که با هر گونه نسـخه‌ی تجویزی دچار مشـکل می‌باشند، تبعیت نمایند:

"این داروی مرتبط با فشـارخون شـما است و ----- نامیده می‌شـود. شما می‌بایستی دو بار در روز یک قرص مصرف کنید. قرص را به همراه غذا مصرف کنید". در این نقطه، این موضوع را مشخص کنید که این بدان معنا است که آن‌ها نباید بدون آن که به تازگی غذایی و یا میان‌وعده‌ای خورده باشند، اقدام به مصرف این دارو نمایند. بنابراین، چیزی شبیه به این بگویید: "شما می‌توانید یک قرص را همراه با صبحانه و یک قرص را در هنگام شـام مصرف کنید و هر روز قرص‌هاتان را به همین ترتیب بخورید". در این لحظه، مجال تأملی به اندازه‌ی ۲ الی ۵ ثانیه فراهم آورید تا بیمار بتواند به هضم و جذب اطلاعات ارایه شده بپردازد. حال از وی بپرسید: "آیا سئوالی دارید؟". اجازه یک فرصت ۵ ثانیه‌ای برای مطرح نمودن سـئوالات را داده و به صورتی شـفاف و مشخص به هر پرسشی که طرح می‌گردد، پاسخ دهید. به دنبال مشاهده زبان بدنی باشید که حاکی از پریشانی و سردرگمی باشد. اگر بیمار صرفاً سرش را تکان می‌دهد، مجدداً تصریح کنید که اشـکالی ندارد، در هر جایی در طول این تعامل سـئوالاتی پرسـیده شوند و سپس در این خصوص که آیا بیمار به واقع آنچه را که نیازمند دانستن‌اش می‌باشد، درک نموده است و یا خیر، تصمیم‌گیری کنید.

در این زمان، از طریق این پرسش به بررسی مشاهده‌ی سطح ادراک بیمار در ارتباط با دستورالعمل‌ها بپردازید که؛ "آیا به من خواهید گفت که چگونه قرار است این دارو را مصرف کنید تا من مطمئن شوم که همه چیز را به شما گفته‌ام؟".

نهایتاً، به بیمار اجازه دهید تا دسـتورالعمل‌ها را در قالب واژگان و کلام خودش تکرار و یا در صورت امکان، بیمار را وادارید تا نمایشـی فیزیکی در ارتباط با این فعالیت ارایه نماید.

تعلیـم بازگشـتی (روش درس ـ برگردان) مورد اسـتفاده قرار گرفته در مثـال فوق‌الذکر، ابزاری موثر در جهت بهبود ادراک محسـوب می‌گردد. شـیلینگر و همکاران (۲۰۰۳)، به مشـاهده‌ی پزشکان یک بیمارستان عمومی پرداختند تا حد و حدودی را که پزشکان تا آن حد و حدود، در طول مواجهه با بیماران سـرپایی، به‌یادسـپاری و فراگیری مفاهیم جدید از سوی بیماران را مورد ارزیابی قرار می‌دادند، مورد سـنجش‌گری قرار دهند. تمام بیماران انگلیسـی‌زبان دارای بیماری دیابت و سـواد سـلامت عملکردی پایینی بودند. بیمارانی که طبیبان‌شان، به‌یادسپاری یا فراگیری آن‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دادند، با احتمال بالاتری متمایل به داشتن سطوح A_1c هموگلوبین پایین‌تر از میانه در مقایسه با سایر بیماران بودند.

دو متغیر، به نحو مسـتقلی با کنترل قند خونی مناسـب در مطالعه‌ی فوق‌الذکر مرتبط بودند: سـطوح سـواد سـلامت بالاتر و استفاده پزشکان از راهبرد ارتباطی تعاملی. پژوهشگران خاطرنشان نموده‌اند که پزشکان مراقبتی رسیدگی کننده به بیماران دارای مرض قند و سـواد سـلامت عملکردی پایین، به ندرت، مقولات به‌یادسپاری و فراگیری مفاهیم جدید را مورد ارزیابی قرار داده بودند. آن‌ها این گونه نتیجه‌گیری کردند که چنین چشم‌پوشی‌ای از این گام ارتباطی، بازتاب‌دهنده‌ی فرصتی از دست رفته بوده که می‌توانسته واجد مفاهیم کلینیکی حایز اهمیتی در قالب خودش باشد.

رویکردهایی شبیه به روش درس‌برگردان، با موفقیت روبرو بوده‌اند. رویکرد دعوت، شنیدن و جمع‌بندی (ILS) که در دانشگاه مدرسه‌ی طب کلرادو مورد اسـتفاده قرار گرفته اسـت، به منظور مقابله با فنون مصاحبه‌ای طبیب ـ کنترل ـ بالا (یعنی مجموعه‌ای از پرسش‌های بله یا خیر) ایجاد و بسـط گردید. این رویکرد بر فنونی در ارتباط با پرسـش‌گری انتها ـ باز، همدلی و درگیرشـدگی در جهت گردآوری داده‌ها، تاکید و تمرکز دارد. این شـیوه، رویکردی سهل‌الاستفاده و به سهولت قابل به‌یادسپاری است و از راهبردهایی استفاده می‌نماید

که می‌توانند در مسیر دستیابی به سه کارکرد مبنایی مصاحبه‌ی پزشکی کمک کننده باشند: برقراری ارتباط، گردآوری داده‌های مناسب، و بهبود سازگاری و مراعات‌گری. گرچه که برنامه‌ی آموزشی رسمی، تنها در ۲ سال ابتدایی تعلیم‌دهی در دانشگاه کلرادو مورد تدریس قرار می‌گیرد، ولی با این حال شواهد حاکی از آن هستند که ILS، موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی حتی در خلال سال سوم نیز می‌گردد (بویل، دوبینل و پلات، ۲۰۰۵).

ارتباط شفاهی موثر می‌تواند ابزاری قدرتمند در زمینه مراقبت از سلامت و در جهت متحول ساختن رفتارهای بیماران محسوب شوند. به عنوان نمونه مشخص شده که مصاحبه‌های اتاق انتظاری ساختاربندی شده، موجب افزایش مشارکت بیماران در مداخلات پزشکی می‌گردند (تابک، ۱۹۸۸). تابک (۱۹۸۸) به منظور تشخیص این موضوع که آیا یک مداخله‌ی چاپی می‌تواند موجب بهبود بیشتر مشارکت نیز شود و یا خیر، به نحوی تصادفی اقدام به تخصیص‌دهی ۶۷ بیمار در زمینه‌ی پزشکی خانوادگی برای دریافت یکی از دو گونه مطالب چاپی پیش از ملاقات پزشکی‌شان نمود: (۱) یک کتابچه‌ی درمانی با تاکید بر اهمیت بازشناسی نیازهای اطلاعاتی و ترغیب بیماران به پرسیدن سئوالات (گروه آزمایشی) و (۲) یک کتابچه‌ی تعلیمی دارونمایی در قالبی مشابه ولی با محتوایی متفاوت (گروه کنترلی). تعامل بیمار ـ پزشک، به منظور تعیین تعداد سئوالات پرسیده شده از سوی بیماران، از طریق نوارهای صوتی مورد ثبت و ضبط قرار گرفتند و یک پرسش‌نامه نیز جهت ارزیابی رضایت‌مندی بیماران تهیه و تنظیم گردید.

گرچه که تعداد میانگین سئوالات پرسیده شده از سوی بیماران، برای گروه آزمایشی ۷/۴۶ و برای گروه کنترلی؛ ۵/۶۳ بود، ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود. پرسش‌گری سئوالات نیز با رضایت‌مندی گزارش شده برای بیماران، دارای همبستگی نبود (تابک، ۱۹۸۸). این یافته‌ها حاکی از آن هستند که استفاده از یک مداخله‌ی چاپی برای ترغیب بیماران به درگیر شدن بیشتر و افزایش سطح رضایت‌مندی، ممکن است بیش از یک رویکرد ارتباط شفاهی یک ـ به ـ یک در زمینه یک مصاحبه‌ی اتاق انتظاری ساختاربندی شده، دارای اثربخشی نباشد.

با این وجود، عمل‌گری نمودن به عنوان یک خدمت‌رسان موثر، همچنان می‌بایستی در هماهنگی و انطباق با تجربیات بیماران و از طریق پرسیدن سئوالاتی مناسب در طول و بلافاصله پس از ملاقات مطبی انجام پذیرد. در حقیقت، پرسیدن این سئوال ساده از بیماران که آیا پرسش‌های دیگری در ذهن دارند و یا خیر، می‌تواند منتج به نتایجی مثبت گردد. لوید (۲۰۰۵) در قالب یک مطالعه‌ی مشاهده‌ای دربرگیرنده‌ی ۴۷۷ مشاور اطفال در پادشاهی متحده (بریتانیا) دریافت، زمانی‌که به سادگی از بیماران پرسیده می‌شد که آیا سئوالات دیگری داشته‌اند و یا خیر، ۶۴ پرسش اضافی ظهور و بروز پیدا می‌کردند. دو ـ سوم خانواده‌های مورد پیمایش قرار گرفته، نشانگر وجود گونه‌ای از ارتباط در خلال ملاقات مطبی خود بودند که لوید از آن‌ها تحت عنوان ارتباط "زیر ـ بهینه" یاد نموده است (لوید، ۲۰۰۵). ما امیدواریم که عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت، از طریق استفاده از برخی راهبردهای مورد بحث قرار گرفته تا کنون در این فصل، بتوانند از چنین ارزیابی‌های منفی‌ای در ارتباط با بیمار در زمینه‌ی تجربه‌ی کلینیکی خودشان احتراز نمایند.

جایگزین‌هایی برای ارتباط شفاهی یک ـ به ـ یک

گرچه که کتابچه‌های آموزشی بیمار با نتایج آمیخته‌ای همراه بودند، ولی با این حال، رویکردهای چندرسانه‌ای نسبت به ارتباط بیمار ـ خدمت‌رسان، ایجاد کنندهی فرصت‌هایی جهت بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می‌باشند. به عنوان مثال مشخص گردیده که نوارهای صوتی ضبط شده از مشاوره‌های بیماران مبتلا به سرطان، به منزله‌ی یک ابزار اطلاعاتی کمکی برای آن‌ها واجد ارزش می‌باشند و آن‌ها غالباً پیشنهاد ضبط نمودن مشاوره‌های خودشان با تومورشناسان را می‌پذیرند (تترسال و باتو، ۲۰۰۲). مرورگری‌های سیستماتیک نشان داده‌اند که ارایه‌ی نوارهای صوتی از مشاوره‌ها به بیماران موجب افزایش یافتن اطلاعاتی خواهد گردید که نهایتاً به یاد خواهند سپرد.

در یک پیمایش انجام گرفته بر روی دکترهای استرالیایی، بسیاری از آن‌ها نشانگر نوعی فقدان اشتیاق لازم در جهت ارایه‌ی نوارهای صوتی مشاوره‌ها به بیماران خود بوده‌اند. آن‌ها به ذکر مسائلی همچون محرمانه بودن اطلاعات خصوصی بیماران و نگرانی‌های

پزشـــکی ـ حقوقی، به عنوان دلایل این بی‌میلی خود پرداخته‌اند. با این حال، آن گونه که تترســـال و باتو (۲۰۰۲) پیشـــنهاد نموده‌اند، نوارهای صوتی مشاوره‌ها می‌توانند به منزله‌ی یک ابزار پژوهشی ارزشمند در جهت مستندسازی اطلاعات و تحلیل تعامل بین بیماران و ارایه‌دهندگان خدمات محسوب شوند.

ابزارهای دیداری کمکی مانند نوارهای ویدیویی، تصاویر، کارتون‌ها و چندرسانه‌ای‌های تعاملی رایانه‌محور نیز می‌توانند در جهت بهبود ارتباط کمک کننده باشـــند (ویلیامز، دیویس، پارکر و ویس، ۲۰۰۲). هان و همکاران (۲۰۰۴)، برنامه‌ای چندرســـانه‌ای ایجاد و بســـط نمودند تا پایگاه‌ی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی برای بیماران سرطانی که دارای بازه‌ی متنوعی از مهارت‌های سوادی و تجربه‌ی کار کردن با رایانه بودند، ارایه نمایند. در هر زمان، یک آیتم بر روی صفحه‌ی لمسی رایانه نشان داده می‌شد و در ادامه، قرائتی ضبط شده در ارتباط یا یک پرســـش ارایه می‌گردید. بازه‌ی متنوعی از رنگ‌ها، فونت‌ها و تصاویر گرافیکی به منظور بالا بردن ســـطح رویت‌پذیری اســـتفاده می‌شـــدند و یک آیکون کوچک در نزدیکی هر عنصر متنی به گونه‌ای ظاهر می‌گردید که بیماران بتوانند نســـبت به صدا، هر چند بار که خواســـتند پاســـخ و واکنش نشـــان دهند. پرسش‌های ارزیابانه به ســـنجش‌گری اولویت‌های مد نظر بیماران پرداختند. گروه متنوعی از ۱۲۶ بیمار گزارشـــگر آن بودند که صفحه‌ی لمســـی سخنگو، ابزاری سهل‌الاستفاده محسوب می‌شده و منتج به ارتقای سطح تجربه‌ی آموزشی آن‌ها گشته است.

کتاب راهنمای فراتر از یک بروشور: رویکردهای جایگزین نسبت به ارتباط موثر در زمینه‌ی سلامت (۱۹۹۴) که از سوی مرکز تحقیقات سرطان AMC در دنور تهیه و تنظیم گردیده است، به بحث پیرامون تنوع گسترده‌ای از مطالب بصری می‌پردازد – همه چیز از پوسترها، فیلیپ‌چـــارت و بردهای گفتگو گرفته تا اشـــیا و مدل‌هایـــی حقیقی، بردهای نمایش‌گری، fotonovelas و شـــیوه‌های کنش ـ گرایانه‌ای نظیر ایفاگری نقش، اجرای تئاتر، آهنگ خواندن، قصه‌گویی و بازی‌ها. همچنین استفاده از نوارهای صوتی و مستند ـ درام‌های رادیویی نیز مورد اشـــاره قرار گرفته‌اند. این راهنما، به ارایه‌ی منابع و مطالب مورد نیاز جهت تولید برای بســـیاری از گروه‌های مورد اشـــاره قرار گرفته پرداخته و نمودارهای اطلاعاتی، اقدام به فهرست کردن بسیاری از فواید و محدودیت‌های هر فن‌آوری ارتباطی می‌نمایند (مرکز تحقیقات ســـرطان AMC، ۱۹۹۴) (ما در فصل نهم با اســـتفاده از قالب‌های جایگزین ارتباط بیمار و با جزییاتی بیشتر به ارزیابی اشکال ارتباطی خواهیم پرداخت و چندین مثال در این زمینه به دست خواهیم داد. با این حال، کسانی که مشتاق مطالعه‌ی کل بروشور AMC هستند، می‌توانند به آدرس زیر مراجعه نمایند:

http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/amcbeyon.pdf

ویدیوهای آموزشـــی همچنین می‌توانند به متخصصان بالینی نیز کمک نمایند. به عنوان نمونه، بنیاد خیریه‌ی انجمن پزشـــکی آمریکا (AMA)، در قالب بخشی از بسته‌ی خود در ارتباط با سواد سلامت، از طریق مطالعاتی موردی اقدام به تولید ویدیوهای اطلاع‌رساننده و آموزش‌دهنده‌ی ۲۰ دقیقه‌ای با هدف بالا بردن سطح آگاهی پیرامون معضل گسترده و فراگیر ناظر بر مقوله‌ی سواد سلامت پایین نموده است. شاید بتوان گفت ویدیوی تولید شده در سال ۲۰۰۱ تحت عنوان "سواد سلامت پایین: شما نمی‌توانید با نگاه کردن متوجه شوید"، شناخته‌شده‌ترین ویدیوی این مجموعه محسوب می‌گردد. این ویدیو، به ارایه نماهایی از تعامل‌های حقیقی کارکنان دفتری با بیمارانی می‌پردازد که دارای سواد سلامت پایینی می‌باشند (بنیاد خیریه‌ی انجمن پزشکی آمریکا، ۲۰۰۵). به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر و یا دانلود کردن این ویدیو، از وب‌سایت بنیاد خیریه‌ی AMA به آدرس؛ http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/۸۰۳۵.html، مراجعه کنید. بسته‌ی سواد سلامت AMA می‌تواند از طریق تماس با تلفن ۴۶۴-۵۳۵۵ (۳۱۲) سفارش داده شود.

پیام‌های مرتبط با مقوله‌ی سلامت می‌توانند از طریق ابزارهای کمکی بصری نیز انتقال داده شوند، ابزارهایی همچون مقیاس رتبه‌بندی درد FACES (چهره‌های) وانگ ـ بیکر که در اصل به منظور اطلاع‌رســـانی کودکان خردســـال در ارتباط با دردهاشان طراحی گردیده بود (شکل ۱-۶). دانا وانگ، پرستار مجاز و دارنده‌ی PhD، از طریق تجربه‌ی حرفه‌ای کلینیکی خودش چنین آموخته است که کودکان در اســـتفاده از هر گونه مقیاســـی که بر مفاهیم مبتنی بر اعداد، رتبه‌بندی و یا واژگان ناآشنا متکی باشد، مشکل دارند (مقیاس رتبه‌بندی درد FACES، ۲۰۰۵). ابزارهای کمکی بصری نظیر مقیاس رتبه‌بندی درد FACES وانگ ـ بیکر، می‌توانند برای افراد دارای سواد سلامت

پایین و کسانی که به زبان انگلیسی تکلم نمی‌کنند، در جهت انتقال شفاف‌تر و دقیق‌تر پیام دردشان و یا سایر پیام‌های حایز اهمیت در ارتباط با سلامت‌شان، کمک کننده باشند.

تفسیرات مقیاس رتبه‌بندی درد چهره‌های وانگ ـ بیکر

0–5 coding	0	1	2	3	4	5
0-10 coding	0	2	4	6	8	10

فارسی	هیچ دردی	اندکی درد	دردی اندکی بیشتر	باز هم دردی بیشتر	درد خیلی زیاد	بیشترین درد
اسپانیایی	No duele	Duele un poco	Duele un poco más	Duele mucho	Duele mucho más	Duele el máximo
فرانسوی	Pas mal	Un petit peu mal	Un peu plus mal	Encore plus mal	Très mal	Très très mal
ایتالیایی	Non fa male	Fa male un poco	Fa male un po di piu	Fa male ancora di piu	Fa molto male	Fa maggior-mente male
پرتغالی	Não doi	Doi um pouco	Doi um pouco mais	Doi muito	Doi muito mais	Doi o máximo
بوسنیایی	Ne boli	Boli samo malo	Boli malo više	Boli jošviše	Boli puno	Boli najviše
ویتنامی	Không dau	Hôi dau	Dau hôn chút	Dau nhiêu hôn	Dau thât nhiêu	Dau qúa dô
چینی	無痛	微痛	輕痛	更痛	很痛	劇痛
یونانی	Δεν Πονaϊ	Πονaϊ Λιγο	Πονaϊ Λιγο Πιο Πολν	Πονaϊ Πολν	Πονaϊ Πιο Πολν	Πονaϊ Παρα Πολν
رومانیایی	No doare	Doare puţin	Doare un pic mai mult	Doare şi mai mult	Doare foarte tare	Doare cel mai mult

شکل (۱-۶) – مقیاس رتبه‌بندی درد FACES (چهره‌ها). منبع: هاکنبری ام. جی.، ویلسون دی.، وینکلستین ام. ال.، اصول پرستاری اطفال وانگ، ویرایش هفتم، سنت لوییز، میزوری، ۲۰۰۵:۱۲۵۹ . کپی رایت ماسبی، باز چاپ شده با کسب اجازه.

ارتباط تلفنی

حتی امروزه نیز در عصر رایانه‌های شخصی و اینترنت، تلفن همچنان به عنوان یک ابزار نجات‌بخش حایز اهمیت برای بسیاری از بیماران پا برجا مانده است. این شیوه، یک حالت مبنایی در زمینه‌ی برقراری ارتباط در میان پزشکان و بیماران در خارج از چارچوب ملاقات‌های مطبی محسوب می‌شود؛ ۲۵ درصد از تعامل بین بیماران و پزشکان از طریق تلفن رخ می‌دهد (ریسمن و براون، ۲۰۰۵). ارتباط تلفنی در خصوص مقوله‌ی سلامت به شکل‌های متعددی اتفاق می‌افتند: مکالمات یک به یک میان بیماران و خدمت‌رسانان، تماس‌های کنفرانسی دربرگیرنده‌ی بیماران، مفسران و مترجمان، خانواده‌های بیماران، پزشکان مبنایی آن‌ها و متخصصان دور از دسترس، خدمات اطلاع‌رسانی در زمینه‌ی سلامت، تماس‌های ضروری و مراکز رسیدگی به بحران‌ها، تلفن‌های اولویت‌بندی خدمات درمانی و مراکز تماسی طراحی شده به منظور ارزیابی نیازهای خدماتی برای یک بیمار و پیامهای ضبط شده برای بیماران و از جانب

بیماران (ازبورن، ۲۰۰۵).

درمـــان تلفنی چیزی نیســـت جز زیرمجموعـــه‌ای از telehealth که به عنوان "اســـتفاده از فن‌آوری‌های ارتبـــاط از راه دور برای تأمین مراقبت از ســـلامت کلینیکی دور ـ برد، آموزش بیمار و تعلیم تخصصی و مدیریت ســـلامت" تعریف می‌گردد (چافی، ۱۹۹۹). به عنوان مثال، خطوط مشـــاوره‌ای ســـاعات غیرکاری، ارایه‌کننده گزینه‌هایی در ارتباط با مراقبت از سلامت به بیماران در طول شب و تعطیلات پایان هفته، یعنی، زمان‌هایی که پزشـــکان مراقبتی مبنایی آن‌ها غیر قابل دســـترس باشند، هستند. آن‌ها همچنین خدمات ارزشمندی را به بیماران بیمه‌ی مراقبتی نشـــده و مدیریت شـــده، ارایه می‌نمایند. این بیماران تمایل بیشتری به مراعات توصیه‌های دریافت شده از طریق خطوط پرســـتاری که غالباً دارای شـــدت و حدت مراقبتی کمتری در مقایسه با توصیه‌های دریافت شده از سایر منابع می‌باشند، دارنـــد (باگدان، گرین، سوانســـون، گابو و دارت، ۲۰۰۴). بیماران می‌توانند از طریق کمک گرفتن از یک خط مشـــاورهای، آگاه شـــوند که در جامعه پیرامون خودشـــان، در کجاها قادر به یافتن خدمات مراقبتی در ســـاعات غیرکاری و یا آخر هفته‌ها می‌باشـــند و همچنین می‌توانند به امکاناتی در جهت تخصیص‌دهی مراجعات لازم دســـت پیدا کنند. غالب بیماران و پزشـــکان از این موضوع آگاه نیســـتند که مشـــاوره‌ی تلفنی به صورتی ۲۴ ســـاعته و از طریق بسیاری از کلینیک‌ها و مراکز سلامت منطقه‌ای قابل دسترسی می‌باشد (بنیاد رابرت وود جانسون، ۲۰۰۰).

آنا بی. ریسمن و کارن ای. براون، پزشکان معالج، در "ممانعت از بروز خطاهای ارتباطی در زمینه درمان تلفنی: یک رویکرد مورد ـ مبنا"، به بحث پیرامون شـــش موقعیت در ارتباط با درمان بزرگســـالان می‌پردازند که خطاهای ارتباطی در آن موقعیت‌ها قابل بروز می‌باشند: گزارش‌گری نتایج آزمایشـــی حســـاس، مدیریت نمودن درخواست‌ها برای داروهای اعتیادآور، رســـیدگی به بیمارانی که برای پذیرش از ســـوی بخش فوریت‌ها به حد کفایت بیمار و ناخوش نیســـتند، تماس‌های "نامتناســـب" گرفته شده در ساعات دیر وقت از شب، بیماران غیر صریح یا غیر قابل ادراک و کسب اطلاعات از طریق اعضای خانواده. آن‌ها به منظور کاستن از میزان بروز خطاها در موقعیت‌های ذکر شده، رعایت موارد زیر را توصیه می‌نمایند:

- کسب اطمینان از این موضوع که بیماران دسترس‌پذیر یا ممکن‌الحصول بوده و بتوانند آزادانه صحبت کنند.
- برنامه‌ریزی وقت ملاقات‌های بعدی در صورت وجود احتمال حساس بودن نتایج آزمایشات
- استفاده از "قراردادهای کنترلی برای مواد دارویی"
- استفاده از عباراتی که ارتباط برقرار نمایند.
- درخواست از بیمار در جهت بازگو نمودن مجدد دستورالعمل‌ها.
- حساسیت‌پذیری نسبت به اشارات فرا زبانی (یعنی لحن صدا، الگوی بیانی، مکث‌ها، زیر و بمی صدا) صادره از سوی بیمار و خودتان.
- وقت دادن به بیمار در جهت تشریح اعتراضات عمده‌ی مد نظرش.
- صادق بودن در ارتباط با دشواری‌هایی که در زمینه‌ی ادراک بیمار با آن‌ها مواجه می‌باشید.
- صحبت کردن با بیماران به شکلی بی‌پرده و مستقیم، در صورت امکان.

دکتر ریسمن می‌گوید: "اگر یک دکتر و یا پرستار با توجه به سکوت بیمار و یا از طریق مشاهده آنچه که به نظر شبیه حالت پریشانی و سردرگمی برسد، چنین احساس کند که بیمار در درک و فهم اطلاعات با مشکل مواجه می‌باشد، آنگاه وی ممکن است چیزی شبیه به این را بر زبان بیاورد که؛ «خیلی از بیماران نیز مراقبت‌ها را گیج‌کننده می‌یابند. به من بگویید که شما نحوه این مراقبت‌های را چگونه ادراک می‌کنید» و یا «به من بگویید شما چرا قرار است به استفاده از این مراقبت‌ها بپردازید» و یا هر چیز دیگری که تاثیرگذار باشد. این موضوع احساس در میان بودن یک مشکل و مساله و همچنین سرنخی برای پرداختن به آن مساله را به خدمت‌رسان می‌دهد. بدیهی است که شما نیازمند استفاده از زبانی ساده و عاری از هرگونه برخورد و همچنین احتراز از بیان اصطلاحات فنی هستید و ممکن است مجبور به مد نظر قرار دادن این موضوع باشـــید که آیا ادراک یک بیمار در خصوص چرایی توصیه شـــدن یک مراقبت‌های خاص به وی دارای اهمیتی بیشـــتر بوده و یا این که آیا بهتر اســـت زمان صرف شده را بر این موضوع متمرکز کنید که چگونه یک مراقبت باید مورد

اتخاذ قرار گیرد!" (آنا بی. ریسمن، ارتباط فردی، دسامبر ۲۰۰۵).

ریسمن و براون در قالب مطالعه خودشان، استفاده از ترجمه زبانی بر-روی- تلفن را به منظور مدیریت نمودن تماس‌های گرفته شده از سوی بیماران غیرانگلیسی ـ تکلم‌کننده توصیه نموده‌اند. شرکت‌هایی نظیر ارایه‌کنندگان خدمات زبانی جهانی، یعنی خدمات خط زبانی، مترجمانی را در اســتخدام خود دارند که قادر به تکلم به ۱۶۰ زبان مختلف می‌باشــند. عرضه‌کنندگان مراقبت از ســلامت نیز می‌توانند در عرض چند دقیقه پس از تماس گرفتن با خدماتی مشــابه با این‌ها، یک مترجم آزموده و ماهر را در اختیار داشــته باشــند. به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر در زمینه منحصراً مرتبط با خدمات خط زبانی، با شماره‌ی ۵۸۸۸-۵۲۸ (۸۰۰) تماس گرفته و یا از وب‌سایت آن‌ها به آدرس http://www.languageline.com بازدید کنید.

گرچه که مراقبت‌های تلفنی همچنان به منزله بخشــی حایز اهمیت از شــیوه‌ی عمل کلینیکی متعارف باقی‌مانده است، ولی با این حال تنها حدود ۶ درصد از برنامه‌های پزشــکی مقیم و اســتقرار یافته به آموزش‌دهی مطالبی در ارتباط با آن می‌پردازند (ریســمن و براون، ۲۰۰۵). این موضوع مایه‌ی بسی تأسف است. عرضه کنندگان مراقبت از سلامت، نتایج آزمایشات و برنامه‌ی وقت ملاقات‌ها را از طریق تلفن گزارش می‌نمایند. بیماران برای تماس برقرار کردن در جهت پرسش سئوالات‌شان، معمولاً تلفن را به سایر فن‌آوری‌های جدیدتر نظیر ایمیل و یا پیام‌های آنلاین ترجیح می‌دهند. برگمو، کامروالد، گامون و دال (۲۰۰۵) چنین دریافتند که اســتفاده از یک سیســتم پیام‌رســانی الکترونیکــی مطمئن، منتج به کاهش تعــداد ملاقات‌های مطبی یا دفتری گردیده، ولی تاثیــر چندانی بر تعداد تماس‌های تلفنی برقرار شده نگذاشته است. بدیهی است که تلفن همچنان به عنوان گزینه‌ای جذاب برای بسیاری از بیماران پا بر جا مانده است. آموزش‌ها و اطلاع‌رسانی‌های زیادی کماکان از طریق تلفن انجام می‌پذیرند، بدین صورت که بیماران به منظور دریافت مشاوره، با خطوط مرتبط با اطلاعات زمینه‌ی ســلامت تماس می‌گیرند و یا در خلال تماس‌های پیگیرانه در گفتمانی با خدمت‌رســانان مراقبتی خودشان درگیر می‌شوند.

در حقیقــت جنبه‌ها و اشــکال مختلــف "درس ـ برگردان" می‌توانند به خوبــی از طریق تلفن کار کنند. بارنفنگــر و همکاران (۲۰۰۴)، برنامه‌ای را به منظور کاســتن از خطاهای گزارش‌گری تلفنی، به واســطه‌ی ملزم نمودن دریافت کنندگان نتایج حایز اهمیت به تکرار مجدد پیام ارسال شده، مورد آزمایش قرار دادند. در میان ۸۲۲ تماس برقرار شده، ۲۹ خطا شناسایی گردید که نشانگر نرخ خطایی در حدود ۳/۵ درصد بود. زمان الزام گردیده برای درخواســت تکرار مجدد پیام‌ها، به طور متوســط تنها ۱۲/۸ ثانیه به ازای هر تماس بود، ولی با این وجود، نتیجه‌بخش بود: تکرار مجدد پیام‌ها موجب تصحیح ۲۹ خطا گردید. در قالب همان داستانی که ما این فصل را با آن آغاز نمودیم، اگر الن اطلاعات دریافت شــده درباره نتایج بافت‌برداری خودش را مجدداً بازگو می‌نمود، شــاید این موضوع می‌توانست به ممانعت از بروز رخدادهای آسیب‌زننده‌ای که به دنبال سوءتفاهم وی در ارتباط با واژه‌ی منفی اتفاق افتادند، کمک نماید.

البته بدیهی اســت که اســتفاده از تلفن، لزوماً تضمین کننده ارتباط بهتری نیســت. در چیزی نزدیک به یک ـ ســوم از تمام تماس‌های تلفنی کلینیکی برقرار شــده، پزشــکان و بیماران ادراک کننده دلیلی متفاوت برای برقراری آن تماس می‌باشند، بدین معنا که در غالب مواقع، بیماران، تماس‌های خودشــان را بیشــتر به منزله‌ی "فوریت‌هایی واقعی" مد نظر قرار می‌دهند، حتی چنانچه که پزشــک آن‌ها نیز با چنین ارزیابی‌ای موافقت نداشــته باشــد (ریسمن و براون، ۲۰۰۵). متخصصان بالینی نمی‌بایستی تلاش کنند تا از طریق تلفن به تشــخیصی قطعی و نهایی برسند و همواره رویارویی چهره-به-چهره با بیمار قابل ترجیح می‌باشد. فاتوویچ و همکاران می‌نویسند: "یک قانون پایه‌ای آن اســت که تشــخیص از طریق تلفن امکان‌پذیر نیست و بهترین توصیه، ارایه‌ی مشاوره‌ی چهره-به-چهره می‌باشد. بنا بر عقل سلیم و دریافت عمومی، استفاده‌ی مناسب از تلفن می‌تواند هم مراقبت از بیمار را تسهیل نماید و هم منابع انسانی قابل دسترس را بیشینه‌سازی کند" (فاتوویچ، جیکوبز، مککنس، سیدنی و وایت، ۱۹۹۸؛ صفحه‌ی ۱۴۶).

دانستن این موضوع که چه باید بر روی تلفن گفته شود، از لحاظ درجه اهمیت هم‌پایه دانستن درباره آن چیزهایی است که نباید از آن طریق گفته شوند. اخبار بدی همچون یک تشخیص سرطان، می‌بایستی در صورت امکان به شکل فردی و رو در رو به بیمار انتقال داده شــود (بک، ۲۰۰۵). اطلاع‌رســانی در خصوص تشخیص ســرطان از طریق تلفن می‌تواند مسائل و مشکلاتی را برای بیماران و همچنین

برای خانواده‌هاشان ایجاد نماید. در یک مطالعه‌ی انجام پذیرفته، همسران بیماران به تازگی تشخیص سرطان داده شده، به هنگام تماس گرفته شدن با آن‌ها جهت اطلاع‌رسانی این اخبار، ابرازگر خشم و تندخویی بوده‌اند. به صورت متوسط حدود ۸۷ درصد از کسانی که از طریق تلفن از تشخیص‌هاشـان آگاه گشـته‌اند، گزارش‌گر قرار داشتن در یک وضعیت "بحران روانشناسانه" تا فرا رسیدن زمان نخستین قرار ملاقات‌هاشان بوده‌اند (لالوس، ۱۹۹۷).

افشـای سـایر اطلاعات حساس نظیر بروز یک بیماری به شکل آمیزشی انتقال یافته نیز باید در طول مواجهات کلینیکی چهره به چهره اتفاق بیفتد. نتایج آزمایشی حاکی از HIV- منفی برای بیماری که فاقد هر گونه رفتار کنونی ریسک‌پذیر در ارتباط با HIV است، منطقاً می‌تواند از طریق تلفن ارایه گردند، ولی با این حال نتایج قابل گزارش‌گری می‌بایستی به صورتی فردی و رو در رو به شخص ارایه شوند، مگر آن که بیمار شیوه‌ی دیگر را مد نظر داشته باشد (اندرسون، ۱۹۹۹، و ریسمن و براون، ۲۰۰۵).

نتایج آزمایشـات نباید بدون کسـب اجازه از جانب بیمار به اعضای خانواده وی ارایه گردند و اخبار مرتبط با آن‌ها نیز نباید بر روی یک دسـتگاه پیغام‌گیر گذاشـته شوند (ریسمن و براون، ۲۰۰۵). از تمام این‌ها گذشته، قصور در محترم داشتن حریم شخصی یک بیمار، به ویژه در شرایطی که با اطلاعات حساسی در ارتباط با HIV و یا بیماری‌های انتقال یافته به صورت آمیزشی سر و کار داشته باشد، می‌تواند منتج به دعاوی حقوقی شود. در سال ۱۹۹۶، بیماری به نام ادری بالزاک، بیمارستان استمفورد را به خدشه‌دار نمودن محرمانگی آزمایش پادتن HIV خود که به دنبال بروز یک زخم سوزنی اتفاق افتاده بود، متهم نمود. بالزاک ادعا نمود که وی خودش را با سوزنی که بر روی کفپوش بیمارسـتان یافته، زخمی کرده بوده. وی گفته اسـت زمانی که بازگشته بوده تا برای HIV تحت آزمایش قرار گیرد، یکی از کارمندان بیمارسـتان با صدای بلندی که برای سـایرین قابل شـنیدن بوده، اظهار نموده که بیمار برای آزمایش پادتن HIV به آنجا آمده است. حتی پس از آن که بالزاک از آن فرد خواسته که توضیح دهد او تنها به خاطر جراحت ناشی از سوزن به آنجا آمده، آن کارمند از انجام این کار سر باز زده است.

تمرکز اصلی این دعوی حقوقی بر نهادینگی سـوءرفتار عامدانه معطوف بود و از سـوی دادگاه به عنوان رفتاری که نشـانگر بی‌توجهی گسـتاخانه نسـبت به ایمنی و حقوق سایرین و عواقب اقدامات یک نفر می‌باشد، تعریف گردیده بود. سرانجام بیمارستان موفق شد یک فقره از دعاوی مورد نزاع در ارتباط با تجاوز به حریم شخصی را فرو نشاند، ولی قاضی از چشم‌پوشی نمودن از چهار مورد دیگر از هفت فقره دعاوی مطروحه در دادخواهی مورد اشاره خودداری کرد ("بیمارستان مبارزه را می‌بازد"، ۱۹۹۶).

یکی دیگر از حیطه‌های در معرض خطر (گرچه نه در معرض خطر دعاوی حقوقی، بلکه در معرض خطر خطاهای پزشکی)، به خدمات پاسـخ‌گویی تلفنی ساعات غیرکاری مرتبط می‌باشد. به عنوان نمونه در یک ارزیابی انجام گرفته پیرامون تماس‌های ساعات غیرکاری با دفاتر پزشکان ارایه‌گر مراقبت مبنایی‌ای که به یک پزشک آماده برای برقراری تماس انتقال داده نشده‌اند، مرورگران پزشکان، ۵۰ درصد از تماس‌ها را به عنوان تماس‌های به اندازه‌ی کافی فوریتی مستلزم رسیدگی آنی از سوی پزشکان آماده برای تماس طبقه‌بندی نموده‌اند. پژوهشـگران چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که تمام تماس‌های بیماران کلینیکی می‌بایستی جهت تصمیم‌گیری در ارتباط با اولویت‌بندی نیازهای درمانی برای پرسنل پزشکی آزموده و ماهر ارسال گردند (هیلدبرانت، وستفال و اسمیت، ۲۰۰۳).

از آن جایی که بیماران کم‌سـواد غالباً در شـرح جزییات شرایط و وضعیت و نشـانه‌های خودشان با مشکل مواجه می‌باشند، در معرض ریسک بالاتری در ارتباط با مواجهه با چنین موانعی به هنگام استفاده از تلفن در ساعات غیرکاری برای دستیابی به خدمت‌رسانان قرار دارند. با توجه به این ریسک بالا، متخصصان بالینی که خدمات پاسخ‌گویی را به کار می‌گیرند، می‌بایستی سیاست‌ها و رویه‌های خودشان را در جهت حصول اطمینان از این موضوع که خدمات اولویت‌بندی تلفنی ساعات غیرکاری دریافت کننده دستورالعمل‌های مشخصی در زمینه‌ی چگونگی کنار آمدن با بیماران کم‌سواد باشند، مورد باز ارزیابی قرار دهند. آن‌ها می‌بایستی در پی نشانه‌هایی نظیر تغییر الگوی بیانی و یا سکوت به عنوان شاخصه‌ایی برای آگاهی‌یابی از ادراک ضعیف بیماران باشند (ریسمن و براون، ۲۰۰۵).

مواجهات کلینیکی چهره به چهره، می‌تواند به واسطه "نویز یا اختلال" توصیف شده در آغاز همین فصل، در معرض مخاطره قرار گیرند. سـاخت و سـاز در خارج از ساختمان می‌تواند موجب حواس پرتی بیماران و یا حتی تقلیل آنچه شود که در حال شنیدن‌اش می‌باشند.

تغییر حالت عصبی یافتن و انتقال توجه از نقشی که خدمت‌رسان ایفاگر آن می‌باشد، حتی به واسطه‌ی صدای پرواز یک مگس در اتاق، می‌تواند موجب از دست رفتن تمرکز بیمار و فراموش کردن و یا اساساً نشنیدن بخش‌هایی از گفتگو شود. مزاحمت‌ها و حواس‌پرتی‌های دیگر به مشابه با همین‌ها نیز می‌توانند موجب بروز اختلال در مباحثات تلفنی شوند. شاید بیماران در حالی در تلاش جهت شنیدن توصیه‌های پزشکی باشند که کودکان با سر و صدای زیاد مشغول بازی کردن در پیرامون آن‌ها باشند و یا شاید تلاش خود در جهت برقراری چنین مکالمه‌ی تلفنی جدی را در حالی انجام دهند که مشغول پختن شام و یا رانندگی باشند.

چند گام ساده می‌تواند در جهت رفع این مزاحمت‌ها و حواس‌پرتی‌ها و افزایش درک و فراگیری از طریق تلفن، کمک کننده باشد. به بیماران‌تان، انجام موارد زیر را توصیه کنید:

- از استفاده از تلفن همراه برای بحث در رابطه با اطلاعات پزشکی احتراز کنید، به ویژه در درون وسیله نقلیه در حال حرکت و به جای آن از یک خط تلفنی ثابت استفاده کنید.
- تماس‌های ضروری ولی غیر فوریتی و سایر چنین تماس‌هایی را در زمان‌های ساکت و بی سر و صدا (مثلاً زمانی‌که کودکان مدرسه هستند) برقرار کنید.
- تنها زمانی این گونه تماس‌ها را برقرار کنید که احساس سر حالی می‌کنید، مثلاً بعد از یک خواب نیم‌روزی و یا یک خواب خوب شبانگاهی.
- یک کاغذ و مداد و یا رایانه در کنار دست خود داشته باشید تا بتوانید پرسش‌هاتان را نوشته و یا یادداشت برداری کنید.
- رادیوها و تلویزیون‌ها را خاموش کرده و از پاسخ گفتن به درب منزل و یا تعویض تماس برای صحبت با افراد به انتظار باقی‌مانده در پشت خط تلفن، خودداری کنید.
- حواس‌تان باشد که اگر چنین به نظر رسید که فرد قرار گرفته در آن سوی خط، مثلاً یک پذیرش کننده پر مشغله، دچار حواس‌پرتی شده، پیشنهاد کنید زمانی دیگر با وی تماس بگیرید (حداقل تأثیر این کار، می‌تواند جلب توجه دادن فرد قرار گرفته در آن سوی خط به علاماتی باشد که در حال ارسال آن‌ها است و می‌تواند تمرکز وی را مجدداً بر این تماس معطوف نماید).

کارکنان مطب نیز می‌بایستی جهت کسب بهترین فنون در زمینه ارتباط تلفنی تحت آموزش قرار گیرند. این آموزش می‌بایستی دربرگیرنده‌ی موضوعاتی نظیر شیوه‌ی رفتار تلفنی، سیاست‌هایی در ارتباط با این موضوع که چه اطلاعاتی برای مورد بحث قرار گرفتن از طریق تلفن مناسبت داشته و چه اطلاعاتی مناسبت نداشته و همچنین راهبردهای لجستیکی همچون در اختیار داشتن یک فضای آرام و ساکت برای پرداختن به یک مکالمه، دسترسی داشتن به مطالب مرتبط با مقوله‌ی سلامت در جهت پاسخگویی به پرسش‌های بیماران، فنون یادداشت برداری مناسب و رویه‌هایی در جهت کسب اطمینان از پیگیری به موقع و برنامه‌ریزی مجدد قرارهای ملاقات باشد.

البته، بدیهی است که یک اشکال عمده در زمینه ارتباط تلفنی آن است که این شیوه موجب حذف عناصر غیرکلامی می‌شود که در جهت برقراری ارتباط شفاف و موثر، دارای اهمیتی حیاتی محسوب می‌شوند. به عبارت دیگر، ما به هنگام صحبت از طریق تلفن، قادر به برقراری ارتباط نگاهی نیستیم و نمی‌توانیم چهره و یا بدن افرادی که در حال گفتگو با آن‌ها هستیم را مشاهده نماییم. ارتباط تلفنی سنتی، مگر در حالتی که از یک وب‌کم استفاده شود، موجب حذف اشارات و سرنخ‌های چهره‌ای و بدنی می‌شود و این موضوع می‌تواند موجب تغییر یافتن شیوه‌ای گردد که ما از آن طریق به تفسیر پیام‌های مورد نظر فرد مقابل می‌پردازیم. لحن صدا همچنان بر جای خود باقی است، ولی فاقد زمینه فیزیکی می‌باشد که موجب تسهیل یافتن تفسیر پیام‌ها می‌گردد.

در مقابل، ما در زمان صحبت کردن با یک نفر، از اطلاعات اخذ شده از طریق چهره و بدن فرد مقابل به منظور نتیجه‌گیری در ارتباط با حالت احساسی و هیجانی وی استفاده می‌کنیم، آن گونه که میرن، ون‌هیجنسبرگن و دی‌گلدر (۲۰۰۵) نیز در قالب یک مطالعه انجام پذیرفته در لابراتوار نوروساینس شناختی و احساسی دانشگاه تیلبورگ هلند دریافتند، مشاهده‌گرانی که به قضاوت کردن بر اساس یک ابرازگری چهره‌ای می‌پرداختند، تا حد زیادی تحت تاثیر زبان بدنی احساسی و هیجانی قرار داشتند. عکس‌هایی از چهره‌های هراسان

و خشمگین، به منظور ایجاد تصاویر ترکیبی چهره بدنی در همراهی با بیان‌های احساسی سازگاری یافته و یا نیافته مورد استفاده قرار گرفتند. در حالی‌که سوژه‌ها در حال مشاهده‌ی چهره‌ها بودند و تلاش می‌کردند تا به قضاوت در خصوص بیان هیجانی و احساسی آن‌ها بپردازنـد، محققـان اقدام به ثبت فعالیت الکتریکی مغز آن‌ها می‌نمودند. به طرز جالب توجهی، زمانی‌که چهره‌ها و بدن‌ها ناقل اطلاعات مغایری بودند، قضاوت سـوژه‌ها در خصوص بیان چهره‌ای نیز دچار اختلال می‌گردید و به سـمت احساسات ابراز شده به واسطه‌ی بدن، کژروی و تمایل پیدا می‌کرد.

اولویت‌بندی تلفنی[۳]

اولویت‌بندی تلفنی، چیزی فراتر از صرف پاسخ گفتن به پرسش‌های مرتبط با مقوله‌ی سلامت است. در قالب این سیستم، با ارایه‌کنندگان مراقبت از سـلامت تماس گرفته شـده و از آن‌ها خواسته می‌شود تا بدون انجام یک وارسی بصری و یا تعامل چهره به چهره، به ارزیابی دغدغه‌ها و نگرانی‌های بیماران بپردازند. Triage یا اولویت‌بندی که از کلمه‌ی trier، به معنای "مرتب‌سـازی"، در زبان فرانسـه مشـتق شـده، عبارت اسـت از یک ارزیابی بالینی فشـرده و مختصر که تعیین کننده‌ی زمان و توالی اسـت که بیماران می‌بایستی در آن زمان و توالی تحت مشـاهده یا معاینه قرار گیرند. این تصمیمات، مبتنی بر ارزیابی مختصر از ظاهر کلی بیمار، تاریخچه بیماری و یا آسـیب دیدگی وی، وضعیت روانی و غیره هستند (درلت، ۲۰۰۴).

تصمیمات اولویت‌بندی اتخاذ شـده از طریق تلفن، می‌بایسـتی در جهت اثربخشی، به طرز ویژه‌ای بر مهارت‌ها و آگاهی‌های ارتباطی در زمینه فرآیندها و رشـد و توسـعه‌ی بیماری در میان بیماران متعلق به تمام گروه‌های سنی متکی باشند. متخصصان بالینی درگیر شده در اولویت‌بندی تلفنی می‌بایسـتی دارای "مهارت‌های بی و عیب و نقصی در گوش کردن در جهت انتخاب‌گری بر اسـاس یافتن اشارات غیر کلامی‌ای باشند که بیمار در ارتباط با درد، اضطراب، ترس و سطح ادراک خودش ارایه می‌نماید" (کورسون، ۲۰۰۵).

اغلب سیستم‌های اولویت‌بندی از گروه‌های متمرکز یافته‌ای از پرستاران استفاده می‌نمایند که به صورت مستقیم و بلاواسطه با بیماران از طریـق تلفـن به گفتگو پرداخته و آن‌ها را بـه مراجعه به ED ها یا مراکز مراقبت فوریتی و یا ملاقات با پزشک‌شـان در فرصت قابل دسـترس آتی هدایت می‌نمایند. در بسـیاری از موارد، یک پرسـتار triage، به بیمارانی که نیازمند مراجعه به بخش فوریت‌ها نیستند، توصیه‌هایی در زمینه‌ی مراقبت از سـلامت خانگی ارایه می‌نماید. بسـیاری از سیسـتم‌های triage بر رایانه‌هایی متکی می‌باشند که با اسـتفاده از پایگاه‌های اطلاعات پزشـکی به هدایت عرضه‌کنندگان مراقبت از سـلامت می‌پردازند. برخی از سیستم‌ها از الگوریتم‌هایی استفاده می‌کنند که به دقت از الگوهای منطقی و تفکری یک پزشک تقلید و تبعیت می‌نمایند (درلت، ۲۰۰۴). این سیستم‌ها ارایه‌گر ثبات و سازگاری بوده و به استانداردسازی کیفیت کمک می‌نمایند.

اولویت‌بندی تلفنی، ایفاگر نقشی واجد اهمیت یکسان هم در شیوه‌ی عمل خصوصی و هم در بخش فوریت‌ها بوده و به واسطه‌ی فراهم-آوری ارتباط موثر میان‌فردی، دارای جایگاهی محوری در میان دستاوردهای موفق کسب شده در ارتباط با بیماران می‌باشد. فاتوویچ و همکاران در یک مطالعه (۱۹۹۸) به ارزیابی ۱۶۸۲ تماس دریافت شـده در بخش فوریت‌های یک بیمارسـتان بزرگ در پرت استرالیای غربی در طول یک دوره ۴ ماهه پرداختند. ۷۲ درصد از تماس گیرنده‌ها، به دلیل یک بیماری خود انگیخته ناگهانی، تماس تلفنی برقرار کرده بودند. توصیه‌های ارایه شـده در تنها ۱/۴ درصد از تماس‌ها، غیرمناسـب تشخیص داده شدند. تماس‌های پیگیر متعاقبی با ۱۱۳۲ نفر (۶۷ درصد) گرفته شده بودند و نرخ ناسازگاری تنها چیزی حدود ۶/۹ درصد بوده است. غالب تماس‌ها به مسائل مرتبط با کودکان مربوط می‌شـدند، ولی پژوهش‌گران دریافتند که تماس‌ها با برخی مسـائل دیگر نیز مربوط بودند که این مسـائل از خشـونت خانگی و سوءاسـتفاده از کودکان گرفته تا خودکشـی و اجتماع‌گریزی متغیر بودند. محققان، این سیستم ارایه‌ی توصیه‌ی تلفنی را "یک کارکرد تحت بازشناسـی قرار گرفته از بخش فوریت‌هایی که برنامه‌ریزان مراقبت از سـلامت می‌بایسـتی نسـبت به آن آگاه باشند"، نام‌گذاری نموده‌اند.

تماس گرفتن با بخش فوریت‌ها، شاید تنها گزینه‌ی خارج از ساعات کاری‌ای محسوب گردد که بسیاری از بیماران کم‌سواد نسبت به آن

۳ Telephone Triage

آگاه می‌باشند. در قالب مطالعه‌ای که به ردگیری بیش از ۱۴۰۰۰۰ تماس برقرار شده در یک دوره یک‌ساله با یک برنامه‌ی تلفنی خارج از ساعات کاری در زمینه پزشکی اطفال پرداخته است، ۸۸ درصد تماس‌ها برای بیماری‌های بالینی یا کلینیکی، ۵ درصد برای دریافت اطلاعات و یا مشـاوره، ۱ درصد تماس‌های مجدد، و ۱ درصد برای دلایل متنوع دیگر برقرار شـده بودند (بلمن و همکاران، ۲۰۰۵). در میان تماس‌های مرتبط با بیماری، به ۲۱ درصد از تماس گیرنده‌ها گفته شـده بود که تحت ارزیابی و معاینه‌ی فوریتی قرار گیرند، به ۳۰ درصد گفته شـده بود که در فردای آن روز و یا بعدتر با پزشـک مراقبتی مبنایی خودشان تماس برقرار نمایند و به ۴ درصد توصیه شـده بود که با پزشـکان آماده برای تماس ارتباط برقـرار کنند. به نحو معناداری، به حدود نیمی از افـراد تماس گیرنده (۴۵ درصد)، دستورالعمل‌های مراقبتی خانگی ارایه گردیده بود (بلمن و همکاران، ۲۰۰۵).

علیرغـم آگاهـی محدود در ارتباط با گزینه‌های غیر-ED (غیرمرتبط با بخش فوریت‌ها) در میان بیماران دارای سـواد سـلامت پایین، تلاش‌های آموزشی موثر برای بیماران می‌توانند به حذف تماس‌های غیر لازم و یا رفع مراجعات به بخش فوریت‌ها کمک نمایند. هرمان و میر از طریق یک مطالعه سرآغازی بر روی بیماران و خانواده‌هاشان (۲۰۰۴) دریافتند که کتاب‌های مرجع نوشته شده به صورتی سهل جهت خواندن برای سطح سواد پایه‌ی حدود پنجم، می‌توانند به نحو معنادار و قابل ملاحظه‌ای تعداد مراجعات غیرضروری به بخش‌های فوریتی را کاهش دهند، مشروط بر آن که کتاب‌ها به همراه راهنماها و آموزش‌هایی اضافی ارایه گردند.

گرچـه کـه تعلیم خود مراقبت‌گری و آموزش بیماران می‌تواند نیاز به مراجعات غیـرلازم بیش از اندازه به بخش‌های فوریتی را بر طرف نماید، ولی با این حال غالب تماس‌هایی که بیماران با بخش فوریت‌ها برقرار می‌کنند، به دلایلی کاملاً مشـروع و موجه انجام می‌پذیرد. یک مطالعه‌ی انجام گرفته توسط جیکوبسون و همکاران (۲۰۰۱) به ارزیابی ماهیت تماس‌های تلفنی خارج از ساعات کاری برقرار شده با متخصصان آنکال بیماری‌های دستگاه گوارش در یک بیمارستان بزرگ در بوستون پرداخته است.

این متخصصان اقدام به مستندسـازی طول مدت و زمان حدوداً ۱۰۰ تماس برقرار شـده از سـوی بیماران در طول یک دوره ۷ ماهه نمودند. آن‌ها همچنین مساله مطرح شده از سوی بیمار، آنچه که به وی توصیه شده است و جنسیت بیمار و متخصص پاسخ دهنده را نیز ثبت نمودند. ۶۷ درصد از بیماران تماس‌گیرنده دارای علایم مشخصی بوده و ۳۰ درصد از آن‌ها به بخش فوریت‌ها ارجاع داده شدند. تنها یک نفر از میان هر ۱۳ نفر بیمار دارای علایم رویه-مرتبط (یعنی پسااندوسـکوپی)، نیازمند پذیرش فوری و یا فراخوانی در عرض یک ماه بودند. با این حال، ۱۸ بیمار از میان هر ۵۴ بیمار تماس گیرنده‌ی دارای علایم غیر-رویه-مرتبط (۳۳ درصد)، نیازمند پذیرش فوری و یا فراخوانی در عرض یک ماه از زمان تماس، از سوی بیمارستان بودند. از آن جایی‌که تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران تماس گیرنده‌ی دارای علایم غیر-رویه-مرتبط نیازمند پذیرش بودند، پژوهشـگران چنین نتیجه‌گیری نمودند که مدیران بخش‌های تخصصی می‌بایستی آموزش‌هایی را برای اعضاشان در زمینه‌ی ارزیابی علایم از طریق تلفن ارایه نمایند.

اولویت‌بنـدی تلفنـی، در زمینه مراقبت اولیه نیز حایز اهمیت می‌باشـد، حتی اگر این موضوع نیز به تنهایـی قادر به جلوگیری از بروز تمام خطاها نخواهد بود. یانوفسـکی و همکاران (۱۹۹۲) از طریق یک مطالعه در ارتباط با پزشـکان مقیم سال اولی و سومی، دانشکده و کارورزان خصوصی دریافتند که حدود یک‌سـوم از تمام پزشـکان مقیم و کارورزان خصوصی، در طول یک مصاحبه تلفنی شبیه‌سازی شده با یک بیمار، به تصمیمات مدیریتی نامناسبی دست یافته‌اند، علیرغم این موضوع که اطلاعات در اختیار قرار داده شده برای آن‌ها، می‌بایستی منتج به تغییری در تصمیمات آن‌ها در ارتباط با اولویت‌بندی‌ها می‌شدند.

نظر به چنین آمار و ارقامی، شـورای اعتبارسـنجی برای تحصیلات پزشکی عالیه (ACGME)، یک چک لیست اولویت‌بندی تلفنی ارایه نموده اسـت که ارزیاب‌ها می‌توانند به هنگام سـنجش‌گری دانشـجویان پزشکی از آن اسـتفاده کنند. این چک لیست در جهت کسب اطمینان از این موضوع کمک کننده می‌باشـد که تعامل‌های تلفنی با بیماران، اخلاق‌مدارانه و حرف‌های برقرار شـده و ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سـلامت، در تمام زمان‌ها با اطلاعات لازمه ارتباط برقرار نمایند (ACGME، ۲۰۰۲). چند آیتم از چک لیست اولویت‌بندی تلفنی ACGME در زیر ارایه شده‌اند:

- آگاهی دریافت‌کننده تماس در ارتباط با ماهیت محتوای تماس (به عنوان مثال؛ "من تماس گرفته‌ام، زیرا ...").

- افشـای اطلاعات در یک فضای مناسـب (به عنوان مثال "تنظیم شرایط جهت حفظ حریم خصوصی و به دور از افشا و گوش‌رسی عمومی") و تنها برای دریافت کننده‌ی تماس مناسب.
- مستندسازی سوابق تلفن (به عنوان نمونه نام بیمار، تاریخ، زمان، محتوای تماس، امضا و تعبیه‌ی خروجی چاپی بر روی نمودار).
- تعیین این موضوع که آیا در زمینه‌ی نمودار مرتبط با بیمار، تماسی مورد نیاز می‌باشد (به عنوان مثال؛ شماره بیمارستان و تاریخ تولد).
- ارایه اطلاعات به صورتی به موقع (مثلاً پاسخ تماس) و اخلاق‌مدارانه.
- ثبت و ضبط مناسـب اطلاعات لازمه برای پاسخ‌گویی به تماس، از جمله؛ نام تماس گیرنده، شناسه، ماهیت تماس، فوریت تماس، شـماره پاسـخ‌گویی تماس (شامل کد منطقه‌ای یا الحاقیات)، نام تماس‌گیرنده و شیوه تلفظ آن (در صورت نیاز، ثبت بیان آوایی)، سازمان تماس‌گیرنده (در صورت امکان) و در صورت نیاز، بهترین زمان ممکن برای پاسخ‌گویی به تماس.
- عدم روی خط نگاه داشتن غیرضروری تماس‌گیرنده.
- مستندسازی مواجهه تلفنی به نحوی مناسب در نمودار (به عنوان مثال امضا، زمان و تاریخ).

پزشـکان، تکنسـین‌ها و پرسـتاران عمل کننده به عنوان ارزیاب می‌توانند از این فرم در زمینه ملاقات و یا مواجهه حقیقی، یک تماس تلفنی شبیه‌سـازی شـده یا استانداردسازی شـده با یک بیمار و یا مواجهات ویدیویی و یا صوتی ضبط شده در میان متخصصان مقیم و بیماران خود اسـتفاده نمایند. ارزیاب‌ها می‌توانند با اسـتفاده از چک لیسـت‌ها در یک قالب بازفراخوانی نموداری ـ شبیه‌سازی شده، در ارتباط با عملکرد خودشان به پزشکان مقیم بازخورد ارایه دهند.

ابزارهایی نظیر چک‌لیسـت‌های ACGME، می‌توانند ارایه کننده اطلاعاتی حایز اهمیت در ارتباط با مهارت‌های بین فردی و ارتباطی، حرفه‌ای‌گرایی و ایفای نقش متخصصان مقیم باشند (پروژه‌ی خروجی ACGME، ۲۰۰۶).

بهینه‌سازی ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات

ارزیابی سـطوح سـواد بیمار و خانواده، موضوعی به غایت حایز اهمیت محسوب می‌شود، ولی ابزاری که ارزیابی به واسطه‌ی آن‌ها انجام می‌پذیرد، نمی‌بایسـتی به صورتی دلبخواه انتخاب شـوند. همان گونه که پیشتر نیز اشاره شد، صرف پرسیدن این سئوال از بیمار که آیا قادر به خواندن می‌باشـد و یا خیر، ممکن اسـت موجب شرمسـاری و خجالت‌زدگی وی شود و ما می‌دانیم که بیماران کم‌سواد غالباً در ارتباط با مهارت‌های خواندن خود احساس شرم و خجالت می‌کنند (پاریخ، پارکر، نرس، بیکر و ویلیامز، ۱۹۹۶). بسیاری چنین احساس می‌کنند که آزمودن بیماران می‌بایسـتی به همین دلیل مورد احتراز واقع شـود. به عنوان نمونه ریما راد، دارنده دکترای علوم و عضوی در دپارتمان سلامت و رفتار اجتماعی در دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه هاروارد، طی مصاحبه‌ای با مرکز ارتقای سلامت، بر مخالفت خود با مقوله‌ی آزمون‌گری تاکید می‌گذارد. دکتر راد در پاسـخ به این پرسـش که "آیا پزشکان می‌بایستی شیوه‌ای را برای آزمون‌گری سواد بیماران خود در پیش از پرداختن به مشاوره، به منظور سنجش‌گری سطح ادراک آن‌ها انجام دهند؟"، می‌گوید:

"من فکر نمی‌کنم که بتوانم مخالفت خودم را با لحنی تاکیدی‌تر از این بیان کنم: مطلقاً نه!..." اولاً این که افراد دارای مهارت‌های سوادی بسـیار خوب نیز همچنان برای زبان غیر رسـمی ارزش و اعتبار بیشتری قایل هستند. پژوهشگران در قالب یک مطالعه انجام گرفته در ارتباط با گفتگوهایی با بیماران متعلق به طبقه کارمندی و طبقه کارگری در حیطه HMO (سازمان حفظ سلامت)، به مقایسه‌ی نحوه صحبت کردن پزشـکان با هر گروه پرداختند و دریافتند که طبیبان با بیماران طبقه‌ی کارمندی خودشـان تمایل بیشـتری به استفاده از زبان سـاده و غیر رسـمی دارند. زبان می‌تواند به عنوان ابزاری جهت تقسیم فرهنگی مورد استفاده قرار گیرد. زمانی‌که افراد مقابل‌تان شبیه شما نباشند، شما در ارایه خود تمایل بیشتری به رسمی‌تر بودن پیدا خواهید کرد (قانون متوسط‌ها، ۲۰۰۱).

متخصصان بالینی می‌بایسـتی علاوه بر دغدغه‌های موجه مورد نظر دکتر راد، این موضوع را نیز مد نظر قرار دهند که آزمون‌گری‌هایی همچون برآورد سریع سواد سلامت در زمینه پزشکی (REALM) و آزمون سواد سلامت کارکردی در بزرگسالان (TOFHLA)، می‌توانند

بیماران دارای مهارت‌های سـوادی پایین را شناسـایی نمایند، ولی هیچ‌گاه نباید به جز در حالتی‌که ارایه‌کننده مراقبت از سـلامت عزم تنظیم نمودن شیوه ارتباط خودش و آموزش بیماران دارای مهارت‌های سوادی پایین شناسایی شده را داشته باشد، مورد استفاده قرار گیرند (دیویس، میچیلوت، اسکوف، ویلیامز و ویس، ۱۹۹۸). اگر هیچ چیز در مسیر ارتباط برقرار نمودن درمانگر با بیماران دارای سواد سـلامت پایین دسـت‌خوش تغییر و تحول نگردد، ریسک شرمسـار نمودن و خجالت‌زده کردن آن بیماران به قیمت هیچ مورد مبادرت قرار گرفته است (به منظور کسب اطلاعات بیشتر در خصوص ابزارهای ارزیابی سواد، از جمله؛ REALM و TOFHLA، فصل سوم، یعنی ارزیابی سطوح سواد بیماران را مورد ملاحظه قرار دهید).

دیویـس، کنـن، گازماراریان و ویلیامز در کتاب AMA، ادراک سـواد سـلامت (۲۰۰۵)، به بحث پیرامون مسـائلی می‌پردازند که می‌بایسـتی پیش از انتخاب و انجام آزمون‌گری‌های سـواد در حیطه‌های مرتبط با مراقبت از سـلامت، مد نظر قرار داده شـوند، مسـائلی نظیر محدودیت‌های حایز اهمیت در خصوص اسـتفاده از چنین آزمون‌هایی در زمینه کاربردهای پژوهشـی و بالینی. با توجه به همین محدودیت‌ها، اسـتفاده از مشاهده به منظور جستجوی نشانه‌ها و سرنخ‌هایی در خصوص سواد یک بیمار نیز می‌تواند اثربخشی بیشتری (و تا حدی قریب به یقین، حساسیت‌پذیری بیشتری نسبت به بیماران) در بر داشته باشد. آیا بیمار به صورتی مرتب و قاعده‌مند اعضای خانواده‌اش را همراه خود به ملاقات‌ها می‌آورد و در طول مواجهات بالینی، به منظور شفاف‌سازی و روشن نمودن موضوع چشم به دهان آن‌هـا دارد؟ آیـا وی فرم‌های ورودی را به صورتی ناقص و غیردقیق پر می‌کند؟ آیا بیمار غالباً ادعای جا گذاشـتن عینک‌اش در خانه را مطرح می‌کند و یا به بعدتر خواندن فرم‌ها اصرار می‌ورزد؟

چنانچه ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مراقبت از سلامت، از این موضوع آگاهی یابند که بیمار از دبیرستان فارغ‌التحصیل نشده است، آن‌ها نمی‌توانند از این موضوع به صورتی قطعی نتیجه‌گیری نمایند که وی لزوماً دارای سواد سلامت پایینی می‌باشد، ولی به هر حال، شـانس‌های دسـتیابی به شـناختی کلی بالاتر خواهند رفت. همان گونه که در جای دیگری از این کتاب نیز بحث نموده‌ایم، بیماران مسـن‌تری که زبان اول‌شـان انگلیسی نیست و بیماران نسل اولی متعلق به سایر کشـورها، با احتمال بالاتری متمایل به کم‌سواد بودن می‌باشـند. علاوه بر آن، حدود نیمی از تمام آمریکایی‌های فاقد سـواد کار کردی در فقر و تنگدستی زندگی می‌کنند (کرش، جانگبلات، جنکینز و کالستاد، ۱۹۹۳).

ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت مراقبت از سـلامت، می‌بایسـتی بـا توجه به تجهیز یافتگی به واسـطه این نـوع از اطلاعات، کارکنان دفتری و افراد کمکی ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت را در کار نمودن با بیماران دارای سـواد سـلامت پایین، درگیر نمایند. به عنوان نمونـه، پذیرش‌کنندگانـی که اقدام به توزیع فرم‌های اطلاعاتی و ورودی می‌نمایند، به نحو منحصر به فردی در موضعی مناسـب جهت تشـخیص‌های ابتدایی در خصوص سـطوح سوادی بیماران قرار دارند، مشـروط به این موضوع که آموزش‌های مناسبی را در این زمینه دریافت داشته باشند. آن‌ها می‌بایستی آگاه باشند که دنبال چه چیزهایی بگردند و آمادگی لازمه در جهت مدیریت نمودن و کنار آمدن با چنین بیمارانی را به نحوی موقعیت شناسـانه داشـته باشـند، موضوعی که در فصل دوم، یعنی ایجاد یک محیط دوست‌دار بیمار نیز مورد بحث قرار دادیم.

کنار آمدن با سایر مسائل ارتباطی

برخی از ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌ترسند که ارایه‌ی دسترسی بیش از اندازه به بیماران، ممکن است بتواند منتج به تماس‌های غیرضروری شود و به مصیبتی در قالب تماس‌های تلفنی دیوانه‌وار در ساعت ۳ صبح منتهی گردد. با این وجود، در یک مطالعه‌ی انجام گرفته در دانشگاه پنسیلوانیا، بیمارانی که شماره‌ی تلفن همراه جراحان‌شان را دریافت نموده بودند، به صورتی مهار شده از آن استفاده کرده بودند (چین، آدامز، خوری و زوراکوفسکی، ۲۰۰۵). ۷۲ درصد از ۲۰۱ بیمار مورد پیمایش قرار گرفته نیز از دریافت داشتن شماره تلفن جراحان‌شـان، این احسـاس را نموده بودند که جراحان نسـبت به آن‌ها توجه و علاقه‌ی بیشتری نشـان داده‌اند. ریسمن و براون (۲۰۰۵) پیشـنهاد می‌نمایند که خدمت‌رسانان می‌بایستی به بیمارانی که تماس‌های دیر وقت شبانگاهی برقرار می‌نمایند، پیش از قطع

نمودن تماس، فرصتی را برای تشـریح شـکایت مورد نظرشـان بدهند. در حقیقت، هر چه سـاعات برقراری تماس دیرتر باشند، نسبت گزارش‌گری علایم "جدی" متمایل به بالا رفتن می‌باشند (پیترز، ۱۹۹۴، و ریسمن و براون، ۲۰۰۵).

بیمارانی که به صورت مداوم جهت پرسیدن سئوالات تماس برقرار می‌نمایند، چالشی منحصر به فرد برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت محسوب می‌شوند و این موضوع می‌بایستی تشخیص داده شود که آیا چنین رفتاری حاکی از مثال‌های در ارتباط با عدم ادراک پایه‌ای اسـت و یا مسـأله و مشکل فردی دیگری در کار می‌باشد. وقت ملاقات‌های از دسـت رفته نیز بازنمود دهنده‌ی چالشی دیگر می‌باشد؛ متخصصان بالینی می‌بایسـتی شـیوه‌های موثری را برای یادآوری قرار ملاقات‌های برنامه‌ریزی شـده به بیماران شناسایی نمایند. البته بدیهی اسـت که یادآوری کننده‌های تلفنی یکی از این شـیوه‌ها محسـوب می‌شـوند، ولی با این حال، کرامر، چاکو و فیلیپس (۱۹۸۷) چنین دریافته‌اند که سـازگاری و مراعات‌گری قرارهای ملاقات، بیشـتر با عوامل اجتماعی ـ رفتاری نظیر این موضوع که آیا بیمار تلفنی در مالکیت خود دارد و یا خیر، مرتبط می‌باشـد و کمتر با اسـتفاده‌ی صرف از یادآوری کننده‌های تلفنی. در یک مطالعه‌ی انجام گرفته بـر روی ۳۳۹ بیمار تحت درمان قرار گرفته برای سـوزاک، در حالی‌که از طریق تماس‌های تلفنـی، تلاش‌هایی به منظور یادآوری قرار ملاقات‌ها به بیماران انجام پذیرفت، هیچ‌گونه بهبود کلی در سازگاری و مراعات‌گری در زمینه پیگیری درمان مشاهده نگردید.

در مطالعه دیگری که توسط راس، فرایمن و کریستوفرسون (۱۹۹۳) انجام گرفت، ترکیب ساده‌ای از یک یادآوری کننده ارسال شده و یک برگه عبور پارکینگ، دارای تاثیری همپایه یک یادآوری کننده تلفنی بود. پر تکرارترین دلایل مرتبط با وقت‌های ملاقات، آن گونه که راس و همکاران تشریح می‌نمایند، با مسائل مترتب بر زمان‌های انتظار، ایاب و ذهاب، پارکینگ، سوءارتباط و یا بدفهمی در خصوص تاریخ و یا زمان ملاقات و مشخص‌ترین علت، یعنی فراموش‌کاری، مرتبط هستند.

سـازگاری و مراعات‌گری بیمار، مثال‌های همچنان جاری و سـاری محسـوب می‌شـود، به ویژه در ارتباط با بیماران کم‌سواد. به عنوان مثـال؛ برخی از بیماران همواره به طرز گریز ناپذیری در فرآیند «درس ـ برگردان» (تعلیم بازگشـتی) مشـارکت نخواهند نمود. آن‌ها ممکن است از تکرار و بازگو نمودن ادراک‌شان برای درمان‌گر، امتناع یا قصور نموده و یا اساساً ناتوان از انجام موفق آن باشند. درمانگر می‌بایسـتی در وهله‌ی نخسـت این موضوع را تعیین نمایند که آیا بیمار به واقع در حال سر باز زدن از برقراری ارتباط می‌باشد و یا این که برخی عوامل دیگری همچون خجالتی بودن، سـوءادراک، زمان پاسـخ‌گویی به طرزی غیرمعمول زیاد و یا حتی موانع زبانی، ممکن است در این موضوع دخیل و درگیر باشند.

دکتر ریسـمن می‌گوید: "اگر بیمار آنچه را که گفته‌اید تکرار ننماید، شـاید مشـکل از آنجا ناشی شـود که زبان شما برای وی غیرقابل ادراک بوده است. بنابراین شما نیازمند آن هستید تا مجدداً از ابتدا به انجام این کار بپردازید و موضوع را به شیوه‌ای ساده‌تر و یا کوتاه‌تر و فشرده‌تر به وی ارایه کنید" (آنا بی. ریسمن، ارتباط فردی، دسامبر ۲۰۰۵). اگر چنین به نظر برسد که زبان مشکل اصلی نیست، گام بعدی می‌تواند ارزیابی وضعیت احساسی و هیجانی بیمار باشد که شاید بتواند دلایل محتمل دیگری را برای این ناسازگاری مطرح نماید. با این وجود، عرضه کنندگان مراقبت از سـلامت، نمی‌بایسـتی به سرعت و عجولانه به نتیجه‌گیری بپردازند، زیرا که برخی رفتارها نظیر عدم مراعات‌گری رژیم دارویی که مسـتقیماً از سـواد پایین منتج می‌شوند، می‌توانند با لجاجت و سر سختی اشتباه گرفته شوند. هاس و همـکاران (۲۰۰۵)، توصیه‌هایـی را به منظور کنار آمدن با "بیماران سـخت" ارایه می‌نمایند که برخـی از آن‌ها در اینجا قابل اعمال می‌باشند. مهمترین نکته، تداوم تلاش در جهت آزمودن رویکردهای جدید است. آن‌ها خاطرنشان می‌سازند: "چشم‌پوشی از مسأله و یا واگذار نمودن آن به پزشـکی دیگر، موجب برطرف شـدن مشکل نخواهد شد. متهم ساختن بیمار به مشکل‌زا بودن، ممکن است موجب برانگیختن خشم و مقابله‌جویی بیمار در برابر این اتهام گردد" (هاس و همکاران، ۲۰۰۵؛ صفحه‌ی ۲۰۶۶).

ارزیابی زبان بدنی بیمار، ایده‌ای خوب محسـوب می‌شـود. آیا وی برانگیخته و مضطرب به نظر می‌رسـد؟ وحشت‌زده و متخاصم به نظر می‌آید؟ با ظرافت بر نقش حایز اهمیتی تاکید کنید که بیماران می‌توانند در هدایت‌گری مسـیر مراقبت از سـلامت خودشان ایفاگر آن باشـند، از جمله، مسـئولیت آن‌ها در زمینه‌ی اطلاع‌رسـانی در خصوص سردرگمی‌ها و آشـفتگی‌ها و یا مشکلاتی که آن‌ها در زمینه‌ی سـازگاری‌یابی با توصیه‌های ارایه شـده با آن‌ها روبرو می‌باشـند. در صورت امکان، تمام پرسـش‌ها را در قالب اصطلاحاتی ساده‌تر نیز

عبارت‌بندی کنید و از بیمار بپرسید که آیا وی ترجیح می‌دهد دغدغه‌ها و نگرانی‌های مد نظر خودش را بنویسد. شاید مطرح نمودن درخواست حضور اعضای خانواده در طول مصاحبه بالینی نیز امری ضروری محسوب شود و شاید آن‌ها قادر باشند تا نور آگاهی‌بخشی بر چرایی عدم پاسخ‌گویی بیمار بتابانند.

با این حال در اغلب مواقع، سواد سلامت پایین، متهم شماره‌ی یک محسوب می‌شود. ارایه‌کنندگان مراقبت از سلامت، می‌بایستی اقدام به تحکیم و تقویت اطلاعاتی نمایند که حیاتی محسوب می‌گردند. برخی از بیماران دارای سواد سلامت پایین، در ساده‌ترین شکل ممکنه، چرایی اهمیت تداوم ملاقات‌ها برای شرایطی نظیر فشارخون بالا را درک نمی‌کنند و ممکن است تصمیمات حایز اهمیتی در ارتباط با این موضوع که آیا قصد سازگاری و مراعات‌گری دستورالعمل‌های ارایه شده به خودشان را دارند و یا خیر، اتخاذ نمایند. آنا بی. ریسمن، پزشک معالج، اظهار می‌دارد: "بسیاری از بیماران درک نمی‌کنند که فشارخون بالا چه معنایی دارد و ممکن است چنین فرض کنند که اگر تحت تنش و استرس زیاد قرار نگیرند، نیازی به مصرف داروهاشان و یا مراجعه به پزشک نخواهند داشت" (ارتباط فردی، دسامبر ۲۰۰۵). آموزش‌دهی بیماران در ارتباط با شرایط و عوارض مزمن‌شان از طریق روش «درس ـ برگردان»، ابزارهای کمکی بصری و سایر شیوه‌های سواد-سلامت-پایین-دوستانه (متناسب با سواد سلامت پایین)، می‌تواند در زمینه‌ی احتراز از بروز سوءتفاهمات و نهایتاً بهبود سطح سازگاری و مراعات بیمار، کمک کننده باشد.

عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت، می‌بایستی تا این حد آگاه باشند که برای تمام بیماران جدید توضیح دهند (و در صورت لزوم، تکرار نمایند) که ارتباط بیمار ـ درمانگر، متشکل از پیوندی آن چنان مستحکم و حایز اهمیت است که می‌تواند بر کیفیت زندگی بیمار تاثیرگذار باشد. زمانی که بحث ارتباط‌گیری با بیماران به میان آورده می‌شود، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت می‌بایستی با نیازهای آن‌ها صادقانه برخورد نموده و به دقت به پاسخ‌های واکنشی بیماران گوش فرا دهند. آن‌ها می‌بایستی به بیمار بگویند که در همراهی با یکدیگر با اطلاعات حساس و حیاتی کار خواهند نمود و چنین انتظار می‌رود که بیمار نیز تمایلات و خواسته‌های خودش در ارتباط با چگونگی لزوم انتقال‌یابی این اطلاعات را مطرح نماید. آیا بیمار ترجیح می‌دهد تعامل‌های چهره به چهره را به تنهایی انجام دهد و یا در همراهی با اعضای خانواده‌اش؟ آیا وی ترجیح می‌دهد که از تلفن استفاده نماید و یا از ایمیل؟ برخی از متخصصان بالینی، حتی آخرین ساعت از روز کاری خود را نیز به پاسخ‌گویی به تماس‌های دریافتی و فرصت‌هایی اضافی برای برقراری ارتباط با بیماران، اختصاص می‌دهند.

این وقت‌های اضافه‌کاری، مستلزم عرضه شدن به صورت رایگان نمی‌باشند، بلکه چیدمان‌ها و دستورالعمل‌هایی صورت‌حسابی نیز برای مراقبت‌های فوریتی و خارج از ساعات کاری، گرچه در همراهی با برخی پیشبینی‌ها و پیش‌آگاهی‌ها، موجود می‌باشند. به عنوان نمونه متخصصان بالینی که پس از ساعات دفتری برنامه‌ریزی شده، بیماری را ملاقات می‌نمایند، می‌توانند از دستورالعمل ۹۹۰۵۰ در ارتباط با واژه‌شناسی رویه‌ای جاری (CPT) استفاده کنند که به نوعی اضافه‌تر از خدمات مبنایی، تحت محاسبه‌ی صورت حسابی قرار می‌گیرد (گاردی، ۲۰۰۱). با این حال، این دستورالعمل نمی‌بایستی در شرایطی که شما دیرتر از موقع در حال برگزاری ملاقات می‌باشید و یا چنانچه به نحو معمول بیماران را برای بازه‌های زمانی پس از ساعات کاری وقت‌دهی می‌کنید، مورد استفاده و اعمال قرار گیرد. بیماران ملاقات شده در طول این زمان‌ها، بیماران برنامه‌ریزی شده محسوب می‌شوند. ولی چنانچه دفتر خود را در پایان روز کاری تعطیل نموده و یا در حال انجام این کار باشید و بیماری که باید ملاقاتش کنید تماس برقرار کند، در این شرایط استفاده از دستورالعمل CPT ۹۹۰۵۰، احتمالاً تناسب خواهد داشت. استفاده از این دستورالعمل‌های صورتحساب‌نویسی، از طریق بهینه‌سازی پرداخت‌ها، موجب فراهم‌آوری مشوق‌هایی انگیزاننده برای پزشکان خواهد شد (یورگنسن، ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴).

برقراری ارتباط برای مراقبت یکپارچه سازی شده

در سیستم مراقبت از سلامت مدرن و امروزی ما، در همراهی با مجموعه متنوعی از زیر تخصص‌ها، مقوله‌ی مراقبت می‌بایستی غالباً در میان بیش از یک درمانگر مرتبه‌بندی و هماهنگ‌سازی شود. به عبارت دیگر عرضه کنندگان مراقبت از سلامت، می‌بایستی از چگونگی

ارتبـاط برقـرار نمودن بـا یکدیگر و همچنین با بیماران خود آگاه باشـند. از نظر وینر و همـکاران (۲۰۰۵)، ارتباط در زمینه‌ی تحویل مراقبت از سـلامت، در دو محور اتفاق می‌افتد: میان ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت و بیماران و میان درمانگران چندگانه. آن‌ها ضمن اسـتناد نمودن بر انستیتیوی پزشکی، خاطرنشان می‌سازند که یکی از اهداف مراقبت مبنایی، "مراقبت تماماً فردی" است که در زمینه مرتبط با خانواده و اجتماع ارایه می‌گردد.

در عین حال، هدف دوم نیز عبارت است از مراقبت یکپارچه‌سازی شده که دربرگیرنده‌ی هماهنگ‌سازی و ترکیب نمودن تمام خدمات مراقبت از سلامت فردی است که یک بیمار در طول یک دوره‌ی زمانی بسط یافته نیازمند آن‌ها می‌باشد، "بدان صورت که تهیه و تدارک خدماتی فراگیر، هماهنگ و مستمر را نیز تحت شمول قرار دهد" (وینر و همکاران، ۲۰۰۵؛ صفحه‌ی ۷۰۹).

تلاش‌های نهادی در جهت دستیابی به مراقبت یکپارچه و بهبود ارتباط بیمار درمانگر، در جریان می‌باشند. به عنوان نمونه؛ ACGME در سـال ۱۹۹۹، اقدام به پیاده‌سـازی الزامی در این ارتباط نمود که تمام برنامه‌های اقامتی در ایالات‌متحده، دستورالعملی را در زمینه "مهارت‌هـای میان‌فـردی و ارتباطی‌ای که نهایتاً به نحو مؤثری به تبادل اطلاعات و هماهنگی تیمی یافتن با بیماران، خانواده‌های آن‌ها و سایر متخصصان عرصه‌ی سلامت منتج شوند"، فراهم آورند (توتچ، ۲۰۰۳).

به نحو مشـابه‌ی، هیئت ملی آزمون‌گران پزشکی، فدراسیون هیئت‌های پزشـکی ایالتی و کمیسیون آموزشی مرتبط با فارغ‌التحصیلان پزشـکی خارجی، برگزاری آزمونی را در میان سـال‌های سـوم و چهارم تحصیل در دانشکده پزشکی پیشـنهاد نمودند که دانشجویان پزشکی ایالات‌متحده را ملزم می‌ساخت تا "توانایی‌های خودشان در زمینه گردآوری اطلاعات از طریق بیماران، انجام یک معاینه پزشکی و ارتباط و انتقال‌دهی یافته‌های خودشان به بیماران و همکاران را به معرض نمایش بگذارند" (توتچ، ۲۰۰۳).

واضح است که این‌ها، توسعه‌هایی مشخصاً مثبت در زمینه ارتباط بیمار- ارایه‌دهنده خدمات محسوب می‌گردند. از تمام این‌ها گذشته، نسـلی از طبیبان که بدانند چگونه می‌بایسـتی به طرز موثرتری با یکدیگر و همچنین با بیماران ارتباط برقرار نمایند، دارای تجهیز و آمادگی مناسب‌تری در جهت مدیریت نمودن تمام گونه‌های چالش‌های بالینی قابل مواجهه در آینده خواهند بود.

منابع فصل شـــشم

- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2000–2005). Phone triage checklist for resident interpersonal skills, communication, and professionalism. Retrieved December 15, 2005, from http://www.acgme.org/outcome/implement/phoneTable.pdf
- ACGME Outcome Project. (2006). Teaching and assessing the resident phone encounter. Retrieved January 1, 2006, from http://www.acgme.org/outcome/implement/ rsvpTemplate.asp?rsvpID=27
- AMC Cancer Research Center. (1994). Beyond the brochure: Alternative approaches to effective health communication. Denver, CO: Author. Retrieved December 13, 2005, from http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/amcbeyon.pdf
- American Medical Association (AMA) Foundation. (2005). Health literacy video. Retrieved December 20, 2005, from http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8035.html
- Anderson, T. J. (1999). Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. Technical expert panel review of CDC HIV Counseling, Testing, and Referral Guidelines. Atlanta: CDC.
- Back, A. (2005). Communicating with family members. Conversations in Care Web Book (chapter 6). Retrieved December 2, 2005, from http://www.conversationsincare.com/web book/chapter06.html
- Barenfanger, J., Sautter, R. L., Lang, D. L., Collins, S. M., Hacek, D. M., & Peterson, L. R. (2004). Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. American Journal of Clinical Pathology, 121(6), 790–791.
- Belman, S., Chandramouli, V., Schmitt, B. D., Poole, S. R., Hegarty, T., & Kempe, A. (2005). An assessment of pediatric after-hours telephone care: A 1-year experience. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 159(2), 145–149.
- Bergmo, T. S., Kummervold, P. E., Gammon, D., & Dahl, L. B. (2005). Electronic patientprovider communication: Will it offset office visits and telephone consultations in primary care? International Journal of Medical Informatics, 74(9), 705–710.
- Bogdan, G. M., Green, J. L., Swanson, D., Gabow, P., & Dart, R. C. (2004). Evaluating patient compliance with nurse advice line recommendations and the impact on health care costs. American Journal of Managed Care, 10(8),534–542.
- Boyle, D., Dwinnell, B.,&Platt, F. (2005). Invite, listen, and summarize: A patient-centered communication technique. Academic Medicine, 80(1), 29–32.
- Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., & Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. Annals of Internal Medicine, 131, 822–829.
- Chaffee, M. (1999). A telehealth odyssey. American Journal of Nursing, 7, 26–32.
- Chaplin, W. F., Phillips, J. B., Brown, J. D., Clanton, N. R., & Stein, J. L. (2000). Handshaking, gender, personality, and first impressions. Journal of Personality and Social Psychology, 79(1), 110–117.
- Chapman, K., Abraham, C., Jenkins, V., & Fallowfield, L. (2003). Lay understanding of terms used in cancer consultations. Psychooncology, 12(6), 557–566.
- Chin, K. R., Adams, S. B., Khoury, L., & Zurakowski, D. (2005). Patient behavior if given their surgeon's cellular telephone number. Clinical Orthopaedics and Related Research, 439, 260–268.
- Cocksedge, S., &May, C. (2005). The listening loop: A model of choice about cues within primary care consultations. Medical Education, 39(10), 999–1005.
- Collier, J. B. (n.d.). What is health psychology? Retrieved December 17, 2005, from http://bama.ua.edu/~jcollier/health psych lecture 01.htm
- Courson, S. (2005). Telephone nurse triage: PA State Nurses Association. Retrieved December 13,

2005, from http://www.panurses.org/search1.cfm?filename=membersite/articles/profdevelop/profdev telephonetriage.htm
- Cromer, B., Chacko, M.,&Phillips, S. (1987). Increasing appointment compliance through telephone reminders: Does it ring true? Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 8(3), 133–135.
- Davis, T., Kennen, E. M., Gazmararian, J. A., & Williams, M. V. (2005). Literacy testing in health care research. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understanding health literacy: Implications for medicine and public health (pp. 157–179).
- Chicago: American Medical Association Press. Davis, T. C., Michielutte, R., Askov, E. N., Williams, M. V., & Weiss, B. D. (1998). Practical assessment of adult literacy in health care. Health Education and Behavior, 25(5), 613–624.
- Davis, T. C.,Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52(3), 134–149.
- Derlet, R. (2004). Triage. eMedicine Web site. Retrieved December 17, 2005, from http://www.emedicine.com/emerg/topic670.htm
- DeVito, J. A. (1986). The interpersonal communication book (4th ed.). New York: Harper & Row.
- FACES Pain Rating Scale. (2005). Elsevier: Wong on Web. Retrieved December 30, 2005, from http://www3.us.elsevierhealth.com/WOW/faces.html
- Fatovich, D. M., Jacobs, I. G., McCance, J. P., Sidney, K. L., & White, R. J. (1998). Emergency department telephone advice. Medical Journal of Australia, 169, 143–146.
- Gibbs, R.,Gibbs, P.,&Henrich, J. (1987). Patient understanding of commonly used medical vocabulary. Journal of Family Practice, 25, 176–178.
- Gordy, T. R. (2001). Current procedural terminology 2001. Chicago: American Medical Association Press.
- Greene, M. G., Adelman, R. D., Friedmann, E., & Charon, R. (1994). Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. Social Science and Medicine, 38(9), 1279–1288.
- Haas, L. J., Leiser, J. P.,Magill, M. K.,&Sanyer, O. N. (2005).Management of the difficult patient. American Family Physician, 72, 2063–2068.
- Hahn, E. A., Cella, D., Dobrez, D., Shiomoto, G., Marcus, E., Taylor, S. G., et al. (2004). The talking touchscreen: A new approach to outcomes assessment in low literacy. Psychooncology, 13(2), 86–95.
- Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., & Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. Journal of General Internal Medicine, 17, 243–252.
- Herman, A. D., & Mayer, G. (2004). Reducing the use of emergency medical resources among Head Start families: A pilot study. Journal of Community Health, 29(3), 197– 208.
- Hildebrandt, D. E., Westfall, J. M., & Smith, P. C. (2003). After-hours telephone triage affects patient safety. Journal of Family Practice, 52(3), 222–227.
- Hinz, C. A. (2000). Communicating with your patients: Skills for building rapport. Chicago: American Medical Association. Hospital loses battle to strike suit over HIV disclosure. (1996). AIDS Policy Law, 11(10), 2.
- Jackson, J. L., & Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. Archives of Internal Medicine, 159, 1069–1075.
- Jacobson, B. C., Strate, L., Baffy, G., Huang, L., Mutinga, M., & Banks, P. A. (2001). The nature of after-hours telephone medical practice by GI fellows. American Journal of Gastroenterology, 96(2), 570–573.
- Jorgensen, D. J. (2003–2004). Don't miss reimbursement opportunities. Proper coding for emergencies and after hours care can optimize payment for services you provide. Retrieved December 19, 2005, from http://www.acofp.org/member publications/comay.htm
- Kane, J. (1996). Overcoming the dreaded L-block. Alternative Therapies in Health and Medicine, 2(5), 111,112.
- Kane, J. (2003). How to heal: A guide for caregivers. New York: Helios Press.
- Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L., & Kolstad, A. (1993). Adult literacy in America: A first look at the findings of the National Adult Literacy Survey. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

- Klein, E. R. (2005). Effective communication with patients. Pennsylvania Nurse, 60(4), 14–15.
- Lalos, A. (1997). The impact of diagnosis on cervical and endometrial cancer patients and their spouses. European Journal of Gynaecological Oncology, 18(6), 513–519.
- Law of averages: Casting a wide net in health literacy efforts with Rima Rudd, ScD. (2001). (2003, March). Facts of life: Issue briefings for health reporters. Retrieved September 12, 2005, from http://www.cfah.org/factsoflife/vol8no3.cfm#3
- Lawton, S., & Carroll, D. (2005). Communication skills and district nurses: Examples in palliative care. British Journal of Community Nursing, 10(3), 134–136.
- Levinson, W., Stiles, W. B., Inui, T. S., & Engle, R. (1993). Physician frustration in communicating with patients. Medical Care, 31(4), 285–295.
- Lloyd, B. W. (2005). What is the yield from asking, at the end of the consultation, if there are any further questions? An observational study. Acta Paediatrics, 94(2), 236–238.
- Makoul, G. (2001). The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. Patient Education and Counseling, 45(1), 23–24.
- Marik, P. E.,&Fromm, L. (1998). A case series of hospitalized patients with elevated digoxin levels. American Journal of Medicine, 106(4), 489.
- Marvel,M.K.,Epstein, R. M., Flowers, K.,&Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: Have we improved? Journal of the American Medical Association, 281(3), 283–287.
- Mayeaux, E. J., Murphy, P. W., Arnold, C., Davis, T. C., Jackson, R. H., & Sentell, T. (1996). Improving patient education for patients with low literacy skills. American Family Physician, 53(1), 205–211.
- Mayer, G. (2002, September). Physicians can improve care for low-literacy patients. The Quality Indicator, 6–7.
- Meeren, H. K., van Heijnsbergen, C. C., & de Gelder, B. (2005). Rapid perceptual integration of facial expression and emotional body language. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 102(45), 16518–16523.
- Myerscough, P. R., & Donald, A. G. (1992). Talking with patients: A basic clinical skill. Oxford: Oxford University Press.
- National Cancer Institute (NCI). (1994). Clear and simple: Developing effective materials for low-literate readers. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Center for Education Statistics (NCES). (2005). A first look at the literacy of America's adults in the 21st century (NCES 2006-470). Washington, DC: U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences.
- National Women's Health Resource Center. (2004, October). Women & health literacy. NationalWomen'sHealth ReportOnline.RetrievedDecember 2, 2005, fromhttp://www.healthywomen.org/healthreport/october2004/pg2.html
- Nyman, K. (1991). The weeping patient. Australian Family Physician, 20(4), 444–445.
- Ong, L., Haes, J. D., Hoos, A., & Lammes, F. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science and Medicine, 40, 903–918.

Osborne, H. (2001). Overcoming communication barriers in patient education. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers. Osborne, H. (2005). Health literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D.W., &Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: The unspoken connection. Patient Education and Counseling, 27, 33–39.
- Peters, R. (1994). After-hours telephone calls to general and subspecialty internists: An observational study. Journal of General Internal Medicine, 9, 554–557.
- Quirt, C. F., Mackillop, W. J., Ginsburg, A. D., Sheldon, L., Brundage, M., Dixon, P., et al. (1997). Do doctors know when their patients don't? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. Lung Cancer, 18(1), 1–20.
- Reisman, A. B., & Brown, K. E. (2005). Preventing communication errors in telephone medicine. Journal of General Internal Medicine, 20(10), 959–963.

- Robertson, K. (2005). Active listening: More than just paying attention. Australian Family Physician, 34(12), 1053–1055.
- RobertWood Johnson Foundation. (2000, June). Study of medically nonurgent pediatric visits to hospital emergency departments. Retrieved January 5, 2005, from http://www.rwjf.org/reports/grr/030445s.htm
- Ross, L. V., Friman, P. C., & Christophersen, E. R. (1993). An appointment-keeping improvement package for outpatient pediatrics: Systematic replication and component analysis. Journal of Applied Behavioral Analysis, 26(4), 461–467.
- Roter, D. L. (2005). How effective is your nonverbal communication? Conversations in Care Web Book (chapter 2). Retrieved December 2, 2005, from http://www.conversationsincare.com/web book/ chapter02.html
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. Journal of the American Medical Association, 277(4), 350–356.
- Rothman, R. L., DeWalt, D. A., Malone, R., Bryant, B., Shintani, A., Crigler, B., et al. (2004). Influence of patient literacy on the effectiveness of primary-care-based diabetes disease management program. Journal of the American Medical Association, 292(14), 1711–1716.
- Safeer, R. S.,&Keenan, J. (2005).Health literacy: The gap between physicians and patients. American Family Physician, 72(3), 387–388.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., et al. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Archives of Internal Medicine, 163(14), 1745–1746.

Street, R. L., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations: Why some patients are more involved than others. Medical Care, 43(10), 960–969.

- Tabak, E. R. (1988). Encouraging patient question-asking: A clinical trial. Patient Education and Counseling, 12(1), 37–49.
- Tattersall, M. H., & Butow, P. N. (2002). Consultation audio tapes: An underused cancer patient information aid and clinical research tool. Lancet Oncology, 3(7), 431–437.
- Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication.Medical Clinics of North America, 87(5), 1115–1145.

Walter, A., Bundy, C., & Dornan, T. (2005). How should trainees be taught to open a clinical interview? Medical Education, 39(5), 445–447.

- Weiner, S. J., Barnet, B., Cheng, T. L., & Daaleman, T. P. (2005). Processes for effective communication in primary care. Annals of Internal Medicine, 142, 709–714.
- Weiss, B. D. (2003). Health literacy: A manual for clinicians. Chicago: American Medical Association Foundation and American Medical Association.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M.,&Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. Family Medicine, 34(5), 383–389.
- Yanovksi, S. Z., Yanovski, J. A., Malley, J. D., Brown, R. L., & Balaban, D. J. (1992). Telephone triage by primary care physicians. Pediatrics, 89, 701–706.

فصل هفتـــم

طراحی مطالب آموزشی آسان خوان برای بیمار

داناوان لاول (که نامی غیرحقیقی برای وی است)، یک مرد سفیدپوست باهوش و خوش‌لباس و در اوایل دهه‌ی پنجاه از عمر خودش می‌باشد. اگر وی را در خیابان ملاقات می‌نمودید، شاید چنین فرض می‌کردید که او فردی است موفق، متعلق به طبقه متوسط، دارای شغلی محترمانه، عضوی شرافت‌مند از جامعه طبقاتی خودش، خوشنام و مردی از خانواده‌ای خوب. شاید در حالت کلی نظر شما درست باشد. داناوان همواره لبخندی مطبوع بر لب دارد، هرگز نام و یا چهره‌ای را فراموش نمی‌کند، در چند سازمان داوطلب برای ارایه‌ی خدمات اجتماعی فعال بوده و پدری فوق‌العاده و همسری مهربان محسوب می‌شود. با این حال، داناوان دارای دو مشکل است: وی در آستانه این است که مرض دیابت درباره او تشخیص داده شود و قادر به خواندن در حدی بالاتر از سطح پایه‌ی چهارم نباشد.

داناوان که در ناحیه‌ای روستایی از ایندیانا بزرگ شده، عملکرد در حد کافی خوبی در زمینه‌ی خواندن و نوشتن در جهت ارتقا یافتن به پایه‌ی تحصیلی بعدی داشته است. با این وجود وی بعدتر دبیرستان را رها نموده تا به کسب و کار بپردازد و از آن لحظه کار خود را آغاز نموده است. تیزهوشی و شخصیت خاص وی در امور کاری توانسته کمبودهای وی در ارتباط با مهارت‌های خواندن را به نحوی جبران نماید. گرچه که همسر وی می‌داند که مهارت‌های خواندن او چندان قوی نمی‌باشند، ولی به نحو دقیقی از سطح سواد خود و همچنین فرزندان خود آگاه نیست.

شرکت داناوان به تازگی ضمن یک حرکت صرفه‌جویانه، اقدام به متحول نمودن برنامه‌های سلامت خود کرده و دکتر جفریز، یعنی پزشک ده‌ساله‌ی داناوان، مراقبت‌های مشارکت کننده در این برنامه‌ی سلامت جدید محسوب نمی‌شد. گرچه که داناوان دکتر جفریز را دوست داشت، ولی تصمیم گرفت تا در قالب برنامه‌ی سلامت جدید، فردی تازه را آزمایش نماید، زیرا که هزینه‌های از جیب رفته جهت ادامه‌ی ملاقات‌های پزشکی با دکتر جفریز، تا حد قابل ملاحظه‌ای برای او بالا بودند.

داناوان اکنون با دکتر دیگروت کار می‌کند که در این برنامه‌ی سلامت جدید شرکت نیز مشارکت دارد. حدود یک هفته‌ی قبل، داناوان برای ملاقات با دکتر دیگروت وقت گرفت، زیرا که چند ماه بود دچار احساسات ناخوشایندی شده بود. دکتر دیگروت، وی را تحت چند آزمایش قرار داد و سپس وی در ارتباط با نتایج‌اش به مطب او آمده بود. در خلال این ملاقات به داناوان مطالبی در زمینه‌ی تشخیص بیماری دیابت وی گفته شد و در ارتباط با آنچه که می‌تواند به‌خورد و آنچه که نمی‌تواند بخورد، دستورالعمل‌هایی اکید به وی داده شد. به وی گفته شد که او می‌بایستی وزن کم کند و همچنین پوشه‌ای حاوی مطالبی اطلاع‌رساننده در خصوص بیماری دیابت به او داده شد.

در راه خروج از مطب، پرستار خبرنامه‌ای را به دست وی داد و به موازات قدم زدن و همراهی وی در طول راهرو به او گفت: "یک مقاله‌ی عالی در زمینه‌ی مدیریت نمودن بیماری دیابت در صفحه‌ی ۱۱ این خبرنامه وجود دارد. و این‌ها هم خطوط راهنمای رژیمی‌ای هستند که دکتر دیگروت نیز با آن‌ها موافق می‌باشد، بنابراین حتماً آن‌ها را مطالعه کنید".

زمانی که داناوان به منزل می‌رسد، میل چندانی به شروع وارسی نمودن تمام اطلاعات داده شده به خودش را ندارد. وی میزان اظهار علاقه و اشتیاق‌مندی پرستار نسبت به مقاله‌ی مورد اشاره‌اش را به خاطر می‌آورد، ولی به یاد ندارد که در چه صفحه‌ای قرار داشته است. بنابراین می‌نشیند و به بررسی خبرنامه مشغول می‌شود و تلاش می‌کند تا مقاله‌ی مورد نظرش را بیابد. او به صفحه‌ی نخست نگاهی می‌اندازد و مشاهده می‌کند که سر تیترها طولانی بوده و تماماً با حروف بزرگ نوشته شده‌اند. واژگان، ناآشنا و دشوار به نظر می‌رسند. وی تلاش می‌کند تا برخی از واژگان مندرج در مقاله‌ی اول را بخواند و سپس به این نتیجه می‌رسد که این مطلب نمی‌تواند مقاله‌ی مرتبط با موضوع دیابت باشد. تصاویری نیز در این خبرنامه وجود دارند که نشانگر افرادی با چهره‌های خندان و در حال بازی کردن در محیط‌های بیرون از خانه و برخی دیگر نشان‌دهنده‌ی افرادی هستند که پشت میزی در حال صحبت با یکدیگر می‌باشند. او از خودش می‌پرسد که این‌ها چه ربطی می‌توانند با موضوع دیابت داشته باشند. غالب تصاویر فاقد هرگونه واژگانی در زیر خود هستند، بنابراین داناوان مطمئن نیست که آن‌ها به چه دلیلی آنجا هستند. او به ورق زدن خبرنامه ادامه می‌دهد.

در جایی در میان مجله، مقاله‌ای هست که با تصاویر نقاشی شده‌ای از یک هویج، سر یک کلم بروکولی و یک قالب پنیر همراه می‌باشد. وی فکر می‌کند که شاید این همان مقاله‌ای باشد که پرستار از آن صحبت می‌کرده است، بنابراین شروع به مطالعه آن می‌کند. ابتدا

تلاش می‌کند تا واژه دیابت را در مقاله پیدا کند، ولی به موازات تلاشش در پیش رفتن به درون متن، تمرکز و رشته افکارش را از دست می‌دهد. وی شـــروع به وارســـی یک مقاله دیگر می‌کند، ولی باز هم به دلایلی، سر رشـــته موقعیتی که در حال بررسی آن می‌باشد را گم می‌کند. شاید به این دلیل که حروف تایپی کوچک در سراسر صفحه ادامه یافته‌اند و او خودش را در حالی می‌یابد که می‌بایستی مکان نگاهش در مقاله را با انگشت دنبال نماید. وی نهایتاً نومیدانه خبرنامه را به کناری می‌اندازد و به خودش می‌گوید: شاید بعداً. او خبرنامه را کنار مجموعه بروشورهای مرتبط با دیابت می‌گذارد. برای لحظه‌ای تلاش می‌کند تا خودش را مجاب و مجبور نماید که به مطالعه‌ی ایـــن مجموعه مطالـــب بپردازد. ولی این فکر برای وی چندان جذاب و برانگیزاننده به نظر نمی‌رســـد. تلفن زنگ می‌زند و وی تقریباً در همراهی با نوعی حس خلاصی یافتن، مطالب را درون کشو می‌گذارد، جایی‌که قرار است برای مدت زمانی طولانی همان‌جا باقی بمانند.

****

بیماری دیابت تنها مشـــکل داناوان نیســـت، بلکه این موضوع نیز که مطالب آموزشـــی ارایه شده به وی تناسب خوبی با افرادی در سطح خواندن وی ندارند نیز به همان اندازه، مثال‌های بغرنج و دلسردکننده برای او محسوب می‌گردد. درباره ناظر بر مطالب مرتبط با آموزش بیمار، هدف غایی چیزی بدیهی می‌باشد که به واقع چیزی نیست جز همان آموزش بیمار. ما خواستار آن هستیم که خوانندگان (یعنی بیماران) شروع به ادراک نمودن مفهومی نمایند که پیش از خواندن این مطالب، ادراکی در آن ارتباط در اختیار نداشته‌اند.

با وجود آن که این موضوع، مفهومی به ظاهر ساده و پایه‌ای محسوب می‌شود، ولی با این حال، چنین به نظر می‌رسد که از سوی بسیاری از نویسندگان و طراحان مطالب آموزشی برای بیماران، به دست فراموشی سپرده می‌شود. ظاهراً وسوسه‌های مانع‌شونده‌ی زیادی در کار می‌باشند تا در مسیر دستیابی به مطالب آموزشی به خوبی هدف‌گذاری شده برای بیماران، سنگ‌اندازی نمایند:

- تمایل به خودنمایی نمودن در زمینه‌ی دایره‌ی واژگان.
- این کج‌فهمی که یک سبک و سیاق رسمی‌تر و قالبی‌تر، به نحو نزدیکتری با تصویر شرکتی ما انطباق حاصل می‌نماید.
- به کارگیری این مفهوم که هر چه بیشتر باشد، بهتر است هم درباره تعداد واژگان و هم در ارتباط با حجم عناصر گرافیکی.
- این ایده که اگر فضای خالی و سفیدی موجود باشد، می‌بایستی آن را پر نماییم.
- به معرض خودنمایی گذاشـــتن خزانه‌ی فونتی گسترده‌ی خودمان از طریق استفاده از تجملاتی‌ترین و عجیب و غریب‌ترین گونه‌ها از شکل حروف تایپی که در اختیار داریم.
- باور این موضوع که چون می‌توانیم اطلاعات بیشـــتری را از طریق کاســـتن از اندازه‌ی حروف تایپی، تحت شـــمول قرار دهیم، می‌بایستی این کار را انجام دهیم.
- استفاده از تصاویر گرافیکی‌ای که به خوبی ترسیم شده‌اند، ولی برآورده کننده‌ی نیازهای خواننده‌ی کم‌سواد در ارتباط با ساده‌سازی و توصیف سر راست‌تر مفاهیم پایه‌ای نمی‌باشند.

متاســـفانه، این تمایلات در تضاد کامل با اهدافی قرار دارند که ما در ارتباط با انتقال اطلاعات قابل اســـتفاده به نحوی که خوانندگان‌مان قادر به ادراک و به کارگیری آن‌ها باشند، در نظر داریم. یک طراحی خوب، طراحی شفاف و پاک و پاکیزه است و قرار نیست به خودی خود جلب توجه آن چنانی نماید. آن‌ها غالباً به واسطه‌ی آنچه که در آن‌ها نیست و نه آنچه که در آن‌ها هست تعریف می‌شوند. به عبارت دیگـــر، عواملـــی همچون؛ حروف تایپی تجملاتی، عناصر طراحی بیش از اندازه گرافیکی و توصیفات جزییاتی فشـــرده و متراکم، عواملی کمک کننده نبوده و لزوماً نشانه‌هایی حاکی از یک طراحی خوب محسوب نمی‌شوند. آن‌ها عناصری هستند که از سوی تازه‌کارها مورد استفاده قرار می‌گیرند، نه به این دلیل که می‌بایستی استفاده شوند، بلکه به این علت که صرفاً می‌توانند به کارگرفته شوند.

ما می‌بایســـتی به هنگام گردآوری عناصر لازمه جهت تهیه‌ی مطالب آموزشـــی برای بیماران‌مان، همواره کاربر نهایی‌مان را مد نظر قرار دهیم. پس از هر تصمیمی که اتخاذ می‌کنید، این ســـئوالات را از خودتان بپرســـید: آیا نتیجه‌ی این تصمیم، خواننده را در مسیر ادراک نمودن پیام ضمنی و زیربنایی مساعدت خواهد کرد و یا مانع وی خواهد شد؟ آیا این تصمیم، عنصری ضروری در جهت انتقال اطلاعات محسوب می‌شود و یا این که تنها عنصری تزیینی به شمار می‌آید؟

دقیقاً به همان شـکلی که یک ویراسـتار کارآمد، می‌بایسـتی جملات بی‌ربط را کنار بگذارد، شـما نیز مطلب را به منظور دسـتیابی به جوهره‌ی آن مورد وارسـی و پویش قرار داده و واژگان غیرلازم را حذف کنید، زیرا ما باید در مسـیر تهیه‌ی مطالب آموزشی مد نظرمان برای بیمار، تنها عناصری را تحت شمول قرار دهیم که احتمال آگاهی و کسب اطلاع از سوی بیماران را بالا برده و آن‌ها را در زمینه‌ی مراقبت از خود و یا عزیزان‌شان کمک نماید. از همه‌ی این‌ها گذشته، آن‌ها ارباب رجوع ما محسوب می‌شوند، مشتریان کسانی که همگی ما برای آن‌ها کار می‌کنیم، بنابراین، این کار را به منزله‌ی ارایه‌ی خدمت مناسـب به مشـتریان مد نظر قرار دهید. تمام آنچه که انجام می‌دهیم، می‌بایستی در جهت پشتیبانی نمودن از تنها یک تلاش و مقصود باشد: برقراری ارتباطی شفاف و موثر.

پیش از آن که شروع به طراحی مطالب آموزشی برای بیماران کنید

متـن و گرافیـک، می‌بایسـتی به منزله‌ی عناصر مکملی باشـند که در کنار یکدیگر در جهت دسـتیابی به هدف واحـدی کار نمایند: آموزش‌دهی شـفاف و موثر بیمار. گرافیک اسـتفاده شده می‌بایستی به صورتی شفاف و ساده، توصیف‌گر نکات ارایه شده در متن باشد. عنوان‌گذاری و پانویس‌ها می‌بایستی تشریح کننده و فراهم‌آورنده‌ی ساختاری مرجع و سازمانی در ارتباط با گرافیک استفاده شده باشند و هر دو آن‌ها می‌بایستی اطلاعات را به شیوه‌ای سر راست و مستقیم منتقل نمایند.

در سراسـر فصل هشـتم، یعنی؛ اصول نگارش در ارتباط با سـواد سـلامت، اطلاعاتی را در خصوص شـیوه نگارش در جهت شفافیت و ارتباط‌دهی ایده‌ها به صورتی موثر، ارایه خواهیم نمود. دستیابی به این هدف مستلزم یک فرآیند برنامه‌ریزی کلی می‌باشد. یک راهنمای عالی در رابطه با این فرآیند که از سـوی انسـتیتوی ملی سرطان (NCI، ۲۰۰۳) ارایه گردیده، تحت عنوان شفاف و ساده: تهیه مطالب چاپی موثر برای خوانندگان کم‌سواد، نام‌گذاری شده است و به صورت آنلاین از طریق آدرس زیر قابل دسترس می‌باشد.

http://www.cancer.gov/aboutnci/oc/clear-and-simple

این فصل به ارایه نکاتی راهنما در ارتباط با رویکرد نشان دادن نسبت به فرآیند طراحی، به گونه‌ای می‌پردازد که به برآورده‌سازی هدف دستیابی به آموزشی شفاف و موثر برای بیماران کمک نماید. این اطلاعات را در ترکیب با موارد ارایه گردیده در فصل هشتم را در جهت تهیه‌ی بهترین مطالب آموزشی ممکنه برای بیماران مورد استفاده قرار دهید. در پایان این فصل، شما برخی از منابعی را که این مطالب از آن‌ها استخراج گردیده‌اند، خواهید یافت.

بهره‌برداری از منابع چندگانه

به منظور الهام‌گیری، منحصراً بر مقالات و بروشـورهای مرتبط با مقوله‌ی طراحی اتکا نکنید؛ آن‌ها صرفاً نکاتی کمک کننده، خطوطی راهنمایی دهنده و نقاطی آغازین برای کار محسـوب می‌شـوند. افراد انسـانی، بهترین منابع مورد اسـتفاده برای شما هستند، به ویژه آن کسـانی که قرار اسـت از مطالب در دست تهیه از سوی شما اسـتفاده نمایند. از این موضوع نهراسید که در تمام طول مسیر فرآیند طراحـی، ورودی‌هایـی را وارد کار کنید. با افراد دیگری نیز گفتگو کنیـد؛ طراحی خوب در خلاء اتفاق نمی‌افتد. از هر تعداد منابعی که توانستید، استفاده کنید.

از منابع موجود در جامعه بهره‌برداری کنید. با طراحان مشغول به کار در سازمان‌های تبلیغاتی و شرکت‌های روابط عمومی، معماران، و ناشران گفتگو کنید. دانشگاه‌ها، کالج‌ها و دبیرستان‌های محلی موجود در پیرامون‌تان را نیز از نظر دور ندارید (بله، حتی دبیرستان‌ها!): دانشـجویان جوان مشـغول به تحصیل در زمینه‌ی طراحی غالباً چشم‌اندازها و دیدگاه‌های جدیدی را به دست می‌دهند که شما ممکن است به آن‌ها فکر نکرده باشید. اگر شما برای یک سازمان غیرانتفاعی کار می‌کنید، میزان قابل ملاحظه نقدینگی در چنین موقعیتی در اختیار خواهید داشت. آن را به کار اندازید؛ تلاش‌های رایگان انجام پذیرفته از جانب سازمان‌های تبلیغاتی و شرکت‌های روابط عمومی، به تمام افراد منفعت خواهند رساند.

یک رقابت را در زمینه‌ی طراحی برای بخش هنرهای گرافیکی دبیرستان و یا کالج محلی پیرامون‌تان راه‌اندازی و قبول مسئولیت کنید. از یکی از تاجران محلی بخواهید تا جایزه‌ای را برای جایگاه اول، دوم و سوم اختصاص و تامین کند. با روزنامه‌های محلی صحبت کرده و مراسم اهدای جوایز را پوشش دهید. سایر مطالب آموزشی مورد استفاده برای بیماران را مورد بررسی قرار دهید. از چه چیزی در آن‌ها خوش‌تان می‌آید؟ چه کاری را به خوبی انجام می‌دهند؟ چه کاری را به صورتی اشتباه انجام می‌دهند؟ فایل‌هایی از مطالب موجود نگاه‌داری کرده و ایده‌های خودتان را جایی ثبت و درج کنید.

گروه‌های متمرکز رسمی و غیر رسمی (که در فصل هشتم به طور مفصل‌تر مورد بحث قرار خواهند گرفت) تشکیل یافته از کاربران بالقوه‌ی نهایی مطالب‌تان، می‌توانند اطلاعاتی گرانبها و نوعی اعتبار سنجی ارزشمند در ارتباط با رویکردهای طراحی‌تان به دست دهند. مطالب یکسانی را به گروه‌هایی در قالب‌های طراحی متفاوت ارایه کنید. پس از آن که شرکت کنندگان، مطالب را تحت مرورگری قرار دادند از آن‌ها بخواهید تا بخش‌های منتخبی از اطلاعات ارایه شده را از حافظه‌شان فراخوانی نمایند. بخش‌هایی که به نحو موثرتری از سوی شما مورد طراحی قرار گرفته باشند، دارای شانس بالاتری برای به‌یادسپاری خواهند بود (این شرایط همچنین، فرصتی فوق‌العاده نیز برای ایجاد شبکه با پژوهشگران دانشگاهی محسوب می‌شود که در جستجوی پروژه‌هایی هستند که اجازه و امکان طراحی یک مطالعه را جهت دستیابی به نتایج معتبر از لحاظ آماری در زمینه‌ی آزمودن و اعتبارسنجی متن و عناصر طراحی برای آن‌ها فراهم خواهند آورند).

فرآیند طراحی تکرار شونده (یعنی آزمودن، اعمال تغییرات و بازآزمایی) نباید به مهندسان محدود و منحصر گردد (بیلی، ۲۰۰۵). وزارت سلامت و خدمات انسانی دولت فدرال، میزبان وب‌سایتی تحت عنوان Usability.gov می‌باشد که از طریق محسوب نمودن خودش به عنوان "منبعی برای شما جهت طراحی وب‌سایت‌ها و محیط‌های واسط کاربری قابل استفاده، مفید و قابل دستیابی"، اصل طراحی تکرار شونده را به منظور طراحی وب‌سایت‌های موثر مورد استفاده و اعمال قرار می‌دهد. گرچه که این فصل در پی آن نیست که به صورتی خاص به طراحان وب‌سایت اختصاص یابد و عرف‌های معمول مورد استفاده در رسانه‌ای دینامیک و پویا نظیر اینترنت دارای بسیاری جنبه‌ها و جلوه‌های منحصر به فرد می‌باشند، ولی با این حال ایده‌های خوب و اصول طراحی مناسب، از بسیاری جهات به نوعی کلی و فراگیر محسوب می‌شوند. این وب‌سایت را مورد ملاحظه قرار دهید و به ویژه مقاله‌ای را که از طریق این آدرس به بحث پیرامون ارزش کاربردپذیری آزمون‌گیری و طراحی تکرار شونده می‌پردازد (بیلی، ۲۰۰۶).

http://www.usability.gov/pubs/۷۲۰۰۵news.html

آیا می‌توانید کاربری را در ارتباط با این فرآیند در هنگام طراحی نمودن مطالب آموزشی مد نظر خود برای بیماران متصور شوید؟ زمانی‌که به طراحی مطلب آموزشی خود برای بیمار می‌پردازید، مد نظر قرار دادن عناصر مرتبط با نظریه‌ی یادگیری، از اهمیتی ویژه برخوردار می‌باشد؛ این‌که چگونه خوانندگان مطالب شما به بهترین شکل به یادگیری می‌پردازند؟ آیا آن‌ها رویکردی بصری‌گرایانه‌تر را در جهت یادگیری ترجیح می‌دهند؟ آیا دستورالعمل‌های مکتوب گام به گام بیشتر مورد توجه و جذب قرار می‌گیرند؟ گرچه که شما برای طراحی مطالب آموزشی بیماران نیازمند کسب مدارجی تحصیلاتی نیستید، ولی با این حال، قدری آشناسازی خودتان با مفاهیم پایه‌ای چگونگی بهترین شیوه‌ی یادگیری افراد، می‌تواند ایده‌ی خوب و مفیدی محسوب شود. یک منبع خوب در این ارتباط، تعلیم بیماران دارای مهارت‌های سوادی پایین (۱۹۹۶) است که یک متن آموزشی مبنایی و راهنما نوشته‌ی دوک، دوک و روت می‌باشد و در فصول مختلفی در سراسر این کتاب نیز مورد اشاره قرار گرفته است. این کتاب، علاوه بر فراهم‌آوری یک مرورگری فوق‌العاده در زمینه‌ی نظریه‌ی یادگیری پایه‌ای، مدلی مناسب نیز برای تهیه و توسعه‌دهی مطالب آموزشی جهت بیماران ارایه نموده و بخش‌هایی را در ارتباط با نگارش و ارزیابی مطالب، استفاده از عناصر بصری و رهنمودهایی را در زمینه‌ی تعلیم نیز تحت شمول قرار می‌دهد.

شکل ظاهری مطالب

یک هدف اصلی در طول تهیه مطالب مکتوب، ایجاد یک قالب صفحه‌ای است که استفاده از این مطالب را برای مخاطبان مد نظر شما تسهیل نماید. چند عنصر دخیل و تاثیرگذار بر ظاهر یک قطعه کار مکتوب، شامل این موارد است:

- متن
- ترکیب‌بندی
- فضای سفید یا خالی
- کاغذ
- گرافیک

متن

اصطلاح متن راجع به واژگانی است که بر روی یک صفحه چاپ شده‌اند. متن مندرج در مطالب آموزشی‌تان می‌بایستی در جهت ارتباط موفق برقرار نمودن با مخاطبان مورد نظرتان، به سهولت قابل خواندن باشند. در تعدادی از مطالعات انجام پذیرفته در طول یک دوره‌ی ۹ ساله (از سال ۱۹۸۲ الی ۱۹۹۰)، کالین ویلدان، نویسنده‌ی گونه‌ی تایپی و ترکیب‌بندی: آیا شما ارتباط برقرار می‌کنید و یا صرفاً شکل و شـمایل زیبا خلق می‌کنید؟ (۲۰۰۵)، دریافت که خوانندگان در ادراک نمودن متون چاپ شـده در قالب یک فونت serif یا زائده‌دار (به عنوان نمونه Times New Roman و Garamond)، بیش از پنج برابر موفق‌تر از متون چاپ شده در قالب فونت sans serif یا بدون زائده (به عنوان مثال؛ Arial و Helvetica) بوده‌اند.

زائده دقیقاً به چه معنا اسـت؟ زائده عبارت اسـت از یک سرکش تمام کننده‌ی کوچک که در انتهاهای حروف متعلق به تمام گونه‌های تایپی که تحت عنوان فونت‌های serif یا زائده‌دار طبقه‌بندی می‌شـوند، قابل مشـاهده هستند. یکی از حروفی که زائده‌ها به آسان‌ترین شـکل در آن‌ها قابل مشـاهده می‌باشند، حرف بزرگ T اسـت. یک T بزرگ، در قالب یک فونت زائده‌دار، نمایش‌دهنده‌ی یک سرکش کوچک عمودی رو به پایین در هر دو سوی خط متقاطع اصلی بالایی و یک سرکش افقی کوچک در هر دو جنب خط پایه‌ای مستقیم عمودی خود می‌باشد. یک T بزرگ متعلق به فونت‌های sans serif یا بدون زائده، دارای دو خط خواهد بود: یک خط عمودی سرپوش شده با یک خط افقی کوتاه‌تر بر بالای آن ـ بدون هیچ‌گونه پیرایه و سرکش‌های کوچک و تمیز و پاکیزه (شکل (۷،۱)).

اگر شـما از متداول‌ترین برنامه‌ی واژه‌پرداز، یعنی Microsoft Word بر روی رایانه‌ی خودتان اسـتفاده می‌کنید، این تمرین را امتحان کنید: در حالی که Caps Lock را فعال نموده‌اید، حروف الفبا را به صورتی‌که یک فاصله‌ی منفرد در میان هر دو حرف وجود داشته باشد، در یک پاراگراف تایپ کنید. سـپس، دکمه‌ی Enter یا Return را فشـار داده و همین کار را مجدداً تکرار کنید (و یا این که می‌توانید کلید چپ موس خود را سـه مرتبه کلیک کنید تا پاراگراف به صورت هایلایت انتخاب شـود، Control-C را به منظور کپی نمودن آن فشـار داده و سـپس نشـانگر خود را در پارگراف بعدی قرار داده و Control-V را جهت فراخوانی و درج نمودن مجدد همان پاراگراف فشار دهید). سپس پاراگراف نخست را انتخاب نموده و در جعبه‌ی کشویی بازشونده رو به پایینی که به شما اجازه می‌دهد تا یک طرح حـروف تایپـی برگزینید، Times New Roman را انتخاب کنید. در پاراگـراف بعدی‌تان نیز تمام متن را مجدداً انتخاب نموده، ولی این بار، قالب Arial را برای آن‌ها انتخاب کنید.

هـر حـرف را به طـرز دقیقی مد نظر قرار دهید و تفاوت‌های موجود را در هر کدام مشـاهده کنید. توجه کنیـد که تمام حروف دارای کشـیدگی عمودی (مثلاً؛ D، E، F، H، K، L، M و N) در قالب Times New Roman، دارای سـرکش‌های کوچک تمام کننده در بخش تحتانی خطوط می‌باشـند. اکنون، همین حروف را با متناظرهای آن‌ها در قالب Arial مقایسـه کنید. مشاهده خواهید کرد که هیچ‌گونه سـرکش تمام کننده در این حروف موجود نمی‌باشـند. آن‌ها حروف بدون زائده و یا فاقد سـرکش تمام کننده اضافی نامیده می‌شـوند (در زبان فرانسه، sans ایفادگر معنای فقدان و نداشتن چیزی می‌باشد). تمام طرح حروف‌های تایپی می‌توانند به صورتی کلی در قالب

گونه‌های زائده‌دار و بدون زائده طبقه‌بندی شوند.

اســتفاده از فونت‌هــای زائده‌دار برای بخش عمده‌ای از یک قطعه متن مکتوب، ارجح می‌باشــد، با ایــن حال فونت‌های بدون زائده برای ســرعنوان‌ها و زیرعنوان‌ها بهتر هســتند، مگر آن که متن به صورتی خاص خیلی کوتاه باشــد (ســینگر، ۲۰۰۲). هر فونتی که حروف سبک‌دار شده را به کار بگیرد. می‌بایستی مورد احتراز قرار گیرد زیرا که می‌تواند منتج به منقطع و مختل شدن جریان خواندن شده و دریافت پیام مورد نظر را برای بیماران‌تان دشــوارتر نماید. به عنوان نمونه خواندن قطعات طولانی از متنی که با حروف ایتالیک نوشــته شــده باشــند، به طرزی مشخص، کاری دشوار محسوب می‌شــود. مطالب چاپی فارغ از این موضوع که چه فونتی را برای آن‌ها انتخاب نموده‌اید، نباید دارای بیش از دو سبک نگارشی در هر صفحه باشند (مایر، ۲۰۰۳).

متن خود را با اســتفاده از حروف کوچک و بزرگ و بهره‌گیری از عرف معمول بزرگ‌نویســی ابتدای هر جمله و همچنین بزرگ‌نویســی اسامی خاص و مخففهای واژگان (مثلاً؛ AIDS و NIH) به نگارش درآورید. هرگز تمام حروف متن را به منظور تاکید بر آن‌ها، بزرگ-نویسی نکنید. مطالعات ویلدان (۲۰۰۵)، نشانگر آن بوده‌اند که ۹۳ درصد از افرادی که متنی تماماً نوشته شده با حروف بزرگ در اختیار آن‌ها گذاشــته شــده اســت، قایل به دشوار و غیر راحت بودن متن جهت مطالعه بوده‌اند. اگر خواســتار تاکید گذاشتن بر بخشی از متن خودتان هســتید، از bolding (یا پر رنگ‌ســازی) و یا underlining (یا خط کشیدن زیر کلمات) برای واژه و یا عبارت مورد نظر استفاده کنید. ولی بسیار مقتصدانه و محتاطانه از این فنون تاکیدگذاری استفاده کنید و نه برای فرازهای طولانی.

انــدازه‌ی متن نیز حایز اهمیت می‌باشــد. بیماران نبایــد در ادراک حروف مندرج در مطالب مکتوب‌تان دچار تنش و دشــواری گردند. اندازه‌ی متن به ویژه زمانی اهمیتی بیشتر می‌یابد که مخاطبان مورد نظر شما در برگیرنده‌ی بیماران سالمندتر و افرادی با سواد سلامت پایین باشند. به عنوان نمونه فانوس دریایی بین‌المللی (Lighthouse International)، به منزله‌ی یک منبع جهانی در ارتباط با نقصان و اختلال در بینایی، پیشــنهاد می‌نماید که متن نوشــته شده برای افراد سالمندتر و دچار اختلال بینایی، می‌بایستی حداقل از شماره‌ی ۱۶ باشــد (آردیتی، ۲۰۰۵). برای غالب مخاطبان، فونت شــماره‌ی ۱۲ الی ۱۴ کفایت کننده می‌باشد (مایر، ۲۰۰۳). شاید شما به دلیل محدودیت‌های فضایی و هزینه‌ای، قادر به پرداختن به موضوعی تجملاتی نظیر طراحی مطالب با متنی به این بزرگی نباشید. ولی شما می‌توانید از طریق تلاش در جهت بزرگ اندازه نگاه داشــتن متن تا حد ممکن، قابلیت خواندن تمام مطالب مکتوب‌تان را بهینه‌ســازی کنید.

یک مســاله‌ی چاپی دیگر که با اندازه‌ی متن دســت در دســت و همراه می‌باشــد، leading (هدایتگری سربی) و یا میزان فضای موجود در میان خطوط اســت. اصطلاح هدایتگری ســربی (leading)، از روزهای نخستین تنظیمات ابتدایی تایپ دستی ریشه می‌گیرد، یعنی همان زمانی‌که تایپ قابل انتقال به وســیله‌ی دســت هدایت و فاصله‌ی میان خطوط به واســطه‌ی نوارهای باریکی از جنس سرب ایجاد می‌گردد. مطالعات ویلدان، نشانگر آن بوده که ترکیب ارجح اندازه‌ی تایپ و هدایتگری، تایپ ۱۱ نقطه‌ای (شماره‌ی ۱۱) بر روی فاصله-گذاری خطی ۱۳ نقطه‌ای (شــماره‌ی ۱۳) اســت (ویلدان، ۲۰۰۵). با این حال، این ترکیب به آنچه که شما می‌بایستی بر مبنای اندازه‌ی قطعه‌ی تمام شده مد نظر خودتان، اندازه و گونه‌ی گرافیک مورد استفاده بر روی صفحه‌تان و انتخاب فونت‌تان آزمایش و تجربه کنید، وابســته می‌باشــد. اگر دچار تردید بودید، محافظه‌کارانه‌تر این خواهد بود که خطاهاتان را به ســمت متن بزرگ‌اندازه‌تر و فاصله‌گذاری سخاوتمندانه‌تر بین خطوط سوق دهید.

چند قاعده در ارتباط با متن و رنگ وجود دارند که به خاطر سپردن آن‌ها خالی از فایده نمی‌باشد. مطالعات ویلدان، این‌گونه به ارزیابی میزان ادراک خوانندگان می‌پردازد که از آن‌ها خواســته می‌شــد تا متنی را که در معرض چندین گونه پرداخت‌های گرافیکی متفاوت قرار گرفته، مطالعه نمایند. زمانی که متن چاپ شــده به رنگ‌های روشــن به جای متن ســیاه‌رنگ (که هم‌اکنون در حال مطالعه‌ی آن می‌باشید) به خوانندگان داده شد، ۸۱ درصد از افراد نشانگر ادراکات ضعیفی در رابطه با موضوع بودند. دلایل این امر تا حدی گوناگون هستند، ولی در مجموع در برگیرنده‌ی موضوعاتی نظیر ناتوانی در جهت تمرکز نمودن، درهم رفتن و ممزوج شدن ظاهری خطوط متن، و مشــکلاتی در ارتباط با تقابل یا کنتراســت کافی در میان متن و کاغذ، به هنگام اســتفاده از برخی ترکیبات مشخص می‌باشند. برخی

از خوانندگان، قایل به این بودند که متن رنگی را به متن سیاه‌رنگ ترجیح می‌داده‌اند، ولی زمانی‌که این گروه مورد آزمون‌گری حقیقی قرار گرفتند، نشانگر ادراکات به مراتب پایین‌تری بودند (ویلدان، ۲۰۰۵).

اگر ادراک نمودن متن رنگی کاری دشـوار محسـوب گردد، آنگاه بدیهی خواهد بود که متن قرینه نیز به مراتب از آن مشکل‌زاتر خواهد بود. زمانی‌که متونی به خوانندگان ارایه گردیدند که در گونه‌ای قرینه تنظیم شـده بودند (به معنای اسـتفاده از متن تایپی سـفید رنگ در پس‌زمینه‌ی سـیاه‌رنگ که در نقطه‌ی مقابل اسـتفاده از متن استاندارد سیاه‌رنگ در پس‌زمینه‌ی سفید، یعنی مشابه با همین متنی که هم‌اکنون در حال خواندن آن هسـتید، می‌باشـد)، ۸۸ درصد از پاسخ‌دهندگان نشـانگر ادراکاتی ضعیف بودند. دلایل این موضوع تا حد زیادی مشـهود می‌باشـند، با این حال آخرین‌باری را تصور کنید که به یک نگاتیو عکاسی نگاه کرده‌اید (آیتمی که در عصر عکاسی دیجیتالی، به سـرعت در حال تبدیل شـدن به یکی از ابزارهای تصنعی می‌باشـد). آیا واقعاً تشـخیص دادن و بازشناسـی نمودن تمام عناصری که در حالت نرمال قادر به تمیزشـان در یک عکس پوزیتیو هسـتید، دشـوار بوده است؟ دلیل این موضوع آن است که توانایی شما در مرتبط ساختن این تصویر با تصاویری که با آن‌ها آشنایی دارید، به واسطه‌ی معکوس شدن انتظارات، مورد ممانعت واقع می‌شود. ما در اکثریت قریب به اتفاق زمان‌ها شـاهد تایپ سـیاه‌رنگ در پس‌زمینه سـفید بوده‌ایم و نتیجتاً، این همان چیزی اسـت که انتظار مشـاهده‌اش را داریم. این یک نرم یا هنجار محسـوب می‌شود؛ هر چیز جدید و متفاوتی مستلزم توجهات ما در جهت تطبیق یافتن آن ارایه‌گری جدید با انتظارات‌مان می‌باشـد. به عبارت دیگر، معکوس سـاختن انتظارات، تمرکز ما را از میان می‌برد و در عمل خواندن ما، اگرچه به صورتی مقطعی و موقتی، اختلال ایجاد خواهد نمود. این مسـاله ما را به همان نقطه‌ای می‌رسـاند که در جزییاتی بیشـتر در فصل آتی در ارتباط با ترکیب‌بندی تحت پوشـش قرار داده خواهد شـد: فرآیند طراحی مطالب آموزشی برای بیماران‌تان، زمان آزمودن تاکتیک‌های جدید و شـگردهای طراحی مدرن نیسـت. بهتر آن اسـت که در این مسیر از همان شیوه‌های صحیح آزموده شده در قبل که برآورده کننده‌ی انتظارات خوانندگان‌تان باشند، استفاده کنید. از این طریق، با احتمال بالاتری متمایل به متمرکز باقی نگاه داشتن مخاطبان (و ادراک آن‌ها) در ارتباط با پیام مد نظرتان خواهید بود.

حجم کل متن در یک صفحه نباید آنقدر زیاد باشد که برای مخاطب مورد نظر ما دشوار باشد. ما این موضوع را در داستان داناوان لاول که این فصل را با آن آغاز نمودیم نیز مشاهده نمودیم. مقاله‌ی مرتبط با دیابتی که وی در تقلای خواندن‌اش بود، به چیزی هراس‌آور و تهدید کننده تبدیل شده بود و موجب آن گشته بود تا وی تمرکز و توجه‌اش را از دست بدهد. وجود حجم بیش از اندازه‌ای از متن بر روی یک صفحه، یافتن نکات حایز اهمیت را برای خوانندگان دشـوار می‌سـازد. این موضوع همچنین این احتمال را بالا خواهد برد که بیماران اساساً از مطالعه‌ی مطالب دست بکشند. حتی آن بیمارانی که چنین متونی را به طور کامل مطالعه می‌نمایند نیز در شناسایی نمودن پیام حایز اهمیت مندرج در آن با مشـکل مواجه خواهند بود. یک قاعده‌ی سرانگشـتی برای این مساله، عدم وجود حجمی بیش از ۵ اینچ حروف تایپی ادامه‌دار به صورت افقی در سراسـر صفحه می‌باشـد (مایر، ۲۰۰۳). سعی کنید تا از فهرست‌های بولد دار شده در جهت کاستن از حجم متن و تاکید نمودن بر مفاهیم و ایده‌های حایز اهمیت استفاده کنید.

ترکیب‌بندی

ترکیب‌بندی به صورت کلی راجع به شـیوه‌ای اسـت که متن و گرافیک‌های مربوطه در قالب یک صفحه چیدمان می‌گردند. این موضوع در برگیرنده‌ی فاصله‌گذاری میان خطوط متنی، ارتباط فضایی میان متن و گرافیک (شـامل سـیر جهتی متن که تحت تاثیر چگونگی حضور گرافیک می‌باشد) و عرض ستون‌های متنی (و این که آیا شما اصلا از ستون‌ها استفاده می‌کنید و یا خیر) می‌باشد. ترکیب‌بندی به واقع، محصول نهایی تصمیماتی است که شما در طول فرآیند "بنا نهادن" یک صفحه اتخاذ می‌کنید.

ترکیب‌بندی همچنین در برگیرنده‌ی تصمیماتی اسـت که خوانندگان شـما می‌بایسـتی در جهت مطالعه اتخاذ نمایند و فرآیند اطلاع-رسـانی‌ای که ارایه می‌کنید نیز می‌باشـد. در مقیاسی بزرگتر، تصمیمات شـما تعیین کننده‌ی این موضوع خواهند بود که هدایتگری، یک کار شهودی آسان خواهد بود و یا امری دشوار و پیچیده. تصمیمات شما همچنین بر درک مطلب نیز تاثیرگذار هستند یعنی دلیل

مبنایی‌ای که مطالب آموزشی شما برای بیماران‌تان اساساً به آن دلیل موجودیت پیدا کرده‌اند.

در قالب فرهنگ غربی که ما با اســتفاده از الفبای لاتین‌محور به قرائت زبانی می‌پردازیم، در جهت خواندن الفبا در الگویی خاص و در ســمتی مشــخص آموزش و عادت داده می‌شــویم: در طول صفحه از چپ به راست، سپس به ســمت پایین و به خط بعدی و مجدداً از چپ به راست. این الگو، مدلی شهودی و طبیعی برای خوانندگان بالقوه قرار گرفته در هر سطح مهارتی محسوب می‌گردد. ولی چنانچه طراحــان از ایــن قاعده‌ی پایه‌ای که ویلــدان (۲۰۰۵) آن را "گرانش خواندن" نام می‌دهد، تخطی نماینــد، خوانندگان خودمان را وادار می‌ســازیم تا شــروع به اتخاذ تصمیماتی ارادی نمایند که در شرایط نرمال و معمول نیازمند اتخاذ آن‌ها نمی‌باشند. این موضوع می‌تواند از تلاش‌های نرمال متمرکز کاسته و موجب صدمه وارد شدن به ادراک گردد. بنابراین ما نیازمند مد نظر قرار دادن برخی قواعد پایه در زمینه سیر جریان‌یابی متن، حرکت چشم‌ها و شیوه‌ی مورد نظر خودمان در ارتباط با نحوه‌ی پیگیری متن از سوی خوانندگان می‌باشیم. به صورت کلی، خوانندگان در برخورد با یک صفحه تماماً پر شــده با متن ســاده و ســلیس، غیر منقطع، برنامه‌ریزی نشده و تک‌ستون، خواندن را از گوشــه‌ی ســمت چپ بالای صفحه شــروع کرده، به پایین رفتن در صفحه پرداخته و کارشــان را تا انتهای صفحه با شروع نمودن از کناره‌ی چپ متن در هر خط ادامه خواهند داد. سپس، آن‌ها پس از خواندن خط به حاشیه کناری سمت چپ بازگشته تا خط بعدی را در زیر آن دنبال نمایند و به همین ترتیب به کار خود ادامه می‌دهند تا به انتهای صفحه برســند (البته، بدیهی اســت می‌توان چنین نیز فرض نمود که شما به واقع می‌توانید هر کسی را به خواندن چنین قطعه‌ی تحمیلی‌ای از متن ساده وادارید).

این یک خط سیر طبیعی محسوب می‌شود و هر زمان که ما از این الگو تخطی کنیم، اقدام به ایجاد یک مانع و سنگ‌اندازی بر سر راه خوانندگان‌مان نموده‌ایم. در حقیقت ما از آن‌ها درخواست می‌نماییم تا به صورتی چندکاره عمل کرده و یا به کاری غیر از تمرکز نمودن بر روی عملکرد در دست انجام بپردازند (عملکردی که درباره مد نظر ما، مطالعه و ادراک مطالب آموزشی‌مان از سوی بیماران می‌باشد). درخواســت ما از آن‌ها برای تطبیق‌یابی با تصمیمات طراحانه‌ی ضعیف خودمان، منتج به افت در ســطح ادراک آن‌ها خواهد گردید. آیا این موازنه‌ی الاکلنگی در مجموع ارزش انجاماش را دارد؟

ساده نگاه داشتن ترکیب‌بندی متن، در پایه‌ای‌ترین سطح خود، نوعی ابراز احترام به خوانندگان‌مان محسوب می‌گردد. ما از این طریق به نوعی به آن‌ها خواهیم گفت که وقت آن‌ها واجد ارزش می‌باشد، این که ما مشتاق کمک نمودن به آن‌ها در جهت دستیابی به هدف‌شان در ارتباط با مطالعه‌ی اطلاعات برای کســب آگاهی می‌باشــیم و دیگر آن که چنین هدفی، مهمتر از ســایر اهداف محسوب می‌گردد. ما نیز زمانی‌که این هدف را بپذیریم، می‌توانیم به طراحی مطالب آموزشی موثری برای بیماران بپردازیم.

اگر ما در حال پیروی از قواعد پایه‌ای ناظر بر گرانش خواندنی باشیم، کار با عناصر گرافیکی خودمان را در سطحی بسیار نزدیک به بالا آغاز کرده و آن را با یک ســر عنوان کوتاه و آگاهی‌رســاننده دنبال می‌نماییم. متن ما در زیر این ســر عنوان به دنبال خواهد آمد. تنوع-پذیری‌های زیادی در این ترکیب‌بندی موجود می‌باشــند، ولی تا زمانی‌که تمایل طبیعی چشــم به هنگام مطالعه‌ی مطالب (از چپ به راست، سپس، پایین و بازگشت به حاشیه‌ی سمت چپ و آنگاه مجدداً از چپ به راست) را مد نظر نگاه داریم و از این موضوع اطمینان حاصل نماییم که ترکیب مورد اســتفاده برای آمیختن متن و گرافیک، از این شــیوه‌ی حرکت پشتیبانی می‌کند و ما قاعدتاً می‌بایستی در مسیر صحیح قرار داشته باشیم.

مرتب کردن متن در قالب ســتون‌ها، به صورت کلی یک ایده‌ی خوب محســوب می‌شــود. ستون‌ها، ساختاری برای خواننده فراهم می-آورند که در حفظ توجه ذهنی آن‌ها به این موضوع که در حال مطالعه کردن در کجای متن قرار دارند، تســهیل ایجاد می‌نماید. علاوه بر آن، ســتون‌ها از قاعده چپ به راســت تبعیت می‌کنند و شاید مهم‌تر از همه این که "پرش" افقی‌ای را که چشم می‌بایستی از انتهای یک خط به ابتدای خط بعدی نماید، به پرشــی به مراتب کوتاه‌تر تبدیل می‌کنند. این موضوع به خواننده در حفظ موقعیت مکانی خود در حین مطالعه‌ی متن کمک می‌نماید. پیشــنهادات مرتبط با طول خط، از حداکثر ۵ اینچ حروف تایپی در سراســر هر ستون مفروض (مایر، ۲۰۰۳) تا حداقل ۲۰ و حداکثر ۶۰ کاراکتر (ویلدان، ۲۰۰۵) متغیر می‌باشند. کاراکترها به عنوان حروف و فضاهای خالی تعریف گردیده و شامل نشانه‌گذاری‌ها نیز می‌شوند.

ایجاد تورفتگی در خط نخست هر پاراگراف، می‌تواند ایده‌های خوب محسوب شود. این یک شیوه‌ی قالب‌بندی قابل به رسمیت شناسی و پذیرفته به شمار می‌آید و فرصتی را برای نفس تازه کردن، تنظیم مجدد و تجدید قوا جهت پرداختن به مفاهیم و ایده‌های دیگر برای خوانندگان فراهم می‌آورد (بلوک‌بندی مبنایی یک پاراگراف به خوبی نگاشته شده). پاراگراف‌های تو رفته همچنین نوعی وقفه‌ی بصری در ارتباط با متن ایجاد می‌نمایند که موجب کاسته شدن از هراس‌آور و تهدیدآمیز بودن موضوع و فراهم‌آوری فضای سفید خالی بر روی صفحه می‌گردد. آن‌ها همچنین به عنوان ابزارهای راهنمایی کننده نیز عمل می‌نمایند و مکان‌نماها یا راهنماهایی برای یادآوری موقعیتی که خوانندگان در حال مطالعه‌ی متن در آن موقعیت قرار دارند، برای آن‌ها فراهم می‌آورند. در متن‌های طولانی‌تر، زیرعنوان‌ها جهت سازماندهی نمودن متن و آماده‌سازی خواننده برای آنچه که در ادامه در پی خواهد آمد، کمک کننده خواهند بود. زیرعنوان‌ها می‌بایستی کوتاه باشند (تنها چند کلمه بوده و در حالت حداکثری بیش از یک یا دو خط نباشند) و می‌تواند در گونه‌ی تایپی بولد (پر رنگ) چیدمان گردند تا جلب توجه نموده و بتوانند یک وقفه‌ی بصری دیگر و نوعی ابزار کمکی راهنمایی کننده‌ی دیگر به دست دهند. اندازه‌ی حروف تایپی نمی‌بایستی بیش از یک یا دو شماره بزرگ‌تر از متن باشد؛ زیرعنوان‌ها در همان اندازه‌ی متن بدنه اصلی قابل قبول می‌باشند.

مطالعات ویلدان، نشانگر آن بوده که خوانندگان ترجیح می‌دهند تا حروف تایپی در بازه‌ی اندازه‌ای میان ۱۰ الی ۱۴ تنظیم گردند. حداقل یک و ترجیحاً دو شماره فاصله‌گذاری خطی می‌بایستی مورد استفاده قرار گیرد (ویلدان، ۲۰۰۵). گرچه که ویلدان، این موضوع را به رسمیت می‌شناسد که طرح حروف تایپی مختلف، در قالب یک شماره اندازه، دارای سایزهای متنوعی می‌باشند، ولی با این حال انتخاب اکید وی (۹۸ درصد موارد) در مطالعات‌اش پیرامون اندازه‌ی حروف تایپی و فاصله‌گذاری میان خطوط، اندازه‌ی ۱۱ و با فاصله‌ی خطوط ۱۳ است (اگر خواستار آن هستید تا در برنامه‌ی Microsoft Word، به فاصله‌گذاری مشخصی در بین خطوط دست پیدا کنید، گونه‌ی تایپی خودتان را انتخاب نموده، سپس به فهرست بازشونده به سمت پایین که مرتبط با قالب است (Format dropdown menu) رفته، پاراگراف را انتخاب کرده و آن‌گاه، نوار تو رفتگی و فاصله‌گذاری (Indents and Spacing tab) را انتخاب کنید. در بخش مربوط به فاصله‌گذاری، واژه‌ی Exactly یا «دقیق» را از فهرست بازشونده‌ی مرتبط با فاصله‌گذاری خطی و عدد مشخص مورد نظر خودتان را از فهرست "At:" موجود در کنار آن انتخاب کنید. اندازه‌ی حروف تایپی، از طریق فهرست فونت موجود در زیر بخش فونت، قابل انتخاب می‌باشد.

با این حال، اگر در حال طراحی مطالب آموزشی برای بیماران دچار اختلال بینایی و نه صرفاً کم‌سواد باشید، مجموعه متفاوتی از توصیه‌ها موجود می‌باشد. فانوس دریایی بین‌المللی که یک سازمان خدماتی غیرانتفاعی برای افراد دچار اختلالات بینایی است، منابعی را در ارتباط با طراحی برای افراد دچار اختلال بینایی ارایه می‌نماید. از وب‌سایت آن‌ها به آدرس http://www.lighthouse.org دیدن نموده و واژه‌ی "designing" را در موتور جستجو برای منابع تایپ کنید. اختلافات عمده نسبت به توصیه‌های ناظر بر بیماران کم‌سواد، مشتمل است بر ترجیح گونه تایپی reserved-out (معکوس شده‌ی بیرونی)، سایزهای تایپی بزرگ‌تر از حد معمول و هم‌ترازسازی حداکثری گونه‌ی تایپی راست ناهموار تنظیم شده (ragged right-set type over justified).

یک تصمیم دیگر نیز می‌بایستی در ارتباط با هم‌ترازسازی حروف تایپی اتخاذ گردد. خیر، این به معنای فراهم‌آوری نوعی استدلال برای استفاده از یک گونه حرف الفبایی نیست. هم‌ترازسازی راجع است به تنظیم نمودن سویه‌های چپ و راست ستون‌ها. زمانی‌که هر خط دقیقاً هم‌تراز با حاشیه سمت چپ آغاز شود و به صورتی تصادفی و غیرمشخص در انتهای راست به نحوی تقریبی در ناحیه یکسانی در همان ناحیه خاتمه پیدا کند، این حالت بسته به میزان کوتاهی و یا بلندی آخرین واژه، راست ناهموار (ragged right) نامیده می‌شود (و همچنین تحت عنوان چپ هم‌تراز نیز از آن یاد می‌شود). در نقطه‌ی مقابل، متنی که دقیقاً در سویه‌ی راست ستون هم‌ترازی حاصل کرده باشد، ولی دارای سمت چپ تنظیم و تطبیق یافته‌ای نباشد، چپ ناهموار نامیده می‌شود. متنی که از حاشیه‌ی چپ تا حاشیه‌ی راست دارای طول دقیقاً یکنواختی باشد (فارغ از تو رفتگی سطر اول هر پاراگراف)، متن هم‌تراز نامیده می‌شود.

مطالعات ویلدان، نشانگر آن بوده که استفاده از ترازبندی متنی راست ناهموار و یا چپ ناهموار، ایده‌ی خوبی محسوب نمی‌شود. ادراکات

در سه سطح مورد قضاوت قرار گرفته‌اند: خوب، متوسط و ضعیف. سطوح ادراکی خوب برای گونه‌ی هم‌تراز شده، بالغ بر ۶۷ درصد بود (۱۹ درصد متوسط و ۱۴ درصد ضعیف). زمانی‌که از گونه‌ی راست ناهموار استفاده گردید، ادراک خوب به سطح ۳۸ درصد تنزل پیدا کرد (۲۲ درصد متوسط و ۴۰ درصد ضعیف). زمانی‌که از گونه‌ی چپ ناهموار استفاده شد (که گونه‌ای ناآشنا و کمتر متعارف از هم‌ترازی محسوب می‌شود)، ادراک خوب به پایین‌تر ۱۰ درصد سقوط نمود (۱۸ درصد متوسط، ۷۲ درصد ضعیف؛ ویلدان، ۲۰۰۵). پیام حاصله از این مشاهده واضح است: ستون‌های هم‌تراز شده، مشخصاً نوعی ترکیب‌بندی مطلوب و مناسب محسوب می‌شود.

آیا این موضوع بدان معنا است که ما هرگز نباید گونه‌ی طرح‌بندی خودمان را در سبک دیگری به غیر از گونه‌ی هم‌تراز شده، تنظیم نماییم؟ خیر. در اینجا نیز به مانند بسیاری زمینه‌های دیگر، جزم‌اندیشی و مطلق‌پنداری به صورت کلی، طرح و برنامه‌ی مناسبی محسوب نمی‌گردد. در قالب برخی از برنامه‌های واژه‌پردازی، زمانی‌که از فونت‌های مشخصی استفاده شود، گونه‌ی هم‌تراز شده، منتج به بروز فواصلی بدشکل و غیریکنواخت در میان واژگان و به جا ماندن حفره‌های بزرگ و فاصله‌گذاری غیر برابر در خطوط می‌گردد. در بخش‌های کوتاه‌تر، گونه‌ی راست ناهموار می‌تواند بدون ایجاد تاثیری مخرب مورد استفاده قرار گیرد.

فضای سفید یا خالی

به منظور پذیراتر به نظر رساندن مطالب آموزشی‌تان برای بیماران، بخش زیادی فضای خالی (یعنی سفید و بدون حک شدن هر گونه چاپی بر روی آن) در متن خودتان تحت شمول قرار دهید. نوعی وسوسه در زمینه‌ی گنجاندن اطلاعات تا حد امکان زیاد در فضای قرار گرفته در اختیار شما در جهت کاستن از هزینه‌ها در کار می‌باشد. با این حال، زمینه‌ی مرتبط با مطالب مختص بیماران کم‌سواد، محل مناسبی برای حساسیت نشان دادن نسبت به مقوله‌ی بودجه‌بندی نیست. در حقیقت، هرچه بتوانید از فضای سفید بیشتری استفاده کنید، بهتر خواهد بود. سعی کنید از حاشیه‌های فوق‌عریض و بخش‌های متنی به طرز گسترده‌ای فضابندی شده استفاده کنید.

یک حجم وافر و سخاوت‌مندانه از فضای خالی، موجب می‌گردد تا صفحه، کمتر هراس‌آور و تهدیدکننده به نظر برسد. مطالعه‌ی دو صفحه‌ی متشکل از متون فشرده و متراکم، در ظاهر بسیار دشوارتر از مطالعه‌ی چهار صفحه‌ی متشکل از همان متن که دارای حجم بالایی از فضای سفید باشد، به نظر خواهد رسید. مانع بازدارنده‌ی روانشناسانه‌ی مرتبط با مطلب دوصفحه‌ای متراکم، می‌تواند به قدر کفایت پس‌زننده‌ی خوانندگان از حتی تلاش در جهت اتمام مطالعه‌ی متن باشد.

حجم زیادی از فضای سفید، همچنین اجازه و امکان اعمال تقابلات بیشتری برای عناصر گرافیکی‌تان را نیز فراهم خواهد آورد. این آزمایش ساده را انجام دهید: دو آبنبات پاستیلی سیاه‌رنگ (و یا هر شی سیاه‌رنگ دیگری با همان ابعاد و اندازه‌ها) تهیه کنید. سپس یک قطعه‌ی ۸/۵ اینچی در ۱۱ اینچی از کاغذ یک روزنامه که عمدتاً پوشیده از متن چاپی و فاقد تبلیغات می‌باشد را بریده و جدا کنید. این صفحه را در کنار یک صفحه کاغذ سفید مرغوب مسطح و بی‌خط از همان نوع کاغذی که معمولاً در یک چاپگر لیزری و یا برای یک دستگاه فتوکپی استفاده می‌کنید، قرار دهید.

حال روی هر جای دلخواهی از هر دو ورقه، یک پاستیل سیاه‌رنگ بگذارید. حدود ۳ فوت از آن‌ها فاصله بگیرید. آبنبات پاستیلی بر روی کدام یک مشهودتر و مشخص‌تر قابل رویت می‌باشد؟ آب‌نبات بر روی صفحه‌ی روزنامه همچون یک عنصر گرافیکی در دریای خاکستری رنگ کلمات تایپی گم می‌شود و تضاد کمتری نسبت به متن از خود به نمایش می‌گذارد. ولی آب‌نبات قرار گرفته بر صفحه سفید، بلافاصله توجه شما را به خودش جلب می‌نماید. چرا؟ دلیل این موضوع راجع است به تمام فضای سفید موجود بر روی آن کاغذ. تقابل رنگی موجود در میان آبنبات پاستیلی و فضای سفید، کنتراستی پر قدرت ایجاد می‌نماید و همین کنتراست یا تضاد است که به ما اجازه می‌دهد تا تمایز میان کاغذ سفید و آبنبات را تشخیص دهیم.

این موضوع را به شیوه دیگری مد نظر قرار دهید. اگر تاکنون هر آنچه که خورده‌اید، دونات ژله‌ای بوده باشد، بنابراین تمام آنچه که به واسطه چشایی تجربه نموده‌اید، تنها نوعی حس شیرینی بوده است. شما هیچ‌گونه شناختی در ارتباط با آنچه که شیرینی به واقع هست، نخواهید داشت، زیرا هیچ چیزی را که با آن در تقابل باشد، در اختیار ندارید. اما اگر پس از نوشیدن یک فنجان قهوه‌ی اسپرسوی تلخ،

دونات ژله‌ای شیرین را بخورید، شیرینی آن در تقابل با مزه‌ی تلخ پیشتر چشیده شده، جلوه و جلب توجه بیشتری خواهد یافت. قهوه اسپرسو به شما اجازه می‌دهد تا نوعی قضاوت ارزشی و تمییزدهی مشخص میان این دو طعم انجام دهید. به طور مشابه، تضاد موجود بر روی صفحه نیز به خوانندگان اجازه خواهد داد تا توجه بیشتری نشان دهند و احتمال این موضوع که متوجه عناصر گرافیکی شوند، بالاتر خواهد رفت.

کاغذ

رنـگ و پرداخت کاغذی که برای مطالب مکتوب‌تان انتخاب می‌کنید، حایز اهمیت هســتند. تــلاش کنید تا بالاترین تضاد ممکن بین کاغذ و حروف تایپی‌تان وجود داشــته باشــد. استفاده از حروف سیاه‌رنگ بر روی کاغذ سفید، اســتاندارد مناسبی برای مطالب مکتوب محسوب می‌شود (سانر، ۲۰۰۳). اما درباره پرداخت، استفاده از پرداخت مات (یا مرده)، به صورت کلی برای کاغذ گلاسه ارجح می‌باشد. پرداخت گلاســه می‌تواند نوعی درخشــندگی ایجاد نماید که به ویژه در ارتباط با بیماران سالمندتر، حواس پرت کن و مزاحمت‌زا باشد (سانر، ۲۰۰۳). راد (۲۰۰۵) توصیه می‌کند که از پس‌زمینه تیره و سایه‌دار و یا الگودار استفاده نشود. چاپ نمودن متن‌تان بر روی یک پس‌زمینه دارای سایه و یا الگو، موجب کاهش یافتن میزان تضاد و تخطی از قاعده کلی مربوط به موضوع مقابله با مزاحمت و آشفتگی می‌گردد. تعبیه‌ی حروف تایپی بر روی یک الگو، امری بازدارنده از توجه محســوب می‌شــود که به هنگام تلاش در جهت ارایه‌ی شفاف یک پیام به خوانندگان، اساساً ویژگی مطلوب و مورد درخواست در نظر گرفته نمی‌شود.

کار کردن پیش از موقع با چاپگرتان در هنگام اتخاذ تصمیمات مرتبط با انتخاب نوع کاغذ مورد استفاده، ایده‌ای خوب محسوب می‌شود. به بحث پیرامون این موضوع بپردازید که افراد چگونه قرار اســت مطالب‌تان را مورد اســتفاده قرار دهند، زیرا که مناســب‌ترین اندازه به نحوه‌ی اســتفاده از آن وابســته می‌باشد. آیا قرار اســت در یک کیف دستی نگاه داشته شود و بر مبنایی روزانه مورد استفاده قرار گیرد؟ آیا قرار است به درب یخچال چسبانده شود؟ آیا انتظار دارید که بیمار بر روی آن چیزی یادداشت نماید؟ آیا قابل تا خوردن و نگهداری شدن در کیف جیبی می‌باشد و قرار است به منظور ارجاع، مرتباً بیرون آورده شود؟

پاسخ‌های این قبیل سئوالات، راهنمایی‌هایی را در ارتباط با اندازه و نوع کاغذی که شما در نهایت انتخاب می‌کنید فراهم خواهند کرد. به عنوان نمونه اگر فضایی برای نگارش از ســوی بیماران بر روی این مطلب آموزشــی‌تان ارایه کنید (مثلاً برای یادداشــت نمودن تعداد دفعاتی که داروهاشــان را در آن روز مصرف نموده‌اند، یا برای یادداشــت‌های غذایی و یا فشارخون و یا سطح قند خون‌شان)، می‌بایستی اطمینان حاصل کنید تا کاغذ مورد اســتفاده‌تان بتواند بدون لکه‌دار شــدن، پذیرای نوشــتارهای مدادی و یا خودکاری باشد. در چنین شرایطی، شما مشخصاً نیازمند انتخاب جنسی پوشش نشده و بدون روکش خواهید بود.

اگــر انتظــار داریــد که مطلب چاپی، قابل حمل و ارجاع‌گری دوباره و دوباره باشــد، بنابراین نیازمند چــاپ آن بر روی کاغذی با جنس مقاوم‌تر خواهید بود و می‌توانید اســتفاده از کاغذ روکش شــده را مد نظر قرار دهید. با ناشــر یا چاپچی خود صحبت کرده و از وی یک کاغذ دارای پرداخت کم‌گلاســه‌تر درخواســت کنید که در مقابل درخشــش مقاوم بوده و دارای دوام مناسبی باشد. دانستن این موضوع حایز اهمیت اســت که آیا یک گونه پرداخت‌گری مشــخص، در اثر رطوبت در معرض محوشــدگی، لک‌شدگی، پخش‌شدگی و یا ناخوانا شدن قرار خواهد گرفت و یا این‌که در صورت ریختن مواد غذایی بر روی آن، لکه‌دار خواهد شد.

آیا صفحات قرار است بارها و بارها به صورتی مکرر تا خورده شوند؟ انواع مشخصی از کاغذها در صورت تا خوردن و باز شدن مکرر دچار ترک خواهند شــد و در محل درزها گســیخته خواهند شد. آیا این قطعه‌ی مکتوب می‌بایستی در قالب یک دفترچه یا جزوه تهیه شود؟ اگر چنین اســت تصور کنید که چگونه قرار اســت مورد اســتفاده قرار گیرد. برخی جزوات دفترچه‌ای به گونه‌ای طراحی می‌شوند تا باز شده و طبیعتاً به صورتی تخت درآورده شوند و نهایتاً این خصیصه مراجعه به آن‌ها را در صورتی‌که دست‌هاتان پر باشند، تسهیل نماید (به عنوان نمونه اگر مطلب در دســت تهیه قرار اســت دستورالعمل‌هایی در خصوص چگونگی انجام کاری نظیر تزریق آمپول به خودتان که نیازمند استفاده از هر دو دست می‌باشد را ارایه نماید). برخی دیگر از گونه‌ها، متمایل به بسته شدن می‌باشند و نیازمند آن هستند

تا کاربر آن‌ها را تا زده و یا برای باز نگاه داشـــتن آن چیزی را بر روی هر صفحه قرار دهد. انتخاب نوع صحیحی از صحافی و یا شـــیوه‌ی مناسبی برای نگاه داشتن تمام صفحات در کنار یکدیگر، می‌تواند در این ارتباط کمک کننده باشد. صحافی شانه‌ای و یا حلقه‌ای می‌تواند اجازه و امکان تخت‌شـــدگی را برای صفحات فراهم آورد. یک شـــیوه‌ی اقتصادی و باصرفه در صحافی، اســـتفاده از یک گیره‌ی منگنه‌ای ســـاده اســـت. چنانچه صفحات بزرگ کاغذ در وسط تا خورده و به منظور نگاه داشته شدن در کنار یکدیگر، در امتداد تاخوردگی منگنه شوند، به آن دوخت بخیه‌ای (و یا به صورتی متداول‌تر؛ دوخت زینی) گفته می‌شود.

شـــیوه‌ای که قرار اســـت قطعه آموزشی از آن طریق توزیع، استفاده، نگهداری و ذخیره‌سازی شـــود را مدنظر قرار دهید و تصمیمات‌تان را در همراهی با چاپگر خودتان بر مبنای این اطلاعات اتخاذ کنید. در صورت امکان از بیماران ســـئوال کنید که آن‌ها چگونه از چنین مطالبی استفاده خواهند نمود و یا چگونه از چنین مطالب مشابهی در قبل استفاده کرده‌اند. شما می‌توانید از تجربیات آن‌ها به منزله‌ی راهنما برای اتخاذ تصمیمات‌تان استفاده کنید.

گرافیک

جداول، نمودارها، عکس‌ها و شـــکل‌ها می‌توانند در تســـهیل ادراک اطلاعات پیچیده، کمک کننده باشند. هرگونه کار گرافیکی که شما در مطالب مکتوب خودتان، آن‌ها را تحت شـــمول قرار می‌دهید، می‌بایســـتی تکمیل کننده‌ی متن شـــما باشند. باید برای خوانندگان به نحو دقیق و مشـــخصی واضح باشـــد که یک ترسیم خاص در پی به نمایش گذاشتن چه چیزی است. اگر شما در ارتباط با آنچه که قرار است در قالب یک توصیف ترسیمی معین مشاهده کنید، مطمئن نباشید، این توصیف جواب‌گو نخواهد بود. به صورت ایده‌آل، ترسیمات مورد اســـتفاده قرار گرفته در مطالب مورد نظر برای بیماران کم‌ســـواد، می‌بایســـتی به شکل طراحی‌های خطی ساده باشند. این گونه از طراحی به چنین بیمارانی اجازه می‌دهد تا بر اطلاعات حایز اهمیتی تمرکز نمایند که ترســـیمات در صدد انتقال آن‌ها می‌باشـــند. متون و ترســـیمات ارایه شـــده در قالب شـــکل‌های (۷،۲) و (۷،۳)، بر اساس کتاب آســـان‌خوان زمانی‌که کودک‌تان مریض شود، چه باید کرد (۲۰۰۱) متعلق به انستیتیو ارتقای مراقبت از سلامت (IHA) بازتولید گردیده‌اند و این شیوه‌ی عمل را با استفاده از طراحی‌های خطی ســـاده‌ای که تقویت کننده‌ی پیام‌های نوشـــته شـــده در سطح ســـواد خواندن پایه پنجم و یا پایین‌تر هستند، به صورت مثالی توصیف و منتقل می‌نمایند (مایر و کوکلیروس، ۲۰۰۱).

زمانی ترســـیمات دارای بیشـــترین موفقیت خواهند بود که با تجربیات مخاطبان هدف‌گذاری شده در تطابق و هماهنگی باشند. به گفته ســـانر (۲۰۰۳)، عکس‌ها می‌بایســـتی افرادی را به تصویر بکشند که به ظاهر دارای سنینی حدوداً هم‌سان با مخاطبان مورد نظر باشند و نوع مشابهی از لباس را در مقایسه با مخاطبان مورد نظر به تن داشته باشند. از این موضوع اطمینان حاصل کنید که نسخه‌های اصلی به خوبی نوردهی شـــده و دارای تقابل و کنتراســـت مناسبی باشند. آن‌ها می‌بایســـتی به صورتی واضح و شفاف نشانگر مفهوم مورد نظر جهت تشریح بوده و عاری از جزییات غیرلازم باشند. اگر از عکس‌ها استفاده می‌کنید، اطمینان حاصل کنید که چگونگی به نظر رسیده شدن آن‌ها در نسخه چاپی نهایی را مورد برآورد و ارزیابی قرار داده‌اید. اگر اقدام به فتوکپی کردن این نسخه کنید، عکس‌ها متمایل به کدر شدن می‌شوند به سختی قابل رویت خواهند بود.

آراکلی روزالس، رییس شـــرکت زبان و فرهنگ ســـلیس و مدیر پیشـــین پروژه‌ی ســـلامت لاتین‌تبارها، در خلال ســـخنرانی خودش در کنفرانس ســـالانه‌ی میزبانی شـــده از سوی IHA در می ســـال ۲۰۰۵، مثالی فوق‌العاده در ارتباط با درجه‌ی اهمیت ترسیمات و تصاویر، ارایه نموده اســـت. وی چنین اظهار داشـــته که در طول تهیه‌ی یک قطعه کار آموزشـــی برای زنان نجات یافته از بیماری سرطان، یعنی؛ Celecramos elMa˜nana: Latinas que Sobreviven el Cancer del Seno ("ما فردا را جشن می‌گیریم: زنان لاتین‌تبار در حال زیست بر ورای ســـرطان ســـینه")، چگونه اطلاعات حاصله از گروه‌های متمرکز، منتج به مورد باز طراحی واقع شـــدن ســـه‌باره‌ی روی جلد این مطلب گردیده است. وی توضیح داد که مساله عبارت از آن بوده که زنان خواستار مشاهده‌ی عکس‌هایی بوده‌اند که افراد مهم حاضر در زندگی‌شان (به ویژه مردان زندگی‌شان) که در نسخه‌های اولیه از روی جلد مطلب کنار گذاشته شده بودند را تحت شمول قرار دهند. به

عبارت دیگر، این زنان خواستار آن بوده‌اند که عکس‌ها به نحو دقیق‌تری اقدام به تصویر نمودن آن‌ها و تجربیات‌شان در زمینه‌ی سرطان سینه و از جمله حمایت و پشتیبانی‌های دریافت داشته از سوی خانواده‌هاشان نمایند (روزالس، ۲۰۰۵).

- در طول روز هر چهار ساعت یکبار، دمای بدن کودک خودتان را کنترل کنید. اگر کودک نشانگر حالات و یا کنش‌هایی مبنی بر بیمار بودن می‌باشد، این کنترل‌ها را بیشتر انجام دهید.
- اگـر کودک‌تـان بهانه‌گیری می‌کند و یا از خوردن و نوشـیدن امتناع مـی‌ورزد، چنانچه تب (دهانـی) وی بالاتر از ۱۰۱ درجه‌ی فارنهایت بود، هر ۴ الی ۶ ساعت به او تایلنول (Tylenol) بدهید. برچسب موجود بر روی دارو را مطالعه کنید تا متوجه شوید که چه میزان دارو را می‌بایستی به کودک بدهید و یا از پزشک و یا پرستار خودتان سئوال کنید.
- **به افراد کوچک‌تر از ۲۱ سال آسپیرین ندهید**. آسپیرین می‌تواند کودک را به شدت بیمار نماید.
- ۳۰ دقیقه پس از دادن تایلنول به کودک‌تان، دمای بدن وی را اندازه‌گیری کنید. اگر تب همچنان بالاتر از ۱۰۲ درجه (دهانی) و یا ۱۰۳ درجه (مقعدی) بود، کودک‌تان را با اسفنج مرطوب به آب ولرم شستشو دهید.
- کودک‌تان را این گونه با اسـفنج شستشـو دهید. کودک را در عمقی حدود سه اینچ آب ولرم قرار داده و او را به مدت ۱۰ الی ۱۵ دقیقه با اسـتفاده از لیف شستشو دهید. اگر کودک شـروع به لرز کردن نمود، شستشو را متوقف کنید. لرز کردن موجب افزایش تب خواهد شد.

- در آب مورد استفاده برای استحمام کودک هیچ‌گونه الکل مالشی جهت پاکسازی نریزید.

در چه صورتی با دکتر و یا پرستار تماس بگیرم؟

- اگر کودک شما کوچکتر از دوماه بوده و دارای تبی با درجه‌ی ۱۰۰/۲ درجه‌ی فارنهایت (مقعدی) و یا بالاتر باشد.
- اگر کودک‌تان دو الی شش ماه بوده و دارای تبی با درجه‌ی ۱۰۱ درجه‌ی فارنهایت (مقعدی) و یا بالاتر باشد.
- اگر کودک‌تان بزرگتر از شش ماه بوده و دارای تبی با درجه‌ی ۱۰۳ درجه‌ی فارنهایت (مقعدی) و یا بالاتر باشد.

احیای قلبی ریوی

برای یک شیرخوار (زیر یک سال) چه می‌توانم انجام دهم؟

۱. سعی کنید کودک را بیدار کنید. اگر کودک بیدار نشد، برای کمک فریاد بزنید. به کسی بگویید با اورژانس تماس بگیرد.

۲. کودک را روی جایی سخت نظیر کف خانه و یا روی میز بخوابانید. بچه را بر روی پشت وی بر این سطح قرار دهید.

۳. سر کودک را از طریق بالا آوردن چانه با یک دست و فشار دادن پیشانی با دست دیگر، به عقب برانید. دهان کودک را نبندید.

۴. به سینه کودک نگاه کرده تا مشاهده کنید که آیا در حال جنبش می‌باشد. به صدای ورود و خروج هوا گوش دهید. گونه خود را نزدیک دهان کودک قرار دهید تا ببینید آیا جریان هوایی را بر روی گونه خود احساس می‌کنید.

۵. اگر کودک نفس نمی‌کشید، شروع به تنفس دهان به دهان کنید. دهان‌تان را باز نموده و نفسی به درون بکشید. بینی و دهان کودک را با دهان خود پوشش داده و نوعی هوابندی کامل ایجاد کنید.

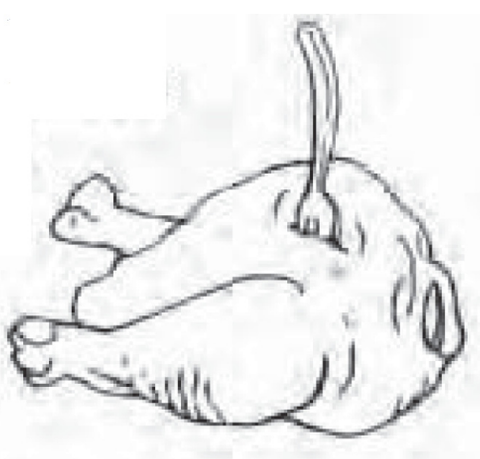
۶. دو تنفــس آرام بــه درون دهان کودک بدمید. این نفس‌ها می‌بایســتی ۱/۵ تا ۲ ثانیه طول بکشــند. در میان تنفس دادن به کودک، خودتان نیز هوا تنفس کنید. به سینه‌ی کودک نگاه کنید تا ببینید آیا بالا و پایین می‌رود. سر کودک را در حالی‌که دهانش باز می‌باشد در همان حالت متمایل به عقب نگاه دارید.

تمام نمودارها و یا جداول تحت شمول قرار داده شده در مطالب تهیه گردیده برای استفاده‌ی بیماران، می‌بایستی ساده و به سهولت قابل ادراک باشــند. نمودارها و جداولی که ممکن اســت در یک ارایه‌گری و سخنرانی تخصصی از آن‌ها استفاده کنید، برای جمعیت بیماران مناسبتی ندارند (سانر، ۲۰۰۳). شکل‌های (۴ـ۷) و (۵ـ۷) که از وب‌سایت انستیتیوی ملی سرطان (۲۰۰۳) اخذ شده و بازنمود دهنده‌ی استفاده‌ی موثر از ترسیمات و همراه‌ی نمودن با متن می‌باشند را ملاحظه کنید.

گوشــت قرمز خام، گوشــت پرندگان خام، غذاهای دریایی خام و تخم‌های خام می‌توانند موجب بیماری شما شوند. آن‌ها را تا زمانی‌که خوب به عمل آورده شوند، بپزید.

- گوشت قرمز پخته شده می‌بایستی در بخش میانی قهوه‌ای به نظر برسد.

- مرغ پخته شــده را با یک چنگال فشــار دهید. عصاره‌ی بیرون‌زده شده می‌بایستی شفاف به نظر برسد و نه صورتی رنگ.



- یک چنگال را به درون ماهی فرو کنید. ماهی میبایستی پوسته پوسته شود.

- سفیده و زرده‌ی تخم‌مرغ پخته شده می‌بایستی سفت و به هم پیوسته باشند و شل و روان نباشند.

شکل (۴ـ۷) ـ "سالم نگاه داشتن غذاهای‌تان". این ترسیم گرافیکی نمایش دهنده‌ی چندین توصیف بصری دوست‌دار خواننده از نوع مورد بحث قرار گرفته در فصل هفتم می‌باشد. منبع: انستیتیوی ملی سرطان (NCI). سال ۱۹۹۴، شفاف و ساده: تهیه‌ی مطالب موثر برای خوانندگان کم‌سواد. واشینگتن دی. سی.: دفتر چاپ دولتی ایالات متحده.

چه گونه تصویری را می‌بایستی در قالب متن خود مورد استفاده قرار دهید؟ تصویر باید تکمیل کننده بوده و در جهت تشریح متن اصلی کمک کننده باشد؛ تصاویری که به این طریق مورد استفاده قرار گیرند، یادگیری را بهبود خواهند داد. تصاویری که صرفاً در ماهیت خود تزیینی هستند (یعنی از لحاظ مشاهده‌ای خوشایند هستند ولی دارای ارتباطی اندکی و یا اساساً هیچ‌گونه ارتباطی با متن اصلی نیستند)، هیچ کاری در مسیر ارتقای یادگیری انجام نمی‌دهند و می‌بایستی مورد احتراز قرار گیرند (کارنی و لوین، ۲۰۰۲). متاسفانه برخی طراحان نوپا، به منظور آراسته‌سازی صفحات‌شان و یا از نظر خودشان، جذاب‌تر ساختن ظاهر مطالب‌شان، به این قبیل عناصر تزیینی و آرایشی توجه نشان می‌دهند. این قبیل تلاش‌ها ندرتاً قادر به کسب موفقیت خواهند بود.

دوک و همکاران (۱۹۹۶)، بر علیه استفاده از تصاویر سبک‌دار و یا انتزاعی که مستلزم استنباط‌گری و جهش‌های منطقی برای خوانندگان می‌باشند، هشدار می‌دهند. آن‌ها خاطرنشان می‌سازند که خوانندگان دارای مهارت‌های سواد پایین، بیشتر متمایل به تحت‌اللفظی برخورد کردن در زمینه‌ی تفسیرات عناصر گرافیکی هستند. این نویسندگان، مثالی در ارتباط با گرافیک استفاده شده در یک مطلب آموزشی در زمینه‌ی بیماری دیابت که نشانگر تحویل "انرژی" به وسیله‌ی یک کامیون به سلول‌های بدن می‌باشد، ارایه می‌نمایند. آن‌ها هشدار می‌دهند که این تصویرسازی ذهنی، احتمالاً در خوانندگان کم‌توان، محکوم به شکست می‌باشد، زیرا مستلزم برخی مانورهای منطقی در جهت به هم پیوستن مفهوم تحویل انرژی (در قالب محموله‌ی یک کامیون) به فرآیند جسمی (انرژی در جریان خون) است. اگر این ارتباط برقرار نشود، نتیجه‌ی مدنظر قرار گرفته برای استفاده از این گرافیک، از دست خواهد رفت و تنها پریشانی و سردرگرمی به خواننده تحویل خواهد گردید.

شکل (۵ـ۷) ـ "چگونه از کودک خود پیش از تولد مراقبت کنیم". منبع: انستیتیوی ملی سرطان (NCI)، ۱۹۹۴، شفاف و ساده: تهیه مطالب موثر برای خوانندگان کم‌سواد. واشینگتن دی. سی.: دفتر انتشارات دولتی.

مطابق نظر دوک و همکاران (۱۹۹۶)، گرافیک می‌بایستی محرک بوده و در قطعات قابل استفاده تحویل گردد. مجدداً لازم به ذکر است که مطالب آموزشی در دست تهیه و توسعه برای بیماران، نباید در جهت انباشتن تمام اطلاعاتی که آن‌ها خواستار انتقالش در قالب یک صفحه می‌باشند، تلاش نمایند. خردسازی اطلاعات به قطعه‌های اطلاعاتی قابل دستیابی‌تر و "قابل هضم‌تر"، با احتمال بیشتری متمایل به نتیجه‌دهی موفق خواهد بود. اگر شما در حال تلاش در جهت تعلیم یک رویه و یا فرآیند نظیر چگونگی مصرف یک دارو هستید، از گرافیک به منظور داستان‌گویی استفاده کنید. فوتو رمان‌های مورد بحث قرار گرفته در فصل نهم، شیوه‌هایی مناسب برای ارایه‌ی این قبیل اطلاعات محسوب می‌شوند. ترسیمات خطی ساده‌ی نشان‌دهنده‌ی یک عملکرد (نظیر مصرف یک قرص در زمان‌هایی مشخص در طول روز) می‌توانند در قالبی خطی ارایه شوند.

به عنوان نمونه اگر شما خواستار آن باشید که اقدام به ارایه‌ی دستورالعمل‌هایی جهت مصرف سه‌باره‌ی یک قرص در روز در همراهی با وعده‌های غذایی و یک‌بار به هنگام رفتن به رختخواب در همراهی با یک میان وعده کنید، یک طراحی خطی چهاربخشی قابل استفاده خواهد بود. در بخش نخست فردی را نشان دهید که در حال بلع قرص می‌باشد. پیام مورد نظر را از طریق نشان دادن یک وعده‌ی غذایی در مقابل شخص، یک ساعت بر روی دیوار که نشان‌گر ۹ صبح باشد و یک خورشید در سمت چپ، تقویت کنید. ترسیم بعدی، نشان‌گر همان چیزها می‌باشد، تنها با این تفاوت که اکنون ساعت نمایش دهنده ساعت یک بوده و خورشید در میانه‌ی آسمان واقع شده است. توصیف ترسیمی سوم، همان عناصر اصلی یعنی شخص در حال مصرف قرص و وعده غذایی بر روی میز را تکرار می‌نماید، ولی با این تفاوت که ساعت، نشان‌گر ۵ بوده و خورشید در سمت راست و نزدیک به غروب کردن می‌باشد. ترسیم آخر، نمایش‌گر همان شخص، ولی این‌بار در لباس خواب است، ساعت مجدداً نشان‌گر عدد ۹ (ولی این‌بار ۹ شب) است، آسمان بیرون تاریک و دربرگیرنده تصویر هلال ماه و یک ستاره بوده و یک لیوان شیر بر روی میز قرار گرفته است.

هر توصیف استفاده شده، می‌بایستی در خدمت رساندن مقصودی برای خواننده عمل نماید. کارنی و لوین (۲۰۰۲)، به بحث پیرامون سه گونه توصیفات ترسیمی و کاربری‌های آن‌ها می‌پردازند: توصیف یک مفهوم و یا عنصر (توصیف بازنمودی)، ارایه‌ی یک چارچوب و

یا تشـریح گام به گام یک ایده (توصیف سـازمانی) و یا نشـان دادن یک مفهوم دشوار در قالب یک مفهوم آسان دیگر، نظیر نشان دادن قلب (به صورت تحت‌اللفظی) به عنوان یک پمپ مکانیکی فلزی (توصیفات تفسیری).

شـکل (۴ـ۷) نشـانگر برخی توصیفات بازنمودی می‌باشد. گرافیک ارایه شـده، نوعی بازنمود تصویری در ارتباط با پیام انتقال یافته به واسـطه‌ی متن به دسـت می‌دهد. توجه داشته باشید که آن‌ها چگونه می‌توانند توانایی بالقوه در جهت یادگیری را از طریق ارایه‌ی یک قرین و همراه بصری برای متن، ارتقا دهند: آن‌ها ایده‌ها و مفاهیم را ملموس‌تر و حقیقی‌تر نموده و از این طریق ابزاری برای یادگیرنده در جهت مشاهده‌ی آنچه که متن در حال بیان آن است، فراهم می‌آورند.

عناصر گرافیکی علاوه بر این که کامل کننده‌ی خوبی برای متن محسـوب می‌شـوند، گاهی اوقات نیز حتی به تنهایی و بدون متن نیز قادر به عملگری می‌باشند. آن‌ها نشان دهنده‌ی موضوعی هستند که در حال ارجاع به آن می‌باشند (در این مورد، خود غذا) و همچنین نمایش دهنده‌ی ابزارهای توضیح داده شده در متن (چنگال فرو رفته در مرغ و یا در حال پوست کندن ماهی) هستند. از طریق استفاده از یک متن به سـهولت قابل خواندن و به سـهولت قابل ادراک و همچنین بهره‌گیری از عناصر گرافیکی ساده‌ای که در همراهی با متن عملگری نمایند، هر عنصر در جهت تشـریح عنصر دیگر کمک کننده خواهد بود و از این طریق پیام قوی‌تری به دسـت داده شـده و احتمال ادراک آن پیام از سوی خواننده بالاتر خواهد رفت.

این مثال همچنین نشـانگر میزان تناسـبی است که عناصر گرافیکی می‌توانند با سـن مخاطبان مورد نظر داشته باشند (این ترسیمات ساده هستند، ولی کودکانه نیستند)، عاری از هرگونه اختلال و پارازیت‌اندازی و به نحو مناسبی استقرار نزدیک و فشرده یافته با متنی که به تشریح‌اش می‌پردازند. عناصر گرافیکی، می‌بایستی همواره با متنهایی همراه باشند که کوتاه بوده، مستقیم به اصل مطلب پرداخته، در سطحی به سهولت قابل خواندن نوشته شده و به نحوی اکید به عناصر گرافیکی قابل اطلاق باشند. مطالب در دست تهیه می‌بایستی جهـت ارجاع دادن به حیطه‌هایی مشـخص در ارتباط با توصیفات از پیکان‌ها اسـتفاده نمایند و همچنیـن از گونه‌های تایپی بولد و یا زیرخط‌گذاری در جهت تاکید بر واژگان و یا عبارات حایز اهمیت استفاده کنند.

دوک و همکاران (۱۹۹۶)، بیان می‌کنند که خوانندگان کم‌مهارت، به شیوه ای مشابه با خوانندگان ماهر، نسبت به مطالب چاپی رویکرد نشـان نمی‌دهند. خوانندگان ضعیف و کم‌مهارت از رویکردی تصادفی‌تر در مقایسـه با خوانندگان ماهری که معمولاً صفحه را مرور کلی کرده، مفاهیم حایز اهمیت و محوری را از طریق شناسایی نمودن واژگان کلیدی و یا عناصر گرافیکی یافته، موضوعات مهم را از جزییات پشـتیبانی کننده تفکیک نموده و به تفسـیر اطلاعات در جهت رسیدن به معنا و مفهوم پیام مورد نظر می‌پردازند، استفاده می‌کنند. در نقطـه‌ی مقابل، خوانندگان کم‌مهارت، بیشـتر متمایل به گذر کردن از جنبه‌های حایز اهمیـت و تمرکز بر موضوعات کم‌اهمیت‌تر ولی دارای درگیری بیشـتر با جزییات می‌باشـند (توصیفات زیبا ولی صرفاً تزیینی پیشـتر مورد بحث قرار گرفته را به یاد دارید؟) و نتیجتاً، پیام محوری را از دست می‌دهند. چنین خوانندگانی ممکن است هر از چند گاهی بر مبنای تفسیر تحت‌اللفظی واژگان عملگری نمایند و شاید بر پیام کلیدی که مطالب در صدد انتقال آن‌ها هستند تمرکز نمایند و شاید هم نه.

دلیل اهمیت اسـتقرار توصیفات ترسـیمی مناسـب در کنار متن حاوی پیام‌های کلیدی نیز همین موضوع است. خوانندگان ضعیف، با احتمال بالاتری متمایل به تمرکز نمودن بر توصیفات ترسـیمی درگیر کننده می‌باشـند و با احتمال بیشتری نیز مایل به کسب پاداش و نتیجه از بابت تلاش‌هاشـان می‌باشـند. از آن جایی‌که پردازش‌گری اطلاعات برای یک خواننده‌ی کم‌مهارت مستلزم تلاش و کوشش بیشـتری می‌باشـد، دسته‌بندی پیام‌های کلیدی با اسـتفاده از عناصر گرافیکی مناسب، کامل کننده و روشن‌گرانه، امری حیاتی و حایز اهمیت محسوب می‌شود. مطلب را ساده نگاه داشته و همه چیزها را نزدیک یکدیگر نگاه دارید.

توصیف ترسـیمی ارایه شـده در شکل (۵ـ۷)، از یک بروشـور در ارتباط با مراقبت از نوزادان اخذ گردیده که برای مادران اسپانیایی‌تبار طراحی شـده اسـت. این نمونه نیز مانند مثال پیشـین ساده است، ولی بیشتر برای خوانندگان بزرگسـال مناسبت دارد. این مطلب از تصاویری استفاده می‌کند که با مخاطبان مورد نظر برای آن (در این مورد، زنان اسپانیایی) مشابهت دارند و عنوان Como cuidar a su hijo antes del nacimiento یا "چگونه از کودک خود پیش از تولد مراقبت نماییم"، مشـخصاً اطلاعات پوشـش داده شده در قالب این

بروشور را معرفی میکند.

یک تفکر تفکیک کننده: مخاطبان خود را بشناسید

افرادی که به طراحی مطالب آموزشی برای بیماران می‌پردازند، به ویژه در شرایطی که سطح متوسط بیماران دریافت کننده آن مطالب دارای سواد سلامت پایینی هستند، می‌بایستی پیش از شروع فرآیند طراحی و تهیه و توسعه‌ی مطلب، ایده روشن و شفافی در ارتباط با مخاطبان خودشان در اختیار داشته باشند. آیا قرار است این مطالب در یک ناحیه‌ی شهری توزیع شود و یا روستایی؟ آیا بیماران دارای تنوع سنی از نوجوانان تا بزرگسالان می‌باشند و یا این که یک گروه سنی خاص به طرز نامتناسبی نمایندگی می‌شود؟ معمول‌ترین بیماری‌ها و یا شرایط مشترک این بیماران چه چیزهایی هستند؟ آیا آن‌ها از درمان‌های مکمل و جایگزین استفاده می‌نمایند؟ آن‌ها به چه زبان و یا زبان‌هایی تکلم می‌کنند؟

دانستن برخی چیزها درباره پیشینه‌های فرهنگی بیماران‌تان می‌تواند مفید فایده باشد. عرضه کنندگان مراقبت از سلامت که در درمانگاه‌های آسیایی یا اسپانیایی کار می‌کنند، می‌بایستی از عکس‌ها و یا توصیفات تصویری‌ای استفاده نمایند که نشانگر افرادی با پیشینه‌ها و یا قومیت‌های مشابه با این بیماران باشند. انجام چنین کاری کمک می‌کند تا بیماران به نحو نزدیک‌تری شخصیت‌های موجود در این عناصر گرافیکی را مورد شناسایی و هم‌ذات‌پنداری قرار داده و پیام‌ها شخصی‌تر به نظر برسند.

استفاده از عناصر گرافیکی‌ای که رویدادهای درون آن‌ها هم‌خوانی با زندگی روزمره‌ی خوانندگان نداشته باشند، کاری منطقی به نظر نمی‌رسد. برای نمونه اگر مخاطبان شما عمدتاً متعلق به قشر کم‌درآمد و یا طبقه‌ی کارگر باشند، شما نمی‌توانید زنی را در تصویر نشان دهید که پالتو پوست به تن داشته و در حال خارج شدن از یک لیموزین اعیانی می‌باشد. به همچنین، اگر مخاطبان شما متعلق به طبقه‌ی متوسط باشند، نشان دادن فردی که یک کارگر به نظر برسد، با احتمال کم‌تری منتج به بروز احساسات همانندی و هم‌هویتی در آن‌ها خواهد شد.

منابع فصل هفتـــم

- Arditi, A. (2005). Making text legible: Designing for people with partial sight. Retrieved December 10, 2005, from http://www.lighthouse.org/print leg.htm
- Bailey, B. (2005). The value of iterative design. Retrieved March 12, 2006, from http://usability.gov/pubs/072005news.html
- Bailey, B. (2006). Getting the complete picture with usability testing. Retrieved March 12, 2006, from http://www.usability.gov/pubs/030106news.html
- Carney, R. N., & Levin, J. R. (2002). Pictorial illustrations still improve students' learning from text. Educational Psychology Review, 14(1), 5–26.
- Doak, L. G., Doak, C. C., & Root, J. H. (1996). Teaching patients with low literacy skills (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Mayer, G. (2003,May).Writing easy to read, easy to use health information. Paper presented at rganizational Solutions to LowHealth Literacy, Institute forHealthcareAdvancement Second Annual Health Literacy Conference, Anaheim, CA.
- Mayer, G., & Kuklierus, A. (2001). What to do when your child gets sick. Whittier, CA: Institute for Healthcare Advancement.
- National Cancer Institute (NCI). (2003). Clear and simple: Developing effective print materials for low-literate readers. Retrieved December 5, 2005, from http://www.cancer.gov/cancerinformation/clearandsimple
- Rosales, A. (2005, May). Cross cultural communications: Identifying challenges and finding solutions. Paper presented at Culture, Language, and Clinical Issues: Operational Solutions to Low Health Literacy, Institute for Healthcare Advancement Fourth Annual Health Literacy Conference, Irvine, CA.
- Rudd, R. E. (2005). How to create and assess print materials. Retrieved March 12, 2005, from theHarvard School of PublicHealth,Health LiteracyWeb site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/materials.html
- Sanner, B. M. (2003, July/August). Are your written materials missing the mark? Journal of Active Aging, 18–24.
- Singer, D. (2002). Ten steps to good document design. Retrieved December 29, 2005, from http://www.uah.edu/colleges/liberal/english/shared/doc des singer.htm
- Wheildon, C. (2005). Type and layout: Are you communicating or just making pretty shapes? Berkeley, CA: Strathmore Press.

فصل هشتـــم

اصول نگارش برای سواد پایین

نگاهی به پیرامون محل‌های پذیرش و اتاق‌های انتظار دفاتر مراقبت از سلامت که در حال کار در آن‌ها هستید و یا به عنوان یک بیمار به آن‌ها مراجعه نموده‌اید، بیاندازید. شانس‌های این موضوع که آن‌ها دارای مخازنی غنی از ادبیات پژوهشی در ارتباط با مجموعه‌ی متنوعی از موضوعات ناظر بر سلامت، از آرتریت یا التهاب مفاصل گرفته تا مبحث تغذیه باشند، بالاست. چنانچه زمینه‌ی مراقبت از سلامت را به منزله حیطه مرتبط با مقوله انتقال اطلاعات مدنظر قرار دهید، فراوانی مطالب نوشته شده در ارتباط با سلامت، چندان جای شگفتی ندارد. بنابراین متخصصان عرصه مراقبت از سلامت می‌توانند مدت زمان نسبتاً زیادی را صرف تهیه مطالب مکتوب نمایند. این مطالب ممکن است بروشورهایی در زمینه شروع یک برنامه تناسب اندام، جزوه‌های اطلاعاتی در ارتباط با بیماری دیابت و یا پوسترهایی باشند که به شرح جزییات چگونگی احیای قلبی می‌پردازند.

در هسته مرکزی سیستم مراقبت از سلامت، این فرض برقرار می‌باشد که این وظیفه و مسئولیت بیمار است که اقدام به درخواست و کسب مشاوره تخصصی و سپس مراعات‌گری و سازگار ساختن خود با برنامه‌های درمانی توصیه شده نماید. در بسیاری از موارد انجام چنین کاری، بیماران را با خواندن مطالب مکتوب، ادراک پیام مرتبط با آن مطالب و به یاد سپاری آن پیام‌ها درگیر می‌سازد. با این حال اگر چنین انتظار رود که بیماران نیازمند جذب و هضم این قبیل اطلاعات کلینیکی پیچیده باشند، این مسئولیت جامعه صنفی مراقبت از سلامت است که از طریق فراهم‌آوری مطالبی که به سهولت قابل مطالعه، ادراک و به یادسپاری باشند، این وظیفه را به انجام رساند. ما انتظار داریم که مطالب فراهم شده از سوی متخصصان امر مراقبت از سلامت، به نحوی کامل مورد پژوهش و تحقیق قرار گرفته و ارایه‌گر به‌هنگام‌ترین اطلاعات در زمینه موضوعات پوشش داده شده باشند. ولی در عین حال این مطالب مکتوب برای مفید فایده بودن، همچنین نیازمند تطابق کامل داشتن با سطوح توانایی‌های خواندنی و ادراکی بیماران می‌باشند. این مطالب نگاشته شده در ارتباط با زمینه سلامت می‌بایستی علاوه بر تمرکز نمودن بر دقت و صحت اطلاعاتی که در حال ارایه‌شان می‌باشند، به جنبه ارتباطی این مطالب نیز توجه کافی مبذول دارند. به این معنا که آن‌ها می‌بایستی گام‌هایی را در جهت کسب اطمینان در خصوص این موضوع بردارند که مطالب به شیوه‌ای نوشته شده باشند تا بتوانند بیماران را در زمینه مطالعه، ادراک و به یادسپاری این مطالب توانبخشی نمایند. متاسفانه مطالبی که به نحو دقیقی مورد پژوهش و ویراستاری قرار گرفته‌اند، غالباً در برقراری ارتباط موثر ناموفق می‌باشند.

برای متخصصان امر مراقبت از سلامت که وظیفه نگارش مطالب برای بیماران بر عهده آن‌ها گذاشته شده است، چندین دلیل خوب برای لزوم تمرکز نمودن بر جنبه ارتباطی این مطالب موجود می‌باشد. شواهد و مدارک متقاعد کننده‌ای در پشتیبانی از این ایده وجود دارند که مطالب به سهولت قابل مطالعه، موجب افزایش یافتن سطح سازگاری و مراعات‌گری بیماران خواهند شد (به عنوان مثال دیویس، ویلیامز، مارین، پارکر و گلس، ۲۰۰۲، درگر و ترمبک، ۲۰۰۲، و سفیر و کینان، ۲۰۰۵). در حقیقت وجود چنین تاثیری بیش از ۳۰ سال پیش به رسمیت شناخته شد. برادشاو، لی، و کینسی (۱۹۷۵)، گزارشگر آن بودند که در صورت ارایه مطالب سهل‌المطالعه به بیماران، آن‌ها از نرخ سازگاری و مراعات بالاتری برخوردار بوده، موضوعات را بهتر به یاد سپرده و اشتباهات کمتری مرتکب می‌شوند. دیویس و همکاران در یکی از آخرین پژوهش‌شان (۱۹۹۴) دریافتند که افراد دارای سطوح متفاوتی از درآمد و تحصیلات، مطالب ساده‌تری را ترجیح می‌دهند. این محققان نشان دادند زمانی‌که مطالب ارایه شده، ساده و به سهولت قابل مطالعه بودند، سطح ادراک بیمار در ارتباط با این مطالب بالاتر می‌رفت و پیشنهاد نمودند شاید مطالب نوشته شده در سطح پایه سوم و یا چهارم، بهترین گزینه برای بیماران محسوب شوند (دیویس و همکاران، ۱۹۹۴).

اکثریت بیماران، مشتاق و قادر به یادگیری هستند. آن‌ها از هوشمندی لازم جهت استفاده از مطالب مکتوب به منظور کسب اطلاعات و راهنمایی در ارتباط با مراقبت از سلامت خودشان برخوردار می‌باشند، به شرط آن که این مطالب در تناسب با توانایی‌های آن‌ها باشند. بنابراین، این مسئولیت بر عهده عرضه کنندگان مراقبت از سلامت است که در جهت فراهم‌آوری موجبات این اتفاق، اقدام به بهبود دستورالعمل‌های مکتوب خود نمایند. خبر خوب آن است که گام‌هایی وجود دارند که شما می‌توانید از طریق اتخاذ آن‌ها از این موضوع اطمینان حاصل کنید که مطالب مکتوب‌تان، در تطابق و سازگاری خوبی با توانایی‌های بیماران‌تان قرار داشته باشند.

طرح و برنامه‌ریزی نوشتارها

مطالب مکتوب به خوبی نگاشته شده، کار خود را با یک طرح و برنامه خوب شروع می‌نمایند. بدون تردید، برنامه‌ریزی می‌تواند وقت‌گیرترین بخش از فرآیند کلی نگارش باشد. فاز برنامه‌ریزی بر پرسش‌های زیر تمرکز دارد:

- چرا این مطلب می‌بایست تهیه گردد؟
- مخاطب مورد نظر برای این مطلب چه کسی است؟
- سطح خواندنی مخاطبان مورد نظر در چه حدی است؟
- رفتار مورد نظر از بیمار از چه قرار است؟
- چه اطلاعاتی می‌بایستی تحت شمول قرار داده شوند؟
- چه چیزی می‌توانم از خود بیماران بیاموزم؟
- چه چیزی می‌توانم از مطالب موجود بیاموزم؟

چرا این مطلب می‌بایست تهیه گردد؟

اولین گام از برنامه‌ریزی یک قطعه کار آموزشی برای بیماران، تعریف نمودن هدف مدنظر برای آن مطلب است. به این معنا که شما نیازمند در اختیار داشتن ادراکی شفاف در ارتباط با چرایی اقدام نمودن به ایجاد این قطعه‌ی آموزشی هستید. شاید این کار در ظاهر ساده به نظر برسد، ولی در واقع می‌تواند کاری بالنسبه پیچیده محسوب شود.

به صورت کلی مطالب در واکنش نسبت به یک نیاز مشاهده شده و یا پیش‌بینی شده ایجاد می‌گردند. نیاز را تا حد ممکن مشخص مورد شناسایی قرار دهید. چه چیزی انگیزه بخش ایجاد این مطلب می‌باشد؟ شما از قبال آن، در صدد انجام چه کاری هستید؟ در صدد دستیابی به چه نتیجه‌ای هستید؟ شما می‌بایستی پیش از آن که شروع به نگارش کنید، این موضوع را نیز مدنظر قرار دهید که آیا این مطلب جدید، به واقع نیازمند ایجاد شدن می‌باشد یا خیر. آیا مطالب موجود، هدف مورد نظر شما را برآورده‌سازی نمی‌کنند؟ و یا این که اگر برخی از مطالب موجود را در ساده‌ترین شکلی مورد بازنویسی قرار دهید، می‌توانند هدف مدنظر شما را برآورده سازند؟

مخاطب مورد نظر چه کسی است؟

بعد از آن که دریافتید چرا در حال تهیه مطلب مورد نظرتان هستید و از طریق آن خواستار انجام چه کاری می‌باشید، نیازمند آن خواهید بود که مدنظر قرار دهید چه کسی قرار است از این مطلب استفاده نماید. به هنگام تعریف نمودن مخاطبان مورد نظر خودتان، تا حد امکان صریح و مشخص با موضوع برخورد کنید.

بریجید سانر (۲۰۰۳)، مشاور ارتباط و تبلیغات برنامه ملی فعال برای زندگی و مشاور بنیاد رابرت وود جانسون، پیشنهادات زیر را در ارتباط با کسب آگاهی در خصوص مخاطبان مورد نظرتان مطرح می‌نماید:

- خصیصه‌هایی را مدنظر قرار دهید که معرف مخاطبان‌تان به منزله یک گروه باشد. به عنوان مثال آیا بیمارانی‌که قرار است از مطالب مکتوب شما استفاده نمایند، تشکیل دهنده گروه سنی خاصی هستند؟ آیا از پیشینه قومی و نژادی مشابهی برخوردار هستند؟ آیا توانایی‌ها و یا چالش‌های فیزیکی خاص و مشخصی دارند؟ میانگین وضعیت اجتماعی ـ اقتصادی و پیشینه‌های تحصیلی آن‌ها از چه قرار است؟ آیا ویژگی دیگری موجود هست که این بیماران در آن اشتراک داشته باشند؟
- از جمعیت موجود و قابل دسترس و تحقیقات جمعیت‌شناسانه در جهت ادراک بهتر مخاطبان استفاده کنید.
- در صورت امکان از پژوهش گروه متمرکز در جهت دستیابی به بینشی تعمقی در ارتباط با باورها و ارزش‌های مدنظر بیمارانی که قرار است از این مطلب بهره‌برداری نمایند استفاده کنید.

سطح خواندن مخاطبان مورد نظر در چه حدی است؟

سطح خواندن یکی از مهمترین ویژگی‌هایی است که شما می‌توانید در ارتباط با مخاطبان مورد نظرتان مورد شناسایی قرار دهید. اگر خواستار آن هستید تا از قابل ادراک بودن مطلب‌تان از سوی بیماران اطمینان حاصل کنید، می‌بایستی ابتدا از این موضوع مطمئن شوید که اطلاعات در سطح خواندن و ادراک آن‌ها به نگارش در آمده باشند. این کاری همواره سهل و آسان نیست: ارزیابی ملی سواد بزرگسالان (NAAL) مربوط به سال ۲۰۰۳، چنین برآورد می‌نماید که ۱۴ درصد از بزرگسالان آمریکایی در زیر سطح سواد نثرخوانی مبنایی (basic prose literacy) و یا "در سطحی پایین‌تر از ساده‌ترین و ملموس‌ترین مهارت‌های سوادی" قرار دارند، در حالی‌که ۲۹ درصد دیگر تنها در سطح سواد نوشتاری مبنایی که تحت عنوان داشتن "مهارت‌های لازمه جهت انجام فعالیت‌های سوادی ساده و روزانه" تعریف می‌گردد، قرار دارند (مرکز ملی آمار تحصیلاتی، ۲۰۰۳).

آن گونه که مشاهده کرده‌ایم، تعیین سطوح سواد بیماران، می‌تواند کاری پیچیده و فریبنده باشد. تشخیص سواد پایین از طریق تعامل‌های غیر رسمی و خودمانی با بیماران، نوعاً کاری دشوار محسوب می‌شود. بیماران دارای مهارت‌های سوادی پایین، تمایل چندانی به اعلام داوطلبانه این موضوع که در خواندن دچار مشکل هستند، ندارند و آن‌ها عموماً درخواست کمک نمی‌نمایند. در حقیقت، آن‌ها بیشتر تمایل دارند تا چالش‌های سوادی خودشان را از طریق احتراز از موقعیت‌هایی که ممکن است موجب آشکار شدن این مشکل شوند، پوشش دهند. آن‌ها برای فرار کردن از خواندن، بهانه‌هایی می‌تراشند. عرضه کنندگان مراقبت از سلامت، نمی‌توانند فرضیاتی را در خصوص سطح سواد یک بیمار منفرد بنا نهند. آگاهی از سطح تحصیلات وی، دقیقاً با آگاهی از سطح سواد وی برابری نمی‌کند. همان‌گونه که بیکر، پارکر، ویلیامز، کلارک و نرس خاطرنشان می‌سازند؛ مهمترین عامل در تجزیه و تحلیل ارتباط موجود در میان آموزش و تحصیل و مقوله سلامت، مدارج و دستاوردهای تحصیلاتی است؛ نه صرفاً تعداد سال‌های حضور در مدرسه، بلکه ترجیحاً آنچه که در طول این سال‌ها فرا گرفته شده است. سطح خواندن به صورت میانگین چهار پایه پایین‌تر از سال‌های حضور در مدرسه قرار می‌گیرد و سواد کارکردی، به نحو گسترده‌ای در میان افرادی که دبیرستان را به اتمام رسانده‌اند، دارای تنوع می‌باشد. اگر دستاوردها و مدارج تحصیلاتی مستقیماً بر سلامت تاثیرگذار باشند، آنگاه، سواد می‌بایستی پیش‌بینی کننده‌ی بهتری در مقایسه با سال‌های تحصیلی به اتمام رسانده، در ارتباط با دستاوردهای سلامت باشد (بیکر و همکاران، ۱۹۹۷؛ صفحه ۱۰۲۷).

رفتار مورد نظر از بیمار از چه قرار است؟

در محیط مراقبت از سلامت، مطالب آموزشی برای بیماران، غالباً به منظور متقاعد ساختن بیماران در جهت تغییر و تعدیل رفتارشان تهیه و ایجاد می‌گردند. برخی مطالب ممکن است به عنوان مثال، انگیزه‌بخش آن‌ها در جهت انتخاب‌های غذایی بهتر گردند. برخی دیگر شاید بیماران ساکن و غیرمتحرک را به آغاز تمرین کردن ترغیب نمایند و در عین حال برخی دیگر نیز ممکن است در خصوص چگونگی مصرف یک داروی خاص به آن‌ها آموزش دهند. شما از طریق تمرکز نمودن بر رفتاری که خواستار استخراج شدن‌شان به واسطه‌ی مطالب‌تان می‌باشید، قادر خواهید بود تا تصمیماتی راهبردی در خصوص این مطالب اتخاذ کنید.

در شفاف و ساده: تهیه و توسعه‌ی مطالب چاپی موثر برای خوانندگان کم‌سواد (۲۰۰۳)، انستیتیو ملی سرطان (NCI)، تشریح می‌نماید که اهداف مطالب مکتوب، می‌بایستی بر کنشگری حقیقی و ملموس تمرکز داشته باشند و نه صرفاً بر اطلاع‌رساننده بودن محض. این سند NCI (۲۰۰۳)، ارایه‌گر مثال‌های زیر در ارتباط با اهداف رفتاری محتمل مرتبط با مطالب مکتوب طراحی شده در جهت ترویج ماموگرافی در میان زنان کم‌سواد می‌باشد:

- خواننده می‌بایستی در ملاقات بعدی خود، از درمانگاه یا دکتر درباره‌ی ماموگرافی پرسش‌گری نماید.
- خواننده می‌بایستی یک قرار ملاقات برای ماموگرافی ترتیب دهد.
- خواننده می‌بایستی با ما تماس بگیرد تا در خصوص گزینه‌هایش مباحثه نماید.

NCI توضیح می‌دهد که چنین اهدافی، اثربخش‌تر از چیزهایی نظیر "خواننده، می‌بایستی درک نماید که چرا ماموگرافی برای سلامت

وی ضروری و حایز اهمیت است"، می‌باشد زیرا که آن‌ها به انتقال‌یابی پیام‌هایی کنش‌گرا کمک می‌کنند که خوانندگان کم‌سواد نیازمند آن‌ها هستند icn (, ۲۰۰۳).

ملاک موفقیت برای مطالب طراحی شده در جهت تاثیرگذاری بر رفتار بیماران، چیزی بدیهی و مشخص است؛ این نتیجه که آیا رفتار بیمار دستخوش تغییر و تحول قرار گرفته و یا خیر. البته، بدیهی است که شما می‌بایستی به منظور دستیابی به یک تصویر دقیق از اثربخشی یک قطعه مکتوب، قادر به مقایسه رفتار بیماران پس از مطالعه مطلب با رفتارشان در پیش از مطالعه‌ی آن باشید. این بدان معنا است که شما می‌بایستی رفتار بیماران‌تان را دوبار تحت آزمون‌گری و ارزیابی قرار دهید و همچنین ایفادگر این معنا است که آزمون‌گری می‌بایستی در قالب برنامه‌ریزی شما گنجانده شده و به همکاری گرفته شود.

چه اطلاعاتی می‌بایستی تحت شمول قرار گیرند؟

چنانچه تعیین نمودید که چرا در حال نگارش مطلب مورد نظرتان می‌باشید، برای چه کسی آن را تنظیم می‌کنید و امید به اعمال چه تاثیری به واسطه آن بر رفتار بیماران دارید، سپس نیازمند آن خواهید بود تا شناسایی کنید که چه اطلاعاتی می‌بایستی در مطلب مکتوب تحت شمول قرار داده شوند. به منظور دریافتن آنچه که می‌بایستی تحت شمول قرار گیرد، شما نیازمند پاسخ‌گویی به دو پرسش خواهید بود:

۱ـ مخاطبان مورد نظر در حال حاضر چه چیزهایی را در خصوص موضوع مورد بحث می‌دانند؟

۲ـ چه اطلاعاتی حیاتی و حایز اهمیت محسوب می‌شوند؟

شما از طریق شناسایی نمودن آنچه که مخاطبان مورد نظرتان در حال حاضر در رابطه با موضوع مورد بحث می‌دانند، قادر خواهید بود تا آنچه که نمی‌دانند را نیز شناسایی و تعیین کنید و زمانی‌که حفره‌های موجود در آگاهی بیماران‌تان را مورد شناسایی و تشخیص قرار دادید، می‌توانید اطلاعات لازم و ضروری را ارایه کنید. این کار به ظاهر ساده به نظر می‌رسد. با این حال تعیین نمودن طیف آگاهی‌های مخاطبان‌تان، همواره کاری سر راست و آسان محسوب نمی‌گردد.

پرسش ناظر بر آنچه که مخاطبان‌تان می‌دانند و نیازمند دانستن آن می‌باشند، از طریق تعریف نمودن تا حد ممکن دقیق کسانی که مطالب را استفاده خواهند کرد، تا حدی قابل پاسخ‌دهی خواهد بود. ولی حیطه‌هایی نیز وجود خواهند داشت که آگاهی‌های مخاطبان‌تان در آن حیطه‌ها ناشناخته خواهند بود. در چنین مواردی، فهرست کردن مساعدت‌های قابل ارایه از سوی اعضای نمایندگی کننده‌ی مخاطبان مورد نظر، هم از طریق گروه‌های متمرکز و هم از طریق مصاحبه‌های غیر رسمی، می‌تواند کمک کننده باشد.

شما می‌توانید به واسطه مجهز شدن به اطلاعاتی در ارتباط با آگاهی‌های موجود مخاطبان مورد نظرتان، به سمت پرسش بعدی در زمینه‌ی تعیین اطلاعاتی که حیاتی و حایز اهمیت می‌باشند، حرکت کنید. این کار ممکن است در نگاه اول به مانند پرسیدن این سئوال که مخاطبان تاکنون از چه چیزهایی آگاهی نیافته‌اند، به نظر برسد، ولی این گونه نیست. گرچه این سئوال که چه اطلاعاتی حیاتی محسوب می‌شوند، به نحو نزدیک و فشردهای با این پرسش که مخاطبان چه چیزهایی را نمی‌دانند، مرتبط می‌باشد، ولی دارای تفاوت‌هایی نیز با آن هست. اطلاعات حیاتی عبارتند از اطلاعاتی که می‌بایستی به منظور ارایه بنیان و یا چارچوبی که بتوان بر مبنای آن، ادراکی در ارتباط با پیام بنا نهاد، برای بیماران فراهم آورده شوند. شما به منظور حصول اطمینان از ادراک گردیدن پیام از سوی مخاطبان مورد نظرتان، نیازمند فراهم‌آوری چه اطلاعاتی می‌باشید؟

گام بعدی یعنی محدودسازی مفاهیم تحت شمول قرار گرفته در مطلب مکتوب‌تان منحصراً به موارد مطلقاً ضروری و حایز اهمیت، می‌تواند به خودی خود از شناسایی سطح آگاهی مخاطبان مورد نظر نیز دشوارتر محسوب گردد. با این حال برنامه‌ریزی و طرح‌بندی طیف مطالب، عبارت است از صرف بهینه‌ی زمان و تلاش. محدود ساختن اهداف تنها به آن‌هایی که مورد نیاز می‌باشند، موجب افزایش یافتن سطح سازگاری و مراعات‌گری بیمار خواهد گردید. باربارا ونهورن، کارشناس ارشد و یکی از مدیران انستیتیوی مطالعه‌ی سواد بزرگسالان در دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا، به نویسندگان توصیه می‌نماید که در هر مطلب منفرد، به بیش از سه الی پنج مفهوم نپردازند

(سانر، ۲۰۰۳).

ون‌هــورن چنین اظهار می‌دارد که "محدود ســاختن تعــداد مفاهیم موجود در یک قطعه کار مکتوب، بالاخص در شــرایطی که مطلب برای بزرگسالان مسن‌تر در دست تهیه است، از اهمیتی ویژه برخوردار می‌باشد. منظور از این حرف آن نیست که افراد مسن‌تر قادر به ادراک بیش از ســه الی پنج مفهوم در آن واحد نیســتند، بلکه یکپارچه ساختن اطلاعات جدید در قالب آگاهی‌های پیشینی، غالباً برای آن‌هــا زمان‌برتــر بوده و این موضوع نهایتاً منتج به ادراکی تقلیل یافته‌تر در ارتباط با کلیت مطلب برای آن‌ها می‌گردد" (ســانر، ۲۰۰۳؛ صفحه‌ی ۲۲).

البته بدیهی اســت که موضوعات بســیار چند وجهی و پیچیده‌ای در زمینه‌ی مراقبت از ســلامت وجود دارند. به عنوان مثال، بحثی در ارتباط با ســرطان کولون، می‌تواند به ســهولت صدها صفحه را به خود اختصاص دهد. شــما می‌توانید بخش‌هایی را در ارتباط با علل، پیشــگیری، نشــانه‌ها، تشخیص‌ها، آزمایشات و رویه‌ها، مراحل و مراقبت‌ها داشــته باشید. هر کدام از این بخش‌ها می‌تواند در قالب یک قطعه مطلب چاپی جداگانه ارایه گردد و احتمالاً نیز می‌باید همین‌گونه باشد. در مواجهه با چنین موضوعات پیچیده‌ای، شیوه‌ی موثرتر آن اســت که موضوعات مختلف، در قالب قطعات مکتوبی جداگانه و کوتاه پوشــش داده شوند و نه در قالب یک قطعه‌ی کاری بزرگ که مطالعه‌اش به دلیل اندازه‌ی حجیم‌اش، دشوار به نظر خواهد رسید.

شــما می‌بایســتی این موضوع را به رســمیت بشناســید که تاثیرات برنامه‌ریزی نمودن مطالب مکتوب‌تان، از نــوع تراکمی و تجمیعی می باشــند. اگر زمانی را صرف بررســی چرایی پرداختن به نگارش یک قطعه‌ی خاص و تعریف تاثیر مشــخصی که خواســتار بروزش به واسطه‌ی آن مطلب می‌باشید، کنید، به هنگام شناسایی این موضوع که چه اطلاعاتی مربوط و متناسب هستند و چه اطلاعاتی می‌توانند با اطمینان کنار گذاشته شوند، کاری آسان‌تر در پیش خواهید داشت.

از خود بیماران چه چیزهایی را می‌توانم بیاموزم؟

زمانی‌که در حال طراحی مطالبی برای استفاده از سوی یک گروه خاص هستید، چه کسی می‌تواند از اعضای همان گروه برای درخواست ورود نمودن از آن‌ها بهتر باشد؟ بیماران معمولاً از این موضوع که بتوانند از طریق پاسخ دادن پرسش‌هایی و یا ارایه‌ی پیشنهاداتی کمک کنند، خوشحال می‌شوند و ورودی‌های ایجاد شده به واسطه آن‌ها، فوق‌العاده ارزشمند خواهند بود.

در پاره‌ای موارد، شما ممکن است قادر باشید تا جهت کسب مساعدت در مرحله‌ی برنامه‌ریزی یک پروژه، اقدام به تشکیل و گردآوری یک گروه متمرکز رســمی کنید. در چنین مواقعی که شــما از شانس کافی برای در اختیار داشتن چنین گونه منبعی برخوردار هستید، انتخاب‌های محتملی را در اختیار نمونه‌های خود گذاشــته و با دقت انتخاب‌های گروه را مدنظر قرار دهید. پرســش‌هایی را مطرح کنید که بر آنچه که صادقانه مشتاق دریافتن‌شان هستید تمرکز داشته باشند و سپس گوش دهید و گوش دهید و گوش دهید. به واقع، بسیار بیشتر از آن که صحبت کنید، گوش دهید. گوش‌ها را در پی یافتن فرهنگ واژگان خاص آن‌ها تیز کنید. اگر بیماران زمانی‌که درباره‌ی تزریق حرف می‌زنند، از واژه‌ی "shot" (شــلیک) اســتفاده می‌کنند، به کارگیری آن اصطلاح را در مطالب مکتوب خودتان مدنظر قرار دهید. ضبط کردن مباحثات گروه متمرکز برای اســتفاده‌های بعدی و مرورگری، ایده‌ی خوبی محسوب می‌شود. اگر این کار امکان‌پذیر نبود، ســعی کنید فردی را برای یادداشــت برداشــتن مامور کنید و یا خودتان این کار را انجام دهید. به یاد داشته باشید که شما متعهد به کنش‌گری نمودن بر مبنای ورودی‌هایی که دریافت می‌دارید، نیســتید، ولی حداقل می‌بایســتی آن‌ها را مدنظر قرار داده و قوت‌ها و ضعف‌های ذاتی آن‌ها را مورد ارزیابی قرار دهید.

چنانچه گردآوری یک گروه متمرکز امکان‌پذیر نباشــد، ممکن اســت با این حال قادر باشــید تا بازخوردهایی را از ســوی افراد عضو در گروه مخاطبان هدف‌تان دریافت کنید. دوک، دوک و روت (۱۹۹۶) گزارشگر آن هستند که برخی از پرستاران توانسته‌اند با موفقیت از بازخوردهای گردآوری شده از جانب افراد بیمار درون بیمارستان استفاده نمایند. حتی این شیوه‌ی پژوهشگری غیر رسمی نیز می‌تواند منتج به کســب اطلاعات ارزشــمندی گردد. بینش تعمقی یافتن نســبت به تنها یک و یا دو بیمار می‌تواند دقیقاً همان چیزی باشد که

شما در جهت طرح و برنامه‌ریزی و نگارش مطالب مکتوب استثنایی خود نیازمند آن هستید.

از مطالب موجود چه چیزهایی می‌توانم بیاموزم؟

در حال حاضر قطعات مکتوب بسیاری که برای بیماران طراحی و تهیه شده‌اند، موجود می‌باشند. بسیاری از آن‌ها به صورتی دائمی از سوی متخصصان امر مراقبت از سلامت در جهت آموزش، راهنمایی و توجه‌دهی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند. برخی دیگر نیز هستند که چندان مورد استفاده واقع نمی‌شوند. برخی از مطالب موجود، بسیار خوب به نظر می‌رسند، ولی چنین پنداشته نمی‌شود که تاثیرات مورد نظر و دلخواه را ایجاد نمایند. با این حال برخی بسیار خوب کار می‌کنند: آن‌ها پیام مورد نظر را به صورتی دقیق و موثر منتقل می‌نمایند – و این کار را به شیوه‌ای انجام می‌دهند که با توانایی‌های بیمارانی که این مطالب برای آن‌ها نوشته شده‌اند، در تطابق و سازگاری می‌باشد.

زمانی‌که شما با مثال‌هایی مواجه هستید که مایل به پرداختن به آن از طریق نگارش می‌باشید، انداختن نگاهی به این موضوع که چه مطالبی در حال حاضر موجود هستند، می‌تواند ایده‌ای خوب محسوب شود. هر قطعه کار را به صورت تنها و یا در همراهی با گروه کاری خودتان مورد نقد و بررسی قرار دهید. نقاط قوت و ضعف هر کار چه چیزهایی هستند؟ پیام مورد نظر چیست؟ آیا می‌توانید مخاطب مورد نظر را تعریف کنید؟ آیا هر قطعه کار در دستیابی به هدف مدنظر قرار داده شده‌اش موفق عمل می‌نماید؟ اگر چنین است به چه دلیل و اگر نیست به چه دلیل؟ آیا می‌توانید به نحوی دقیق تعیین کنید که چه چیزی یک جزوه را اثربخش می‌نماید، در حالی‌که این اتفاق برای دیگری رخ نمی‌دهد؟ آیا می‌توانید گونه‌های مختلف مطالب (به عنوان مثال بروشورها، دستورالعمل‌ها و فرم‌ها) را با یکدیگر مقایسه کرده و تعیین کنید که قطعات کاری موفق در چه خصیصه‌هایی اشتراک دارند؟ از چه چیز یک کار خوشتان می‌آید؟ چه چیزی در آن کار می‌کند و چه چیزی کار نمی‌کند؟

نگارش مطالب مرتبط با سلامت برای بیماران

زمانی‌که بحث مطالب مکتوب به میان آورده می‌شود، تمام بیماران و یا گروه‌های بیماران، دارای نیازهای یکسانی در این ارتباط نخواهند بود. در نتیجه، هیچ‌گونه فرمول جادویی برای تالیف مطالب آموزشی موثر برای بیماران وجود ندارد. شگرد کار عبارت است از تطبیق‌دهی نوشته خودتان با مجموعه مشخص از نیازهایی که مخاطبان مورد نظرتان به نمایش می‌گذارند و از این طریق نگاه داشتن مطالب‌تان در ترازی برابر و یا پایین‌تر از سطح خواندنی مخاطبان. گرچه که هیچ‌گونه شیوه‌ی منفرداً صحیحی در جهت نگارش برای تمام بیماران موجود نیست، ولی با این حال شما می‌توانید از طریق تمرکز کردن بر چند خصیصه مشخص در نوشته‌تان، در جهت پرداختن به نیازهای بیماران‌تان عمل کنید.

پس از آن که تا حد امکان و توان به گردآوری اطلاعاتی درباره ویژگی‌ها و پایگاه آگاهی مخاطبان مورد نظرتان پرداختید و به صورتی دقیق آنچه را که در قالب قطعه مکتوب خود قصد پوشش‌دهی‌اش را دارید، طرح و برنامه‌ریزی کردید، می‌توانید نگارش را آغاز کنید. نگارش مطالب مرتبط با بیماران، کاری فراتر از صرفاً نشستن بر پشت یک رایانه و تایپ کردن اطلاعاتی است که مخاطبان مورد نظرتان نیازمند دانستن‌شان می‌باشند. فرآیند نگارش این مطالب، دربرگیرنده‌ی مدیریت نمودن تعدادی متغیر، از جمله موارد ذیل است:

- سبک نگارش
- جاذبه
- شکل ظاهری
- سازماندهی

سبک نگارش

به کارگیری متن صحیح در مطالب طراحی شـده برای اسـتفاده بیماران، دارای اهمیتی فوق‌العاده می‌باشـد. چالش اصلی عبارت است از نگارش متنی که دقیق و درسـت بوده، حاوی تمام اطلاعات لازمه باشـد، انتقال‌دهنده اهمیت و یا پیچیدگی موضوع بوده و تمام این کارها را در قالب زبانی به انجام رساند که از سوی مخاطبان مورد نظرتان قابل دستیابی و ادراک باشد.

عوامل متعددی در تعیین سـبک نگارش یک بخش منتخب و معین از یک متن، نقش ایفا می‌نمایند. با این حال، کارهایی وجود دارند که انجام‌شـان می‌تواند به شـما در کسب اطمینان از این موضوع کمک نماید که متن نوشته شده از سوی شما برای بیماران، در سبکی به نگارش درآمده باشد که متناسب با آن مخاطبان محسوب گردد. برخی از این قبیل پیشنهادات، از قرار زیر هستند:

- به همان شیوه‌ای که سخن می‌گویید، بنویسید.
- از واژگان معمول استفاده کنید.
- از جملات کوتاه استفاده کنید.
- به منظور تشریح واژگان دشوار، مثال ارایه کنید.
- واژگان را با دقت انتخاب کنید.

به همان شیوه‌ای که سخن می‌گویید، بنویسید

چنانچه شـما به معنای کامل تحت‌اللفظی، به همان شـیوه‌ای که سخن می‌گویید، بنویسید، چند اتفاق مثبت رخ خواهد داد. در وهله‌ی نخسـت این که سـطح و پایه‌ی خواندن‌پذیری اطلاعات تقلیل خواهد یافت؛ غالباً تا حدی برابر سـطوح پایه‌ای پنجم و یا ششم (بیلی، ۱۹۹۶). این تاثیری پذیرا و خوشـامدگویانه محسـوب می‌شـود، زیرا همان گونه که توضیح دادیم، غالب مطالب مرتبط با بیماران، در سـطوح خواندنی بالاتر از سـطوح مخاطبان مورد نظر برای مطالب نوشـته می‌شوند. چنانچه به همان شـیوه‌ی سخن گفتن، بنویسید، مطالب مرتبط با بیماران علاوه بر سـهل‌المطالعه شـدن، با سهولت بیشتری نیز قابل ادراک خواهند بود. این موضوع تا حد زیادی ناشی از این علت است که ما به هنگام سخن گفتن، مایل به استفاده از واژگان بیشتری برای تشریح یک مساله هستیم و برخی از این واژگان در جهـت تکرار و یا تصریح و شفاف‌سـازی یک ایده عملگری می‌نماینـد. این واژگان اضافی یا افزون‌های، می‌توانند به منزله‌ی تعاریفی غیر رسـمی (و حتی غیر ارادی) برای اصطلاحات و مفاهیم خدمت‌رسـانی نموده و از این طریق فرصت‌های بیشتری را برای ادراک پیام مطلب در اختیار خوانندگان (و یا درباره مدنظر ما؛ بیماران) قرار دهند.

نهایتاً، نوشـتن به همان شـیوه سخن گفتن، مطالب مکتوب را پذیراتر و جالب توجه‌تر نموده و موجب بالا رفتن شانس‌های این موضوع می‌گردد که بیماران حقیقتاً اقدام به خواندن آن‌ها نمایند و در نهایت، فارغ از این موضوع که یک قطعه مطلب مکتوب تا چه حد دقیق و صحیح بوده و یا تا چه حد به خوبی تحت پژوهشگری و مرورگری قرار گرفته باشد، بیماران تنها در صورتی قادر به ادراک پیام خواهند بود که به واقع اقدام به خواندن آن نمایند.

جدول (۱ـ۸) ـ مقایسه صدای فعال با صدای منفعل

صدای فعال	صدای منفعل
این دارو را با غذا مصرف کنید.	این دارو می‌بایستی با غذا مصرف شود.
پاهای‌تان را بالا بیاورید.	پاهای‌تان باید بالا آورده شوند.
مشت خودتان را با دست دیگر گرفته و از طریق یک رانش به سمت بالا، به قسمت بالایی شکم فرد مصدوم فشار وارد کنید.	مشت شما می‌بایستی با دست دیگر پوشیده شده و از طریق یک رانش به سمت بالا، به قسمت بالایی شکم فرد مصدوم فشار وارد کند.

برخی پیشنهادات در جهت ساده‌سازی نمودن نوشته‌تان، به قرار زیر هستند:

استفاده از ضمایر

اســتفاده از واژه "شــما"، بیش از هر تکنیک دیگری در زمینه نگارش به همان شــیوه ســخن گفتن، مخاطب مورد نظر شما را مستقیماً مورد خطاب قرار می‌دهد. این شیوه، متن را برای خواننده واجد اهمیت و ارتباط می‌گرداند. به یاد داشته باشید علی‌رغم این موضوع که مطلب‌تان ممکن اســت با هزاران نفر مرتبط باشــد، در هر زمان تنها یک خواننده را مورد خطاب قرار می‌دهد. به همین شــکل، استفاده از واژه "ما" نیز برای ارجاع دادن به گروه و یا سازمان خودتان در زمینه مراقبت از سلامت، مطالب‌تان را دوستانه‌تر می‌نماید. این شیوه همچنین موجب کوتاه نگاه داشتن جملات شما نیز می‌شود (کمیته میانجی‌گری در ارتباط با اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵).

ساده نگاه داشتن متن

اســتفاده از زمان حال، در جهت جلوگیری از درهم ریخته شــدن نوشــتار به واســطه افعال ترکیبی، کمک کننده می‌باشد. نگاه داشتن ســوژه‌ها و ابژه‌ها (مفعول‌ها و فاعل‌ها) در نزدیکی افعال مرتبط با خودشــان، همچنین از میزان ســردرگمی و آشفتگی نیز می‌کاهد (به عنوان نمونه؛ ادراک عبارت "بچه‌ها شــیر می‌نوشــند"، راحت‌تر است از ادراک عبارت "شــیر چیزی است که کودکان علاقه به نوشیدن آن دارند"). تعبیه قیود تعدیل کننده‌ای نظیر "فقط" و یا "همیشــه"، در کنار واژه‌ای که در حال تعدیل‌اش می‌باشــند (به عنوان نمونه، "همیشــه، دندان‌هایت را نخ دندان بزن"، در مقابل "نخ دندان بزن به دندان‌هایت همیشــه"). تعبیه شروط طولانی پس از عبارت شرطی اصلی، به ادراک بهتر بیماران کمک می‌نماید (به عنوان نمونه؛ "با دکترت تماس بگیر، اگر احساس بیماری می‌کنی و یا سردرد داری"، به جای "اگر احساس بیماری می‌کنی و یا سردرد داری، با دکترت تماس بگیر") (کمیته میانجی‌گری در زمینه اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵).

استفاده از صدای فعال

یکی از چیزهایی که در صورت تلاش در جهت نوشــتن به همان شــیوه ســخن گفتن، اتفاق می‌افتد، آن است که شما به جای استفاده از صدای منفعل، شــروع به اســتفاده از صدای فعال می‌کنید. زمانی‌که شما در قالب صدای فعال مطلب بنویسید، سوژه یا مفعول جمله، همچنین "فاعل" کنشگری جمله نیز محسوب خواهد گردید. به صورت کلی، صدای فعال در مقایسه با صدای منفعل با سهولت بیشتری قابل ادراک خواهد بود. این شــیوه، همچنین دارای مزیت به وضوح هویت‌یابی نمودن شــخص مســئول برای کنش‌گری مورد نظر نیز می‌باشــد (کمیته میانجی‌گری در زمینه اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵)، موضوعی که می‌تواند به هنگام تلاش در جهت تاثیرگذاری به هر شکل بر رفتار بیمار، از اهمیتی ویژه برخوردار باشد.

جدول (۱ـ۸)، نشانگر مثال‌هایی در ارتباط با پیام‌های ارایه شده در هر دو قالب صدای فعال و منفعل است. تاثیر نسخه‌های صدا ـ فعال را با متناظرهای صدا ـ منفعل‌شان مقایسه کنید. چنانچه یک قطعه در قالب صدای منفعل نوشته شده باشد، به دلیل تحت شمول قرار دادن "to be" ("باید") به ســهولت قابل تشــخیص می‌باشد. چنین نوشته‌هایی معمولاً دربردارنده واژه "by" ("توسط") و غالباً یک فعل کمکی هســتند. شــاید این پرسش برای شما پیش آمده باشــد که این موضوع واقعاً چه تفاوتی ایجاد می‌کند. اگر پیام، موضوعی واحد باشد، اساساً چه اهمیتی دارد که نوشته در قالب صدای فعال نوشته شود و یا در قالب صدای منفعل؟ به نظر شما این درست است؟ خیر، اشــتباه اســت. پیام‌های نوشته شده در قالب صدای فعال، بیشتر متمایل به مورد ادراک واقع شدن از سوی مخاطبان مورد نظرتان می‌باشــند (راد، ۲۰۰۲، و ویــس، ۲۰۰۳) و اگــر اعضای گروه مخاطبان مورد نظرتان، پیــام را درک کنند، عملگری بر مبنای آن پیام را آسان تر خواهند یافت.

استفاده هماهنگ و سازگار از اصطلاحات

اگر شما از یک واژه برای شناسایی نمودن یک تفکر و یا چیز مشخص استفاده کنید، می‌بایستی در سراسر مطلب مکتوب خود، از همان واژه برای ارجاع به آن تفکر و یا چیز خاص استفاده کنید. به عنوان مثال در ابتدای یک مطلب از "مرورگری" و در پایان آن از "ارزیابی" استفاده نکنید. علیرغم این موضوع که اصطلاحات، به لحاظ فنی، میان ـ تعویض‌پذیر می‌باشند، تغییر **موضع دادن از یکی به دیگری، می‌تواند** موجب پریشانی و سردرگمی مخاطبان مورد نظرتان شود. یک اصطلاح را انتخاب کرده و به آن پای‌بند باقی بمانید.

از واژگان متداول استفاده کنید

واژگان متداول چه چیزهایی هستند؟ کدام لغات، به سهولت از سوی بیماران مورد ادراک قرار می‌گیرند و کدام‌ها می‌بایستی مورد احتراز قرار گیرند؟ اینجا، همان نقطه‌ای است که تمام برنامه‌ریزی‌های پیش‌بینانه‌ای که قبل از شروع به نگارش انجام داده بودید، به کارتان خواهند آمد. اگر به نحوی دقیق و کامل تعریف کرده باشید که چه کسانی تشکیل دهنده مخاطبان مورد نظرتان هستند، به شکل بهتری قادر به تعیین آن واژگانی خواهید بود که برای آن‌ها آشنا هستند و یا نیستند.

به طور کلی، بهترین و متناسب‌ترین زبان برای مطالب مرتبط با بیماران، آن نوع زبانی است که در حین گفتگو با یک دوست غیرمتخصص خود به کار می‌گیرید. این زبان می‌بایستی زبان محاوره‌ای اتاق نشیمن و متشکل از اصطلاحات غیرتخصصی باشد و نه اصطلاحات تخصصی متخصصان مراقبت از سلامت. به عنوان مثال؛ شما احتمالاً به هنگام گفتگو با دوستان‌تان در خانه، از اصطلاح "فشار خون بالا" ("high blood pressure") به جای "پرتنشی" ("hypertension") و از "تورم" ("swelling") به جای "آماس" ("edema") استفاده می‌کنید، بنابراین، واژگان ساده‌تر، انتخاب‌های بهتری محسوب می‌شوند.

زبان حقوقی و قانونی نیز ایجاد کننده یک مشکل دیگر در مطالب نوشته شده برای بیماران می‌باشد. به عنوان نمونه خدمات انتفاعی مراقبت پزشکی، چنین تشخیص داده که زبان استفاده شده در قالب یک نامه کوتاه قابل ارایه به عموم، می‌تواند به واسطه استفاده از زبان روان و غیر رسمی، حتی شفافیت بیشتری نیز بیابد. تفاوت‌های بروز نموده میان نمونه‌های "پیشینی" و "پسینی" ارایه شده در ذیل را مورد ملاحظه قرار دهید:

پیشینی:

محققان پیمانکار، مسائل مندرج در پرونده شما را مورد بررسی و مرورگری قرار خواهند داد و در خصوص مناسب‌ترین راهکار تصمیم‌گیری خواهند کرد. نخستین گام اتخاذی از سوی غالب عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت، بازآموزی آن‌ها در ارتباط با مقررات و سیاست‌های مراقبت پزشکی است. اگر این شیوه عمل جریان داشته باشد، پیمانکار ممکن است اقدام به انجام یک ممیزی و بازبینی ویژه در ارتباط با سوابق پزشکی عرضه‌کنندگان نماید. غالباً، پیمانکار از این شیوه، بیش‌پرداخت‌های انجام شده به عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت را مورد بازیابی قرار می‌دهد. اگر شواهد کافی مبنی بر این موضوع وجود داشته باشند که عرضه‌کننده، به نحو مستمری در حال تخطی از سیاست‌های مراقبت پزشکی است، پیمانکار، این تخلفات را مستندسازی نموده و از اداره بازرسی کل خواهد خواست تا مورد را تحت پیگرد قرار دهد. این مساله ممکن است منتج به خارج گشتن از برنامه مراقبت پزشکی، جرایم مالی مدنی و حبس در زندان گردد.

پسینی:

ما دو گام را در جهت بررسی این موضوع برخواهیم داشت: این مساله را تشخیص خواهیم داد که آیا این یک اشتباه بوده است و یا یک تخلف و فریب عامدانه. نتایج را به اطلاع شما خواهیم رساند (PlainLanguage.gov، ۲۰۰۵).

واضح است که نسخه بازبینی شده، کوتاه‌تر می‌باشد. گرچه که نسخه دوم دربرگیرنده اطلاعاتی کاملاً یکسان با نسخه اولیه نیست، ولی این موضوع قابل استدلال است که نامه مورد تجدید نظر قرار گرفته، حاوی تمام اطلاعاتی که به هنگام ارسال آن ضروری محسوب می‌شده‌اند، بوده است. بنا به فرض، اطلاعات مشخص‌تر (از جمله اطلاعات مرتبط با مجازات‌ها و اقدامات پیگیرانه) می‌توانند زمانی انتقال داده شوند که ماموران تحقیق به این تشخیص رسیده باشند که آیا عرضه‌کننده مورد نظر، مرتکب جرم و یا فریب‌کاری‌ای شده

است یا خیر.

در برخی موقعیت‌ها، اســتفاده از زبان حقوقی و تخصصی گیج‌کننده، می‌تواند بر مراقبت از بیمار تاثیرگذار باشــد. بارزترین مثال در این رابطه، زبان مورد اســتفاده از ســوی دستورالعمل‌های آینده‌نگرانه اســت. این فرم‌ها که بر هدف ارایه ابزاری به بیماران در جهت انتقال خواسته‌هاشان در ارتباط با مراقبت انتهای ـ عمری متمرکز می‌باشند، می‌توانند تا حد بالایی زیر بار زبان حقوقی قرار داده شوند. همان گونه که انجمن آمریکایی پرستاران مراقبت‌های حیاتی خاطرنشان می‌سازد، استفاده از واژه‌شناسی پیچیده‌ای که از سوی بیماران مورد سوءادراک واقع شود، یکی از چندین محدودیتی است که بر افرادی که خواستار تهیه دستورالعمل‌های آینده‌نگرانه موثری برای خودشان می‌باشند، تاثیرگذار می‌شود (وستفال و واورا، ۲۰۰۵).

برخی تلاش‌ها در جهت رفع و برطرف‌ســازی این پیچیدگی زبانی انجام پذیرفته‌اند. پیرو به وقوع پیوســتن تراژدی تری شیاوو (مورد به شدت توجه عمومی یافته‌ای که در آن، یک زن که به مدت ۱۵ سال در شرایط مستمر نباتی به سر برده بود، به موضوع یک مباحثه ملی پیرامون تصمیم‌گیری پزشکی تبدیل گردید)، انستیتیوی ارتقای مراقبت از سلامت (IHA)، اقدام به تعبیه یک دستورالعمل آینده‌نگرانه مکتوب به ســهولت قابل مطالعه به زبان انگلیســی، اسپانیایی و چینی بر روی وب‌سایت خود نمود. این سند ساده و حاوی جاهای خالی برای پر نمودن که توســط ربکا ســودور، پزشک معالج از دانشگاه کالیفرنیا در سنفرانسیسکو، طراحی شده بود، از سبک بولت ـ نقطه‌ای (bullet-point style) استفاده کرده و ارایه‌گر توصیفات ترسیمی کمک‌کننده‌ای می‌باشد.

این فرم به سه بخش تقسیم گردیده است: (۱) یک واسطه مراقبت از سلامت که در صورت بیش از حد بیمار شدن شما و عدم توانایی در تصمیم‌گیری در خصوص موضوعات پزشــکی‌تان، قادر باشــد این تصمیمات را برای شــما اتخاذ نماید، انتخاب کنید (۲) تصمیمات مرتبط با مراقبت از ســلامت کنونی خود را اتخاذ کنید تا در صورت بیش از حد بیمار شــدن شــما و عدم توانایی در بیان خواسته‌هاتان، افراد مراقبت کننده از شما، مجبور به حدس زدن در ارتباط با چیزهایی که خواستار آن‌ها هستید، نباشند و (۳) امضاهای لازم که این ســند را به لحاظ حقوقی قانونمند می‌ســازند (انستیتیوی ارتقای مراقبت از ســلامت، ۲۰۰۵). به منظور دانلود کردن این فرم، از آدرس http://www.iha۴health.org دیدن کنید (توجه: گرچه که این فرم، با قوانین کالیفرنیا در تطابق می‌باشــد، با این حال بنابر احتیاط به خوانندگان توصیه می‌شود تا پیش از تلاش نمودن در جهت به کارگیری آن از سوی بیماران، با یک مرجع حقوقی در جهت اعتبارسنجی و تایید کاربردپذیری آن در ایالت خودشان مشاوره نمایند).

در اختیار داشــتن یک دستورالعمل آینده‌نگرانه نوشته شــده در یک قالب زبانی روان و غیر رسمی، برای بیمارانی که در زمینه خواندن دارای مشکلاتی می‌باشند، کمک کننده خواهد بود. در حقیقت، در قالب یک آزمایش تصادفی‌سازی شده بر روی ۲۰۴ بیمار بالای ۵۰ ســاله، یک دســتورالعمل پیش‌بینانه سهل‌المطالعه نوشته شده در سطح پایه پنجم و حاوی عناصر گرافیکی به لحاظ فرهنگی متناسب، در مقایســه با یک فرم دســتورالعمل مراقبت از سلامت آینده‌نگرانه استاندارد کالیفرنیا، هم از نظر تکمیل نمودن (با نسبت ۸۰ درصد به ۶۲ درصد) و هم از نظر قابل ادراک بودن (با نســبت ۸۳ درصد به ۵۸ درصد)، آســان‌تر رتبه‌بندی گردید. گروه تصادفی انتخاب شده از میان شرکت‌کنندگان در این مطالعه که از فرم آسان‌تر استفاده کرده بودند، گزارشگر خودکارایی و اعتماد به نفس بالاتری در ارتباط با تصمیمات درمانی خودشــان بوده‌اند. فرم آســان‌تر، به طرز پر قوتی از سوی سوژه‌های دارای سواد بالا و پایین و همچنین از سوی تکلم کنندگان به زبان‌های انگلیسی و اسپانیایی ارجح‌تر شناخته شد (سودور و مایر، ۲۰۰۶).

یکی از مزایای فرم ســودور، آن اســت که از استفاده بیش از اندازه از اصطلاحات چندسیلابی احتراز می‌نماید. سانر (۲۰۰۳) خاطرنشان می‌ســازد که هرچه ســیلاب‌های موجود در یک واژه بیشتر باشند، ادراک آن واژه از سوی افراد دشوارتر خواهد بود. به عنوان مثال؛ واژه shots (شــلیک‌ها)، نوعاً به طرز گســترده‌تری در مقایســه با واژه inoculations (مایه‌کوبی‌ها) قابل ادراک می‌باشد و احتمالاً، بیماران بیشــتری با واژه "heart" (قلبی) در مقایســه با واژه "cardiovascular" (قلبی ـ عروقی) آشنایی دارند. عموم مردم (و به ویژه افراد دارای سواد سلامت پایین) ممکن است با اصطلاحاتی که مثلاً به زمینه تخصصی فیزیولوژی راجع هستند، ناآشنا باشند. بنابراین شاید استفاده از عبارت طولانی "ماهیچه‌های حجیم موجود بر قســمت جلویی ران‌ها" به جای "ماهیچه چهارســر" و یا "کاسه زانو" به جای "استخوان

کشـــکک"، مناسب‌تر باشـــد. بنابراین، گرچه که شاید در پاره‌ای موقعیت‌ها، اســـتفاده از واژگانی با سه سیلاب و یا سیلاب‌های بیشتر را ضروری بیابید، ولی با این حال ترجیح آن اســـت که به هنگام نگارش مطالب به ســـهولت قابل مطالعه، از واژگان و عبارات کوتاه‌تری که ایفادگر معنای یکسانی می‌باشند، استفاده کنید.

با این وجود تعداد ســـیلاب‌های موجود در یک واژه، تنها عنصر تاثیرگذار بر ادراک یک فرد در ارتباط با معنای واژه نیســـت. برخی لغات نیز هستند که علی‌رغم کوتاه بودن‌شان، می‌توانند در مطالب مرتبط با بیماران مشکل‌زا باشند. این واژگان مشکل‌زا، اصطلاحاتی هستند که انتقال‌دهنده مفاهیم (ایده‌های کلی و یا انتزاعی)، دسته‌بندی‌ها (گروه‌هایی از چیزها)، و قضاوت‌های ارزیابی کننده (سنجش‌گری‌های ذهنی و آستانه‌های معمولاً مطرح شده برای مداخلات) می‌باشند. مساله و مشکل ایجاد شده به واسطه چنین اصطلاحاتی، این است که آن‌ها می‌توانند برای افراد مختلف ایفادگر معنای چیزهایی متفاوت باشند (دوک و همکاران، ۱۹۹۶).

مشکلات مترتب بر چنین واژگانی، می‌توانند از طریق استفاده از اصطلاحاتی مشخص‌تر مورد احتراز قرار گیرند. به عنوان نمونه می‌توانید به جای آن که به بیماران‌تان دســـتور بدهید که از بلند کردن هر چیز ســـنگینی خودداری نمایند دقیقاً به آن‌ها بگویید که از برداشـــتن چه میزان وزنی می‌بایســـتی احتراز کنند؛ "هیچ جســـم ســـنگین‌تر از ۲۵ کیلو را بلند نکنید" و در مقابل آن که توصیه‌دهی در خصوص استراحت کافی نمودن، ممکن است از سوی بیماران مختلف به نحو متفاوتی مورد تفسیر قرار گیرد، ارایه این دستور که "هر شب حداقل ۸ ساعت بخوابید"، با احتمال پایین‌تری متمایل به ایجاد سوءادراک خواهد بود.

از جملات کوتاه استفاده کنید

دقیقاً به همان گونه که واژگان کوتاه‌تر، به صورت کلی با سهولت بیشتری در مقایسه با واژگان طولانی‌تر، قابل ادراک می‌باشند، جملات کوتاه‌تر نیز در مقایسه با جملاتی که حاوی واژگان بیشتری می‌باشند، آسان‌تر قابل فهم هستند. جملات کوتاه‌تر، دارای تناسب بهتری برای انتقال اطلاعات پیچیده، در مقایســـه با جملات بلند می‌باشـــند، زیرا که اطلاعات را در پاره‌های کوچک‌تر و ســـهل‌الهضم‌تری ارایه می‌نمایند (کمیته میانجی‌گری در ارتباط با اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵). نقطه کرانی و حدی شما، می‌بایستی چیزی در حدود ۱۵ واژه باشد (دوک و همکاران، ۱۹۹۶). کم‌تعداد نگاه داشتن واژگان موجود در جملات تا حدی پایین‌تر از ۱۰ واژه، حتی مناسب‌تر نیز می‌باشد. اگر خودتان را در حال نگارش جملات طولانی بار شده به واسطه قیود وابسته یافتید، تلاش کنید تا هر جمله را به بخش‌های جداگانه‌ای تفکیک کنید و هر بخش را به سوژه و مفعول جمله خودش تبدیل کنید.

با این حال طول جمله، نباید بر سبک معمول در محاوره، بالادستی پیدا کند. گرچه که جملات کوتاه، به سهولت قابل خواندن هستند، ولی اجازه ندهید که تمرکز بر روی کوتاه نگاه داشـــتن جملات، منتج به ایجاد نوشـــته‌ای "پر تقطیع" گردد (مایر، ۲۰۰۳). این بدان معنا اســـت که اگر بیان نمودن یک ایده در قالب جمله‌ای طولانی‌تر، طبیعی‌تر جلوه می‌کند، بنابراین می‌بایســـتی همین کار را انجام دهید. در چنین مواردی استفاده از مثال‌ها و توضیحات می‌تواند ادراک ایده‌های تحت شمول قرار گرفته در جمله‌های بلندتر را تسهیل نماید (دوک و همکاران، ۱۹۹۶).

به منظور تشریح واژه‌های دشوار، مثال ارایه کنید

فارغ از این موضوع که تا چه حد در اســـتفاده از واژگان متداول، احتراز از زبان تخصصی و نوشـــتن به همان شـــیوه سخن گفتن، تلاش کنید، ناچاراً در پاره‌ای موارد نیازمند و یا مجبور هســـتید که از اصطلاحی اســـتفاده کنید که اکثریت بیماران‌تان ممکن اســـت قادر به ادراک آن نباشـــند. در چنین مواردی، بهترین راهکار، همراه نمودن هر اصطلاح ناآشـــنا با یک مثال اســـت. به عنوان نمونه یک جزوه ترغیب کننده بیماران به رعایت رژیم کم‌چرب، احتمالاً نمی‌تواند مثلاً از استفاده از واژه کلسترول اجتناب نماید. با این حال، اگر مطلب تشریح کننده این موضوع باشد که کلسترول، گونه‌ای چربی تولید شده توسط بدن است که در محصولات حیوانی نیز موجود می‌باشد، و سپس مثال‌هایی از غذاهای کلسترول بالا ارایه نماید، می‌تواند گامی بزرگ در جهت برطرف‌سازی هر گونه پریشانی و آشفتگی بردارد.

واژه‌ها را با دقت انتخاب کنید

شما علاوه بر نیاز به انتخاب واژگانی که مخاطبان مورد نظرتان بتوانند به سهولت آن‌ها را درک نمایند، نیازمند حساسیت داشتن نسبت به واکنش‌های محتمل آن‌ها نسبت به برخی واژگان خاص نیز می‌باشید. به عنوان مثال در قالب پژوهشی که انجمن آمریکایی افراد بازنشسته که یک سازمان عضویتی غیرانتفاعی برای بزرگسالان پنجاه ساله و بالاتر می‌باشد، به عنوان بخشی از ابتکار فعالیت فیزیکی فعال برای زندگی انجام داد، دریافت که افراد قرار گرفته در بازه سنی عضویتی‌اش، واکنشی مثبت نسبت به عبارت "فعالیت فیزیکی"، ولی پاسخی منفی نسبت به واژه "تمرین" نشان می‌دهند (سانر، ۲۰۰۳).

انتخاب واژگان همچنین می‌تواند بر لحن مطالب‌تان نیز تاثیرگذار باشد و این موضوع نیز به خودی خود، می‌تواند درجه‌ای که بیماران‌تان تا آن درجه پذیرای پیام شما می‌باشند را تحت تاثیر قرار دهد (کمیته میانجی‌گری در ارتباط با اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵). کلمات خود را با دقت و بر مبنای لحنی که خواستار ارایه‌اش هستید، انتخاب کنید. لحن مناسب برای مطالب‌تان، تا حد زیادی به واسطه ویژگی‌های مخاطبان مورد نظرتان قابل تعیین می‌باشد، ولی همچنین می‌تواند از سوی موضوع مورد بحث‌تان و ذات ارتباط موجود در بین بیمار و سازمان یا فرد عرضه‌کننده مراقبت نیز تحت تاثیر قرار گیرد.

جاذبه

به هنگام تهیه مطالب مکتوب برای استفاده از سوی بیماران، جاذبه و گیرایی کلی، یک ملاحظه حایز اهمیت محسوب می‌شود. اگر شما تکالیف لازمه برای خودتان در ارتباط با طرح و برنامه‌ریزی مطلب را انجام داده باشید، دارای ادراک خوبی در این زمینه خواهید بود که مخاطبان بیمار مورد نظر شما دقیقاً چه کسانی هستند. شما می‌بایستی ادراکی در ارتباط با پیشینه قومی و نژادی، جنسیت و سن آن‌ها در اختیار داشته باشید. شما ممکن است چیزهای اندکی را درباره سبک زندگی و عادات، باورها و گرایشات و پیشینه و تحصیلات آن‌ها بدانید و اگر تمام این چیزها را در ارتباط با بیماری که در حال تهیه مطلب برای وی هستید، بدانید، می‌توانید این اطلاعات را به کار گرفته و اجازه دهید تا بر تصمیمات شما در خصوص مطالبی که در حال ایجادشان می‌باشید، تاثیرگذار شوند.

مطالبی که با تجربیات بیماران شما تطابق داشته باشند، در مقایسه با مطالبی که در خارج از چارچوب مرجع آن‌ها قرار داشته باشند، دارای گیرایی و جاذبه بیشتری خواهند بود و جاذبه، موضوعی فوق‌العاده حایز اهمیت محسوب می‌شود. ست گادین، در کتاب گاو ارغوانی (۲۰۰۳) خود که به عنوان پر فروش‌ترین کتاب در ارتباط با تجارت و بازاریابی مورد تحسین قرار گرفته است، نسبت به این موضوع ابراز تاسف نشان می‌دهد که جلب توجه مشتریان برای بازاریابان امروزی تا چه اندازه دشوار گشته است. به گفته گادین، مشتریان امروزی وقت کمتری در اختیار داشته و تمایل کمتری به گوش کردن به پیام‌هایی که در پیاش نبوده‌اند از خود نشان می‌دهند (گادین، ۲۰۰۳). بنابراین بازاریابی چه کاری می‌تواند در زمینه مراقبت از سلامت انجام دهد؟ در واقع، مواد تبلیغی و مطالب مکتوب مرتبط با مراقبت از سلامت، اشتراکات زیادی با یکدیگر دارند. مطالب مرتبط با مراقبت از سلامت به مانند مواد تبلیغاتی، می‌بایستی تحویل‌دهنده پیامی به مخاطبان مورد نظر باشند. مخاطبان می‌بایستی برای دریافت این پیام، توجه خود را به موضوع جلب نمایند. با این حال همان‌گونه که گادین در فوق متذکر گردیده است، در اغلب اوقات مخاطبان مورد نظر توجهی به موضوع معطوف نمی‌دارند. مطالب خوب نوشته شده در زمینه مراقبت از سلامت، مانند بازاریابی خوب، توجهات مخاطبان را به خودشان جلب می‌نمایند. آن‌ها جذاب و درگیرکننده هستند.

جاذبه به این معنا نیست که پیام مطلب نوشته شده، می‌بایستی چیزی باشد که مخاطبان خوشنودانه پذیرای آن باشند. به عنوان نمونه یک جزوه در ارتباط با خطرات نوشیدن الکل در دوران بارداری، ممکن است از سوی مادرانی که از نوشیدن در روزهای تعطیل لذت می‌برند، چندان مورد پذیرش قرار نگیرد. ولی این بدان معنا نیست که این جزوه نمی‌تواند در سایر سطوح فاقد جذابیت و جلب توجه باشد. اگر مطلب در تناسب با سن بیماران نوشته شده باشد و به لحاظ فرهنگی با مخاطبان مورد نظر مرتبط باشد، شانس بالاتری وجود دارد که پیام به نحوی آگاهانه مورد ادراک و پذیرش قرار گیرد. ترکیب نمودن راهبردهایی که مشوق تعامل هستند (سئوالات، آزمون‌ها،

پیشـــنهادات و از این قبیل)، می‌تواند موجب بالا رفتن شـــانس‌ها برای این موضوع شود که مخاطبان مورد نظر، توجه بیشتری را به پیام مندرج در مطالب مکتوب شما معطوف دارند.

شکل ظاهری

همان‌گونه که در فصل هفتم مورد بحث قرار دادیم، در خلال طراحی مطالب آموزشی به سهولت قابل مطالعه برای بیماران، هدف اصلی به هنگام مد نظر قرار دادن شکل ظاهری مطالب، عبارت است از ایجاد یک ترکیب‌بندی صفحه‌ای که استفاده از مطالب تهیه شده را از سوی مخاطبان مورد نظرتان تسهیل نماید. متن، ترکیب‌بندی، فضای سفید، کاغذ و عناصر گرافیکی، مثال‌هایی از عوامل حایز اهمیت تاثیرگذار بر شکل ظاهری قطعه مکتوب می‌باشند. به منظور دستیابی به مباحثه‌ای کامل در ارتباط با این عناصر و نقش آن‌ها در تهیه مطالب آموزشی موثر برای بیماران، فصل هفتم ملاحظه شود.

سازماندهی

سازماندهی موثر اطلاعات مندرج در مطالب نوشته شده، از اهمیتی حیاتی برخوردار می‌باشد. زمانی‌که به طراحی مطالبی برای استفاده از ســوی بیماران می‌پردازید، از خودتان ســئوال کنید که آیا شیوه ســازماندهی مطالب، به دریافت و ادراک پیام از سوی بیماران کمک خواهد کرد. مطابق نظر وب‌ســایت ابتکار زبان غیر رسمی دولت ایالات‌متحده (http://www.plainlanguage.gov)، به صورت کلی، افراد به منظور یافتن پاســخ‌ها، مســتندات را مورد مطالعه قرار می‌دهند. شما نیازمند سازماندهی نمودن مطالب‌تان به شیوه‌هایی هستید که یافتن پاسخ‌هایی که بیماران‌تان در پی آن‌ها هستند را تسهیل نمایند. مطالب مکتوب خودتان را با دقت مورد تجزیه و تحلیل قرار دهید. آیا سازماندهی هر قطعه، یافتن آنچه که بیماران نیازمند آن هستند را تسهیل می‌نماید؟

تجزیه و تحلیل سازماندهی مطالب نوشته شده می‌بایستی در برگیرنده ملاحظاتی در ارتباط با عناصر زیر باشد:

- روی جلد
- توالی اطلاع‌رسانی
- اطلاعات حایز اهمیت
- عناصر سازمانی

روی جلد

روی جلد یک بروشور و یا جزوه، می‌بایستی چیزی فراتر از یک تصویر صرفاً زیبا باشد. این صفحه می‌بایستی هم نشانگر هسته محتوایی محوری مطلب و هم به نوعی نشــان‌دهنده مخاطبان مورد نظر برای آن باشــد. عناصر گرافیکی اســتفاده شده بر روی جلدهای مطالب مکتوب‌تان را مورد ملاحظه قرار دهید. آیا آن‌ها به موضوع مرتبط هستند؟ آیا در تطابق و هماهنگی با پیام مورد نظر برای مطلب، اقدام به فراخوانی موضوع می‌نمایند؟ عنوان چه وضعیتی دارد؟ آیا به صورتی مشخص و شفاف تمرکز مطلب را مورد تصریح قرار می‌دهد؟ آیا اعضای گروه مخاطب هدف به نوعی متوجه می‌شوند که این مطلب قصد پرداختن به مسائل آن‌ها را دارد؟

توالی اطلاع‌رسانی

توالی اطلاع‌رسانی در مطالب نوشته شده، باید از جنسی معقول و منطقی باشد و انعکاس‌دهنده فرآیندهای ذهنی باشد که خوانندگان نیازمند پرداختن به آن‌ها در جهت ادراک پیام مطلب هســتند. به عنوان نمونه دســتورالعمل‌ها می‌بایســتی بنابر ترتیبی ارایه شوند که خواننده قرار اســت بر اســاس آن ترتیب، به انجام آن‌ها بپردازد. ارایه گام‌ها در خارج از ترتیب، می‌تواند به نحوی جدی اثربخشــی آن دســتورالعمل‌ها را به مخاطره اندازد. می‌توان مســیر و خطی موازی با ســایر مطالب نوشته شــده برای آن ترسیم نمود. اگر اطلاعات در

ترتیبی ارایه گردند که بازتاب دهنده حرکتی منطقی از یک نقطه به نقطه دیگر نباشد، اثربخشی مطلب نوشته شده ممکن است دچار کاستی گردد.

به منظور مساعدت در کسب اطمینان از این موضوع که مطالب مکتوب‌تان بنابر ترتیبی معقول سازماندهی شده‌اند، خودتان را جای بیماران‌تان بگذارید و سعی کنید تصور کنید که بیماران‌تان به هنگام مواجهه با این اطلاعات، احتمالاً با چه پرسش‌هایی روبرو خواهند شد و سپس به آن پرسش‌ها پاسخ دهید. شما حتی می‌توانید از یک قالب پرسش و پاسخ برای مطلب خودتان استفاده کنید.

اطلاعات حایز اهمیت

مطالب مکتوب موثر، بر "نیاز به دانستن" اطلاعات، ضمن کنار گذاشتن جزییات نامربوط تاکید و تمرکز دارند. ارایه اطلاعات بیش از اندازه می‌تواند موجب انحراف یافتن از پیام محوری گردد. آیا مطالبی که در حال تهیه‌شان می‌باشید، ارایه‌گر سه الی چهار نکته اصلی هستند و نه بیشتر؟ آیا بیماران شما پس از مطالعه این مطالب، آنچه که خواستار انجامش از سوی آن‌ها هستید را درک می‌نمایند؟ آیا این نوشته، تعریف شفاف و مشخصی در ارتباط با رفتار مورد نظر از بیمار ارایه می‌دهد و به روشنی تشریح می‌کند که چرا بیماران می‌بایستی اقدام به اتخاذ آن رفتار نمایند؟

عناصر سازمانی

استفاده از عناصر سازمانی به شما اجازه می‌دهد تا سطوحی از سازماندهی، ابزارهای هدایتی سریع و آسان و باز تکرار پیام را برای مخاطبان مورد نظرتان فراهم آورید. در زیر برخی عناصر سازمانی مشخصاً مفید فایده مورد اشاره قرار گرفته‌اند:

سرعنوان‌ها

سرعنوان‌ها می‌توانند اطلاعات حایز اهمیت را مورد تاکید قرار دهند. سه گونه سرعنوان وجود دارد: سرعنوان‌های سئوالی، سرعنوان‌های بیانی و سرعنوان‌های موضوعی (کمیته میانجی‌گری در ارتباط با اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵). سرعنوان‌های سئوالی معمولاً قالب یک پرسش تسجیلی (برای روشن نمودن معنای بیان) را به خود می‌گیرند؛ پرسیدن سئوالی که مخاطبان مورد نظر شما به احتمال زیاد نیازمند پاسخ‌گویی به آن هستند (به عنوان مثال سرطان کولون چیست؟). به عبارت دیگر، اطلاعاتی که به دنبال ذکر یک سرعنوان سئوالی مطرح می‌شوند، پاسخ‌گوی آن سئوال خواهند بود. این‌گونه از سرعنوان، پرکاربردترین و مفیدترین نوع محسوب می‌شود، زیرا که پرسش‌های مدنظر مخاطبان‌تان را پیشگویی نموده و آن‌ها را به همان صورتی که مخاطبان‌تان قصد مطرح ساختن‌اش را دارند، طرح می‌نماید (کمیته میانجی‌گری در ارتباط با اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵). سرعنوان‌های بیانی، بهترین انتخاب دوم محسوب می‌گردند: آن-ها از یک اسم و یک فعل استفاده می‌کنند و در جهت انتقال اطلاعات به مخاطبان مورد نظرتان به حد کفایت مشخص و گویا می‌باشند (به عنوان مثال "پرستاران می‌توانند در ارتباط با داروهای‌تان به شما کمک کنند"). سرعنوان‌های موضوعی، رسمی‌ترین و قالبی‌ترین گونه محسوب می‌شوند. آن‌ها از یک تک واژه منفرد و یا یک عبارت کوتاه استفاده می‌نمایند (به عنوان مثال "بهترین درمان‌ها").

فهرست‌های عمودی

فهرست‌های عمودی، توجهات را به سوی مجموعه‌ای از اطلاعات نظیر گام‌های مشخصی که بیماران در جهت یافتن نشانه‌های محتملی که می‌بایستی جستجوشان نمایند، نیازمند طی کردن آن‌ها می‌باشند، فرا می‌خوانند. آن‌ها به لحاظ بصری جذاب و جالب توجه بوده و مطالعه آن‌ها آسان‌تر از متن جاری به نظر می‌رسد (کمیته میانجی‌گری در ارتباط با اطلاعات حکومتی، ۲۰۰۵). به هنگام استفاده از فهرست‌ها عموماً بهترین شیوه، استفاده از دوایر توپر و یا بولت‌های مربعی است، زیرا که بولت‌های تزیینی‌تر و غیرمعمول‌تر، می‌توانند موجب اختلال حواس و پرت شدن توجهات از اطلاعات شوند. در پاره‌ای موارد، شماره‌گذاری یک فهرست، می‌تواند در زمینه انتقال

پیام‌تان کمک کننده باشد (به عنوان نمونه به منظور تاکید نمودن بر ترتیب گام‌های موجود در طول یک فرآیند).

به هنگام استفاده از فهرست‌های عمودی، نکات زیر را به یاد داشته باشید:

- فهرست را با استفاده از یک جمله که تشریح کننده آنچه که در حال فهرست کردن‌اش هستید، معرفی و مقدمه‌چینی کنید.
- فهرست را تو رفته کنید.
- از هم‌ترازی چپ به گونه‌ای استفاده کنید که بولت‌ها و یا شماره‌های‌تان، دقیقاً به صورت خطی در زیر یکدیگر واقع شوند.

خلاصه بخش‌ها

خلاصه‌سازی نکات حایز اهمیت پوشش داده شده در هر بخش در پایان آن بخش، یک شیوه عالی در جهت کمک‌رسانی به مخاطبان مورد نظرتان در زمینه شناسایی نمودن آن اطلاعاتی است که می‌بایستی از آن بخش اخذ و در ذهن نگاهداری نمایند.

استفاده از حروف پر رنگ، ایتالیک و رنگی

هر کدام از این فنون متن ـ سطح (و یا ترکیبی از آن‌ها) می‌تواند در جهت برجسته‌سازی و مورد تاکید قرار دادن مفاهیم حایز اهمیت مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، استفاده از زیرخط‌گذاری و یا نوشتن کل عبارت با حروف بزرگ، توصیه نمی‌شود. گرچه که این فنون می‌توانند جلب توجه نمایند، ولی با این وجود، آن‌ها به واقع موجب دشوار شدن خواندن متن می‌شوند.

همین امروز، قرار ملاقات خود برای آزمایش سرطان گردن رحم تنظیم کنید!	
آیا ممکن است من سرطان گردن رحم داشته باشم و ندانم؟ بله، غالباً دردی وجود ندارد و این نوع سرطان سالانه موجب مرگ زنان زیادی می‌شود.	کجا می‌توانم یک آزمایش سرطان گردن رحم انجام دهم؟ دکتر خانوادگی، متخصصان زنان و مامایی، کلینیک‌های پزشکی، دپارتمان یا مرکز دولتی سلامت محلی
این برای من چه معنایی دارد؟ یعنی؛ برو و یک آزمایش سرطان انجام بده. یک آزمایش سرطان گردن رحم می‌تواند سرطان را زودتر تشخیص دهد. اگر زودتر تشخیص داده شود، درمان آن نیز آسان‌تر خواهد بود.	چه کسی نیازمند انجام آزمایش سرطان گردن رحم است؟ شما این کار را در صورتی انجام می‌دهید که؛ بالای ۱۸ سال باشید و یا ۱۸ ساله و یا کمتر بوده و رابطه جنسی داشته باشید
هر چند وقت یک بار باید آزمایش سرطان گردن رحم انجام دهم؟ هر سال یک آزمون سرطان انجام بدهید.	چرا آزمایش سرطان گردن رحم برای من ضروری است؟ زیرا می‌تواند به ما بگوید که آیا شما دچار سرطان گردن رحم زودرس هستید و اگر دچار باشید، درمان آن آسان‌تر خواهد شد. این کار می‌تواند زندگی شما را نجات دهد!
آزمایش سرطان گردن رحم چگونه انجام می‌شود؟ پرستار و یا دکتر یک پنبه جاذب را به گردن رحم شما در آلت تناسلی‌تان تماس می‌دهد. این کار فقط چند ثانیه طول می‌کشد.	

شکل (۱ـ۸) ـ برگرفته از بروشور NCI، آزمون سرطان دهانه رحم: این کار می‌تواند زندگی شما را نجات دهد! منبع: انستیتیوی ملی سرطان (NCI). ۲۰۰۳. شفاف و ساده: تهیه مطالب موثر برای خوانندگان کم‌سواد. واشینگتن دی. سی. ایالات‌متحده، دفتر انتشارات دولتی.

مثال ذکر شده از بروشور آزمایش سرطان گردن رحم: این کار می‌تواند زندگی شما را نجات دهد!، توصیف‌گر تعدادی از پیشنهاداتی می‌باشد که در این فصل ارایه گردیده‌اند (شکل ۱ـ۸). این نمونه در وهله نخست، مثالی فوق‌العاده در ارتباط با استفاده از سرعنوان‌های سئوالی به دست می‌دهد. همچنین نشان‌دهنده آن است که چگونه یک ملاحظه‌گری با دقت در زمینه استفاده از فضای سفید، متن را به نظر سهل‌المطالعه جلوه می‌دهد. استفاده آن از حروف رنگی و بولد، موضوعات حایز اهمیت را مورد تاکید قرار داده و به خوانندگان در یافتن اطلاعات خاص کمک می‌نماید و اندازه تایپی (شماره ۱۴ در قطعه چاپ شده) در خواندن آن تسهیل ایجاد می‌کند (NCI،

۲۰۰۳). مطالبی که در حال حاضر در حال ارایه آن‌ها به بیماران‌تان هستید و یا در فرآیند تهیه آن‌ها به سر می‌برید را مورد بررسی و ارزیابی قرار دهید. آیا آن‌ها از فرصت‌های ایجاد شده در جهت مورد تاکید قرار دادن و یا بازگو نمودن پیام مورد نظر بهره‌برداری می‌نمایند؟

آزمونگری و بازبینی مطالب

وسوسه این فکر وجود دارد که اگر یک پیش‌نویس کامل در ارتباط با مطلب مورد نظرتان در اختیار داشته باشید، کار تهیه مطلب مکتوب را تمام شده فرض کنید. ولی در حالت ایده‌آل، شما می‌بایستی از آن پیش‌نویس در جهت حرکت کردن به سمت گام بعدی فرآیند استفاده کنید و این گام عبارت است از حصول اطمینان از این موضوع است که مطالب نوشته شده، به نحو موثری با مخاطبان مورد نظرتان ارتباط برقرار نماید. از همه این‌ها گذشته، این توانایی مطالب در زمینه ارتباط برقرار نمودن با مخاطبان مورد نظرتان است که مهم‌ترین مساله محسوب می‌شود. سواد سلامت پایین در میان بیماران، این موضوع را به یک چالش تبدیل می‌نماید.

سنجش سطح خواناپذیری مطالب مکتوب

حتی بهترین جزوات و یا مجموعه دستورالعمل‌های نوشته شده نیز در صورتی‌که بیماران مقرر شده برای استفاده از این مطالب، قادر به ادراک آن‌ها نباشند، فاقد اثربخشی لازمه خواهند بود. بنابراین، یک بخش حایز اهمیت از انتقال یک پیام به مخاطبان مورد نظرتان از طریق مطالب مکتوب، تطبیق‌دهی سطوح خواندن‌پذیری آن مطالب با توانایی‌های مخاطبان‌تان است. این موضوعی بدیهی به نظر می‌رسد که اگر شما خواستار استفاده نمودن بیماران‌تان از مطالب مکتوب‌تان باشید، می‌بایستی از این مساله اطمینان حاصل کنید که آن‌ها در سطحی به نگارش درآمده باشند که از سوی بیماران‌تان قابل ادراک باشند. با این حال، بسیاری از مطالب تهیه شده برای استفاده بیماران در انجام این کار ناموفق هستند.

بیماران شما در سطح چه پایه‌ای به مطالعه مطالب می‌پردازند؟ به صورت کلی برای بیماران بزرگسال، یک سطح خواندنی پایه هشتم فرض گرفته می‌شود، ولی در حقیقت تعداد زیادی از آن‌ها در سطحی پایین‌تر از این پایه قرار دارند (انستیتیوی پزشکی، ۲۰۰۴؛ ویس و کاین، ۱۹۹۷). با این حال غالب مطالب مرتبط با سلامت در سطحی معادل پایه دهم برای بیماران نوشته می‌شوند (سفیر و کینان، ۲۰۰۵). به منظور تحت پوشش قرار دادن افراد کم‌سواد و تطبیق‌یابی در سطحی مناسب برای آن‌ها، هدف‌گذاری یک سطح خواندنی پایه ششم و یا پایین‌تر برای مطالب مکتوب‌تان، می‌تواند ایده‌ای خوب محسوب شود (سفیر و کینان، ۲۰۰۵). گرچه که ممکن است در نگاه نخست، تحقق ساختن چنین هدف‌گذاری‌ای دشوار به نظر برسد، ولی با این حال هم اکنون مطالبی موجود و قابل دسترس می‌باشند که به نحوی موفقیت‌آمیز قادر به ارایه اطلاعات کافی در سطوح خواندنی پیشنهاد شده هستند. به عنوان نمونه؛ IHA، اقدام به تهیه مجموعه‌ای از کتاب‌های خودکمکی تحت عنوان "برای سلامت چه باید کرد؟" نموده است که در سطح خواندنی پایه پنجم و یا پایین‌تر از آن به نگارش در آمده‌اند (متن نمونه‌ای و برخی توصیفات اخذ شده از کتاب نخست این مجموعه، یعنی زمانی که کودک‌تان بیمار شود چه باید کرد [مایر و کوکلیروس،]۲۰۰۱، در فصل هفتم، یعنی طراحی مطالب آموزشی به سهولت قابل مطالعه برای بیماران، ارایه گردیده‌اند).

پیمایش‌های غیر رسمی و چندین گزارش (به عنوان مثال یک گزارش پیشرفت کار کمیسیون داده شده توسط بنیاد خانواده دویر و پیمایش‌های مستقل انجام گرفته از سوی مراقبت از سلامت مالینای کالیفرنیا و شبکه سلامت مادر و کودک نیوجرسی شمال‌غرب)، حاکی از آن بوده‌اند که بیماران تحت آموزش قرار گرفته در زمینه استفاده از زمانی‌که کودک‌تان بیمار شود چه باید کرد IHA، غالباً به دور از نگرانی غیرلازمه و مراجعه به دکتر و یا بخش فوریت‌ها، آن را مورد ارجاع قرار می‌دهند (مراقبت از سلامت مالینا، ۲۰۰۲، شبکه سلامت مادر و کودک نیوجرسی شمال‌غرب، ۲۰۰۲ و پروژه قدرت‌دهی به جمعیت، ۲۰۰۲). یک مطالعه پایلوت یا مقدماتی انجام گرفته از سوی هرمان و مایر (۲۰۰۴) حاکی از آن بوده است که والدین ثبت نام کرده در برنامه اولیه Head Start، تا حد بالایی از کتاب

رضایت داشته‌اند و پس از دریافت کتاب مرجع آسان خوان و نیز کسب آموزش‌های لازم در خصوص چگونگی استفاده هدایتی مناسب از آن، مراجعات کلی به بخش فوریت‌ها تا حد ۴۸ درصد و مراجعات کلینیکی تا حد ۳۷ درصد کاهش پیدا کرده‌اند.

تاثیر نگارش مطالب در سطوح خواندنی پایین‌تر، به ویژه زمانی مشهود و مشخص می‌گردد که با انتخاب‌های زیر مواجه شوید. متن زیر در سطح پایه نهم نوشته شده است: یکی از نقش‌های مبتنی بر پزشک، تجویز و نظارت نمودن بر استفاده شما از داروهای آسم است. چنانچه تجویزهای درمانی به نحو صحیحی پی‌گرفته شوند و با تغییرات متناسبی در سبک زندگی ترکیب گردند، می‌توانند به شکل موثری آسم شما را تحت کنترل قرار دهند.

حال آن را با همان اطلاعات که در سطح پایه چهارم ارایه گردیده‌اند، مقایسه کنید:

هم خود شما و هم دکترتان، چک خواهید کرد که داروهای‌تان چگونه در حال عملگری می‌باشند. اگر شما داروی صحیحی را به شیوه‌ای صحیح استفاده کنید، می‌توانید آسم خودتان را کنترل کنید. البته بدیهی است که شما همچنین نیازمند کنار آمدن با مسائلی که به واسطه بیماری آسم در زندگی‌تان به وجود آمده‌اند نیز خواهید بود.

توجه داشته باشید که پیام قابل انتقال، از نخستین گزینه به دومین گزینه، در معرض تغییر و تحولی قرار نگرفته است، بلکه، تنها در قالب زبانی ارایه گردیده که برای غالب افراد آشناتر می‌باشد. گزینه دوم به عنوان نمونه، از طریق تعویض کردن "نظارت کردن" با "چک کردن"، آنچه که دقیقاً پزشک قرار است در پی‌اش باشد را قدری مشخص‌تر ساخته است و نسخه پایه چهارم، به واقع از طریق تفکیک نمودن جمله پیچیده‌تر دوم به دو جمله مجزا، بر اهمیت سبک زندگی در کنترل کردن بیماری آسم تاکید می‌گذارد. تعیین خواندن‌پذیری مطالب نوشته شده، کار دشواری نیست. چند ابزار ساده در این رابطه قابل دسترس می‌باشند و برخی از معمول‌ترین آن‌ها از قرار زیر هستند:

آزمون‌های خواندن‌پذیری فلش ـ کینکید

آزمون استاندارد وزارت دفاع ایالات‌متحده، به واقع در برگیرنده دو آزمون است:

۱. سهولت خواندنی فلش ـ کینکید، متن را بر مبنای مقیاسی صفر تا صد امتیازدهی می‌نماید. امتیاز بالاتر، به منزله سهولت بیشتر متن در زمینه خواندن است. امتیاز مورد نظر این آزمون، می‌بایستی برای متنی که در سطح پایه هشتم مدنظر قرار داده شده، چیزی حدود ۶۰ و یا بالاتر باشد.

۲. فرمول سطح پایه فلش ـ کینکید، نتایج آزمون سهولت خواندنی را به سطوح پایه‌ای مختص ایالات‌متحده ترجمه و تفسیر می‌نماید.

شما می‌توانید با استفاده از نرم‌افزار Microsoft Word به صورتی خودکار اقدام به محاسبه سطح پایه‌ای فلش ـ کینکید نوشته خودتان کنید. کافی است گام‌های ساده زیر را دنبال کنید:

۱. بر روی "Tools" در نوار ابزار برنامه وورد کلیک کرده و "Options" را انتخاب کنید (در نسخه‌های Microsoft Word مختص به Macinosh، گزینه "Options" در زیر نوار مرتبط با Spelling & Grammer (تلفظ و دستور زبان) و بر روی فهرست بازشونده Tools قرار دارد).

۲. بر روی نوار مرتبط با Spelling & Grammer کلیک کنید.

۳. در بخش گرامر، باکس "Show Readability Statistics" (آمار مرتبط با خواندن‌پذیری را نشان بده) را یافته و اطمینان حاصل کنید که تیک خورده باشد.

۴. بر روی "Okay" بر پایین فهرست کلیک کنید.

۵. مجدداً بر روی "Tools" واقع در نوار ابزار مایکروسافت وورد کلیک کنید.

۶. بر روی "Grammer" و یا "Spelling and Grammer" کلیک کنید. نرم‌افزار یک بررسی املایی و دستور زبانی بر روی تمام متن نوشته شده‌تان انجام خواهد داد و سپس یک باکس در ارتباط با آمار خواندن‌پذیری به نمایش خواهد گذاشت. به منظور دستیابی

به نتایج سطح پایه‌ای سهولت خواندنی فلش و سطح پایه‌ای فلش ـ کینکید، درون بخش خواندن‌پذیری را مورد مشاهده قرار دهید. متاسفانه برخی مباحثات و مجادلات پیرامون این ابزار در جریان می‌باشد. به عنوان نمونه مارک هاچهاوزر، دارنده PhD و مشاور خواناپذیری که در زمینه مطالب مرتبط با مراقبت از سلامت تخصص دارد، بر این باور است که نسخه فرمول فلش ـ کینکید موجود در درون مایکروسافت وورد، دچار اشکال می‌باشد. وی خاطرنشان می‌سازد که فرمول اصلی، حداکثر تا پایه ۱۶ و یا ۱۷ امتیازدهی می‌نماید، در حالی‌که نسخه مایکروسافت تنها گزارش‌گر حداکثر امتیازاتی تا پایه ۱۲ می‌باشد (هاچهاوزر، ۲۰۰۴). از آن مهم‌تر این که برخی تردیدها در خصوص دقت و صحت این ابزار، حتی به هنگام کار کردن با نوشته‌های سطوح پایه‌ای پایین‌تر نیز وجود دارند. شرکت فایزر (Pfizer Inc.) که یک کمپانی جهانی در زمینه داروسازی است، اقدام به تهیه یک کتاب راهنمای دستی با هدف ترویج و برقراری ارتباط شفاف در محیط مراقبت از سلامت نمود. این مطلب که اصول فایزر برای ارتباط شفاف در زمینه سلامت نام‌گذاری گردیده و به واسطه همکاری شرکت فایزر با دو تن از متخصصان خبره و پیشتاز در زمینه سواد سلامت، یعنی لیونارد و سسیلیا دوک تهیه شده است، در برگیرنده این هشدار زیر است: "به طور خاص، فرمول خواندن‌پذیری فلش ـ کینکید متمایل به ارایه امتیازات به لحاظ تصنعی پایینی می‌باشد. علاوه بر آن، تکنیک‌ها و فنون ویژه ضروری جهت تهیه یک مستند پیش از استفاده از یک برنامه رایانه‌ای شده موجود می‌باشند. غالب افراد از این گام چشم‌پوشی کرده و نهایتاً به نتایج نادرست و غیردقیقی دست پیدا می‌کنند" (دوک و دوک، ۲۰۰۳). از جمله این فنون ضروری در جهت تهیه یک مستند، حذف نقطه‌گذاری‌ها در اختصارات است، زیرا که برنامه چنین فرض می‌کند که هر نقطه قابل مشاهده، بازنمود دهنده آغاز یک جمله جدید می‌باشد.

فرمول خواناپذیری SMOG مک‌لافلن (معیاری ساده برای سخن نامفهوم)

این ابزار سریع، سازگار و سهل‌الاستفاده، به شما اجازه می‌دهد تا به سنجش‌گری سطوح خواندن‌پذیری مطالب مکتوب بپردازید. با این حال، این ابزار به عنوان روشی هم‌اندازه دقیق نسبت به سایر شیوه‌های موجود برای ارزیابی متون نوشته شده در سطوح پایه‌ای پایین‌تر (یعنی پایین‌تر از پایه ششم) مد نظر قرار داده نمی‌شود. گام‌های لازم برای پیمودن ساده هستند:

۱. سه نمونه از ۱۰ جمله متوالی (در کل حداقل ۱۰۰ واژه) را انتخاب کنید. هر نمونه می‌بایستی متعلق به بخش متفاوتی از متن باشد.
۲. تعداد واژگانی که دارای سه سیلاب و یا بیشتر هستند را در این ۳۰ جمله شمارش کنید.
۳. به منظور دستیابی به هم‌ارز پایه ـ سطح، به میز گفتگوی http://uuhsc.utah.edu/pated/authors/readability.html (اقتباس شده از مکلافلن، ۱۹۶۹) مراجعه کنید.

فرمول فرای

گرچه که برخی از افراد، استفاده از این ابزار را کسالت‌بار و خسته‌کننده می‌یابند، ولی با این حال ابزاری کمک کننده برای ارزیابی مطالب نوشته شده در سطوح خواندنی پایین محسوب می‌شود. برای استفاده از آن، گام‌های زیر را به انجام رسانید:

۱. سه فراز ۱۰۰ کلمه‌ای از متن را انتخاب کنید (از سرعنوان‌ها صرف نظر کنید). اگر در حال آزمون‌گری یک قطعه نوشته‌ی بسیار کوتاه می‌باشید، می‌توانید تنها یک نمونه ۱۰۰ کلمه‌ای انتخاب کنید. از آن جایی‌که سطوح خواناپذیری ممکن است از بخشی تا بخش دیگر متفاوت باشند، نمونه‌ها را از بخش‌های مختلف مطلب انتخاب کنید.
۲. تعداد جملات را در هر نمونه ۱۰۰ کلمه‌ای شمارش کنید.
۳. طول کسری آخرین جمله را تا نزدیکترین حد به یک‌دهم محاسبه کنید (مثلاً اگر صدمین کلمه، پنجمین واژه از یک جمله‌ی ۱۵ کلمه‌ای باشد، طول کسری جمله عبارت است از پنج‌پانزدهم که در صورت ساده‌سازی برابر می‌شود با یک‌سوم و یا حدوداً ۰/۳).
۴. تعداد سیلاب‌های موجود در هر فراز ۱۰۰ کلمه‌ای را شمارش کنید.
۵. تعداد میانگین کلی جملات و همچنین تعداد میانگین کلی سیلاب‌ها در هر صد کلمه را بر اساس سه فراز انتخاب شده محاسبه کنید.

۶. بـه آدرس http://www.clearhealthcommunication.com/public-health-professionals/fry-testing.html مراجعـه کرده و از نمودار فرای جهت یافتن هم‌ارز پایه ـ سطح متن استفاده کنید.

SAM (ارزیابی تناسب مطالب)

این ابزار که توسـط سسـیلیا و لیونارد دوک ایجاد گردیده، قادر به ارزیابی نه تنها خواندن‌پذیری متن، بلکه کاربردپذیری و تناسـب آن نیز می‌باشـد. بر اسـاس این ارزیابی، خواندن‌پذیری پایه ـ سطح، تنها یکی از عواملی است که بر خواندن‌پذیری کلی مطالب تاثیر خواهد گذاشت. SAM، مطالب را در قالب شش رسته امتیازدهی می‌نماید: محتوا، سواد مورد نیاز، عناصر گرافیکی، ترکیب‌بندی و تایپوگرافی (فـن چاپ‌گـری)، انگیزش در جهت یادگیری و تناسـب فرهنگی. این ارزیابی به یک امتیاز درصـدی منتج می‌گردد که در یکی از این سـه گروه زیر قرار می‌گیرد: عالی، مناسـب و یا غیرمناسب. این ابزار می‌تواند به شما در شناسایی نمودن کمبودها و کاستی‌های خاص و مشـخص مطالب نوشته شـده‌تان کمک کند. به منظور آموختن چگونگی اسـتفاده از SAM بر روی مطالب‌تان، تعلیم بیماران دارای مهارت‌های سوادی پایین (۱۹۹۶) نوشته دوک و همکاران را ملاحظه کنید.

تشکیل و هدایت گروه‌های متمرکز

اعضای نمایندگی‌کننده مخاطبان مورد نظرتان می‌توانند به هنگام آزمون‌گری اثربخشی مطالب مکتوب‌تان، عوامل کمکی فوق‌العاده‌ای محسـوب شـوند. آن‌ها می‌توانند بازخوردهای ارزشمندی را به شما عرضه نمایند و شما می‌توانید این بازخوردها را پیش از نهایی‌سازی مطالب‌تان، در آن‌ها اعمال کنید. گروه‌های متمرکز می‌توانند به عنوان افزونه‌هایی فوق‌العاده برای برنامه آزمون‌گری در نظر گرفته شده جهت مطالب در دسـت تهیه‌تان عمل نمایند. آن‌ها بر هدف ترغیب افراد به تسـهیم نمودن افکار و احساسات‌شـان در ارتباط با موضوع و یـا مطلب مورد نظر متمرکز می‌باشـند (کروزالگوی، ۲۰۰۳). همچنین، گروه‌های متمرکـز دارای توانایی بالقوه‌ی ارایه‌ی اطلاعاتی در خصوص مطالب هسـتند که آزمون‌های قالبی و رسـمی نظیر آزمون‌های مورد اشـاره در زمینه‌ی خواندن‌پذیری، قادر به عرضه‌ی آن اطلاعات نیستند. برخی از گونه‌های این قبیل اطلاعات از قرار زیر هستند:

- پیچیدگی ایده‌ها
- ترتیب‌بندی معقول و منطقی محتوا
- واژگان‌شناسی مناسب برای مخاطبان‌تان
- هر گونه کج‌روی در ارتباط با جنسیت، طبقه‌ی اجتماعی و یا مسائل فرهنگی
- طراحی که جذاب بوده و موجب جلب و یا پس‌زنی خوانندگان می‌شود
- اطلاعاتی که از نظر فرمی و سبک تایپی به سهولت قابل خواندن می‌باشند

یک گروه متمرکز از ۸ الی ۱۲ نماینده از مخاطبان هدف تشـکیل می‌یابد که با هدایت یک تسـهیل‌گر به مدت یک الی دو سـاعت به مباحثه می‌پردازند (کروزالگوی، ۲۰۰۳). یک مزیت اسـتفاده از یک گروه متمرکز آن اسـت که در مقایسـه با سایر شیوه‌های پژوهشی، نیازمند نمایندگان کمتری از مخاطبان می‌باشد. استفاده گروه‌های متمرکز، شیوه‌ای سریع‌تر بوده و می‌تواند کم‌هزینه‌تر از پیمایش‌های رسـمی و قالبی انجام پذیرد و اطلاعات به دسـت آمده از طریق آن، فراتر از داده‌های صرفاً کمّی هستند. شرکت کنندگان در گروه‌های متمرکز، این فرصت را در اختیار دارند تا به بحث پیرامون مطالب پرداخته و تشـریح نمایند که چرا به شـیوه‌ی خاص خودشـان نسبت به مطالب واکنش نشان می‌دهند.

معایب و اشـکالاتی نیز در ارتباط با گروه‌های متمرکز موجود می‌باشـد. یافته‌های گردآوری شده از طریق گروه‌های متمرکز، نمی‌توانند برای کلیت جمعیت مورد تعمیم و برنامه‌ریزی قرار داده شوند. به منظور اثربخشی یک گروه متمرکز، افراد هدایت‌گر بحث، گرد آوردنده، گزارش‌کننده و اعمال‌کننده نتایج، می‌بایستی در جهت انجام مناسب وظایف‌شان آموزش داده شوند. آن‌ها می‌بایستی افرادی که مناسب

مشـــارکت نمودن هســـتند را شناسایی کرده و سپس آن‌ها را در جهت نقش ایفا نمودن در درون گروه انگیزه‌مند سازند. این کار نیز هر چه مجموعه مخاطبان هدف‌گذاری شده برای تلاش در جهت خدمت‌گیری محدودتر شود، به طرز فزاینده‌ای دشوارتر خواهد شد. علاوه بر آن، در ارتباط با گروه‌های قومی و نژادی، پیچیدگی‌ای اضافی در ارتباط با لزوم ســـاختاربندی نمودن گروه‌های متمرکز در تطابق با دینامیک جنســـیتی آن گروه‌ها نیز وارد کار خواهد شـــد (کروزالگوی، ۲۰۰۳). به هنگام گردآوری یک گروه متمرکز، شاید ایجاد نمودن یک راهنما و یا هدایت‌گر برای بحث بتواند کمک کننده باشد. یک راهنما و یا هدایت‌گر نوعاً می‌تواند پوشش‌دهنده عناصر زیر باشد:

- معارفه میانجی‌گرانه و مواجهه محترمانه
- ارایه دستورالعمل‌ها
- معرفی شرکت‌کنندگان
- سایر جزییات مرتبط (مثلاً خطوط راهنما برای تعامل، انتظارات و رافعین مسئولیت)

شما در انتخاب مکانی‌که در آن گروه متمرکز را رهبری می‌کنید نیز توجه خواهید کرد. در نظر بگیرید که آیا یک گروه متمرکز را در یک مکان واحد، یا چند گروه را در مکان‌های مختلف نگاه خواهید داشت. عواملی از قبیل هزینه، خدمات اضافی مورد نیاز (مانند تجهیزات سمعی بصری) و نیاز احتمالی برای متکلمان دو زبانه می‌بایست در برنامه‌ریزی شما مدنظر قرار گیرند. در ارتباط با مدیر گروه متمرکز، او باید قادر به برقراری یک تفاهم سودمند با شرکت‌کننده‌ها در حین این که موضع بی‌طرفی خود را حفظ می‌کند، باشد. در حالت مطلوب، تسهیل‌کننده باید برخی ویژگی‌ها را با مخاطب هدف تسهیم نماید. وظیفه وی به‌قدری نیست که مباحثه را جهت اطمینان از این که بر روی موضوع اصلی متمرکز بماند، رهبری کند. مدیر باید به اندازه کافی موضوع را درک نماید تا آن را برای شرکت‌کننده‌ها بدون هدایت آن‌ها یا تحمیل عقیده خود بر گروه تشریح کند. در حالت مطلوب، مدیران باید بیشتر شنونده باشند تا گوینده (Cruzalegui, ۲۰۰۳). مدیر می‌بایســـت ســـؤالات را هر زمان که امکان تســـهیل مباحثه وجود دارد با سؤال پاســـخ دهد. او باید درک کاملی از دلیل مطالعه و اهداف داشـــته باشـــد. به این ترتیب، مدیر قادر به تشـــخیص زمانی‌که بحث به موضوعات مهم نزدیک می‌شود خواهد بود و می‌تواند آن خط گفتگو را ترغیب نماید. مجری باید بعد از اتمام کار گروه متمرکز، در گزارش‌دهی شرکت کند و به ارایه اصلاحات در هدایت بحث یا روند ترغیب شـــود (Cruzalegui، ۲۰۰۳). در آخر، نتایج گروه متمرکز باید رســـماً تجزیه و تحلیل و گزارش شوند. گزارش باید حاوی توضیحاتی راجع به زمینه و روش‌شناســـی گروه متمرکز باشـــد. سپس این گزارش می‌بایســـت یافته‌های کلیدی را ارایه و از آن یافته‌ها جهت استنتاج‌های منطقی و توصیه‌های مربوطه استفاده کند. به یاد داشته باشید تمام نتایج ارزش توجه را ندارند؛ هر خبری که ارزش خبری ندارد (Cruzalegui, ۲۰۰۳). این گزارش نباید درصدها را در برگیرد، اما می‌تواند نتایجی که حاکی از تأیید یا عدم تأیید هستند را شـــامل شـــود. این گزارش همچنین می‌تواند تصور مدیر از شـــرکت‌کنندگان (مثلاً، آیا آنچه شـــما انتظار داشتید بودند؟) و پاسخ‌های غیرکلامی آن ها را متضمن شود (Cruzalegui, ۲۰۰۳).

سایر رویکردهایی که کاربر نهایی را در بر می‌گیرند

به همان اندازه که گروه‌های متمرکز رسمی می‌توانند مفید قلمداد شوند، آن‌ها اغلب فراتر از بودجه افرادی که اطلاعات مکتوب بیمار را ثبت می‌کنند، هستند. برای نمونه، Beth Leber از شرکت آرم‌سازی نیویورک، Siegel و Gale، هزینه اجرای دو شب جلسه گروه متمرکز را ۱۱۶۴۰ دلار (در ســـال ۱۹۹۸) برآورد کردند، رقمی که برخی مخارج کارکنان را در بر نگرفت و بســـیاری از دیگر هزینه‌ها را شـــامل شـــد: ۲۴۰۰ تـــا ۲۸۰۰ دلار برای یک مدیر ماهر و با تجربه (Leber متذکر می‌شـــود: "من هزینه یـــک مدیر را از بالاترین نقطه محدوده برآورد شـــده در بر گرفتم، زیرا گماردن یک مدیر شایســـته برای گروه‌های متمرکز شـــما واقعاً هزینه‌بر است [Nielsen, ۱۹۹۷]"، ۲۰ تا ۴۵ دلار برای وعده‌های غذایی ناظر، ۱۲دلار برای وعده غذایی هر پاسخ‌دهنده، یک پاداش ۱۰۰ دلاری برای هر نوآموز، ۸۰۰ دلار برای اجاره اتاق، ۳۰۰ دلار بابت دستگاه ویدیو ثابت، ۳۰۰ دلار برای اجاره رایانه و ۴۰۰ دلار برای یک نمایشگر بزرگ (Nielsen, ۱۹۹۷). این برآورد برای دو شـــب جلســـه گروه متمرکز ۱۰ فرد تازه استخدام شده برای هر گروه و مجموعاً ۵ ناظر را مفروض می‌دارد. هر چند،

مسلماً آن تخمینی برای شهر نیویورک، یکی از پر هزینه‌ترین مناطق کشور است؛ در بسیاری از مناطق دیگر ایالات‌متحده رهبری یک گروه متمرکز به‌طور قابل توجهی ارزان‌تر تمام می‌شود. بر اساس گروه بازاریابی دالاس (DMG، ۲۰۰۶)، یک میانگین کشوری برای هر گروه ۴۰۰۰ تا ۴۵۰۰ دلار است.

در مثال بالا، تقلیل تعداد ناظران و هزینه پاداش‌ها و نیز کاهش برخی تجهیزات سمعی بصری می‌تواند منجر به صرفه‌جویی درصدها یا هزاران دلار شود. اما نکته مهم این است که حتی یک گروه متمرکز متشکل از عناصر اصلی هزینه‌های قابل توجهی را در بر می‌گیرد و نیازمند برنامه‌ریزی دقیق است. با این حال حتی اگر هزینه‌های اداره یک گروه متمرکز زیاد باشد، شما نباید اطلاعاتی که کاربران نهایی می‌توانند پیشنهاد نمایند را از قلم بیاندازید. یک شیوه آزمایش ساده و در عین حال اثربخش عبارت است از مصاحبه با خوانندگان معرف جهت ارزیابی درک آن‌ها از مطالب. یک روش جایگزین، مشورت با کارشناسانی خواهد بود که از نیازها و ویژگی‌های مخاطبان در نظر گرفته شده مطلع هستند. صرف از آنکه آیا شما خوانندگان معرف یا کارشناسان را به کار می‌گیرید، این گونه "سنجش قرارداد" مستلزم مصاحبه‌های یک‌به‌یک است. عموماً ۳ تا ۹ خواننده باید جهت تعیین این که هر جمله در مواد مکتوب چه معنایی برای آن‌ها دارد، مورد مصاحبه قرار گیرند. پاسخ‌های آن‌ها می‌تواند اطلاعات دقیق و عمیقی درباره این که کدام کلمات یا جملات به‌طور بالقوه گیج‌کننده هستند، تولید نمایند. با این حال، اجرای چنین مصاحبه‌هایی نسبتاً زمان‌بر و پر زحمت است.

شما ممکن است بخواهید اجرای یک مطالعه مبتنی بر آگاهی، نگرش‌ها و عملکرد (KAP)را مدنظر قرار دهید. مطالعات KAP دانش، نگرش‌ها و عملکردهای پاسخ‌دهنده‌ها در ارتباط با یک موضوع خاص را اندازه‌گیری می‌نمایند. آن‌ها می‌توانند از طریق تماس تلفنی، پست الکترونیکی یا ملاقات چهره به چهره با اعضای نماینده مخاطبان هدف اجرا گردند. برخلاف گروه‌های تمرکز، این پیمایش‌ها قادرند اطلاعاتی که معرف کل جمعیت است، ارایه دهند. اطلاعاتی که آن‌ها تولید می‌کنند تا حد زیادی هدف‌گیری شده و مرتبط با مواد مورد سؤال هستند. در طرف دیگر، اجرای مطالعات KAP و دیگر انواع پیمایش‌های معرف، مستلزم زمان، مهارت آماری و منابع هستند. می‌بایست ساز و کاری جهت موقعیت‌یابی و دستیابی به تعداد عظیمی از مخاطبان هدف وجود داشته باشد.

بازبینی مطالب بر اساس بازخورد، گروه‌های متمرکز و اطلاعات جدید

این که شما چطور به بازخورد از مخاطبان در نظر گرفته دست می‌یابید اهمیتی ندارد، زمانی که بازخورد را دارید می‌بایست تصمیماتی را راجع به چگونگی استفاده از آن اتخاذ کنید. به‌عنوان نگارنده اطلاعات بیمار، شما درباره این که چه داده‌ها و رهنمودهایی باید در نسخه نهایی گنجانده شوند، تصمیم‌گیری کنید.

نگارش به زبان دیگر

نگارش اطلاعات که در یک زبان متفاوت پدیدار می‌شود (مثلاً، یک جزوه که به هر دو زبان انگلیسی و اسپانیایی تألیف می‌گردد) چالش‌هایی را به همراه دارد. یک موضوع این است که آیا اطلاعات ابتدا باید به زبان انگلیسی نگارش و سپس به زبان دوم یا مقصد ترجمه گردد و یا مطالب باید از ابتدا به زبان مقصد توسط فردی که در آن زبان روان است، نگاشته شود. در اغلب موارد، دشواری‌ها در ترجمه، از ناتوانی در تشخیص معانی کلمات یا عبارات عجیب غریب در یک زمینه خاص در ذهن خواننده منشا می‌گیرند (Sobero & Giraldo, ۲۰۰۴). مترجمان خوب باید زمینه‌های فرهنگی، مزاجی (به عبارتی آن‌هایی که با غرابت‌های فرهنگ واژگان مؤلف اصلی ارتباط دارند)، فیزیکی و واژگانی اطلاعات اصلی را مدنظر قرار دهند. آن‌ها باید به بهترین نحو وظیفه خود را جهت انتقال همان معنا از زبان مبدأ به مقصد جهت برانگیختن واکنش مشابه در خواننده انجام دهند (Sobero & Giraldo, ۲۰۰۴).

ارایه یک پروژه ترجمه به یک گروه متخصص، گزینه‌ای است که احتمالاً از خطاهای رایج صورت گرفته توسط مترجمان تازه‌کار اجتناب می‌کند، اما چنین خدماتی می‌توانند هزینه‌بر نیز باشند. به‌طور نمونه، مترجمانی که برای گروه‌های تخصصی کار می‌کنند گام‌های متعددی را جهت اطمینان از این که اسناد به درستی ترجمه خواهند شد، برمی‌دارند. آن‌ها با روشن ساختن هر متن غیر واضح آغاز

می‌نمایند و گاهی اوقات اطمینان می‌دهند که متن مکتوب در یک سطح قرائت مناسب برای مخاطبان هدف قرار دارد (Roat, ۲۰۰۵). یک متخصص، معمولاً یک گوینده بومی زبان که اسناد به آن برگردانده می‌شود، مدارک را ترجمه می‌نماید و سپس متخصص دوم (معمولاً یک گوینده انگلیسی‌زبان بومی) آن را ویرایش و اصلاح می‌کند.

یکی از مشکلات ترجمه این است که یک لغت یا گفتاری که معمولاً در یک زبان فهمیده می‌شود، ممکن است دارای معادلی در زبان دیگر نباشد. برای نمونه، ترجمه‌های تحت‌اللفظی اصطلاحات انگلیسی اغلب معنادار نیستند. یک مترجم که با عبارت از "چاله به چاه افتادن" روبه‌رو می‌شود، به‌خوبی عمل می‌کند تا از یک ترجمه تحت‌اللفظی به اسپانیایی اجتناب نماید زیرا چنین برگردانی احتمالاً خواننده را سردرگم خواهد کرد.

نگارش به زبان انگلیسی و ترجمه آن به زبان دیگر ممکن است در صورتی‌که سند اصلی حاوی اصطلاحات بسیار زیادی باشد، غامض برشمرده شود. حتی زمانی‌که یک اصطلاح یا عبارت معادلی در زبان مقصد دارد، یک ترجمه خوب ممکن نیست به‌طور کامل همان معنا را انتقال دهد. علاوه بر این، حتی اگر تعریف یک لغت یا عبارت در هر دو زبان اصلی/مبدأ و زبان ترجمه‌شده/مقصد مشابه باشد، معنای ضمنی احتمالاً متفاوت است. به کار گماردن یک مترجم با تجربه که اصطلاحات انگلیسی را می‌فهمد و قادر به یافتن معادلات آن‌ها در زبان مقصد است یک راه‌حل محتمل قلمداد می‌شود. راه‌حل دیگر برخورداری از یک گوینده بومی است که اسناد را به زبان دیگر می‌نگارد.

یک شیوه سودمند جهت اطمینان از درستی هنگام ترجمه مطالب مکتوب از یک زبان به زبان دیگر، ترجمه معکوس است. همان‌طور که از نامش پیداست، شیوه‌ای است که در آن متن زبان مبدأ که به زبان مقصد برگردانده شده، ترجمه می‌شود. در حالت مطلوب، ترجمه اصلی و ترجمه معکوس باید توسط مترجمان مختلف تکمیل گردند (همان مترجمی که ممکن است نسبت به ترجمه اصلی خود تعصب نشان دهد، به همین ترتیب ترجمه معکوس دست‌خوش تغییر می‌شود).

با این حال، به خاطر این که ترجمه از علوم، هنری‌تر است، فرد نباید انتظار داشته باشد ترجمه معکوس را دقیقا با زبان متن اصلی منطبق سازد. در واقع، مترجمان حرفه‌ای درباره این که آیا ترجمه معکوس حقیقتاً برای تصدیق کیفیت یک ترجمه اثربخش است، هم‌رأی نیستند. مترجم Fuad M. Yahya شرح می‌دهد:

به دلیل ماهیت زبان آدمی، همواره اختلافاتی بین متن اصلی و ترجمه معکوس وجود خواهد داشت. کاملاً غیر واقع‌بینانه است که انتظار داشته باشیم ترجمه معکوس مشابه یا حتی تقریباً مشابه جمله‌بندی متن اصلی باشد. آنچه در برابر ذهن کاربر امیدوارکننده قلمداد می‌شود متنی است که معنا، اساساً مشابه معنا متن اصلی را انتقال می‌دهد. تا اندازه‌ای، ترجمه معکوس خودش از جهت بازگویی متن اصلی با کلمات احتمالاً متفاوت یک ترجمه خواهد بود، ولو این که در همان زبان به‌عنوان متن اصلی. تنها، کاربر می‌تواند تعیین کند که آیا اختلافات بین متن اصلی و ترجمه معکوس یک تغییر معنایی واقعی یا صرفاً یک اختلاف در انتخاب کلمات را نمایان می‌سازند یا نه و یا بازسازی را ایجاب می‌کند یا نه.

هدف از شناسایی نقاط مساله‌دار، خجالت‌زده کردن مترجم با عیب‌یابی جزیی نیست، بلکه کمک به وی در جهت میزان‌سازی دقیق ترجمه در این نقاط خاص به‌منظور حداکثر رساندن دقت و قابلیت خواندن ترجمه، یا کمک به کاربر در جهت اصلاح متن به شیوه‌ای که آن را برای ترجمه قابل اصلاح می‌سازد، است. به ندرت یک مؤلف متنی را با اشتباهات ترجمه بالقوه در ذهن تألیف می‌کند. همچنان که ترجمه معکوس اشتباهات را روشن می‌سازد، برخی از خطاها ممکن است با اصلاح ترجمه تصحیح گردند، اما سایر خطاها ممکن است به بهترین نحو از طریق بازنویسی خود متن اصلی مدیریت شوند (Yahya, ۲۰۰۲-۲۰۰۴).

برنامه‌های نرم‌افزاری که ترجمه‌ها را از یک زبان به زبان دیگر انجام می‌دهند می‌توانند جهت دریافت جان کلام یک متن خارجی زبان مورد استفاده قرار گیرند، اما آن‌ها هرگز نباید به‌عنوان ابزارهای ترجمه به‌کار گرفته شوند (Roat, ۲۰۰۵؛ Sobero & Giraldo, ۲۰۰۴). زمانی‌که درستی اهمیت دارد، ترجمه انسانی همواره به ترجمه ماشینی ترجیح داده می‌شود. مثال زیر راجع به سندی از "آکادمی پزشکان خانواده در کالیفرنیا"، تحت نام "ارزیابی به شیوه خود مسائل زبان در دسترس: جعبه ابزاری برای پزشکان و کارکنان آن‌ها

(۲۰۰۴)"، نشـان می‌دهد چه چیزی هنگامی‌که یک متن از یک قالب توافق پزشـکی متعارف نوشـته شـده به زبان انگلیسی از طریق "مترجم متن رایگان" بر روی تارنمای FreeTranslation.com اجرا شد، به وقوع پیوست. در اینجا اصل آن را مشاهده می‌کنید:

من با اجرای بیهوشی با حضور پزشک خود، یک متخصص بیهوشی، یا شخص مجرب دیگر تحت راهنمایی یک پزشک که ممکن است ضروری پنداشـته شـود موافقم. من مطلع هستم که داروی بیهوشی، عوارض و آسـیب‌های احتمالی جدی بر اندام‌های حیاتی از قبیل مغز، قلب، ریه، کبد و کلیه دارد که در برخی موارد ممکن اسـت هم از جانب دلایل شـناخته و هم ناشناخته منجر به فلج، ایست قلبی، و یا مرگ مغزی شود.

بعد از ترجمه شدن آن به اسپانیایی، متن مذکور بر روی آن تارنما به شرح زیر ترجمه معکوس گردید:

من اجرای بیهوشـی را توسـط خودم دکتر است که مساعدت می‌کند، توسـط یک متخصص بیهوشی یا توسط دیگر بازی واجد شرایط تحت هدایت یک دکتر که می‌توان بر ضرورت آن باور داشت، خراب کردم. من درک می‌کنم که تمام کلمه در انگلیسی دلالت بر خطرات عوارض و آسیب احتمالی جدی بر اندام‌های اساسی از قبیل مغز، قلب، ریه، کبد و کلیه دارد که در برخی موارد می‌تواند منجر به فلج، توقف قلب توسط پلیس و یا مرگ مغزی ناشی از هر دوی دو دلیل شناخته و ناشناخته باشد (Roat، ۲۰۰۵؛ ص ۱۶).

هنگام انتخاب یک مترجم، ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشـتی می‌بایسـت در جستجوی فردی که به زبان غالب خود ترجمه می‌کند، زبان مقصد را در زمان‌های مختلف (احتمالاً در دو فرهنگ مختلف) فرا گرفته و در زمینه زبان مقصد تحصیل‌کرده دانشگاه است، باشد. مترجمان خوب اغلب در رشـته ترجمه مدرک دانشـگاهی دارند، تا اندازه‌ای از سـوابق در حوزه‌هایی که آن ترجمه می‌کنند (از قبیل سـلامت و بازاریابی) برخوردارند و به اکثر مشـتریان خود در زمینه تخصص آن‌ها خدمات‌رسانی می‌کنند. حداقل ۵ سال سابقه توصیه می‌گردد (Sobero & Giraldo, ۲۰۰۴).

جهت کسـب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مترجمان حرفه‌ای یا تعیین موقعیت مترجمان در حوزه خود، به تارنمای انجمن مترجمان آمریکا (ATA) در http://www.atanet.org مراجعه کنید. این انجمن در سال ۱۹۵۹ تأسیس گردید، ATA بزرگ‌ترین انجمن مترجمان و مفسران در ایالات‌متحده است، با بیش از ۸۵۰۰ عضو در بیش از ۶۰ کشور (ATA, ۲۰۰۶).

منابع فصل هشـــتم

- American Translators Association (ATA). (2006). ATA Web site. Retrieved January 2, 2006, from http:// www.atanet.org
- Bailey, E. P. (1996). Plain English at work: A guide to business writing and speaking. New York: Oxford University Press.
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Clark, W. S., & Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. American Journal of Public Health, 87(6), 1027–1030.
- Before-and-after comparisons: Medicare fraud letter. (2005). Retrieved December 22, 2005, from http:// www.plainlanguage.gov/examples/before after/medicarefraudltr.cfm Bradshaw, P.W., Ley, P.,&Kincey, J. A. (1975). Recall of medical advice: Comprehensibility and specificity. British Journal of Social and Clinical Psychology, 14(1), 55–62.
- Cruzalegui, A. R. (2003,May).Understanding and conducting focus groups. Paper presented at Organizational Solutions to LowHealth Literacy, Institute forHealthcareAdvancement Second Annual Health Literacy Conference, Anaheim, CA.
- Dallas Marketing Group (DMG). (2006). Focus groups. Retrieved February 7, 2006, from http://www. dallasmarketinggroup.com/pages/focus.html
- Davis, T. C., Bocchini, J. A., Fredrickson, D., Mayeaux, A. C., Murphy, P. W., Jackson, R. H., et al. (1994). Parent comprehension of polio vaccine information pamphlets. Pediatrics, 97(6 pt 1), 804–810.
- Davis, T. C.,Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 52(3), 130–133.
- Doak, L. G., & Doak, C. C. (Eds.). (2003). Pfizer principles for clear health communication: Chapter 6, Using readability formulas. Retrieved January 10, 2006, from http://www.pfizerhealthliteracy.org/pdfs/ Using Readability Formulas v2.pdf
- Doak, L. G., Doak, C. C., & Root, J. H. (1996). Teaching patients with low literacy skills (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Dreger,V.,&Tremback,T. (2002).Optimize patient health by treating literacy and language barriers. AORN Journal, 75(2), 280–285, 287, 289–293.
- Godin, S. (2003). Purple cow: Transform your business by being remarkable. New York: Portfolio Hardcover.
- Herman, A. D., & Mayer, G. (2004). Reducing the use of emergency medical resources among Head Start families: A pilot study. Journal of Community Health, 29(3), 197–208.
- Hochhauser, M. (2004). Plain language is ethical language. Consulting Success Newsletter. Retrieved April 17, 2004, from http://www.consultingsuccess.org/publications/consultingsuccess/feature art/plain language is ethical language
- Interagency Committee on Government Information (ICGI). (2005). How to/tools. Retrieved December 20, 2005, from http://www.plainlanguage.gov/howto/index.cfm
- Institute for Healthcare Advancement (IHA). (2005, April 18). Document for making your health care wishes known available from IHA for 90 million low-literate Americans [press release]. Retrieved January 8, 2006, from: http://www.iha4health.org/index.cfm/act/newsletter.cfm/category/Press%20Releases/ menuitemid/112/MenuGroup/Home/NewsLetterID/ 55/startrow/2.htm
- Institute of Medicine (IOM) of the National Academies. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press.

- Mayer, G. (2003,May).Writing easy to read, easy to use health information. Paper presented at Organizational Solutions to Low Health Literacy, Institute forHealthcareAdvancement Second Annual Health Literacy Conference, Anaheim, CA.
- Mayer, G., & Kuklierus, A. (2001). What to do when your child gets sick. Whittier, CA: Institute for Healthcare Advancement.
- McLaughlin, G. (1969). SMOG grading: A new readability formula. Journal of Reading, 12(8), 639–646.
- Molina Healthcare, Inc. (2002). Decreasing inappropriate ER utilization: Internal quality improvement project. Long Beach, CA: Author.
- National Cancer Institute (NCI). (2003). Clear and simple: Developing effective materials for low-literate readers. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Center for Education Statistics (NCES). (2005). A first look at the literacy of America's adults in the 21st century (NCES 2006-470). Washington, DC: U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences.
- Nielsen, J. (1997). Estimated cost of running a focus group. Retrieved January 3, 2006, from http://www.useit.com/papers/focusgroupcost.html Northwest New Jersey Maternal and Child Health Network. (2002, March). Programs progress report for the Dwyer Family Foundation.
- Population Empowerment Project. (2002). Participant survey results. Long Beach, CA: Coalition of Orange County Community Clinics.
- Roat, C. E. (2005). Addressing language access issues in your practice: A toolkit for physicians and their staff members. San Francisco: California Academy of Family Physicians.
- Rudd, R. E. (2002). Health literacy overview presentation. Retrieved August 27, 2005, from the Harvard School of Public Health, Health Literacy Studies Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy
- Safeer, R. S.,&Keenan, J. (2005).Health literacy: The gap between physicians and patients. American Family Physician, 72(3), 387–388.
- Sanner, B. M. (2003, August). Are your written materials missing the mark? Journal of Active Aging, 18–24.
- Sobero, R., & Giraldo, G. P. (2004, May). Beyond translations: Culturally adapting and developing low-literacy materials. Presented at Clinical and Educational Solutions to Low Health Literacy, Institute for Healthcare Advancement Third Annual Health Literacy Conference, Anaheim, CA.
- Sudore, R. S., & Mayer, G. (2006). Advance directives designed for low-literate patients. Group Practice Journal, 55(2), 24–26.
- Weiss, B. D. (2003). Health literacy: A manual for clinicians. Chicago: American Medical Association Foundation and American Medical Association.
- Weiss, B. D., & Coyne, C. (1997). Communicating with patients who cannot read. New England Journal of Medicine, 337(4), 272–274.
- Westphal, C., & Wavra, T. (2005, September). Acute and critical care choices guide to advance directives. Retrieved December 10, 2005, from http://www.aacn.org/AACN/ practice.nsf/Files/ cchoices/$file/Acute%20 and %20 Critical %20 Care%20Choices% 20to%20Advance%20Directives. pdf#search='westphal%20wavra%20advance%20directive%20AACN'
- Yahya, F. M. (2002–2004). Back translation. Arabic Freelance: The translation office of Fuad M. Yahya. Retrieved February 11, 2006, from http://www.arabicfreelance.com/back.html

فصل نهـــم

استفاده از اشکال جایگزین در ارتباط با بیمار

ما در عصر اطلاعات و ارتباط، سرشـار از فاش‌سـازی و رضایت آگاهانه زندگی می‌کنیم. ما در عصر فناوری نیز زندگی می‌کنیم، در یک زمان هنگامی‌که پیشـرفت‌های سـخت‌افزاری و نرم‌افزاری انتخاب‌های جدیدی را برای برقراری ارتباط با سـایرین به ما ارایه می‌دهد. با این حال هنوز به‌واسطه ناتوانی خود در دسترسی به تمام افراد در تمام اوقات به ستوده آمده‌ایم. آن یک ویژگی اجتناب‌ناپذیر است که پیغام‌های ما باید به‌طور متفاوت برای مخاطبان مختلف بسته‌بندی گردند تا به‌طور کامل توسط آن‌ها درک شوند.

برای آنهایی که در جامعه مراقبت‌های بهداشـتی سـلامت، ازدیاد گزینه‌های ارتباطی ترکیب شـده با پیشرفت‌هایی که به‌طور منظم در دانش مرتبط با سـلامت، بیماری، پیشـگیری و درمان صورت می‌پذیرند، منتج به انتظارات بیشـتر در زمینه ارتباط با بیمار می‌شـود. به‌طور خاص، پیشـرفت‌ها در رسانه‌های ارتباطی وعده‌هایی را به ارایه‌دهنده‌هایی که جهت انتقال دقیق و معنادار پیام‌های مراقبت‌های سـلامت به بیماران کم‌سـواد خود اختصاص یافتند، می‌دهند. با این حال، جهت کسـب مزایای تمام این انتخاب در فناوری ارتباطی، ارایه‌دهنده‌های مراقبت‌های بهداشتی باید تصمیمات آگاه درباره نحوه ارایه پیام‌های خود اتخاذ نمایند. با این‌قدر اطلاعات جهت انتقال و این‌همه گروه‌های مختلف جهت برقراری ارتباط با آن‌ها، از ارایه‌دهنده‌ها خواسـته می‌شـود تا نحوه دریافت و فهم اطلاعات توسط این گروه‌ها و چگونگی تأثیرگذاری رسانه‌ها بر روی پیام را درک نمایند.

ارتباط کلامی

بشـر ذاتاً مصمم به یادگیری از گوش کردن اسـت. شیوه‌ای اسـت که کودکان حداقل در ابتدا فرا می‌گیرند. روشی از یادگیری است که هزاران سال پیش از ابداع نظام‌های نوشتاری به وقوع پیوسته و روشی است که هنوز اکثر بزرگسالان به بهترین نحو می‌آموزند. تشریح کلامی یک تشـخیص یا ارایه دسـتورالعمل‌ها مزیت‌هایی نسـبت به ارایه همان اطلاعات به‌صورت مکتوب دارند. برای نمونه لحن صدا می‌تواند نکات مهم را مشـخص نماید و به ماهیت متقاعدکننده اطلاعات با فراهم سـاختن رهنوردهایی برای بیماران بیافزاید تا آن‌ها ارایه اطلاعات خاص را با تمام توجه خود ارایه نمایند. از این‌رو به نظر می‌رسـد مشـاوره‌های چهره به چهره با بیماران چارچوب مطلوبی را که در آن ارتباط مراقبت‌های سلامت رخ می‌دهد، ایجاد نمایند. در حقیقت، تعاملات چهره به چهره بین بیماران و ارایه‌دهنده‌ها پایه مراقبت‌های پزشـکی را شـکل می‌دهند. ملاقات فردی با بیماران این امکان را برای متخصصان مراقبت‌های سـلامت فراهم می‌سازد تا میزان درک آن‌ها از تشخیص‌ها، گزینه‌های درمان و دستورالعمل‌های پزشکی را ارزیابی کنند. مشاوره‌های چهره به چهره ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشـتی را ملزم به تشـخیص دقیق می‌کند. اما سـپس چه اتفاقی به وقوع می‌پیوندد؟ چگونه ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و بیماران آن‌ها از مزایای گفتار زمانی‌که در نزدیکی یکدیگر نیستند، بهره‌مند می‌شوند؟

تلفن

یک شـیوه تلفن اسـت. همان‌طور که McBride و Rimer در سـال ۱۹۹۱ به این نکته اشـاره کردند، فناوری اسـتفاده از تلفن عبارت اسـت از ارایه گفتگوها جهت بهبود رفتار سـالم که سبب می‌شود مراقبت‌های سـلامت به‌طور قابل توجهی توسعه یابند و نوآوری‌های هیجان‌انگیزی همچنان به ظهور خود ادامه دهند. این پیشرفت‌ها تلفن را قادر می‌سازد تا جهت ارایه خدمات فردی به یک مقطع وسیع از گروه‌های هدف که در عین حال موانع آمادی و سامانه‌ای و هزینه‌ها را به حداقل می‌رساند، مورد استفاده قرار گیرد.

بیـش از ایـن که صرفاً بـه عنوان ابزاری برای تعیین قرار ملاقات یا زمان‌بندی آزمایش‌ها به‌کار گرفته شـود، در بسـیاری از پژوهش‌ها ملاحظه شـده که تلفن، توان بالقوه‌ای در تأثیرگذاری بر روی مراقبت و سـلامت بیمار داشـته و حتی در برخی موارد برای رفاه اعضای خانـواده بیماران. برای نمونه، تماس تلفنی می‌تواند به عنوان یک ابزار مناسـب جهت پیگیـری مراقبت‌ها به‌کار رود. Wylie، Allen، و Hallam-Jones (۲۰۰۵) تأثیر معرفی پیگیری تلفنی را با مردی که عوامل نعوظزا به وی تجویز شـده بود ارزیابی کردند. مشـاوره‌های تلفنی به خوبی دریافت شـدند، با ۹۱/۹٪ گزارش‌گیری از شـرکت‌کنندگان آن‌ها متوجه شـدند که مشـاوره‌های تلفنی از روش سنتی پیگیری تلفنی راحت‌تر هسـتند چرا که بیماران مجبورند برای ملاقات با دکتر، مسـافتی را طی نمایند و زمانی را در اتاق انتظار صرف

کنند (Wylie و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین شـواهد متعددی وجود دارد که تلفن می‌تواند یک ابزار سـودمند در مشاوره بیماران باشد. برای مثال، پژوهش انجام شده توسط Helmes، Culver، و Bowen (۲۰۰۶) اقتضاء و سودمندی گفتگوی‌های تلفنی برای زنان علاقه‌مند به دریافت مشـاوره تکوینی برای خطر سـرطان سینه را مورد بررسی قرار داد. پژوهش بر روی ۳۴۰ زن نشان داد که هم مشاوره فردی و هم تلفنی نگرانی زنان از بابت سـرطان، ادراکات خطر و قصد به پیگیری آزمایش‌های تکوینی را کاهش دادند (Helmes و همکاران، ۲۰۰۶). این پژوهشگران بدان نکته اشاره می‌کنند که این نتایج بازتاب‌هایی برای استفاده از تلفن به همراه دارند و به‌ویژه کاربرد تلفن ممکن است دستیابی به مشاوره را به بهترین نحو برای زنان در نواحی دور دست افزایش دهد (Helmes و همکاران، ۲۰۰۶).

Badger، Segrin، Meek، Lopez، و Bonham (۲۰۰۴) نیز توان بالقوه استفاده از تلفن در مشاوره را مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها یک بررسـی موردی از مشـاوره تلفنی میان فردی برای زنی که سـرطان سینه وی و دوستش تشـخیص داده شده بود اجرا کردند و متذکر شدند:

شواهد قابل توجهی وجود دارند که مصاحبه‌های روانی اجتماعی چهره به چهره، تنظیم روانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به سـرطان را بهبود می‌بخشـند. با این حال تعاملات روانی اجتماعی به‌طور روزمره ارایه نمی‌گردند و بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از ساز و کارهای مشاوره چهره به چهره استفاده نمی‌کنند (Badger و همکاران، ۲۰۰۴).

این پژوهشـگران اسـتدلال می‌نمایند که ممکن است تلفن تا اندازه در ارایه مشاوره بسـیار ضروری مساعدت کند. به‌عنوان برآیندی از مشاوره صورت گرفته از طریق تلفن، این بیمار و دوستش تغییرات مثبت قابل توجهی را در نشانه‌هایی از قبیل افسردگی و اضطراب و در ماهیت رابطه‌شـان با یکدیگر و فرزندان‌شـان گزارش دادند. این پژوهشگران خاطرنشان کردند که اگر چه مداخله‌ها مستلزم آموزش اضافی به پرسـتاران اسـت، اما برخی از ویژگی‌های مداخله می‌توانند توسـط تمام پرسـتاران صرف‌نظر از آموزش تخصصی آن‌ها به‌کار گرفته شـوند (Badger و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش انجام گرفته توسـط Hardyman، Hardy، Brodie و Stephens (۲۰۰۵) حاکی از آن اسـت بیمارانی که با تلفن ضروری مربوط به سـرطان تماس گرفتند، از بیمارانی که به تارنمای مرتبط با سـرطان دسترسی داشتند کمتر درخواست اطلاعات واقعی می‌کنند و بیشتر خواستار اطلاعاتی راجع به مسائل حساس هستند. این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را درباره انواع داده‌های سـلامت که افراد از منابع مختلف در جسـتجوی آن‌ها هستند، ارایه می‌نماید. همچنین نشان می‌دهد که تماس تلفنـی می‌توانـد نقش مهمـی در تکمیل نمودن دیگر منابع اطلاعاتی ایفا کند. در آخر، پیشـرفت‌ها در فنـاوری و خدمات کاربردهای جدیدی را برای تلفن در زمینه مراقبت‌های سـلامت فراهم می‌سازد. Oslin و همکارانش (۲۰۰۶) یک سرویس ارزیابی بالینی نظام‌مند مبتنی بر تلفن، آزمایشـگاه سـلامت رفتاری و امکان‌پذیری‌های آن را در مراقبت‌های اولیه مورد بررسـی قرار دادند. آزمایشگاه سلامت رفتاری، خلاصه‌ای از سلامت رفتاری و نشانه‌های سوءمصرف دارو بیماران به همراهی حمایت از تصمیمات درمان را برای ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌سازد (مثلاً، سامانه ارزیابی خدمات تخصصی سلامت روانی و سوءمصرف دارو). این سامانه جهت کمک به ارزیابی بیمارانی که پزشکان نشانه‌هایی از افسردگی را در آن‌ها شناسایی کردند، پیاده‌سازی گردید.

پیاده‌سازی آزمایشگاه سلامت رفتاری (BHL) منتج به یک تغییر ظاهری در شیوه بالینی شد. این پژوهشگران ارتباطی را بین استفاده از BHL و افزایش در تناسـب بیماران مورد آزمایش قرارگرفته برای افسـردگی در مراقبت‌های اولیه مشاهده کردند (Oslin و همکاران، ۲۰۰۶). آزمایشـگاه سـلامت رفتاری به‌طور موفقیت‌آمیزی یک ارزیابی جامع برای ۷۸٪ از کسـانی که مراجعه کردند، ارایه داد. رویکرد مبتنی بر مشارکت این سامانه منجر به شناسایی مرضی قابل توجه از افسردگی به همراه سوءمصرف الکل، استفاده از داروهای غیرمجاز، و افکار خودکشـی گردید، نشـانه‌هایی که احتمالاً در شـیوه عادی از قلم افتاده‌اند. این پژوهشگران بر این باورند که آزمایشگاه سلامت رفتاری (BHL) ابزار کاربردی را جهت ارزیابی و کنترل بیماران شناسـایی شـده دارای مشـکلات سـلامت روانی و سـوءمصرف دارو و مسـاعدت در برنامه‌ریزی درمان فردی آن‌ها ارایه می‌نماید (Oslin و همکاران، ۲۰۰۶). پشـتیبانی قابل توجهی نیز در پیشـینه تحقیق راجع به اسـتفاده از تلفن‌های تصویری در مراقبت‌های سلامت وجود دارد. Savenstedt، Zingmark و Sandman (۲۰۰۳) نقش بالقوه تلفن‌های تصویری را در مراقبت از بیماران سالخورده مورد تحقیق و بررسی قرار دادند. آن‌ها مصاحبه‌هایی را با اعضای خانواده و کارکنان

پرستاری راجع به تجربه آن‌ها از ارتباط به واسطه تلفن تصویری با افراد سالخورده اجرا و تحلیل کردند. نتایج حاکی از آن است که این امکان برای بیماران سالخورده دارای اختلال شناختی فراهم است تا در ارتباط از راه دور زمانی‌که شرایط خاص برآورده می‌شوند، درگیر شـوند. علاوه بر این، این پژوهشـگران مشـاهده کردند که تعامل از طریق تلفن تصویری گاه و بی‌گاه توجه و تمرکز افراد سـالخورده را افزایش داده است (Savenstedt و همکاران، ۲۰۰۳). به‌طور مشابه، Oakley، Duffill و Reeve (۱۹۹۸) یک سرویس پزشکی از راه دور تعاملی مورد اسـتفاده در اجرای مشـاوره‌های مربوط به امراض پوستی را مورد ارزیابی قرار دادند و مشاهده کردند که این سامانه منتج به صرفه‌جویی در وقت و پول بیماران می‌شـود. تنها حدود ۲۰٪ از مشـاوره‌ها با بیماران جدید منجر به قرار ملاقات چهره به چهره دیگر شد و اغلب بیماران ارتباط از راه دور را قابل قبول تشخیص دادند (Oakley و همکاران، ۱۹۹۸).

پیام‌های ضبط شده

گزینه دیگر برای دسـت‌یابی به مزایای گفتار زمانی‌که ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشـتی قادر نیستند شخصاً با بیماران چه به دلیل محدودیت زمانی و چه مسـافت ملاقات نمایند، اسـتفاده از پیام‌های ضبط‌شده اسـت. اگرچه بسیاری از ارایه‌دهندگان خدمات سلامت مزیت به‌کارگیری نوارهای صوتی را هنگام آموزش بیماران درباره پیشگیری از بیماری و ارتقای کلی سلامت مشاهده می‌نمایند، Doak و Root (۱۹۹۶) متذکر می‌شـوند که این ابزار ارتباطی توان بالقوه‌ای بیشـتری نیز دارد. این پژوهشـگران مدعی هسـتند آن دسته از دسـت‌اندرکاران درمان که آموزش اندک ۱ ساعتی در توسعه و استفاده از چنین مطالبی را را دریافت می‌کنند قادرند دستورالعمل‌های ضبط شـده مؤثری را فراهم سـازند (Doak و همکاران، ۱۹۹۶). علاوه بر این، آن‌ها ابراز می‌دارند که یک آموزش اندک تمایل به ایجاد شور و اشتیاق فراوان برای دستورالعمل‌های ضبط شده هم در بخش ارایه‌دهندگان و هم بیماران دارند (Doak و همکاران، ۱۹۹۶).

در حال حاضر پژوهش نشان داده است که نوارهای صوتی کاربردهایی در مراقبت‌های بهداشتی دارند. پژوهشی راجع به ترک سیگار و نرخ‌های خودداری دراز مدت از اسـتعمال سـیگار بر روی بیمارانی که از نوارهای صوتی خیالی هدایت شده استفاده می‌کنند نشان داد آن بیماران که از نوارهای صوتی علاوه بر جلسات آموزشی و مشاوره استفاده کردند نرخ‌های خودداری از استعمال سیگار بالاتری ظرف ۲۴ ماه بعد از تعامل نسـبت به دسـته افرادی که نوارهای صوتی را بکار نبردند، داشـتند (Wynd, ۲۰۰۵). بر اساس مطالعاتی از قبیل بررسی کشوری باسوادی بزرگسالان (NALS) در سال ۱۹۹۲و ارزیابی کشوری سواد بزرگسالان (NAAL) در سال ۲۰۰۳، به‌طور فراوان نشان داده‌اند که میلیون‌ها بزرگسال در ایالات‌متحده از لحاظ کارکردی بی‌سواد هستند. برای چنین افرادی، پیام‌های ضبط شده یکی از معدود شیوه‌هایی هستند که ارایه‌دهندگان خدمات سلامت قادرند اطلاعات و دستورالعمل‌های مهم را مخابره کنند. این بخش جمعیت یا نمی‌تواند اطلاعات چاپی را بخواند یا در انجام آن کار نیز مشـکل مالی دارند؛ جزوات و برگه‌های دسـتورالعمل به آسـانی برای آن‌ها اثربخش نیستند. البته ارتباط یک به یک نیز راه‌حلی است، اما این کار زمان‌بر هست. علاوه بر این اطلاعاتی که با چنین روشی مخابره می‌گردند به‌طور پیوسته نگه‌داشته نمی‌شوند. پیام‌های ضبط‌شده می‌توانند این فاصله را پیوند دهند.

ارتباط بصری

علاوه بر رسـانه‌های مطرح شـده در بالا، گزینه‌هایی جهت برقراری ارتباط با بیماران کم‌سواد وجود دارند که از مطالب نمایشی به‌عنوان ابزارهای اولیه جهت مخابره یک پیام استفاده می‌کنند. این مطالب بصری طرح‌ها پیچیده و نمودارهای سخنرانی‌های فنی نیستند، بلکه تصاویر مصور سـاده و روشـنی هستند. همان‌طور که Doak و همکارانش در سال ۱۹۹۶ پیشـنهاد کردند، دلایل خوبی برای گنجاندن مطالب بصری در مخابره پیام مرتبط به سلامت وجود دارند. دستگاه‌های حافظه انسان ذخیره‌سازی بصری را ترجیح می‌دهند و مفاهیم پیچیـده زمانی‌کـه به‌طور بصری ارایه می‌گردند به‌راحتی درک می‌شـوند. مطالب نمایشـی تمایل به برانگیختـن عواطف نیز دارند. در نتیجه، افراد سریعاً نسبت به آنچه مشاهده می‌کنند واکنش نشان می‌دهند (Doak و همکاران، ۱۹۹۶). این‌ها دلایل قانع‌کننده‌ای برای گنجاندن مطالب نمایشـی در پیام‌های مراقبت‌های بهداشـتی صرف از مخاطب در نظر گرفته شده هستند، اما زمانی‌که مخاطب هدف

از سـواد اندک یا سـطوح سواد سلامت پایین برخوردار اسـت، قالب‌هایی که از لحاظ بصری در زمینه ارتباط برتر هستند، ممکن است به‌طور خاص مقتضی باشند.

صورت نگاره‌ها (علایم تصویری)

صورت نگاره‌ها (که تصویر نگاره‌ها را نیز نامیده می‌شـوند) نمادهای واضح و روشـنی هسـتند که معنا را بدون استفاده از کلمات انتقال می‌دهنـد. بـه نمـاد تقریباً جهانی توالت‌ها بیندیشـید. هرکجا کـه می‌روید، آن تصویر نگاره به‌آسـانی پیام مورد نظـر مرتبط با محل توالت‌هـای عمومـی را منتقل می‌کند. نمونه‌های دیگر تصویر نگاره‌ها که به‌طور منظم با آن‌ها مواجه می‌شـویم علایم سـازمان حمل و نقل ایالات‌متحده هسـتند که مسیر به سـمت فرودگاه‌ها، ایستگاه‌های قطار، پله‌برقی‌ها و بالابرها را نشان می‌دهند. نمادهای مراقبت از رخت‌های شستنی نیز صورت نگاره هستند همانند تصاویر بر روی برچسب‌های مواد شیمیایی خطرناک.

واضح است، استفاده از صورت نگاره‌ها یا ترسیم‌های خط ساده به‌عنوان یک رسانه ارتباطی یک مفهوم جدید نیست؛ قدمت کاربرد آن‌ها به غار نگاره‌ها (نقاشی‌های غار) بر می‌گردد. با این حال نمونه‌های بالا نشان می‌دهند چگونه امروزه صورت نگاره‌ها می‌توانند سودمند و اثربخش باشند. فراگیر بودن آن‌ها توان بالقوه‌ای را برای استفاده از آن‌ها در دیگر زمینه‌های مهم‌تر از قبیل محیط مراقبت‌های بهداشتی مشخص می‌نماید.

در جوامعی که نمی‌نویسـند، برای کمک به افراد در به خاطر آوردن دسـتورالعمل‌های گفتاری، صورت نگاره‌ها به‌کار گرفته شـده‌اند. برخی پیشنهاد می‌کنند آن‌ها امروزه باید جهت کمک به بیماران نانویس در یادآوری دستورالعمل‌های کلامی مورد استفاده قرار گیرند (Houts و همکاران، ۱۹۹۸). در یک پژوهش به ۶۰ بیمار کم‌سواد یک جزوه اطلاعات بیمار حاوی صورت نگاره‌ها به همراه متن یا یک جزو متشکل از متن تنها ارایه شد. در بر داشتن صورت نگاره‌ها در مواد اطلاعاتی جهت بهبود درک بیماران از اطلاعات پیچیده‌تر نشان داده شد (Mansoor و Dowse، ۲۰۰۳). پژوهش انجام شده توسط Houts و همکارانش (۱۹۹۸) نشان داد که میانگین یادآوری بیماران از دسـتورالعمل‌های کلامی ۱۴٪ اسـت، اما آن عدد زمانی که دسـتورالعمل‌های گفتاری با صورت نگاره‌ها همراه شدند تا ۸۵٪ افزایش یافت. به دنبال آن پژوهش پیگیرانه‌ای نشان داد که بیماران کم‌سواد می‌توانند مقادیر زیادی از اطلاعات پزشکی را برای مدت‌زمان‌های قابل توجه، زمانی که صورت نگاره‌ها به‌کار گرفته می‌شوند به یاد آورند (Houts و همکاران، ۲۰۰۱). هرچند این پژوهشگران بدان نکته اشاره می‌کنند که تأثیر نهایی چنین مطالب نمایشی بر روی کیفیت زندگی بیماران تعیین نشده است (Houts و همکاران، ۲۰۰۱).

Dowse و Ehlers (۲۰۰۵) مشـاهده کردند که صورت نگاره‌ها به‌طور مثبت هم درک بیماران از دسـتورالعمل‌ها و تبعیت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به ۸۷ بیماری که یک دوره کوتاه پادزی‌ها به آن‌ها تجویز شـده بود برچسـب‌هایی حاوی متن تنها یا برچسـب‌های دارای صورت نگاره و متن ارایه گردید. سـپس ملاقات خانگی بعد از ۳ تا ۵ روز جهت ارزیابی درک بیماران از دسـتورالعمل‌ها و تبعیت آن‌ها از دسـتورالعمل‌ها به اجرا درآمد. این پژوهشـگران مشـاهده کردند ۵۴٪ از بیمارانی که دستورالعمل‌ها را به همراه صورت نگاره‌ها دریافت کرده بودند یک نرخ تبعیت بیش از ۹۰ ٪ داشتند، در حالی‌که تنها ۲٪ آن‌هایی که دستورالعمل‌های حاوی متن تنها را دریافت کرده بودند چنین نرخ تبعیت بالایی داشتند. میانگین درصدهای درک در گروه متن تنها و گروه متن به همراه صورت نگاره به ترتیب ۷۰ و ۹۵٪ بودند و میانگین تبعیت به ترتیب ۷۲ و ۹۰٪ (Dowse & Ehlers, ۲۰۰۵).

واضح است شواهدی وجود دارد که صورت نگاره‌ها به‌طور مثبت به درک و تبعیت در میان بیماران باسواد به چالش کشیده شده کمک می‌نمایند. با این حال Knapp، Raynor، Jebar و Price (۲۰۰۵) هشـدار می‌دهند که اندازه صورت نگاره‌ها حایز اهمیت اسـت یعنی کوچک سـاختن آن‌ها به جهت این که درخور قالب‌های مکتوب متعارف باشـند، می‌تواند به‌طور منفی درک بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. به احتمال زیاد با صورت نگاره‌ها در داروخانه‌ها و بر روی جعبه‌های تجویز شـده دارویی و سـایر داروها مواجه می‌شـویم. دارونامه ایالات‌متحده (USP) مرجع رسـمی همگانی تنظیم معیارهای تمام داروهای با نسـخه و بدون نیاز به نسـخه، مکمل‌های غذایی و دیگر فرآورده‌های مراقبه‌ای بهداشتی تولید و به فروش رسیده در ایالات‌متحده است. به عنوان یک سازمان سلامت همگانی مستقل، دارونامه

ایالات‌متحده خودش داروها را تنظیم نمی‌کند، بلکه قانون فدرال ملزم می‌دارد که داروهای با نسخه و یا بدون نسخه معیارهای تنظیم شـده توسـط USP را در جایی‌که چنین معیارهایی وجود دارند، برآورده سازند. این سازمان کتابخانه‌ای از ۸۱ تصویر نگاره طراحی شده جهت کمک به اطمینان از شـیوه‌های سـالم مصرف دارو و مراقب‌های دارویی مناسـب برای بیماران را ارایه می‌نماید (سازمان دارونامه ایالات‌متحـده، ۲۰۰۶). می‌توانیـد نمونه‌هایی از صورت نگاره‌های دارونامه ایالات‌متحده را در تصویر (a-f) ۱ـ۹ ملاحظه کنید. به‌منظور مشاهده همه آن‌ها به تارنمای زیر مراجعه کنید: http://www.usp.org/audiences/consumers/pictograms/form.html

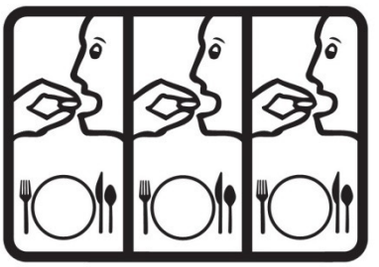
صورت نگاره‌های دارونامه ایالات‌متحده (USP) از تصاویر بهنجار شده به‌طور گسترده درک شده جهت انتقال دستورالعمل‌های دارویی، تجویزها و هشـدارها به بیماران اسـتفاده می‌کنند ارایه‌دهندگان خدمات سـلامت مراقبت از سـلامت و آن‌هایی که به فراهم سـاختن اطلاعات بیمار گماشـته شـدند به‌طور رایگان از تصویر نگاره‌های دارونامه ایالات‌متحده جهت تقویت دسـتورالعمل‌های چاپی یا کلامی استفاده می‌نمایند. بیماران دارای سواد کم سلامت به احتمال زیاد از کاربرد آن‌ها سود می‌برند. مطابق با دارونامه ایالات‌متحده در سال ۲۰۰۶، تصویر نگاره‌ها به‌طور خاص در انتقال اطلاعات مهم به بیماران با سطح پایین توانایی خواندن و بیمارانی که از انگلیسی به عنوان یک زبان دوم استفاده می‌کنند، سودمند است.

سازمان دارونامه ایالاتمتحده گامهایی برمی‌دارد تا مطمئن شود صورت نگارههایی که برای صنعت مراقبت های بهداشتی فراهم مینماید برای بیماران با سوابق و تجربیات مختلف قابل‌درک است یا نه. در واقع، این سازمان تصاویری که با گروههای معرف از بخشهای مختلف جمعیت بکار می‌گیرد را آزمایش می‌کند تا تعیین کند که آیا صورت نگارهها پیام موردنظر را به‌طور موفقیت‌آمیز مخابره می‌کنند یا نه. نخستین شرط سازمان دارونامه ایالاتمتحده در اعطاء مجوز به استفاده از تصویر نگارههای آن عبارت است از این که آنها به‌عنوان تنها ابزار مخابره اطلاعات پزشـکی مورداسـتفاده قرار نگیرند زیرا همواره توان بالقوهای برای سوءتعبیر وجود دارد(سازمان دارونامه ایالات-متحده، ۲۰۰۶). به‌عبارت‌دیگر، تصویر نگارهها جهت استفاده به عنوان مکمل و نه به‌عنوان جایگزین برای سایر دستورالعملها چه چاپی و چه کلامی طراحی می‌شـوند. برای نمونه، آنها قصد دارند که به‌عنوان یادآور کننده به بیماران عمل نمایند تا آنها به شـیوه مناسـب داروهای خود را مصرف و ذخیره کنند. بااین حال، دستورالعملهای اصلی باید در برخی رسانههای دیگر نیز مخابره شوند.

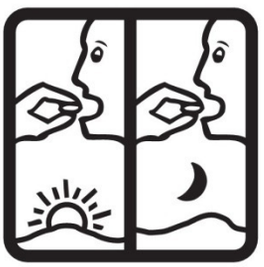
داستان‌های مصور

گزینه دیگر برای برقرار ارتباط با بیماران کم‌سـواد که حداقل وابسـتگی را به متن و حداکثر اسـتفاده از مواد نمایشـی را دارد، داستان مصور است. این‌ها مواد چاپی مصور گونه‌ای هستند که داستانی را با استفاده از تصاویر و حباب‌های گفتگو نقل می‌کنند تا نشان دهند کدام شـخصیت به تصویر کشیده شده سخن می‌گوید. مطابق با خدمات پخش همگانی (PBS) در سال ۲۰۰۶، داستان‌های مصور برای یک مدت طولانی در مکزیک، آمریکای لاتین و جوامع Latino و Chicano ایالات‌متحده مورد اسـتفاده قرار گرفتند. در این قالب، این جوامع وسیله‌ای داشتند که از طریق آن می‌توانستند به مسائل اجتماعی با استفاده از ابزارهای ابتکاری و تا اندازه زیادی بصری رسیدگی کنند. خدمات پخش همگانی (PBS) متذکر می‌شود که فعالان سیاسی و گروه‌های مذهبی این قالب را به عنوان یک ابزار سازمانی برای توسعه، آموزش و ترغیب به دین تازه تبدیل کرده‌اند.(PBS, ۲۰۰۶).

با دکتر تماس بگیرید



سه بار در روز همراه با وعده‌های غذایی مصرف کنید



دو بار در روز مصرف کنید

سم

نمک اضافی مصرف نکنید

تکان ندهید

تصویر (a-f) ۱ـ۹: تصویر نگاره‌های ساده از دارونامه ایالات‌متحده (USP). کتابخانه صورت نگاره USP ۸۱ تصویر بهنجار شده را جهت انتقال دستورالعمل‌ها، تجویزها و هشدارها به بیماران و مشتریان ارایه می‌نماید. صورت نگاره‌ها (که تصویر نگاره‌ها را نیز نامیده می‌شوند) در انتقال اطلاعات مهم به بیماران با سطح پایین توانایی خواندن و بیمارانی که از انگلیسی به عنوان یک زبان دوم استفاده می‌کنند، سودمند هستند. آن‌ها برای متخصصان و ارایه‌دهندگان اطلاعات بیمار جهت تقویت دستورالعمل‌های چاپی یا شفاهی رایگان هستند. منبع: سازمان دارونامه ایالات‌متحده، ۲۰۰۶. تصویر نگاره‌های دارونامه ایالات‌متحده. قابل دسترس در تارنمای:

http://www.usp.org/audiences/consumers/pictograms/form.html

مرکز تحقیقاتی سرطان ACM در شهر دنور یک کتاب راهنما تحت عنوان "فراتر از کتابچه: رویکردهای جایگزین برای ارتباط سلامت اثربخش (۱۹۹۴)" را منتشر کرد که در آن مزایای بالقوه استفاده از داستان‌های مصور در جامعه مراقبت‌های سلامت شرح داده می‌شود. با رویکرد محاوره‌ای آن، یک داستان مصور می‌تواند یک رسانه آموزشی به راحتی قابل فهم مناسب باشد، به شرط آنکه محاوره در یک سطح خواندن پایین نوشته شود. داستان از طریق یک موضوع واقع‌بینانه، سرگرم‌کننده و آموزشی نقل می‌شود... داستان‌های مصور عموماً در جوامع آشنا با این رسانه بسیار اثربخش هستند (مرکز تحقیقاتی سرطان ACM، ۲۰۰۴، ص۳۳). یک تعداد از سازمان‌ها توان بالقوه‌ای را برای داستان‌های مصور در دستیابی به بخش‌های معینی از جمعیت بیماران کم‌سواد در یک شیوه معنادار به رسمیت شناخته‌اند. پژوهش‌های منتشر شده در دهه ۱۹۹۰ شکافی را بین سطوح قرائت اکثریت بزرگسالان ایالات‌متحده و سطوح قرائت مورد نیاز در خواندن و درک بیشتر جزوات آموزش سلامت و اسناد رضایت آگاهانه نشان دادند (Doak، Doak، Friedell و Meade، ۱۹۹۸؛ Dollahite، Thompson و McNew، ۱۹۹۶؛ Hearth-Holmes و همکاران، ۱۹۹۷). از آن پس بسیاری از ارایه‌دهندگان خدمات

سلامت و سازمان‌های دولتی ابزارهای جایگزین ارتباط با بیماران کم‌سواد را مورد کند و کاو قرار داده‌اند. در نتیجه بسیاری از اطلاعات مرتبط با سلامت که سابقاً تنها در قالب متنی در دسترس بودند مجدداً در قالب‌هایی اعم از داستان‌های مصور که به درک بیمار کمک می‌کنند، بسته‌بندی شده است (Wilson, ۲۰۰۰). برای نمونه، در سال ۲۰۰۰ اداره خدمات سلامت کالیفرنیا و انجمن بیمه خطرات مدیریت شده پزشکی، دو داستان مصور به زبان اسپانیایی جهت کمک به آموزش و افزایش آگاهی در میان جامعه آمریکای لاتین از دو برنامه پوششی مراقبت‌های بهداشتی کودک که توسط دولت پیشنهاد شده بود را معرفی کردند (خانواده‌های سالم، ۲۰۰۰). داستان-های زندگی، ابزارهای توسعه که تجارب واقع‌بینانه و نگرانی‌های خانواده‌های جامعه آمریکای لاتین در تلاش خود جهت اطمینان از مراقبت‌های بهداشتی فرزندان‌شان را به تفصیل شرح می‌دهند. این نگرانی‌ها شامل هزینه برنامه‌ها، شایستگی، سطوح درآمد و وضعیت مهاجرت می‌شود.

پروژه سلامت زنان روستایی (RWHP) نیز به‌طور وسیع از داستان‌های مصور استفاده کرده است. سازمانی که با زنان کشاورز و خانواده-های آن‌ها از سال ۱۹۹۲ فعالیت داشته است، پروژه سلامت زنان روستایی داستان‌های مصور را جهت ارایه پیام‌های سلامت، سندیت دادن فعالیت خود در جوامع و بهبود رفاه فردی و اجتماعی خلق کرد. برخی از مسائل مرتبط با سلامت که به واسطه داستان‌های مصور پروژه سلامت زنان روستایی مورد رسیدگی قرار گرفتند، پیشگیری از بیماری ایدز، به‌کارگیری وسیله جلوگیری از آبستنی، آگاهی درباره دخانیات، پیشگیری از آسیب‌دیدگی چشم و بیمه بهداشت و درمان را شامل شدند (پروژه سلامت زنان روستایی، بی‌تاریخ). برای اطلاعات بیشتر به تارنمای سازمان در http://www.rwhp.org/noved/fotonov.html مراجعه کنید.

علی‌رغم وعده‌های داستان‌های مصور به عنوان یک ابزار ارتباطی، پژوهش حاکی از آن است که حتی در درون جمعیت‌هایی که انتظار می‌رفت پذیرای استفاده از آن‌ها باشند، احتمالاً این رسانه نباید به‌عنوان تنها قالب مخابره پیام‌های مرتبط به سلامت به‌کار گرفته شود. در واقع، پژوهشی راجع به قابلیت اعتبار درک شده مجراها و منابع اطلاعات بیماری ایدز در میان اسپانیایی تبارها، Marin (۱۹۹۰) مشاهده کرد که اعتبار ویژه‌ای برای داستان‌های مصور در نظر گرفته نشده است. در میان ۴۶۰ اسپانیایی‌تبار بزرگسال مصاحبه شده از طریق تلفن راجع به قابلیت اعتباری که آن‌ها به مجراهای مختلف پخش اطلاعات بیماری ایدز تخصیص دادند، داستان‌های مصور در پایین‌ترین رتبه‌بندی قرار گرفتند. یک خط تلفن بیست و چهار ساعته و اطلاعات چاپی (از قبیل کتب، جزوات) مرتبط با بیماری ایدز بالاترین رتبه‌بندی را به خود اختصاص دادند. البته ترجیح این پاسخ‌دهنده‌ها مربوط به مساله عادت است: متون مکتوب متعارف مدت طولانی است که توسط اعضا جوامع باسواد به عنوان قالبی معتبر در نظر گرفته شده‌اند ـ به عنوان معیار طلایی در برابر دیگر شیوه‌های ارتباط که باید اندازه‌گیری شود ـ گاهی به ضرر دیگر قالب‌های ارتباط از قبیل زبان شفاهی (Ong، ۱۹۸۲). در پژوهش بالا بیماران سطوح بالایی از قابلیت اعتبار را به زبان شفاهی زمانی‌که از طریق تلفن استعمال می‌شود اختصاص دادند، اما به طور پیش‌بینانه قالب‌های مشخصی از ارتباط نوشتاری را مقدم‌تر و معتبرتر در نظر گرفتند.

ادغام گفتار و مواد نمایشی

البته برخی رسانه‌ها گفتار و مطالب تصویری را با هم ادغام می‌کنند. زمانی‌که به خوبی انجام پذیرفت، این مطالب می‌توانند نقاط فراوانی از ارتباط با بیمارانی که از آن‌ها استفاده می‌کنند داشته باشند. با توسل به دو مسیر حسی یادگیری مختلف، مطالب خلق شده در این رسانه‌ها می‌توانند توجه بیماران را به طور کامل‌تر جلب کنند و یک پیغام مراقبت‌های سلامت را به طور کامل‌تر مخابره نمایند.

پیام‌های تصویری

پیام‌های تصویری شیوه‌ای هستند که خالقان پیغام‌های مراقبت‌های سلامت می‌توانند به بیمارانی که هم از گفتار و هم از تجهیزات بصری استفاده می‌نمایند رجوع کنند. چنین پیام‌هایی می‌توانند بر روی VHC، DVD، CD، پخش‌کننده‌های قابل‌حمل از قبلی iPod و دیگر قالب‌ها منتقل شوند. پیام‌های تصویری در ارتباط با مجموعه متنوعی از موضوعات مراقبت‌های سلامت در حال حاضر در دسترس

هستند و به لطف بسیاری از سازمان‌های دولتی و خصوصی که اطلاعات راجع به مراقبت‌های سلامت را فراهم می‌سازند، این عدد دائماً در حال رشد است.

بسیاری از فیلم‌ها ارزان و حتی از طرف سازمان‌های دولتی و خصوصی مختلف اعم از کتابخانه‌ها رایگان در دسترس هستند. برخی وسایل، ماهانه به قیمتی در حدود یک‌چهارم قیمت خرید اجاره داده می‌شوند. این گزینه شاید برای ارایه‌دهندگان خدمات سلامت که اطلاعات را در یک سخنرانی یک‌باره یا مجموعه‌های اطلاعاتی تقدیم می‌دارند مطلوب‌تر باشد. برای آن دسته از ارایه‌دهندگان خدمات سلامتی که به یک تعداد کثیری از بیماران یک گروه قومی خاص خدمت‌رسانی می‌کنند، پیام‌های تصویری ضبط شده که خاص آن گروه‌ها طراحی شدند ممکن است از منابع محلی مختلفی در دسترس باشند. به دلیل این که هزینه‌های تولید این مواد می‌توانند کاملاً پایین باشند ـ مخصوصاً با پیشرفت‌های اخیر در ضبط، تدوین و تولید ـ قیمت‌های خرید آن‌ها نیز اغلب پایین هستند.

هر یک از قالب‌های مختلف پیام‌های تصویری ضبط شده مزایا و معایب خود را دارند. احتمالاً تولید و خرید نوارهای VHS ارزان‌تر از بقیه است و یک تنوع عظیمی از موضوعات و عنوان جهت انتخاب وجود دارد. با این حال، استفاده از یک دستگاه ضبط نوار ویدیویی (VCR) می‌تواند زمان‌بر و ناکارآمد باشد. به منظور تنظیم بخشی از نوار یا بازبینی صحنه‌هایی که قبلاً مشاهده شده، کاربران باید نوار را جلو یا عقب ببرند. هرچند، VHC ممکن است تنها گزینه برای بیمارانی که دستگاه‌های پخش DVD یا رایانه ندارند، باشد. با این حال موضوعی که چنانچه شما اخیراً به نزدیک‌ترین فروشگاه محصولات صوتی و تصویری خود مراجعه نموده‌اید از آن مطلع باشید این است که نوارهای VHC در حال منسوخ شدن هستند و در حال حاضر DVD رایج است. دلایل خوبی وجود دارد که چرا DVD جای نوارهای VHC را گرفته‌اند. یک دلیل آن است که DVD دسترسی برتری به بخش‌های خاصی از ویدیو که نیاز برای جلو یا عقب بردن نوار راحذف می‌کند، ارایه می‌دهند. این ویژگی به کاربران اجازه می‌دهد تا با سرعت بیشتری اطلاعاتی که خواستار بررسی و بازبینی آن‌ها هستند کسب و مشاهده نمایند. قالب CD-ROM به کاربران کنترل مشابهی را ارایه می‌دهد. همانند DVD، هدایت CD-ROMs نیز آسان است. کاربران می‌توانند سریعاً و به آسانی به اطلاعاتی که باید از آن‌ها مطلع باشند دسترسی یابند. البته، جهت استفاده از یک CD-ROM کاربران می‌بایست یک رایانه و حداقل به آن دسترسی داشته باشند. علاوه بر این، آن‌ها باید تا اندازه‌ای از سواد رایانه‌ای برخوردار باشند زیرا استفاده از یک CD-ROM مستلزم این است که کاربران بدانند چطور CD را بارگذاری و اجرا نمایند و همچنین از نحوه کار با ماوس و صفحه کلید رایانه جهت حرکت در میان اطلاعات درون CD مطلع باشند.

مطالب تصویری ضبط شده می‌تواند یک شیوه اقتصادی جهت افزایش درک بیماران و تبعیت آن‌ها از توصیه پزشکی باشد. برای نمونه، یک آزمایش کنترل شده تصادفی که دستورالعمل به شکل نوار ویدیویی را با دستورالعمل فردی به واسطه فیزیوتراپ بر روی تمرین پس از جراحی آرتروسکوپی ترمیم پارگی کامل عضلات چرخاننده بازو را مقایسه می‌کند، نشان داد بیماران که از نوار ویدیویی استفاده کردند در اظهارات خود اعلام کردند که نتایجی معادل بیمارانی که در برنامه خانگی خود توسط یک فیزیوتراپ به آن‌ها آموزش داده شد، داشتند (Roddey, Olson, Gartsman, Hanten, & Cook, ۲۰۰۲). با این حال، لازم به ذکر است که یک فیزیوتراپ برای پاسخ به سؤالات بیمارانی که از نوارهای ویدیویی استفاده کردند در دسترس بود. این پژوهش حاکی از آن است که منابعی از قبیل تخصص فیزیوتراپ‌ها ممکن است از طریق استفاده از فناوری‌های نوارهای ویدیویی تکمیل و به حداکثر برسند. بسیاری از پژوهش‌های دیگر از کارآیی اطلاعات ضبط شده بر روی نوار ویدیویی در محیط مراقبت‌های سلامت پشتیبانی می‌کنند. Smith، Koehler، Moore، Blanchard و Ellerbeck (۲۰۰۵) مداخله یک نوار ویدیویی طراحی‌شده جهت بهبود خود مدیریتی بیمار از نارسایی قلبی را مورد آزمایش قرار دادند. محتوای ویدیو از دستورالعمل‌های کشوری معتبر (از لحاظ علمی) برای مدیریت خانگی نارسایی قلبی پیروی کرد. این پژوهش دانش بیماران، گزارش‌گیری علایم مرض و وضعیت کارکردی را سنجید. داده‌های حاکی از آن بودند که شرکت‌کننده‌ها یک بهبود از لحاظ بالینی مرتبط در دانش راجع به نارسایی قلب داشتند و وضعیت سلامت را ارتقا دادند یا حفظ کردند. هیچ یک از بیماران مجدداً طی ۶۰ دوره پیگیری بستری نشدند و یک بیمار با پزشک خود جهت گزارش اضافه وزن همان‌طور که توسط نوارهای ویدیوی ترغیب گردید، تماس برقرار کرد (Smith و همکاران، ۲۰۰۵).

یک پژوهش انجام گرفته توسط Wiese و همکارانش در سال ۲۰۰۵ راجع به استفاده از یک نوار ویدیویی طراح شده جهت ارتقای درک بیماران از وقفه تنفسی در خواب و هدف، تدارک و مزایای درمان نشان داد که نوارهای ویدیویی اقبال فرد را قطعاً تحت تأثیر قرار می‌دهند. مخصوصاً با بررسی ویدیو آموزشی یک بیمار در ملاقات اولیه مشاهده شد که به‌طور قابل توجهی نرخ بازگشت برای ملاقات پیگیرانه را بهبود می‌بخشند (Wiese و همکاران، ۲۰۰۵). تحقیق و بررسی نشان می‌دهد که نوارهای ویدیویی می‌توانند تا حد زیادی شیوه اثربخشی برای مخابره اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی باشند. یک پژوهش انجام گرفته توسط So و همکارانش در سال ۲۰۰۳ راجع به تأثیر نوارهای ویدیویی بر روی انطباق بیمار با ورقه‌های ژل سیلیکون و نتایج اثر سوختگی بعدی آن‌ها نشان داد که به‌کارگیری نوارهای ویدیویی مفصل جهت آموزش بیمار، انطباق با درمان را بهبود بخشید و منتج به نتایج بهتر اثر سوختگی گردید. May و همکارانش (۲۰۰۳) گزارش می‌دهند که نمایش‌های تصویری می‌توانند شیوه مؤثری جهت انتقال اطلاعات راجع به درمان جایگزین نیکوتین برای سیگاری‌ها باشند.

همانند پیام‌های ضبط شده، اطلاعات تصویری می‌توانند به طور خاص در برقراری ارتباط با بیمارانی که در پایین‌ترین سطوح سواد عمل می‌کنند سودمند باشند. پژوهشی که اثربخشی یک پیام چاپی درباره واکسیناسیون فلج اطفال را با همان پیام که با استفاده از شیوه‌های بازاریابی و تبلیغاتی به تولید نقاشی‌های متحرک مبدل گشته را مقایسه می‌کند، نشان داد که نقاشی‌های متحرک بسیار مؤثرتر بودند (Leiner، Handal و Williams، ۲۰۰۴). این تکنیک‌ها برای بیماران کم‌سواد هم کمک کننده بودند و هم جذاب.

یک بررسی از رویکردهای مختلف جهت پیشگیری از خشونت در میان نوجوانان نشان داد که بچه‌های عصر ویدیو به خوبی به مواد نمایشی واکنش نشان می‌دهند (Tucker و همکاران، ۱۹۹۹). این محققان استفاده از نمایش‌های چندرسانه‌ای در برنامه‌های پیشگیری از خشونت با هدف کمک به نوجوانان را ترغیب کردند. پژوهش آن‌ها یادآوری دانش‌آموزان مقطع متوسطه از یک برنامه نمایش داده شده در چهار بخش را مورد سنجش قرار داد: یک ویدیو موسیقی rap تولید شده توسط کارکنان پیشگیری از خشونت، یک مباحثه تسهیل شده درباره مقابله با خشم، یک ویدیو از احیای آسیب در بخش اورژانس و یک ویدیو تجاری از پسر نوجوانی که به دلیل زخم ناشی از تیراندازی فلج شده. یک ماه بعد از نمایش، حافظه دانش‌آموزان، شناسایی مشکل و تأثیر برای ویدیو تجاری و ویدیو موسیقی rap بالاترین بودند. با این حال، مخاطبان این برنامه را به عنوان یک کل بالاتر از هرگونه بخش‌های مجزا زمانی که به واسطه موفقیت در شناسایی و تأثیر مشکل اندازه‌گیری شدند، رتبه‌بندی کردند. این حاکی از آن است که به‌کارگیری ترکیبی تنوعی از روش‌ها به خوبی برای جمعیت عمل می‌کند (Tucker و همکاران، ۱۹۹۹). پژوهشی راجع به اثرات یک نوار ویدیویی طراحی شده جهت افزایش استفاده از مراکز کنترل سم (PCCs) توسط خانواده‌های کم‌درآمد و اسپانیایی‌زبان به همین نحو نشان داد که مداخله نوار ویدیویی تا حد زیادی در تغییر دانش، نگرش‌ها، رفتارها و نیات رفتاری مرتبط با مراکز کنترل سم در درون این جمعیت اثربخش بود (۲۰۰۳ ,Kelly, Huffman, Mendoza, & Robinson).

تحقیق و بررسی نشان می‌دهد که بیماران، پذیرای نمایش‌های تصویری اطلاعات هستند. پژوهشی راجع به واکنش‌های بیماران به یک DVD حاوی اطلاعات بیمار در بخش غده‌شناسی جراحی نمایان ساخت که ۷۱٪ از ۱۰۸ بیماری که آن را تماشا کردند ملاحظه نمودند که تماشای DVD مثبت و ترغیب‌کننده بوده و ۸۳٪ استفاده از آن را توصیه کردند (Evrard و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش دیگر سه شیوه اجرا ملاقات قبل از بیهوشی یعنی یک مصاحبه پیش از بیهوشی، یک جزوه به‌علاوه یک مصاحبه، یا یک فیلم مستند به‌علاوه یک مصاحبه را مقایسه کرد. محققان مشاهده کردند که بیماران گروه فیلم به‌علاوه مصاحبه بالاترین امتیاز را برای رضایت‌مندی و کسب اطلاعات گرفتند (Evrard و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این، یک پژوهش انجام شده توسط Stanton و همکارانش در سال ۲۰۰۵ برخی شواهد را نمایان ساخت که یک نوار ویدیویی با الگوسازی هم‌سالان (به عبارت دیگر یک نوار ویدیویی که شیوه‌های مثبت بررسی شرکت‌کننده‌هایی که احتمالاً با این بیماری‌ها از قبیل جستجو برای حمایت اجتماعی همان‌طور که به واسطه رفتار هم‌سالان در شرایط مشابه الگوسازی شده مقابله می‌کنند، نشان داد) می‌تواند بازیابی انرژی را طی مرحله دخول (به عبارتی پس از تکمیل سرطان درمانی و از سرگیری زندگی مجدد) در زنان درمان شده برای سرطان پستان، به خصوص در میان آن‌هایی که آمادگی کمتری برای این مرحله

داشتند، تسریع بخشد.

شـواهد حاکی از آن اسـت که نوارهای ویدیویی ممکن اسـت به‌طور خاص زمانی که مسـائل حسـاس را مورد رسیدگی قرار می‌دهند سـودمند تلقی شـوند. برای نمونه پژوهشی، مداخله یک نوار ویدیویی را برای مشـاوره جنسی بعد از سکته قلبی مورد ارزیابی قرار داد. تمامت جنسی، کیفیت زندگی و فشار و مقابله مفاهیم کلیدی بودند که مبنای مداخله قرار می‌گیرند. علاوه بر دستورالعمل‌های کتبی و کلامی عادی که آن‌ها حین بستری شدن دریافت کردند، به بیماران در این پژوهش نوار ویدیویی داده شد تا آن را در خلوت در منزل خود تماشا کنند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد استفاده از چنین ابزاری در محیط خانه یک روش اضافی آموزش بیمار را فراهم می‌سازد که برای این مساله حساس مطلوب به نظر می‌رسند (Steinke, ۲۰۰۲).

جایگزین‌های مبتنی بر وب

ابزارهـای مبتنـی بـر وب و کاربردهای آن‌ها یک تعداد همـواره افزاینده از گزینه‌هـای برقراری ارتباط با بیمـاران را به ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تقدیم می‌دارند. این گزینه‌ها به درجات مختلف گفتار و مواد نمایشی متکی هستند. هرچند هنوز تصمیمی مبنی بر این که آیا اینترنت به تلاش‌های صنعت مراقبت‌های بهداشـتی جهت ارتباط هر چه موفق‌تر با بیماران کم‌سـواد کمک خواهد کرد یا بدان آسیب می‌زند، اتخاذ نشده است. تا به امروز این فناوری اغلب به آسانی جهت بسته‌بندی مجدد مواد چاپی موجود به‌کار رفته است. نتیجه چنین بسـته‌بندی مجدد چه مفید باشـد و چه نه، این اسـت که مواد چاپی را در دسترس طیف وسیع از بیماران در هر زمان که خواستار آن‌ها باشند قرار دهد.

علاوه بر این تعدادی از پژوهش‌های اخیر، موانع مواجه شـده توسـط بیماران اقلیت و کم‌سـواد سلامت را همچنان که آن‌ها در استفاده از اینترنت جهت دسـتیابی به اطلاعات سـلامت تلاش می‌کنند، ثبت کردند (Birru و همکاران، ۲۰۰۴؛ Fogel، ۲۰۰۳؛ Zarcadoolas، Blanco، Boyer، و Pleasant، ۲۰۰۲). در میان این موانع سطح خواندن به‌طور متوسط تارنما است، که چندین سطح درجه‌بندی بالاتر از متوسط سطح خواندن کاربر هست که خواندن آن‌ها را نسبت به مواد چاپی متعارف آسان‌تر نمی‌سازد (Birru و همکاران، ۲۰۰۴).

اگرچه در دسترس قرار دادن اطلاعات برای تعداد بیشتری از بیماران خودش یک هدف ارزشمند است، چنین هدفی در تأیید توان بالقوه واقعی وب که یک محیط چندرسـانه‌ای است با شکست مواجه می‌شـود. بسیاری محققان مراقبت از سلامت و کاروران فناوری متقاعد می‌شـوند که برنامه‌هـای مبتنی بر وب می‌توانند چیزی حقیقتاً جدید و معنادار به جمعیت بیمـاران ارایه دهند، حتی اگر آن برنامه‌ها هنوز نیازمند ارتقا باشند.

بسـیاری از فناوری‌هـای مبتنی بر رایانه در حال حاضر به بهبود نتایج مراقبت‌های بهداشـتی کمک می‌نماینـد. برای نمونه Rogers و همکارانش (۲۰۰۵) مشاهده کردند استفاده از مصاحبه صوتی با کمک رایانه ممکن است بیماران را به اشتراک‌گذاری هر بیشتر اطلاعات نسـبت به آنچه در مصاحبه‌های اجراشـده توسط ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشـتی انجام می‌دهند، ترغیب نماید. در این پژوهش از ۱۳۵۰ بیمار خواسته شد تا یک نظرسنجی رفتاری راجع به شیوه‌های خطر جنسی، عفونت‌های منتقله از رابطه جنسی قبلی و نشانه‌های آن‌ها، اسـتفاده از وسـیله جلوگیری از آبسـتنی و مصرف مواد مخدر و الکل را تکمیل نمایند. برخی بیماران یک برنامه رایانه‌ای صوتی جهت پاسخ به سؤالات را به‌کار بردند و سایرین توسط ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مورد مصاحبه قرار گرفتند. این پژوهشگران دریافتند بیمارانی که از رایانه اسـتفاده کردند بیشـتر احتمال دارد تا راجع به درگیر شدن خود در رفتارهای مخاطره‌آمیز اخیر از قبیل رابطه جنسـی بدون اسـتفاده از وسیله جلوگیری از آبستنی در ۲۴ ساعت گذشته، آمیزش جنسی مقعدی و یک یا چند شریک جنسی جدید در ۶ ماه گذشته در مقایسه با آن‌هایی که توسط یک ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی مصاحبه شدند، گزارش دهند.

مطابق با این پژوهش، یک مشـکل در اسـتفاده از اینترنت به عنوان یک منبع مراقبت از سـلامت این است که مقدار زیادی از اطلاعات تولید شـده به واسـطه جستجوهای اینترنتی بیمار فاقد کیفیت لازم اسـت. Wallace، Turner، Ballard، Keenum و Weiss (۲۰۰۵) مشاهده کردند که باید این موضوع در ارزیابی آن‌ها از اطلاعات به دست آمده راجع به پوکی استخوان با استفاده از راهبردهای جستجوی

که نمونه بارز جستجوهای بسیاری از بیماران هستند، درست باشد. نوع مشابهی از نتایج توسط Bichakjian و همکارانش در سال ۲۰۰۵ که اطلاعات تولید شـده راجع به melanoma را با وارد کردن این اصطلاح در زمینه‌های جسـتجو هشـت موتور جستجو مورد ارزیابی قرار دادند، گزارش شـدند. آن‌ها ۷۴ تارنما را در این پژوهش ارزیابی نمودند. این محققان مشـاهده کردند که اطلاعات پزشـکی بازیابی شده به احتمال زیاد فاقد اطلاعات کامل melanoma بنیادی بودند. به‌علاوه، ۱۴٪ این تارنماها در برگیرنده خطا بودند (Bichakjian و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین به نظر می‌رسـد که متخصصان مراقبت‌های بهداشـتی نه تنها در زمان تولید اطلاعات درخور سطح خواندن بیماران بلکه در ارایه اطلاعات کامل و دقیق از طریق اینترنت نیز با شکست مواجه می‌شوند. مشکل اینجاست که بیماران از یک شیوه مطمئن جهت تفکیک اطلاعات درست از نادرست برخوردار نیستند.

خریداری مواد موجود در برابر مواد تولیدی خود

گام نخست در خلق هر چیز جدید این است که تعیین کنیم آیا واقعاً تولید آن ضرورت دارد یا نه. قبل از این که قدمی را در جهت توسعه راه‌حلی برای یک نیاز درک شده وابسته به ارتباط مراقبت‌های بهداشتی بردارید، مدت زمانی را به جستجو آنچه در حال حاضر موجود اسـت صرف کنید. آیا در حال حاضر فیلمی وجود دارد که به نیازهای خاص جمعیت بیمار شـما رسـیدگی نماید؟ آیا نوارهای صوتی یا راه‌حل‌های مبتنی بر وب تعاملی وجود دارند؟ بدیهی اسـت که اسـتفاده از مواد موجود یک مزیت مالی برای ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دارد زیرا آن‌ها نباید زمان و هزینه‌ای را به تولید چیز جدید اختصاص دهند.

هر چند، صرفه‌جویی در هزینه‌های توسعه دلیل خوبی برای تأیید استفاده از موادی که به‌طور موفقیت‌آمیز مساله مورد مشاهده را مورد رسـیدگی قرار ندادند و یا این که با شکسـت مواجه شدند، نیست. بنابراین اگرچه مواد اثربخش و سودمند فراوانی در دسترس بیماران و ارایه‌دهندگان قرار دارد، شما ممکن است خودتان را در جایگاهی بیابید که باید در برخی از آن‌ها تجدید نظر کنید یا مجدداً آن‌ها را بسته‌بندی کنید و یا حتی چیز کاملاً جدیدی را بیافرینید.

دستورالعمل‌های توسعه مواد جایگزین

رهنمودهای توسعه منابع غیرمتنی اطلاعات برای بیماران کم‌سواد فرقی چندانی با دستورالعمل‌های توسعه مواد چاپی برای آن بخش از جمعیت ندارد. روش‌های جایگزین برقراری ارتباط که در سراسر این فصل مورد رسیدگی قرار گرفتند (با استثنای احتمالی ابزار مبتنی بر وب)، نیازمند بررسـی مؤلفه‌هایی از قبیل فضای سـفید و طول متن هستند. با این حال، دستورالعمل‌های مطرح شده در فصل ۸ که با لحن گفتار، انتخاب واژه، ارتباط فرهنگی و از قبیل موارد سـر و کار دارند، برای ابزار ارتباطی رسـیدگی شـده در این فصل نیز به کار می‌روند. به جای تکرار آن قواعد (به فصل قبل جهت تجدید حافظه خود رجوع کنید)، ما سـه پیشـنهاد را برای مواد غیرچاپی با هدف کمک به بیماران کمک سـواد ارایه می‌دهیم. پیشـنهاد اول ایجاد مواد تعاملی در جایی که انجام این کار مقتضی اسـت. تمام قالب‌های ارتباطی مطرح شـده در این فصل پتانسـیل تعامل برخوردار هستند. Doak و همکارانش (۱۹۹۶) ماهیت راهبردی استفاده از تعامل را جهت تأکید بر نکات کلیدی شـرح می‌دهند. آن‌ها ابراز می‌دارند اسـتفاده از مواد نمایشی که از بیماران خواسته می‌شود نسبت به آن‌ها واکنش دهند، نکته شـکل گرفته به واسـطه القاء پیام در حافظه بیمار را مشخص می‌نماید. سایر محققان مشاهده نمودند که فیلم‌های مشـارکتی با کیفیت بالا می‌توانند مهارت‌های میان فردی ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در جهت مخابره به‌طور مؤثر پیام‌های به بیماران خود ارتقا بخشند (Uccellani & Rosales, ۱۹۹۲).

برخی از ابزارهای ارتباطی که در بالا مطرح شـده‌اند به واسـطه ماهیت خود تعاملی هسـتند. برای نمونه تصویر نگاره‌های مورد استفاده بر روی جعبه‌های نسـخه دارو درخواسـت‌های ساده‌ای اسـت که بیمار رفتار به تصویر کشیده شده را تقلید می‌کند و گفتگوهای تلفنی متکی به تعامل با بیمار باید اثربخش باشند. اگرچه دیگر ابزار ارتباطی جایگزین فی‌نفسه تعاملی نیستند، فرصت‌هایی جهت شکل‌دهی کیفیت‌هـای تعاملـی در درون آن‌ها وجد دارند. توسـعه‌دهندگان نوارهـای صوتی یا تصویری می‌توانند تعامـل را در درون این مواد با

درخواســت از بیماران به ارایه پاســخ کلامی یا ثبت نظرات خود یا پاسخ به سؤالات بر روی یک مکمل چاپی بگنجانند. ابزارهای مبتنی بر وب توان بالقوه تعاملی شــدن را دارند. یک مســابقه یا یک نظرسنجی بر روی یک تارنما می‌تواند به اطمینان از این که اطلاعات مهم در کنار بیماران هستند کمک کند.

پیشــنهاد دوم این اســت که مواد مذکور، چه صوتی، تصویری، مبتنی بر وب و چه نمایشــی چاپی، باید عمل محور باشند. صرفه نظر از رسانه انتخابی، مواد باید به عنوان فراخوانی برای اقدام عمل کنند. پیام آن‌ها باید روشن باشد و بیمار می‌بایست هدف مواد را تشخیص و درک نمایــد. در آخــر، مواد باید بر روی رفتارهای تمرکز کنند. از بیماران می‌خواهید چه کاری انجام دهند؟ تمایل دارید آن‌ها چگونه مبــادرت بــه انجام آن کار نمایند؟ دقیقاً به بیماران بگویید چه رفتارهایی را باید نشــانه‌روی کننــد. در صورتی که مواد درباره عادات یا فعالیت‌هایی که بیماران باید اضافه و اصلاح کنند باشد، شانس بهتری برای آن‌ها در دستیابی به هدف وجود دارد.

انتخاب رسانه مناسب

بدیهی اســت زمانی که تصمیم‌گیری راجع به این که کدام رســانه‌ها جهت انتقال پیام مراقبت‌های بهداشــتی مورد اســتفاده قرار گیرد فرارســد، گزینه‌های خوبی وجود دارند و با این که بهترین گزینه وجود ندارد، اما یک یا دو گزینه بســیار خوب برای هر گونه ارتباط و برنامه مراقبت‌های بهداشــتی موجود هســتند. به منظور پی بردن به این که آن گزینه‌ها چه چیزی ممکن اســت باشند، ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید پیام و محیطی که پیام را برای آن ارسال خواهند، مدنظر قرار دهند.

پیام شما چیست؟

اولین چیزی که هنگام انتخاب یک رســانه برای پیام خود باید در نظر بگیرید خود پیغام اســت؟ اهداف شما در ایجاد و انتشار این پیام چیست؟ به احتمال زیاد، شما در حال توسعه مواد در پاسخ به یک نیاز موجود و پیش‌بینی شده هستید. دقیقاً در نظر بگیرید که آن نیاز چه چیزی است و برای خودتان به‌طور روشن و خاص آنچه می‌خواهید با ارتباط خود به دست آورید را تعریف کنید. اگرچه ممکن است شما بر این باور باشید که نیاز برای مواد و اهداف آن‌ها بدیهی است، اما می‌بایست این‌ها را برای خودتان به تفصیل قبل از تصمیم‌گیری راجع به بهترین شیوه بسته‌بندی پیغام‌تان شرح دهید.

مخاطب شما کیست؟

وقتی نیازی را که با مواد به آن رسیدگی می‌کنید و آنچه خواستار تکمیل کردن هستید را تعریف نموده‌اید، باید از خودتان بپرسید چه کســی از آن‌ها اســتفاده خواهد کرد. زمانی‌که نوبت به انتخاب انواع زبان‌ها و مواد نمایشی مورد استفاده می‌رسد، اطلاع از مخاطبان‌تان در جهت اتخاذ تصمیمات راهبردی مناسب کلیدی است. نهایتاً، مخاطبان‌تان می‌توانند تأثیر به‌سزایی بر روی انتخاب رسانه شما جهت انتقال پیغام‌تان داشــته باشــند. پیشنهادهای ارایه شــده در فصل ۸ راجع به یادگیری درباره مخاطبان مورد نظر شما هنگام خلق مواد به طور مســاوی جهت توســعه نوارهای صوتی تصویری، گفتگوهای تلفنی، ابزار مبتنی بر وب تعاملی و دیگر قالب‌های ارتباط مراقبه‌ای بهداشــتی قابل اجرا هستند. سن، سابقه نژادی، وضعیت اجتماعی اقتصادی و تجربه آموزشی افرادی که مخاطبان هدف شما را تشکیل می‌دهند، در نظر بگیرید. این عوامل چه چیزی را به شما درباره آن‌ها و اعتقادات و علایق شما بیان می‌کنند؟ از پژوهش‌های در دسترس جهت یافتن اطلاعات بیشتر درباره مخاطب‌تان استفاده کنید. در صورت امکان گروه‌های متمرکز را به منظور کسب بینش مضاعف به‌کار گیرید (Sanner, ۲۰۰۳).

سایر مواد در دسترس کدام‌اند؟

شـما ممکن اسـت اولین فرد در توسـعه مواد بیمار در ارتباط با موضوع خاص خود باشید، اما به احتمال زیاد در حال حاضر برخی مواد دیگـر نیـز وجود دارند. کند و کاو دقیق درباره این که آن مـواد کدام‌اند و چگونه به‌طور موفقیت‌آمیـز در مخابره پیام‌های مراقبت‌های بهداشتی عمل کرده‌اند، ایده خوبی است. با شناسایی این که کدام یک از آن‌ها عمل می‌کنند و دلیل آن چیست و همچنین کدام یک از آن‌ها عمل نمی‌کنند و دلیل آن چیست، به شما در مشاهده این که چه نوع راهبردهایی برای مخاطبان‌تان سودمند است، یاری خواهند رساند. علارغم این واقعیت که شما ممکن است مواد را با استفاده از یک رسانه متفاوت توسعه دهید، درک آنچه با مخاطبان هدف شما موفقیت‌آمیز بوده، بینشـی را به سـوی نوع محصول نهایی که باید آن را هدف قرار دهید، در اختیار شـما قرار خواهد داد. آن همچنین ممکن است شما را از تولید مجدد فرآورده موجود باز دارد. چنانچه بدانید یک نوار ویدیوی تا حد زیادی اثربخش مرتبط با موضوع شما وجود دارد، نباید یکی دیگر را تولید کنید.

برای نمونه آنهایی‌که در جستجوی ویدیویی راجع به مساله عمومی سواد سلامت و تأثیر آن بر بهداشت همگانی و نیاز پزشکی هستند فراتر از تارنمای دانشکده بهداشت همگانی دانشگاه هاروارد که در آن یک نسخه الکترونیکی قابل ذخیره کردن از In Platin Language (۲۰۰۶)، ویدیو آموزشـی تولید شـده توسـط دکتر Rima Rudd و William DeJong را پیدا خواهند کرد، پیش نمی‌روند. همچنین با قابلیت دسترسـی بر روی VHS و DVD، این ویدیو تصدیق‌نامه‌هایی از فراگیران بزرگسـالان درباره برآورده ساختن تقاضاهای سواد در محیط مراقبت‌های بهداشـتی را در برمی‌گیرد. مطابق با توسـعه‌دهندگان آن، In Platin Language می‌تواند به عنوان یک نقطه شروع برای دوره‌های آموزشـی، کارگاه، یا سـخنرانی‌هایی که مسائل ارتباط سلامت را رسـیدگی می‌نمایند، مورد استفاده قرار گیرد. چنانچه چنین فیلمی مناسـب نیازهای شـما باشـد، ممکن است قادر به صرف پول بودجه‌بندی شـده برای تولید مواد مکملی آن از قبیل یک تارنمای تعاملی یا یک گفتگوی تلفنی باشید.

مشـخصه‌های اضافی مواد موجود که شـما خواستار ارزیابی هستید عبارتند از سطح خواندن و اقتضای فرهنگی. حتی زمانی که موادی را می‌آفرینید که مستقل از متن نیستند، باید اطمینان حاصل کنید که هر گونه متن مورد استفاده نسبت به سطح خواندن مخاطب‌تان طراحی می‌گردد. برای نمونه یک داستان مصور ممکن است متن چندانی را در بر نگیرد و شدیداً متکی به تصاویر باشد، اما چنانچه متن اندکی از داستان مصور در یک سطح بالاتر از سطح مخاطبان مورد نظر شما نوشته شود، پیام آن بخش داستان ممکن است به درستی منتقل نگردد. یک تعداد از ابزارها وجود دارند که شما می‌توانید جهت ارزیابی سطح خواندن متون استفاده کنید که به تفصیل در فصل ۳، ارزیابی سطح سواد بیماران، تشریح می‌گردند.

اگر چه دقیقاً آن ابزاری نیسـت که سـطح خواندن را اندازه‌گیری نماید، ارزیابی برازندگی مواد (SAM) که توسـط Doak و همکارانش (۱۹۹۶) توسـعه یافت، ممکن اسـت گزینه‌ای مناسب برای ارزیابی مواد غیرمتنی باشد. ارزیابی برازندگی مواد به منظور استفاده با مواد چاپـی و تصاویـر طراحی گردید، اما به‌طور موفقیت‌آمیز جهت ارزیابی نوارهای صوتی تصویری نیز به‌کار رفته اسـت (Doak و همکاران ۱۹۹۶؛ Rudd، ۲۰۰۵). یکی از معیارهای ارزیابی مورد استفاده SAM اقتضای فرهنگی است. این ابزار می‌سنجد که چگونه منطق، زبان و تجربـه مواد مورد ارزیابی به خوبی منطـق، زبان و تجربه مخاطبان مورد نظر را انطباق می‌دهند (Doak و همکاران ۱۹۹۶). یک ایده خوب دیگر جهت ارزیابی مواد چاپی موجود این اسـت که از یک شـخص ثالث بخواهیم آن‌ها را بازبینی کند. آن فرد ممکن اسـت یک متخصص باشـد که درسـتی اطلاعات ارایه شـده در مواد را تأیید می‌نماید و یا یک نماینده از مخاطبان هدف شما که می‌تواند به شما بگوید کدام بخش‌های مواد از یک دیدگاه فرهنگی یا مجاب‌کننده عمل می‌نمایند. در هر صورت با بازبینی مواد شما توسط یک شخص ثالث، قادرید به بینش مهمی دست یابید. پژوهشی انجام گرفته توسط Meade در سال ۱۹۹۶ نشان داد که ارزیابی و در بر داری اعضای مخاطبان هدف در سراسر روند توسعه نوارهای ویدیویی آموزش سرطان به اطمینان از این که محتوا نیازهای فراگیران را برآورده کرد، مسـاعدت رسـاند. یک مرحله نهایی در ارزیابی مواد موجود این اسـت که به چه میزان آن‌ها به اهداف آموزشی خود نائل می‌آیند. شما همچنین می‌توانید میزانی که ممکن است مواد از هدفی که شما برای محصول برنامه‌ریزی شده خاص خود طراحی کرده‌اید پشتیبانی

کند، ارزیابی کنید.

کدام رسانه بیشترین تطابق را با نیازهای بیماران من دارد؟

هنگام انتخاب یک رسانه برای پیام مراقبت‌های بهداشتی خود، در نظر بگیرید که آن رسانه به چه میزان متناسب با نیازهای مخاطبان هدف است. نگرانی اصلی در زمان توسعه مواد برای بیماران هزینه است. البته شما باید از بودجه توسعه خود برای پروژه مطلع باشید، اما می‌بایست از هزینه مواد نهایی برای بیماران‌تان نیز آگاه باشید. چنانچه مواد مراقبت‌های بهداشتی هزینه‌های سنگینی برای آن‌ها به دنبال داشته باشد، استفاده و انطباق به‌طور منفی تأثیرگذار خواهند بود. داشتن یک تصویر روشن از مخاطبان هدف می‌تواند به شما کمک نماید تا در مقابل تأثیری که هزینه مواد نهایی شما بر روی بیماران‌تان خواهید داشت، حساس‌تر باشید. همچنین باید اطمینان حاصل کنید که پیغام مورد ارسال شما با پیغام رسانه سازگاری دارد. برای نمونه آیا صفحات لمسی تعاملی در یک محیط همگانی بهترین شیوه آزمایش بیماران درباره امراض منتقله از راه رابطه جنسی هستند؟ و آیا یک داستان مصور با متن ضمیمه شده که جهت آموزش بیماران راجع به مرض قند آن‌ها طراحی گشته از یک CD-ROM یا یک ویدیو مؤثرتر است؟ این امر مخصوصاً زمانی‌که در حال انتخاب از میان چندین مواد فعلی در دسترس هستید، مهم قلمداد می‌شود، اما آن هنگام توسعه مواد تولیدی خود نیز مهم است. همان‌طور که مثال‌های بالا نشان می‌دهند، برخی پیام‌های زمانی که یک رسانه خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد، بهتر منتقل و دریافت می‌شوند. مساله مورد رسیدگی و اهدافی که خواستار دستیابی آن‌ها هستید را در نظر بگیرید، سپس درباره پژوهش مشورت بخواهید تا مشاهده کنید که آیا سایر ابتکارات نشان می‌دهند که یک رسانه ممکن است به‌طور خاص درخور آن هدف باشد یا نه.

داده‌های به دست آمده از رویکردهای مبتنی بر شواهد جهت بررسی هنگام ارزیابی اثربخشی رسانه‌های مختلف حایز اهمیت هستند. در جامعه مراقبت‌های بهداشتی، پژوهش‌های بیشتری در ارتباط با مداخلات مبتنی بر جامعه با گروه‌های از لحاظ فرهنگی متفاوت در حال انتشار هستند. این نتایج برای تلاش‌های ما جهت رسیدگی به موضوع سواد سلامت و مدنظر قرار دادن سطوح سواد سلامت بیماران هنگام توسعه مواد جدید مهم تلقی می‌شوند (موسسه پزشکی، ۲۰۰۴). ایده خوبی است که ارزیابی خود از مواد موجود انجام دهید تا تعیین کنید که آیا آن‌ها اثربخش هستند و این که چه ویژگی‌هایی آن‌ها را مؤثر ساخته. تقلید، صادقانه‌ترین قالب چاپلوسی است. به پیش روید و مشاهده کنید مردم مبادرت به چه کاری کرده‌اند و کدام قالب‌های رسانه‌ها در دستیابی به اهداف مشابه مقاصد شما موفقیت‌آمیز بوده‌اند. آنگاه زمانی که یک نسخه کاری از مواد در حال توسعه دارید (اما قبل از این که به نسخه نهایی دست یابید)، کار خود را جهت اطمینان از این که رسانه انتخابی به همان‌گونه که تصور داشتید کار کند عمل می‌نماید، ارزیابی کنید.

موانع استفاده از رسانه‌ها

یک تعداد از چالش‌های قابل توجه در استفاده از رسانه‌های ارتباطی جایگزین جهت ارتباط با جمعیت‌های بیمار کم‌سواد وجود دارند. یکی از آن چالش‌ها دسترسی است. همه بیماران به یک پخش‌کننده CD یا نوار صوتی دسترسی ندارند و همه نیز از یک پخش‌کننده DVD برخوردار نیستند و برای افرادی همچون ما که به فناوری مبتنی بر اینترنت از قبیل پست الکترونیکی جهت برنامه‌ریزی کارهای روزمره خود وابسته هستیم دشوار است که باور کنیم بسیاری از افراد هنوز به اینترنت دسترسی ندارند. در واقع داده‌های به‌دست آمده از پروژه Pew Internet & American Life، یک گروه تحقیقاتی غیرانتفاعی که به‌طور منظم نظرسنجی‌هایی را راجع به استفاده از اینترنت اجرا می‌کند، نشان می‌دهد که ۲۷٪ از بزرگسالان آمریکا در منازلی زندگی می‌کنند که اتصال به اینترنت ندارند (Fox, ۲۰۰۵). برخی از این افراد در محل کار، در مدرسه یا در مکان‌های دیگر به اینترنت دسترسی دارند، اما برای اکثر این ۲۷ درصد، فقدان دسترسی به اینترنت بدان معناست که آن‌ها نمی‌توانند به اطلاعاتی که می‌خواهند از اینترنت به دست آورند، دسترسی داشته باشند و این که آیا آن‌ها واقعاً خواستار بازیابی اطلاعات از اینترنت هستند یا نه مباحثه‌ای در جریان است. یک ۳۲٪ کامل از بزرگسالان آمریکا، حدود ۶۵ میلیون نفر از فناوری بر خط استفاده نمی‌کنند (Fox, ۲۰۰۵). از این تعداد ۳۲٪ حقیقتاً می‌گویند که علاقه‌ای به استفاده از اینترنت

ندارند (Fox, ۲۰۰۵). این حاکی از سـدی در برابر دسترسـی به اینترنت است که از موانع قابل پیش‌بینی‌تر همچون هزینه بالا، نداشتن یک رایانه و عدم آگاهی در نحوه اسـتفاده از فناوری متفاوت هسـت. بدیهی اسـت، عدم علاقه یا تمایل یک مانع مهم در دسترسـی به اینترنت برای تعداد معدودی از افراد به شمار می‌رود.

تعدادی از موانع دیگر باید هنگام توسعه مواد بیمار که استفاده از رسانه‌های جایگزین را شامل می‌شوند باید مدنظر قرار گیرند. یکی از آن‌ها فقدان مهارت‌های مورد نیاز در به‌کارگیری این ابزارها اسـت. علاوه بر مهارت‌های باسـوادی آن‌ها یا فقدان وابسته به آن، بیمارانی که تمایل به اسـتفاده از فناوری‌های الکترونیکی جهت کسـب اطلاعات سلامت دارند تحت تأثیر سطح مهارت فنی خود قرار می‌گیرند. قبل از این که یک DVD را برای یک بیمار ارسـال کنید، اطمینان حاصل کنید که وی به یک دسـتگاه پخش‌کننده DVD دسترسـی دارد و با نحوه کار با آن آشنا است. قبل از برنامه‌ریزی یک مشاوره تلفن تصویری با بیمار، مطمئن شوید که او به این فناوری دسترسی دارد و می‌تواند دوربین تصویری را به کار اندازد. قبل از این که بیمار را به سوی یک تارنما رهنمود کنید، مطمئن شوید که وی نه تنها به یک رایانه دسترسی دارد، بلکه نحوه اتصال به اینترنت را نیز می‌داند.

هر چند این تنها بیمار نیست که باید نحوه استفاده از فناوری را بداند. ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نیز باید با این رسانه‌ها آشنا باشند. در صورتی‌که بیماران سؤالات فنی خاصی داشته باشند که باید به آن‌ها قبل از این که بتوانند از مواد ارایه شده توسط شما پاسخ دهند، باید قادر به پاسخ‌دهی به آن‌ها باشید، یا حداقل فردی که قادر به انجام این کار است را به بیماران معرفی کنید. شاید بهتر باشد که یک ارزیابی معتبر از بیماران را قبل از ارایه مواد غیرمتنی به آن‌ها اجرا کنید. چنانچه در می‌یابید که بیماران در استفاده از دستگاه پخش‌کننده DVD، تلفن همراه، رایانه یا فناوری دیگر مشکلاتی دارند، باید قادر به ارایه یک آموختار سریع که آن‌ها در استفاده به‌طور موفقیت‌آمیز از مواد پیشـنهادی شـما توانا می‌سازد، باشـید. یا در طرف دیگر، نتایج ارزیابی ممکن است در تصمیم‌گیری به شما کمک کند که از رویکرد آموزش مبتنی بر فناوری با یک بیمار خاص استفاده نکنید.

موانع اضافی متعدد در جهت انتشار اطلاعات برای ابزار مبتنی بر وی خاص هستند. Cynthia E. Baur دکترای ارتباط سلامت و مشاور سـلامت الکترونیکی در دفتر پیشـگیری از بیماری و ارتقای سـلامت، توضیح می‌دهد که حتی در درون حوزه دسترسـی به اینترنت، بیماران می‌بایست تنوعی از توانایی‌ها را جهت استفاده به‌طور مؤثر فناوری داشته باشند: افراد باید درباره این که چه نوع فناوری مناسب دسترسـی به انواع اطلاعات مورد نظر اسـت، تصمیم‌گیری نمایند. آن‌ها می‌بایست از نحوه به‌کار انداختن فناوری‌های مختلف را با ثبت پرسش‌ها، لمس صفحات، حرکت دادن موشواره و باز کردن یک جستجوگر وب فراگیر گیرند. قراردادهایی نیز برای صفحات وب وجود دارند، لغزاندن و اسـتفاده از دکمه رادیو، فرا پیوندها و جعبه‌های جسـتجو که از کاربران می‌خواهد تا در اطراف یک فضا حرکت کنند و تصمیمات مختلفی اعم از این که توجه خود را به کجا معطوف نمایند، ارتباط اطلاعاتی که ظاهر می‌شوند و روابط بین اطلاعات بر روی صفحه اتخاذ کنند (Baur، ۲۰۰۵، ص۱۴۴). قبل از این که آن‌ها خودشـان را متوجه محتوای مواد مراقبت‌های بهداشـتی مبتنی بر وب نمایند، بیماران باید به آن مواد دسترسـی داشـته باشـند. Baur (۲۰۰۵) پژوهشی را متذکر می‌شود که از این ایده حمایت می‌کند که برای بسیاری از بیماران آنچه مورد نیاز است تمرین با فناوری مورد استفاده جهت دسترسی به مواد هست. این صرفاً بیش از تمرین با مراحل مکانیکی مورد نیاز جهت ناویدن اینترنت اسـت: بیماران باید با مراحل شـناختی نیز تمرین کنند. اینترنت بیماران را به جستجو اطلاعات راجع به شرایط‌شـان و گزینه‌های درمان، پیشـگیری از بیماری و سبک‌های زندگی سالم دعوت می‌کند. نوید بسیاری از مواد آموزنده را می‌دهد. در واقع این مواد در دسترس هستند، اما یافتن آن‌ها می‌تواند ثابت کند که از انتظار بیماران چالش برانگیزتر است. پژوهش‌ها نشـان می‌دهند بیمارانی که در اینترنت به دنبال اطلاعات مرتبط با سـلامت هسـتند معمولاً راهبردهای جستجو پیچیده را به‌کار نمی‌برند. یک رویکرد رایج عبارت است از وارد کردن یک یا دو کلمه در جعبه جستجو یک موتور جستجو اینترنتی. مشکل راهبرد مذکور این است که می‌تواند منتج به یک فهرست میلیونی طولانی طاقت‌فرسا از نتایج شود. شکی وجود ندارد که اطلاعات دقیق جایی در آن فهرسـت مدفون می‌گردد، اما پژوهش نشـان می‌دهد که جسـتجو کننده‌های اینترنتی یک میانگین از ۱۰ نتیجه را در هر دوره جسـتجو بررسـی می‌کنند (Jansen & Pooch, ۲۰۰۱). پژوهش دیگر حاکی از آن اسـت که جسـتجوگران تمایل دارند تنها به صفحه

نخست نتایج بدون تشخیص این که بسیاری از تارنماها به خاطر جایگاه‌شان پول پرداخت می‌کنند، نگاهی بیاندازند (Marable, ۲۰۰۳). به این واقعیت بیافزایید که هیچ برچسب یا معیار از لحاظ عمومی پذیرفته شده‌ای جهت کمک به کاربران اینترنت در شناسایی کیفیت اطلاعات وجود ندارد و شما در وضعیتی قرار می‌گیرید که بیماران هنگام جستجو برای اطلاعات دقیق و سودمند با شکست مواجه می‌شوند. حتی زمانی‌که نتایج جستجو ممتاز منابع معتبری هستند، بیماران در اینترنت به دنبال اطلاعات سلامت که احتمالاً باید از طریق لایه‌ها و پیوندهای چندگانه جهت یافتن اطلاعات مرتبط با سؤالات اصلی آن‌ها عمل کنند، هستند. ناوبری در میان صفحات متن الکترونیکی می‌تواند برای هر کسی گیج‌کننده باشد و چالشی که چنین ساختار غیرخطی از مواد ارایه می‌دهد زمانی‌که جستجوکننده‌ها از مهارت‌های سواد محدود شده برخوردار هستند، بیشتر می‌شود.

بعد از برطرف شدن مشکلات مربوط به دسترسی و قابلیت فنی، بیماران کم‌سواد هنوز با چالش‌های فراوانی در استفاده از مواد مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر وب روبه‌رو هستند. علارغم امکاناتی که رسانه برای آن‌هایی که خواستار دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت هستند ارایه می‌دهد، ابزارهای مرجع ارایه اطلاعات از طریق اینترنت، مبتنی بر متن باقی می‌مانند. چه آن به هزینه توسعه و چه محدودیت‌های فناوری که ارایه‌دهندگان را از تولید مواد غیرمتنی برای اینترنت باز می‌دارد مرتبط باشد، نتیجه این وابسته مداوم به متن مشابه است: نیازهای بیماران برآورده نمی‌گردند.

به واسطه تعریف، بیماران کم‌سواد درمی‌یابند که چالش‌های خواندن آن‌ها توانایی‌شان را در کسب اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی از اینترنت زمانی‌که آن اطلاعات در قالب متن ارایه می‌گردد، تحت قرار می‌دهند. مهم نیست که آیا اطلاعات بر روی کاغذ چاپ می‌شوند یا بر روی اینترنت ارسال می‌گردند؛ بیماران به‌طور برابر در تلاش‌های خود جهت درک اطلاعات در صورتی‌که با زبان ناآشنا یا در یک قالب متنی سنگین و دشوار ارایه شود، از مسیر خود خارج می‌گردند. به منظور کمک به درک بیماران، مواد متنی ارایه شده از طریق فناوری‌های مبتنی بر وب می‌بایست همان دستورالعمل‌های خوانایی را رعایت کنند و خواستار کنترل ایجاد مواد متنی مواردی که در فصل ۸، اصول نگارش برای سواد پایین تشریح می‌گردند، شوند. اما امروزه بسیاری از اطلاعات بر روی اینترنت تمایل دارند که صرفاً نسخه الکترونیکی جزوات چاپی، کتب و آگهی‌هایی که در اتاق انتظار حوزه شما موجود هستند، باشند. به عبارت دیگر، چالش‌های سواد که در ذات مواد چاپی هستند به قدر کفایت و به سادگی با قرار دادن آن‌ها بر روی اینترنت مورد رسیدگی قرار نگرفته‌اند. آن‌ها صرفاً به رسانه‌ای دیگر منتقل‌شده‌اند.

بیش از یک پژوهش در زمینه ارزیابی خوانایی اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی منتشر شده بر روی اینترنت اجرا شده و نتایج شدیداً ناامیدکننده هستند. برای نمونه، یک ارزیابی از مواد آموزشی مبتنی بر وب راجع به پوکی استخوان نشان دادن که بیشتر اطلاعات به دست آمده از ۳۰ تارنمای نخست فهرست شده پس از وارد کردن اصطلاح "پوکی استخوان" در زمینه‌های جستجو موتورهای Google، Yahoo، و Microsoft Network (MSN) بالاتر از سطح خواندن اکثر بزرگسالان نوشته شدند (Wallace و همکاران، ۲۰۰۵).

در واقع، بیشتر مواد آموزشی منتشر شده بر روی اینترنت راجع به سلامت در یک سطح پایه دهم یا بالاتر نگارش می‌گردند (Birru و همکاران، ۲۰۰۴). هر یک از تارنماهای بهداشتی به زبان انگلیسی که در یک پژوهش مربوط به سال ۲۰۰۱ مورد بررسی قرار گرفتند (و ۸۶٪ از تارنماهای به زبان اسپانیایی) حداقل نیازمند یک سطح مهارت خواندن دبیرستانی هستند (Berland و همکاران، ۲۰۰۵؛ Fogel، ۲۰۰۳). پژوهش دیگر مشاهده کرد که تنها ۱۰ تا از ۱۰۰۰ تارنما مورد مطالعه نگارش و محتوایی را در بر گرفتند که برای بزرگسالان کم‌سواد ایالات‌متحده قابل دسترس بودند (Lazarus & Mora ،۲۰۰۰).

ارزیابی یادگیری بیماری و نتایج

زمانی‌که مواد جدید را توسعه دادید و به جمعیت بیمار خود معرفی کردید، می‌بایست تعیین کنید که آیا آن‌ها به درستی عمل می‌کنند یا نه. گام نخست، تعریف اهداف خود برای یادگیری بیمار است. این حقیقتاً فعالیتی است که در طی توسعه مواد آغاز شد، زمانی‌که آن‌ها را مبتنی بر عمل و متمرکز بر رفتار ساختید، بازگردید. برای اهداف ارزیابی مواد، باید آن اهداف را به روشنی تعریف کنید. تصمیم

بگیرید که دقیقاً بیماران‌تان چه چیزی را باید با گوش کردن به نوارهای صوتی شما، تماشای فیلم و یا استفاده از موادی که شما خلق کرده‌اید، فراگیرند. با این وجود، اهداف باید قابل سنجش باشند. باید قادر باشید تا اندازه‌ای رفتار بیمار را بسنجید یا تعیین کنید چطور مواد شما به خوبی به اهدافی که شناسایی کرده‌اید دست می‌یابند. چگونه موفقیت مواد خود را اندازه‌گیری خواهید کرد؟ آیا از بیماران خواهید خواست تا یک پرسش‌نامه را پر کنند؟ آیا پای‌بندی به برنامه درمان را پیگیری خواهید کرد؟ رویکرد هر چه باشد، باید قادر به مقایسه داده‌های بعد از مداخله با داده‌های بعد از مداخله باشید. به عبارت دیگر، شما باید در اِعمال ابزار اندازه‌گیری‌تان بر جمعیت بیمار خود (یا یک نمونه معرف) قبل و بعد از این‌که شرکت‌کنندگان مواد به تازگی تولید شده شما را به‌کار بردند، توانا باشید. در آخر، می‌خواهید از روی داده‌های جمع‌آوری شده نتیجه‌گیری کنید. آیا انواع نتایج مورد انتظار را زمانی‌که مواد جدید را طراحی کردید مشاهده می‌کنید؟ اگر نه، دلیل آن چیست؟ در برخی موارد، یک بررسی از مواد اطلاعاتی را ارایه خواهد داد که می‌تواند مواد شما را اثربخش‌تر سازد. ابزارها و پیشنهاد در دسترس فراوانی از جانب کارشناسان صنایع مراقبت‌های غیر بهداشتی وجود دارند که می توانند جهت ارزیابی مواد ایجاد شده برای بیمار و تصمیم‌گیری راجع به آن‌ها سودمند باشند.

برای نمونه، دکتر Jakob Nielsen، یک مشاور شناخته شده در زمینه کسب و کار و متخصص در افزایش قابلیت استفاده تارنماهای شرکت، کتاب‌ها و مقالات زیادی نوشته و مصاحبه‌های بسیاری انجام داده که ممکن است در زمان ارزیابی تارنمای مراقبت‌های بهداشتی‌تان مفید باشند، هر چند نوشته او اساساً بر روی تارنماهای کسب و کار متمرکز است. همان‌طور که در فصل ۸ مطرح شد، بازاریابی مواد مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت‌های غیر بهداشتی اشتراکات زیادی دارند.

تنوعی از رسانه‌های غیرمتنی در دسترس هستند که ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند جهت برآورده ساختن نیازهای جمعیت‌های مختلف بیمار خود استفاده نمایند و به نظر می‌رسد هر روزه شاهد ظهور فناوری‌های جدید هستیم. این پیشرفت-ها خودشان مسئولیت ارتباط دقیق و اثربخش با بیمار را بر روی دوش ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی قرار می‌دهند، اما آن مسئولیت نباید نگران‌کننده باشد. با یک رویکرد منطقی جهت طراحی و تولید مواد مبتنی بر سلامت، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی فرصت های بهتری نسبت به گذشته در برقراری ارتباط با تمام بخش‌های جمعیت‌های خود و ایجاد تغییر اثربخش مثبت در نتایج بالینی بیماران خود دارند.

منابع فصل نهم

- AMC Cancer Research Center. (1994). Beyond the brochure: Alternative approaches to effective health communication. Denver, CO: Author. Retrieved January 29, 2006, from http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/amcbeyon.pdf
- Badger, T., Segrin, C., Meek, P., Lopez, A. M., & Bonham, E. (2004). A case study of telephone interpersonal counseling for women with breast cancer and their partners. Oncology Nursing Forum, 31(5), 997–1003.
- Baur, C. E. (2005). Using the Internet to move beyond the brochure and improve health literacy. In J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest, & C. C. Wang (Eds.), Understandinghealth literacy: Implications for medicine and public health (pp. 141–154). Chicago: American Medical Association Press.
- Berland, G. K., Elliott, M. N.,Morales, L. S., Algazy, J. I., Kravitz, R. L., Broder,M. S., et al. (2001). Health information on the Internet: Accessibility, quality, and readability in English and Spanish. Journal of the AmericanMedical Association, 285(20), 2612–2621.
- Bichakjian, C. K., Schwartz, J. L., Wang, T. S., Hall, J. M., Johnson, T. M., & Biermann, J. S. (2005). Melanoma information on the Internet: Often incomplete—a public health opportunity? Journal of Clinical Oncology, 20(1), 134–141.
- Birru, M. S., Monaco, V. M., Charles, L., Drew, H., Njie, V., Bierria, T., et al. (2004). Internet usage by low-literacy adults seeking health information: An observational analysis. Journal of Medical Internet Research, 6(3), e25. Retrieved January 3, 2006, from http://www.jmir.org/2004/3/e25
- Doak, C. C., Doak, L. G., Friedell, G. H., &Meade, C. D. (1998). Improving comprehension for cancer patients with low literacy skills: Strategies for clinicians. CA—A Cancer Journal for Clinicians, 48, 151–162.
- Doak, L. G., Doak, C. C., & Root, J. H. (1996). Teaching patients with low literacy skills (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Dollahite, J., Thompson, C., & McNew, R. (1996). Readability of printed sources of diet and health information. Patient Education and Counseling, 27, 123–134.
- Dowse, R., & Ehlers, M. (2005).Medicine labels incorporating pictograms: Do they influence understanding and adherence? Patient Education and Counseling, 58(1), 63–70.
- Evrard, S.,Mathoulin-Pelissier, S., Larrue, C., Lapouge, P., Bussieres, E.,&Tunon De Lara, C. (2005). Evaluation of a preoperative multimedia information program in surgical oncology. European Journal of Surgical Oncology, 31(1), 106–110.
- Fogel, J. (2003). Internet use for cancer information among racial/ethnic populations and low literacy groups. Cancer Control, 10(5), S45–S51.
- Fox, S. (2005, October 5). Digital divisions: There are clear differences among those with broadband connections, dial-up connections, and no connections at all to the Internet. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Retrieved January 3, 2006, from http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP Digital Divisions Oct 5 2005.pdf
- Hardyman, R., Hardy, P., Brodie, J., & Stephens, R. (2005). It's good to talk: Comparison of a telephone helpline and website for cancer information. Patient Education and Counseling, 57(3), 315–320.
- Healthy FamiliesMedi-Cal for Children. (2000,December). Information. Retrieved January 29, 2006, from http://www.healthyfamilies.ca.gov
- Hearth-Holmes, M.,Murphy, P.W., Davis, T. C.,Nandy, I., Elder, C. G., Broadwell, L. H., et al. (1997). Literacy in patients with chronic disease: Systematic lupus erythematosus and the reading level of

patient education materials. Journal of Rheumatology, 24(12), 2335–2339.
- Helmes, A. W., Culver, J. O., & Bowen, D. J. (2006). Results of a randomized study of telephone versus in-person breast cancer risk counseling. Patient Education and Counseling, 64(1–3), 96–103. [Epub 2006, Jan 19.]
- Houts, P. S., Bachrach, R., Witmer, J. T., Tringali, C. A., Bucher, J. A., & Localio, R. A. (1998). Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. Patient Education and Counseling, 35, 83–88.
- Houts, P. S., Witmer, J. T., Egeth, H. E., Loscalzo, M. J., & Zabora, J. R. (2001). Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. Patient Education and Counseling, 43, 231–242.
- Institute of Medicine (IOM) of the National Academies. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press.
- Jansen, B. J., & Pooch, U. (2001). A review of Web searching studies and a framework for future research. Journal of the American Society for Information Science Technology, 52(3), 235–246. Retrieved January 17, 2006, from http://jimjansen.tripod.com/academic/pubs/wus.pdf
- Jean Wiese, H., Boethel, C., Phillips, B., Wilson, J. F., Peters, J., & Viggiano, T. (2005). CPAP compliance: Video education may help! Sleep Medicine, 6(2), 171–174.
- Kelly, N. R., Huffman, L. C., Mendoza, F. S., & Robinson, T. N. (2003). Effects of a videotape to increase use of poison control centers by low-income and Spanish-speaking families: A randomized, controlled trial. Pediatrics, 111(1), 21–26.
- Knapp, P., Raynor, D. K., Jebar, A. H., & Price, S. J. (2005). Interpretation of medication pictograms by adults in the UK. Annals of Pharmacotherapy, 39(7–8), 1227–1233.
- Lazarus, W., & Mora, F. (2000). Online content for low-income and underserved Americans: The digital divide's new frontier: A strategic audit of activities and opportunities. Retrieved February 10, 2006, from http://wwww.childrenspartnership.org
- Leiner, M., Handal, G., & Williams, D. (2004). Patient communication: A multidisciplinary approach using animated cartoons. Health Education Research, 19(5), 591–595.
- Mansoor, L. E., & Dowse, R. (2003). Effect of pictograms on readability of patient information materials. Annals of Pharmacotherapy, 37, 1003–1009.
- Marable, L. (2003). False oracles: Consumer reaction to learning the truth about how search engines work. Consumer Web Watch. Retrieved January 23, 2006, from http://64.78.25.46/dynamic/search-report-false-oracles.cfm#tips
- Marin, G., & Marin, B. V. (1990). Perceived credibility of channels and sources of AIDS information among Hispanics. AIDS Education and Prevention, 2(2), 154–161.
- May, S.,West, R.,Hajek, P.,Nilsson, F., Foulds, J.,&Meadow, A. (2003). The use of videos to inform smokers about different nicotine replacement products. Patient Education and Counseling, 51(2), 143–147.
- McBride, C. M., & Rimer, B. K. (1999). Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. Patient Education and Counseling, 37(1), 3–18.
- Meade, C. D. (1996). Producing videotapes for cancer education: Methods and examples. Oncology Nursing Forum, 23(5), 837–846.
- Oakley, A. M., Duffill, M. B., & Reeve, P. (1998). Practising dermatology via telemedicine. New Zealand Medical Journal, 111(1071), 296–299.
- Ong,W. J. (1982). Orality and literacy: The technologizing of the word. New York:Methuen. Oslin, D. W., Ross, J., Sayers, S., Murphy, J., Kane, V., & Katz, I. R. (2006). Screening, assessment, and management of depression in VA primary care clinics. The Behavioral Health Laboratory. Journal of General Internal Medicine, 21(1), 46–50.
- Public Broadcasting Service (PBS). (2006). What is a foto-novella? Retrieved January 29, 2006, from http://www.pbs.org/independentlens/fotonovelas2/what.html
- Roddey, T. S., Olson, S. L., Gartsman, G. M., Hanten, W. P., & Cook, K. F. (2002). A randomized controlled trial comparing 2 instructional approaches to home exercise instruction following arthroscopic

full-thickness rotator cuff repair surgery. Journal of Orthopaedics and Sports Physical Therapy, 32(11), 548–559.

- Rogers, S. M.,Willis, G., Al-Tayyib, A., Villarroel, M. A., Turner, C. F., Ganapathi, L., et al. (2005).Audio computer assisted interviewing to measureHIVrisk behaviours in a clinic population. Sexually Transmitted Infections, 81(6), 501–507.
- Rudd, R. E. (2005). How to create and assess print materials. Retrieved March 11, 2006, from the Harvard School of Public Health, Health Literacy Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/materials.html
- Rudd, R., & DeJong, W. (2006). In plain language video. Retrieved February 8, 2006, from the Harvard School of Public Health, Health Literacy Studies Web site: http:// www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/overview.html#Two
- Rural Women's Health Project. (n.d.) Novelas. Retrieved January 20, 2006, from http://www.rwhp.org/novelas.html
- Sanner, B. M. (2003, August). Are your written materials missing the mark? Journal of Active Aging, 18–24.
- Savenstedt, S., Zingmark, K.,&Sandman, P. O. (2003). Video-phone communication with cognitively impaired elderly patients. Journal of Telemedicine and Telecare, 9(suppl 2), S52–S54.
- Smith, C. E., Koehler, J., Moore, J. M., Blanchard, E., & Ellerbeck, E. (2005). Testing videotape education for heart failure. Clinical Nursing Research, 14(2), 191–205.
- Snyder-Ramos, S. A., Seintsch, H., Bottiger, B. W., Motsch, J., Martin, E., & Bauer, M. (2005). Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit: A comparison of face-to-face interview, brochure, and video. Anesthesia and Analgesia, 100(6), 1753–1758.
- So, K., Umraw, N., Scott, J., Campbell, K., Musgrave, M., & Cartotto, R. (2003). Effects of enhanced patient education on compliance with silicone gel sheeting and burn scar outcome: A randomized prospective study. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 24(6), 411–417.
- Stanton, A. L., Ganz, P. A., Kwan, L.,Meyerowitz, B. E., Bower, J. E., Krupnick, J. L., et al. (2005). Outcomes from the Moving Beyond Cancer psychoeducational, randomized, controlled trial with breast cancer patients. Journal of Clinical Oncology, 23(25), 6009–6018.
- Steinke, E. E. (2002). A videotape intervention for sexual counseling after myocardial infarction. Heart and Lung, 31(5), 348–354.
- Tucker, J. B., Barone, J. E., Stewart, J., Hogan, R. J., Sarnelle, J. A., & Blackwood, M. M. (1999). Violence prevention: Reaching adolescents with the message. Pediatric Emergency Care, 15(6), 436–439.
- Uccellani, V., & Rosales, M. C. (1992). Training videos: The next best thing to being there? Development Communication Report, 77, 12–13.
- U.S. Pharmacopeia (USP). (2006). USP pictograms. Retrieved January 22, 2006, from http://www.usp.org/audiences/consumers/pictograms/form.html
- Wallace, L. S., Turner, L. W., Ballard, J. E., Keenum, A. J., & Weiss, B. D. (2005). Evaluation of web-based osteoporosis educational materials. Journal of Women's Health (Larchmont), 14(10), 936–945.
- Wilson, F. L. (2000, February). Are patient information materials too difficult to read?Home Healthcare Nurse, 18(2), 107–115.
- Wylie, K., Allen, P., & Hallam-Jones, R. (2005). An evaluation of a telephone follow-up clinic in urology. Journal of Sexual Medicine, 2(5), 641–644.
- Wynd, C. (2005). Guided health imagery for smoking cessation and long-term abstinence. Journal of Nursing Scholarship, 37(3), 245–250.
- Zarcadoolas, C., Blanco, M., Boyer, J. F., & Pleasant, A. (2002). Unweaving the Web: An exploratory study of low-literate adults' navigation skills on the World Wide Web. Journal of Health Communication, 7(4), 309–324.

فصل دهـــم

مترجمان شفاهی و نقش آن‌ها در موقعیت ارایه خدمات سلامت

احتمالاً پیش از این برای شما اتفاق افتاده، اما نه ضرورتاً در یک بیمارستان یا در مطب یک دکتر. شما با یک غریبه زمانی‌که به پیاده‌روی یا یک گردش کوتاه می‌روید صحبت می‌کنید. شاید صرفاً درباره مسیر راه سؤال کرده‌اید یا راجع به آب و هوا نظر داده باشید. برای یک لحظه کوتاه آن غریبه به شما خیره می‌شود، در پاسخ دادن بی‌میل یا ناتوان است. شما نگاهی به چشمان او می‌اندازید و اثری از شناخت مشاهده نمی‌کنید و نشانه‌ای از این که کلمات شما ملتفت گشته وجود ندارد. احتمالاً برای یک یا دو ثانیه مکث می‌کنید مطمئن نیستید که چگونه ادامه دهید. خودتان تکرار می‌کنید و سپس همچون بازی با کلمات سعی به لال‌بازی می‌کنید، با امید این که شاید پیام خود را به روشنی با برخی حالات چهره و اشارات و حرکات باعجله انتخاب شده منتقل کنید. اما فایده‌ای ندارد. در آخر شما فقط سرتان را تکان می‌دهید یا لبخند می‌زنید یا شاید همچنین جمله را بیان می‌کنید: "آها، فهمیدم. شما به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید." این بسیار مسلم است: مگر این که یک مترجم همزمان دم دست است یا مگر این که قادرید به‌طور معجزه‌آسایی تعداد انگشت‌شماری از عبارات سودمند در زبان این فرد دیگر را فراگیرید، یک تبادل روشنگری دو طرفه احتمالاً به وقوع نمی‌پیوندد.

مراقبت‌های بهداشتی در آمریکای چند فرهنگی

پاسخ‌ها به این سؤالات بیش از همه زمان‌ها اهمیت دارد. همان‌طور که در فصل ۵، عامل‌یابی فرهنگ در درون فرآیند مراقبت مشاهده کردید، ایالات‌متحده به‌طور فزاینده‌ای هم از لحاظ فرهنگی و هم‌زبانی در حال متنوع شدن است. بیش از ۳۱ میلیون خارجی‌تبار در ایالات‌متحده زندگی می‌کنند و ۱۸٪ آن‌ها به زبانی غیر از انگلیسی در درون کشور صحبت می‌کنند (Herndon & Joyce, ۲۰۰۴). تقریباً ۴۶ میلیون آمریکایی به انگلیسی به عنوان زبان اصلی خود صحبت نمی‌کنند. اگر چه بیش از ۲۱۵ میلیون آمریکایی انگلیسی صحبت می‌کنند، تعداد اسپانیایی‌زبان‌ها متناوب ۲۸ میلیون نفر است. حدود ۷۸٪ از اهالی آمریکای لاتین در ایالات‌متحده به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنند. فقط در ایالت کالیفرنیا، ۲۲۴ زبان مختلف گویش می‌شود، اما برخی کارشناسان برآورد می‌کنند که اهالی آمریکای لاتین اسپانیایی‌زبان نهایتاً ۶۰٪ از رشد جدید در جمعیت این ایالت را بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ تشکیل می‌دهند (انجمن مترجمان مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا، ۲۰۰۲، ص۱۶).

بعد از زبان اسپانیایی، زبان چینی در جایگاه دوم قرار دارد. با بیش از ۲ میلیون متکلم در ایالات‌متحده، پس از آن فرانسوی با ۱/۶ میلیون و آلمانی ۱/۳ میلیون. زبان Tagalog ۱/۲ میلیون متکلم دارد، ویتنامی و ایتالیایی تقریباً هرکدام ۱ میلیون، زبان کره‌ای و روسی که در فهرست ۱۰ زبان برتر ایالات‌متحده قرار می‌گیرند به ترتیب تقریباً ۹۰۰ هزار و ۷۰۰ هزار گوینده دارند (Shin & Bruno, ۲۰۰۳). نتیجه آنکه متخصصان بالینی باید به تعداد قابل توجهی از بیماران غیر انگلیسی‌زبان خدمات‌رسانی کنند. علاوه بر این باید توجه داشت برخی افرادی که ادعا دارند به خوبی انگلیسی صحبت می‌کنند حقیقتاً با این زبان مشکل دارند. مطابق با سرشماری سال ۲۰۰۰ ایالات‌متحده، ۲۱ میلیون آمریکایی توانایی خود در استفاده از زبان انگلیسی را کمتر از بسیار خوب در نظر می‌گیرند (Shin و Bruno، ۲۰۰۳؛ اداره آمار و سرشماری ایالات‌متحده، ۲۰۰۰). یک پژوهش انجام شده توسط سازمان تحقیق و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ایالات‌متحده تعداد آمریکایی با درک اندک یا هیچ از انگلیسی را ۱۰ میلیون نفر اعلام کردند (Shedden, ۲۰۰۶).

چگونه این آمار و ارقام مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟ آنچه مشهود است، آن‌ها بر روی ارتباط در برخورد بالینی ارایه‌دهنده ـ بیمار تأثیر می‌گذارند. ما می‌دانیم افرادی که با زبان مشابهی صحبت می‌کنند در برقراری ارتباط با شکست مواجه می‌شوند، بنابراین تعاملات بین آن‌هایی که به زبان‌های متفاوت صحبت می‌کنند به احتمال زیاد خیلی بیشتر به در معرض خطر است و به دلیل آن‌که نمی‌توان معقولانه از ارایه‌دهندگان انتظار داشت که به هر زبانی که بیماران آن‌ها صحبت می‌کنند تکلم نمایند، استفاده از مترجمان مکتوب و همزمان آموزش‌دیده برای دستیابی به نتایج خوب بیمار حیاتی و ضروری است.

شفافیت: یک مؤلفه ضروری

پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که موانع زبان در زمینه مراقبت‌های بهداشتی منتج به ناهم‌خوانی سلامت، تأثیر منفی دسترسی بیماران، عـدم رضایـت و کیفیت مراقبت می‌شـوند (Mullins، Blatt، Gbarayor، Yang و Baquet، ۲۰۰۵). در برخی موارد این موانع منجر به هزینه‌های فزاینده برای بیماران می‌شوند، چراکه بیماران به‌قدر ناکافی معالجه شده می‌بایست برای دو یا سه جلسه برای مراقبت‌های اضافی مراجعه نمایند (Shedden, ۲۰۰۶). متخصصان بالینی در محیط‌های مختلف، از بیمارستان‌ها گرفته تا مراکز بهداشتی و درمانی دولتـی تـا مراکز خصوصی، اغلب تلاش‌های خود را زمانی که نمی‌توانند به‌طور مؤثر به زبان مادری بیماران ارتباط برقرار کنند با اتلاف زمان و پول و به خطر انداختن سلامت بیماران مضاعف می‌کنند.

فقدان در گفتگوها بین ارایه‌دهنده و بیماری که مترجم او تنها عبارت "منظور او نه اسـت" را بیان می‌کند، شـفافیت هسـت. اصلی که هر چیز بیان شده توسط هر فرد در یک مکالمه ترجمه گشته باید به زبان دیگر برگردانده شود، به‌طوری‌که هر چیز بیان شده می‌تواند توسـط هر فرد ارایه‌دهنده شـنیده و درک گردد (Bancroft، ۲۰۰۵، ص۳۶). در واقع هر زمان که یک مترجم از طریق صحبت مستقیم با هر یک از طرفین به زبان خودشـان وارد گفتگو می‌شـود، وی مسـتلزم ترجمه گفتار خود و صحبت‌های طرفین است. عدم انجام این کار نه تنها بی‌ادبی است، بلکه مسلماً روشنی و یک‌پارچگی مبادله را به خطر می‌اندازد.

عدم شـفافیت توسط بیماران غیرانگلیسـی‌زبان نادیده گرفته نمی‌شود. برای نمونه در پژوهشـی که عوامل مشارکت‌کننده در کیفیت مراقبت‌ها میان بیماران آمریکایی چینی‌زبان و ویتنامی‌زبان را مورد بررسـی قرار می‌دهد، شـکایت‌ها درباره خدمات مترجم مشـترک بودند. یک بیمار چینی مبتلا به دیابت به چیزهای نسـبتاً مهم توجه داشـت: "دکتر زیاد صحبت می‌کند"، اما مترجم تنها چند کلمه را بیان می‌کند (Ngo-Metzger و همکاران، ۲۰۰۳، ص۴۸). در تعاملات بالینی که نیازمند خدمات یک مترجم هسـتند، ارتباط خوب ارایه‌دهنده ـ بیمار که به شفافیت اعتماد دوجانبه متکی است، در شکل‌گیری آن کمک می‌کند.

سواد سلامت پایین و نیاز به مترجمان همزمان

جای تعجب نیسـت، بیماران باسـواد سلامت پایین به‌طور نامتناسب تحت تأثیر موانع زبان قرار می‌گیرند. اکثر متخصصان بالینی ظاهراً این امر را می‌فهمند، حتی اگر آن‌ها دقیقاً مشـکلات بیماران خود را بر حسـب باسـوادی درک نمی‌نمایند. در یک پژوهش انجام گرفته توسط و (۱۹۹۳)، پرستان ویژگی‌های بیماران که آن‌ها را مرتبط با تعاملات در برگیرنده ترجمه در نظر گرفتند، شناسایی کردند. این خصیصه‌ها عبارت بودند از:

فرهنگ‌سازی، آموزش، سن و پیچیدگی مشکلات مرتبط با سلامت.

همان‌طورکه مشـاهده کردیم، تمام این عوامل باسواد سلامت پایین هم‌بسته هستند. در واقع در این زمینه، واژه فرهنگ‌پذیری احتمالاً معادل سواد سلامت پایین است. پرستان در این پژوهش بیماران را به عنوان افرادی که آشنایی با مسائل بالینی ندارند توصیف کردند، متذکر می‌شـوند برخی افراد وجود داشـتند که تقویم را درک نکردند و سـایرین در تنظیم و مداومت قرار ملاقات دچار مشـکل بودند (Hatton و Webb، ۱۹۹۳، ص۱۴۴). بیماران دارای سـواد سـلامت پایین با موانع مشـابهی در پیگیری‌شـان از کیفیت مراقبت‌های بهداشـتی مواجه هسـتند. حتی اگر تسلط به زبان انگلیسی محدود (LEP) دقیقاً معادل سـواد سلامت محدود نباشد (مثلاً، بسیاری از بیماران با تسـلط به زبان انگلیسـی محدود در زبان مادری خود مهارت دارند، برخی از آموزش‌های پزشکی را دیده‌اند و با اصطلاحات و مفاهیم بالینی آشنا هستند)، اکثر موانعی که بیماران با تسلط به زبان انگلیسی محدود با آن‌ها مواجه شدند به‌طور قابل توجهی مشابه موانعی هستند که بیماران باسواد سلامت محدود با آن‌ها روبه‌رو گشتند و آن به دلیل اهمیت حیاتی ترجمه شفاهی و مکتوب اثربخش در زمینه مراقبت‌های بهداشتی است.

David Galbis-Reig کارشناسان ارشد می‌نویسد: "در هیچ زمانی در تاریخ داشتن مهارت ارایه خدمات ترجمه شفاهی و مکتوب توانش فرهنگی بیش از زمان فعلی بااهمیت نبوده اسـت. در هیچ زمینه دیگری (شـاید به اسـتثنای سیاست بین‌المللی) مترجمان مکتوب و

مترجمان شـفاهی نقش حیاتی را همان‌طور که در حرفه مراقبت‌های بهداشـتی ایفا می‌کنند، انجام می‌دهند" (Galbis-Reig, ۲۰۰۰). برخی یافته‌های پژوهشی اظهارات Galbis-Reig را تأیید می‌کنند. در یک تحقیق انجام گرفته توسط Bernstein و همکارانش (۲۰۰۲)، اسـتفاده از مترجمان هم‌زمان مراقبت‌های بهداشـتی با شـدت افزایش یافته خدمات بخش اورژانس (ED)، نرخ بازگشت تقلیل یافته، اسـتفاده افزایـش یافته از بیمارسـتان و هزینه کمتر از ۳۰ روز، بدون افزایش متناظر در مدت‌زمـان ماندن در بخش اورژانس یا هزینه ملاقات همراه بود.

تفاوت بین ترجمه هم‌زمان و ترجمه مکتوب

در ادامه ما بین مترجم شـفاهی (هم‌زمان) و مترجم مکتوب تمایز قایل می‌شـویم. اگر چه این دو مشـابه هستند، درک برخی تفاوت‌ها حایز اهمیت اسـت. به‌طور کلی همان‌طور که انجمن مترجمان آمریکا (ATA) بیان می‌کند، ترجمه مکتوب، نوشـتاری اسـت و ترجمه شـفاهی، گفتـاری (Aparicio & Durbin, ۲۰۰۳) و هـر دو نیازمند یک درک کامل از زبان مبـدأ گوینده یا متن و همچنین زبانی که مترجم شفاهی یا مکتوب گفته‌های اصلی یا مواد نوشتاری را به آن برمی‌گردانند، هستند.

تعاریف زیر، برگرفته از واژه‌نامه اصطلاحات ترجمه که توسط شورای ملی ترجمه مراقبت‌های بهداشتی (NCIHC) تهیه شده، تا اندازه‌ای تمایز سـاده انجمن مترجمان آمریکا را به دقت شـرح می‌دهند، اما متذکر شباهت‌ها می‌شوند: مترجم شفاهی (هم‌زمان): فردی که یک پیام گفته شده در یک زبان را به زبان دوم ترجمه می‌کند و فردی تابع قانونی از اخلاق حرفه‌ای است. مترجم مکتوب: فردی که متون نوشتاری را ترجمه می‌کند، به خصوص شخصی که این کار را به صورت حرفه‌ای انجام می‌دهد (Bancroft، ۲۰۰۵، صفحات ۳۵، ۳۶). مطابق با شورای ملی ترجمه مراقبت‌های بهداشتی (NCIHC)، ترجمه شفاهی عبارت است از درک و تحلیل یک پیام گفتاری یا امضاء شده و بیان صادقانه، دقیق و عینی آن پیام به زبان دیگر با مدنظر قرار دادن فرهنگ و بافت اجتماعی. هدف از ترجمه هم‌زمان عبارت است از فراهم ساختن ارتباط بین دو یا چند فرد که به زبان یکدیگر صحبت نمی‌کنند (Bancroft، ۲۰۰۵، ص ۳۶). با این حال، صحیح نیسـت که نشـان دهیم مترجمان شفاهی تابع قانونی از علم اخلاق هستند و مترجمان مکتوب نه. انجمن مترجمان آمریکا قانونی راجع به رفتار حرفه‌ای و شیوه‌های کسب و کار (۲۰۰۶)، که می‌توانید آن را در http://www.atanet.org//membership/code of professional conduct.php مشـاهده کنیـد. این قانون زبان مورد هدف مترجمان و همچنین تـا اندازه‌ای زبان مورد هدف نهادهایی که مترجمان را استخدام می‌کنند شامل می‌شود.

البته هدف اصلی ترجمه شـفاهی و مکتوب مراقبت‌های بهداشـتی یکی اسـت. هر دوی فعالیت‌ها با انتقال یک پیام از یک زبان به زبان دیگر به گونه‌ای که طرفین ارایه‌دهنده و بیمار می‌توانند یکدیگر را بهتر درک کنند، سـر و کار دارند. اما اصطلاح مترجم مکتوب معنای ضمنی گسـترده‌تری نسـبت به مترجم هم‌زمان دارد. یک مترجم مکتوب هر فردی است که معنای یک متن و یا مواد کلامی را از زمان مبدأ به زبان متفاوت و از معنای زبان مبدأ بیان یا ترجمه می‌کند (Galbis-Reig, ۲۰۰۰). آنچه یک مترجم شفاهی را از مترجم مکتوب تمیز می‌دهد تفاوت بین پیام‌های کلامی و نوشتاری نیست، بلکه آیا عمل ترجمه بلا درنگ رخ می‌دهد یا نه، همان‌طورکه Galbis-Reig بیان می‌کند: یک مترجم شـفاهی یک مترجم مکتوب اسـت که به هدف مشـابهی نائل می‌آید، یعنی بیان و ترجمه معنای یک متن یا مواد کلامی از زبان مبدأ به یک زبان متفاوت و از طریق ابزارهای نوشـتاری یا کلامی (به عنوان مثال، فردی که برای یک گوینده زنده ترجمه می‌کند و یا شخصی که برای یک گوینده زنده در یک سخنرانی یا همایش به زبان مقصد رونویسی می‌نماید).

در این فصل توجه خود را معطوف مترجم شـفاهی مراقبت‌های بهداشـتی برخلاف مترجم مکتوب می‌کنیم (جهت بحث درباره مترجم مکتوب از آنجایی‌که آن با نیازهای بیماران کم‌سـواد مربوط می‌شـود، فصل ۸ اصول نگارش برای سطح سواد پایین را مطالعه کنید و به این دلیل که کیفیت ترجمه هم‌زمان برای بیماران کم‌سـواد و با تسـلط به زبان انگلیسی محدود بسیار حایز اهمیت است، در این فصل یک دیدگاه گسترده از ترجمه شفاهی را به عنوان یک رشته با در نظر گرفتن بافت‌هایی که در آن‌ها به وقوع می‌پیوندد، ایده‌های راجع به نقش مناسـب مترجم هم‌زمان در برخورد بالینی و برخی از مؤثرین شـیوه‌ها و فناوری‌های تفسیری برای بیمارانی که کمی یا هیچی

انگلیسی صحبت می‌کنند، مدنظر قرار می‌دهیم.

ترجمه شفاهی در زمینه‌های غیر بالینی

مترجمان هم‌زمان کمک‌های شایانی در بسیاری از زمینه‌ها به جز پزشکی می‌کنند و انواع مختلفی از ترجمه شفاهی در شرایط مختلف به دلایل گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرند. برای نمونه، ترجمه هم‌زمان شیوه مورد در سازمان ملل است که در آن‌جا مترجمان در حین سخنرانی گوینده ترجمه می‌کنند (Hwa-Froelich و Westby، ۲۰۰۳). ترجمه دقیق مستلزم دقت و صبر است؛ حتی با ترجمه هم‌زمان تأخیر کوتاهی می‌تواند جهت تخصیص زمان به مترجم برای رسیدن به سطح معیار وجد داشته باشد. یک نمونه مشهود از این تأخیر در تبادل تنش بین نماینده ایالات‌متحده Adlai Stevenson و نماینده اتحادیه جماهیر شوروی سابق Valerian Zorin طی بحران موشکی کوبا به وقوع پیوست. در ۲۵ اکتبر ۱۹۶۲، در یک جلسه اضطراری شورای امنیت سازمان ملل، Stevenson سعی کرد Zorin را به پاسخ دادن درباره وجود تسلیحات هسته‌ای اتحادیه جماهیر شوروی سابق در کوبا با درخواست این که: "منتظر ترجمه نباش! آیا این موضوع صحت دارد یا نه؟،" وادار کرد. زمانی‌که Zorin پاسخ نداد، Stevenson عکس‌های گرفته توسط گروه تجسس ایالات‌متحده که به روشنی تأسیسات موشکی را نشان می‌دهند، ارایه داد (روابط خارجی ایالات‌متحده، ۱۹۹۶). فرد امیدوار است از آن‌جایی‌که به‌طور متوسط مشاجرات در تبادل ترجمه بالا است، آن‌چنان ناخوشایند نباشند.

برخلاف ترجمه هم‌زمان ترجمه پی‌درپی نیز وجود دارد که در طی آن گوینده مکث می‌کند تا به مترجم یا امضاءکننده اجازه برگرداندن پیام خود به زبان دیگر را بدهد. این نوع ترجمه در تمام زمینه‌ها رایج است.

اگر چه مترجمان حرفه‌ای اصولاً در گذشته جهت ترجمه و تفسیر مسائل سیاسی (همانند در مثال بالا)، در تلاش‌های عدالت بین‌الملل و در سخنرانی‌های بین‌المللی به‌کار گماشته شدند، اما به‌طور فزاینده‌ای در زمینه‌های پزشکی، آموزشی و اجتماعی، اغلب در همکاری با آسیب‌شناسان گفتار ـ زبان به‌کار گرفته می‌شوند (Hwa-Froelich و Westby، ۲۰۰۳).

ترجمه هم‌زمان در زمینه‌های بالینی

همان‌طورکه شورای ملی ترجمه مراقبت‌های بهداشتی در معیارهای ملی شیوه کار مترجمان در مراقبت‌های بهداشتی بیان می‌کند، ترجمه مراقبت‌های بهداشتی یک حوزه عمل متمایز و تخصصی است. تحت فصل ۶ قانون حقوق مدنی ۱۹۶۴ و دستور اجرایی ۱۳۱۶۶ که توسط رییس‌جمهور Clinton صادر شد، بیماران با تسلط به زبان انگلیسیِ محدود، حق برخورداری از یک مترجم آموزش دیده را دارند (Herndon & Joyce, ۲۰۰۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران با تسلط به زبان انگلیسی محدود، کمتر احتمال دارد از یک منبع منظم مراقبت‌های اولیه برخوردار باشند و کمتر احتمال دارد مراقبت‌های پیشگیری را دریافت نمایند. آن‌ها همچنین رضایت‌مندی کمتری از مراقبت‌هایی که دریافت می‌کنند دارند و به احتمال زیاد مشکلات کلی مراقبت‌ها را گزارش می‌کنند (Green و همکاران، ۲۰۰۵). علاوه بر این، بیماران با تسلط به زبان انگلیسی محدود و سواد سلامت پایین در بیشتر در معرض خطر اشتباهات پزشکی قرار دارند (Jacobs، Shepard، Suaya، و Stone، ۲۰۰۴). یک شیوه جهت اجتناب از این اشتباهات جلوگیری از فرضیه‌سازی درباره سطوح آموزشی بیماران است (Bernadett، ۲۰۰۵؛ Roat، ۲۰۰۵). آن وظیفه ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است که نیازهای بیماران خود را درک کنند و به همان نسبت در جستجوی یاری رساندن باشند. تشخیص نیاز به یک مترجم هم‌زمان حایز اهمیت است. شکست در به‌کارگیری از مترجمان برای بیماران با تسلط به زبان انگلیسی محدود نشان داده است که منتج به نرخ‌های پذیرش بالا بیمارستان، استفاده افزایش‌یافته از آزمایش، درک ضعیف‌تر بیمار از تشخیص و درمان و تشخیص غلط و درمان نامناسب می‌گردد (Herndon & Joyce, ۲۰۰۴).

مترجمان مراقبت‌های بهداشتی از متخصصان استخدام شده توسط بیمارستان‌ها و دیگر نهادها تا افراد اقتضایی آموزش ندیده از قبیل اعضای خانواده (اعم از بچه‌ها)، دوستان بیمار و کارکنان غیربالینی بیمارستان و حتی غریبه‌هایی از اتاق انتظار متغیرند (Flores و

همـکاران، ۲۰۰۳). همان‌طور کـه Phelan و Parkman (۱۹۹۵) ابراز می‌دارند، بهترین گزینه بـرای اکثر بیماران یک کارمند مراقبت از سـلامت دو زبانه فصیح اسـت؛ یعنی متخصص بالینی که هم در زبان انگلیسـی و هم زبان مادری بیمار سـلیس اسـت. یک مترجم صلاحیـت‌دار کـه در زمینه ارتباط میان فرهنگی آموزش دیده و یک متخصص بالینی باتجربه اسـت مطلـوب خواهد بود، اما افرادی با چنین آموزش فراگیر نادر هسـتند. اغلب دسـتیاران دو زبانه غیر بالینی به دلیل عدم آموزش مناسب در ارتباط میان فرهنگی، استفاده از چنین افرادی اقتضایی را مخاطره‌آمیز می‌سازد. همان‌طورکه متن زیر روشن می‌سازد، انجمن مترجمان مراقبت‌های بهداشتی ایالات کالیفرنیا (CHIA) شدیداً با به‌کارگیری مترجمان دو زبانه آموزش ندیده مخالف هستند:

جنبه‌هـای اخلاقی اساسـی مراقبت‌های بهداشـتی میان ارایه‌دهندگان و بیمـاران زمانی‌که از افرادی که آمـوزش مترجم مراقبت‌های بهداشتی را دریافت نکرده‌اند خواسته می‌شود تفسیر کنند، در معرض خطر قرار می‌گیرند. این جنبه‌ها از دست دادن قابلیت اطمینان، تشخیص اشتباه بالقوه و رضایت آگاه بی‌اعتبار بالقوه را شامل می‌شوند. تصور غلطی وجود دارد که افراد دو زبانه آموزش ندیده می‌توانند ترجمه کافی را ارایه دهند. متأسـفانه طرفین بیشـتر تحت تأثیر ترجمه به دلیل فقدان مهارت درباره قضاوت کیفیت آن قرار می‌گیرند. آن‌ها فرض می‌کنند فردی که ترجمه را ارایه می‌نماید کار مناسب را انجام می‌دهد. این ممکن است یک معنا نابه‌جا از امنیت که ارتباط مؤثر به وقوع می‌پیوندد را ایجاد کند (انجمن مترجمان مراقبت‌های بهداشتی ایالت کالیفرنیا، ۲۰۰۲، ص۹).

سـایرین هم‌رأی هسـتند که به‌کارگیری مترجمان اقتضایی می‌تواند پیامدهای بالینی منفی داشـته باشد (Flores و همکاران، ۲۰۰۳؛ Marcos، ۱۹۷۹؛ Vasquez و Javier، ۱۹۹۱).

بـا ایـن حال، در برخی محیط‌ها، از قبیل نهادهای کوچکتر که نمی‌توانند از عهده اسـتخدام مترجمان حرفه‌ای برآیند یا در بخش‌های اورژانـس که در آن‌ها سـرعت هجوم مراقب‌ها ممکن اسـت از ترجمه در زمینه برخوردهای بالینی کوتاه‌مـدت جلوگیری کند، ترجمه اقتضایـی بـه احتمال زیاد ادامـه می‌یابد. یک مرکز پزشـکی در جنوب کالیفرنیـا از کارمندان آتی خود طی مصاحبـه از آن‌ها درباره مهارت‌های زبان خارجه‌شـان صرفه از نظر این که نهایتاً در چه سـمتی از جراحان تا پذیرگران تا پرستاران تا سرایداران به‌کار گماشته می‌شـوند، سـؤال کرد. سایر مراکز پزشکی بدون شک شـیوه‌های مشابهی دارند. آن مصاحبه شـونده‌هایی که داشتن مهارت‌های زبانه خارجه را گزارش می‌کنند، در صورت استخدام معمولاً انتظار دارند که به عنوان مترجمان اقتضایی در طی نوبت‌های کاری منظم خود گمارده شوند (S Knight، ارتباط شخصی، نوامبر ۲۰۰۵).

تلاش‌ها جهت تأیید مترجمان مراقبت‌های بهداشتی و حرفه‌ای کردن هر چه بیشتر این حوزه باید مورد تکریم قرار گیرند. با این حال، عمـل به‌کارگیری مترجمـان اقتضایی احتمالاً برای آینده قابـل پیش‌بینی ادامه خواهد یافت. همان‌طور کـه SevillaM´atir و Willis (۲۰۰۴) اظهار می‌کنند، کارمندان دو زبانه می‌توانند به عنوان مترجمان تأثیرگذار به‌کار گمارده شـوند، اما تنها اگر به‌طور خاص جهت تحقق چنین نقشی آموزش دیده باشند. در این خصوص، SevillaM´atir و Willis هشت قاعده زیر که کارمندان دو زبانه با هیچ آموزش رسمی باید هنگام ترجمه کردن برای بیماران از آن‌ها پیروی کنند را پیشنهاد می‌نمایند:

۱. هر زمان که امکان‌پذیر است از قالب جهانی زبان استفاده کنید.

۲. از تصور راجع به نقش مصاحبه‌کننده یا تصمیم‌گیرنده خودداری کنید.

۳. اجازه دهید بیمار بحث را رهبری کند.

۴. همه چیز را ترجمه کنید.

۵. از مسـائل مهم فرهنگی که مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند آگاه باشـید و به شـیوه‌ای که چارچوب فرهنگی را منتقل می‌سازد، ترجمه کنید.

۶. با بیمار قبل از برخورد بالینی ملاقات کنید.

۷. برنامه‌های کار مترجم ـ پزشک را برای هر بیمار توسعه دهید.

۸. به دنبال آموزش مداوم باشید.

آگاهی از چگونگی استفاده از یک زبان دیگر، فرد را به مترجم مبدل نمی‌سازد. همان‌طور که Hatton (۱۹۹۲) طی هشت ماه مشاهده حضوری و مشارکت در مکالمات مختلف با مترجمان، بیماران، ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و کارکنان فرعی در مراکز بهداشت و درمـان دولتی فراگرفت، کار ترجمه پیچیده اسـت. مترجمانی که وی مشـاهده کرد مجراهایی نبودند که یـک زبان را به زبان دیگر برگرداندنـد؛ در عـوض آن‌ها پردازش اطلاعات، یک فعالیت چندوجهی را انجام دادند. Hatton شـرح می‌دهـد: کار مترجمان در این محیط‌های دو زبانه دو فرهنگی در واقع تفسـیر بود (به عبارتی، یک روشـن سـازی بسیار پیچیده و تشریح مفاهیم از یک زبان به زبان دیگر از یک فرد به فرد دیگر). این فرآیند قضاوت و تصمیم‌گیری درباره شرایطی که تحت آن‌ها مترجمان مکتوب اطلاعات را به جلو و عقب ارسـال کردند، در برگرفت... این مترجمان مکتوب... مترجمان شفاهی بودند که قدرت تغییر کمیت و همچنین کیفیت اطلاعات ارسالی بین کاربر و ارایه‌دهنده و برعکس را داشتند (Hatton، ۱۹۹۲، ص۵۵).

در ادامه این فصل ما درباره دیگر چالش‌ها و مزایای اسـتفاده از مترجمان آموزش‌دیده بحث می‌کنیم. در حال حاضر بیایید به مسـاله نقش مترجم در حوزه مراقبت‌های بهداشتی بازگردیم.

نقش‌هایی که مترجمان ایفا می‌کنند: برخی از الگوهای مفهومی

هیـچ اجماعـی راجع به نقش دقیق یـک مترجم که باید در محیط بالینی ایفا کند وجود ندارد، بـا این وجود وظیفه اصلی یک مترجم شفاهی مورد بحث نیست. هدف او باید ارایه "یک تبدیل زبانی از یک پیام گفته شده در یک زبان به زبان دیگر باشد" (Beltr´an Avery، ۲۰۰۱، صفحات ۲ تا ۳).

بـا ایـن حال، علارغم این توافق مبنایی، آنچه دکتـر Maria-PazBeltr´an Avery تحت عنوان "تنش خـلاق" میان متخصصان درباره مسـائلی از قبیـل دامنـه نقش مترجم، میزان حمایـت از بیمار که وی می‌تواند به درسـتی مبادرت به انجام آن نماید، وسـعت رابطه مترجم-بیمار و حتی ماهیت خود ترجمه می‌نامد، باقی می‌ماند. برای نمونه آیا یک مترجم باید به عنوان یک عضو با اسـتعداد از گروه مراقبت‌های بهداشـتی در نظر گرفته شـود یا به عنوان ابزاری جهت کمک به ارایه‌دهنده در اجاره وظیفه‌اش؟ این بسـیار مسـلم است: سلامت و رفاه بیمار باید اولین اولویت دو جانبه برای تمام طرف‌های درگیر باشد.

حوزه ترجمه مراقبت‌های بهداشـتی همواره در حال رشـد و توسعه اسـت، از این رو ادراکات درباره نقش‌های مترجم تمایل به تغییرات پی‌درپی دارند. در مقاله "نقش مترجم مراقبت‌های بهداشـتی: یک مکالمه در حال تکامل" (۲۰۰۱)، Beltr´an Avery "دوگانگی اولیه" کـه زمانـی بین ترجمـه بی‌طرف غیردرگیر منفعل (به عبارتی، انتقال پیام) و ترجمه فعال وجود داشـت را تشـریح می‌کند، که در آن تعهد مترجم به کمک به بیماران و ارایه‌دهندگان به منظور کاوش و عبور از هر مانع جهت ارتقای درک به رسـمیت شـناخته می‌شـود. Beltr´an Avery بیان می‌کند که اگر چه این بی‌نهایت‌های متضاد همچنان به یدک کشیدن یکدیگر ادامه می‌دهند، دوگانگی جایگزین یک محدوده یا زنجیره شـده اسـت، با مفهوم "مترجم بی‌طرف" که در مفهوم مترجم به "عنوان یک مجرا" تعدیل می‌گردد. او به چهار دیدگاه که همچنان امروزه به اطلاع‌رسـانی شـیوه عمل در حوزه ترجمه ادامه می‌دهند، اشـاره می‌کند. این چهار دیدگاه به شـرح زیر به‌طور خلاصه بیان می‌شوند:

۱. مترجم به عنوان مجرا که از بی‌طرفی خالص آغاز می‌شود زیرا آن تشخیص می‌دهد که انتقال دقیق پیام باید مبتنی بر برابری مفاهیم باشد. خدمت کردن به عنوان یک مجرا نیازمند دانش بافت فرهنگی و آشنایی با آشنایی پیش‌زمینه از بیمار و فرهنگ پزشکی نیز است.

۲. مترجم به عنوان مدیر مواجهه میان فرهنگی و میان زبانی که در آن وی نه تنها تبدیل زبان‌شـناختی مناسـب از یک زبان به زبان دیگر را ارایه می‌نماید بلکه به‌طور فعال در غلبه بر موانع جهت ارتباط جاسـازی شـده در اختلافات فرهنگی، طبقه‌ای، مذهبی و دیگر تفاوت‌های اجتماعی یاری می‌رساند.

۳. الگوی مداخله فزآینده که نیاز به مترجم را در پیش‌زمینه حمایت از ارتباط رسمیت می‌شناسد در حالی‌که به مترجم اجازه یک شیوه مشروع مداخله را چنانچه وی درک کند که سوءتعبیری در حال وقوع است، می‌دهد.

۴. مترجم به عنوان فرد تعبیه شـده در جامعه زبانی ـ فرهنگی خود، که تشـخیص می‌دهد وظیفه اصلی مترجم انتقال پیام‌های از یک زبان به زبان دیگر اسـت، اما فرض می‌کند شـخصی که این وظیفه را انجام می‌دهد به عنوان یک فرد کامل جاسـازی شـده در بافت اجتماعی جامعه خود عمل می‌کند. این بافت اجتماعی نمی‌تواند از شخصی که مترجم است، نحوه ارتباط او با بیمار، ماهیت رابطه وی با ارایه‌دهنده و نهاد پزشکی و زمینه تاریخی و سیاسی آن جامعه در ایالات‌متحده جدا باشد (Beltr´an Avery، ۲۰۰۱، ص۶).

ترجمه فعال و منفعل

مفهوم مترجم بی‌طرف که صرفاً پیغام‌ها را از یک فرد به فرد دیگر رد و بدل می‌کند به تدریج هم بر مبنای کاربردی و هم اخلاقی کنار گذاشـته شده اسـت. مترجمانی که تنها به عنوان مجراها خدمت‌رسانی می‌کنند ممکن است از لحاظ نظری بی‌طرف باشند، اما آن نوع از ترجمه در مواجه‌های بالینی موقعیت واقعی راسـتین‌گرا نیسـت. در مقابل، مترجمان فعال می‌توانند میان فرهنگ‌ها تبادل نظر کنند و پیوندهایی از اعتماد و احترام را ایجاد کنند (Hwa-Froelich & Westby, ۲۰۰۳). در واقع آن‌هایی که از الگوی مداخله فزاینده ذکر شده در بالا دفاع می‌کنند، حتی در مواجهه با ارتباط بدیهی بی‌اثر بی‌طرفی آزاد را غیرقابل قبول، از نظر اخلاقی و قانونی غیرمسئولانه، مخل پیشبرد هدف مواجهه و تأمین نکننده منافع هر فرد، مشاهده می‌نمایند (Beltr´an Avery، ۲۰۰۱ص۹).

اکثـر مترجمـان در جایی در امتداد زنجیره فعال ـ منفعل قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر، آنچنان انتخابی بین یک مترجم منفعل و فعال به عنوان یک مکالمه در حال تکامل بیت مدافعانی که به هر دو هدف یک طیف واحد تأکید می‌ورزند نیسـت. Beltr´an Avery شـرح می‌دهد:

هر دو قطبیت‌ها حیاتی هستند. دیدگاه مجرا این حوزه در کارکرد اصلی مترجم قرار می‌دهد ـ تبدیل زبانی که اجرا برقراری ارتباط بین یک بیمار و ارایه‌دهنده که به زبان مشترک صحبت نمی‌کنند، می‌دهد. دیدگاه تعبیه شدگی این حرفه را جهت در نظر گرفتن جایگاه آن در یک دیدگاه همه‌جانبه رفاه بیمار-تمامت مغز، قلب، روح به چالش می‌کشد. یکی بدون دیگری ناقص است (Beltr´an Avery، ۲۰۰۱، ص۱۴). حالت فعال در میان جوامع به هم پیوسـته کوچک و میان افرادی که برای جوامعی که در آن‌ها پیوندهای خویشـاوندی پایه اعتماد و اعتماد را شکل می‌دهند، محبوب است (Beltr´an Avery، ۲۰۰۱، ص۴). اعتماد و احترام شدیداً برای ترجمه دقیق و منصفانه حایز اهمیت هسـتند. مترجمان جاسـازی شـده در این جامعه اغلب شخصاً در فرآیندی که فعالانه سمت و سوی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، درگیر می‌شوند. در تحلیل آن‌ها از ۵۰ مصاحبه نیمه ساخت‌یافته، Edwards، Temple و Alexander (۲۰۰۵)مشخص کردند که مسـاله اعتماد در ادراکات و تجارب افراد از نیازها و اسـتفاده از مترجمان صرف‌نظر از وابستگی قومی، جنسیت، یا سن فرد، خدمات مورد نیاز او و نوع مترجم مورد استفاده، موضوعی باز رخ داد است.

سایر الگوهای ترجمه

البته دیگر الگوهای ترجمه به همان اندازه معتبر هسـتند. الگوی ارایه شـده توسـط Hwa-Froelich و Westby (۲۰۰۳، ص۸۲) نقش مترجم را به‌عنوان فردی شـنونده، گوینده، حافظ، مصاحبه‌کننده، عامل اجتماعی، یا سـخنور درک می‌کند. این پژوهشـگران متذکر می‌شـوند که مترجمان و کارفرمایان آن‌ها نیازمند آموزش فشـرده هسـتند تا نقش مورد نظر یک مترجم تعریف شـود و بتواند جهت عملکرد در یک نقش متفاوت یا تبادل نظر انتخاب کند. هر نقش یا نقش‌هایی که یک مترجم متصور می‌شـود، آنچه اهمیت دارد این اسـت که او شـاید نقش خـود را متفاوت از دیگر افراد درگیـر تعریف کنـد (Hwa-Froelich و Westby، ۲۰۰۳، ص۸۲). چنانچه یک متخصـص بالینـی نقش مترجـم را یک‌جور ببیند و مترجم به گونه‌ای دیگر می‌تواند منتج به بروز مشـکلات، ارتباط نادرسـت و حتی مشاجره‌های بسیار مخرب شود. دوباره، ارتباط یک مساله کلیدی است متخصصان بالینی و مترجمان باید درباره نقش مترجم با گفتگو درباره انتظارات آن‌ها قبل از ورود بیمار به موقعیت توافق نمایند.

CHIA دســتورالعمل‌های خاص خود را درباره نقش‌های مترجم و مداخلات به‌طور خاص طراحی شــده جهت رسیدگی به موانع ارتباط میــان فرهنگــی از قبیل تفاوت‌های زبانی، پیچیدگی زبان و اختلافات در هنجارهای فرهنگــی دارد (CHIA، ۲۰۰۲، ص۴۰). در مقاله: معیارهــای کالیفرنیا برای مترجم بهداشــت و درمان: اصول اخلاقی، قراردادها و رهنمودهــا راجع به نقش‌ها و مداخله (۲۰۰۲)، مؤلفان این مقاله رایج‌ترین نقش‌های مترجم بهداشــت و درمان را به ترتیب پیچیدگی و مناقشه فزاینده همچون برگرداننده پیام، روشن‌کننده پیغام، روشــن‌کننده فرهنگی و مدافع بیمار توصیف می‌نمایند. اگر چه هر نقش به تفصیل در ســند CHIA شرح داده می‌شود، در اینجا خلاصه‌ای از این که هر نقش چه چیزی را در برمی‌گیرد، ارایه می‌شود:

* برگرداننده پیام: در این نقش، مترجمان گوش فرا می‌دهند، زبان حرکات بدن را مشــاهده می‌کنند و معنای تمام پیام‌های را از یک زبان به زبان دیگر بدون اضافات ضروری، حذفیات یا تغییرات در معنا بر می‌گردانند.

* روشن‌کننده پیغام: در این نقش، مترجمان گوش به زنگ کلمات و مفاهیمی که ممکن است منجر به سوءتعبیر شوند هستند و منابع احتمالی سردرگم کننده بیمار، ارایه‌دهنده و مترجم را شناسایی می‌نمایند و در روشن و واضح ساختن آن‌ها یاری می‌رساند.

* روشن‌کننده فرهنگی: نقش واضح‌کننده فرهنگی فراتر از روشن ساختن پیغام پیش می‌رود تا محدوده‌ای از اقداماتی را در برگیرد که معمولاً به هدف نهایی یک مترجم در تسهیل نمودن ارتباط بین طرفین که یک فرهنگ مشترک را تسهیم نمی‌نمایند، مربوط می‌شوند. مترجمان گوش به زنگ کلمات و مفاهیم فرهنگی که ممکن اســت منجر به ســوءتعبیر شوند هستند و به طرفین جهت روشن ساختن مفاهیم خاص فرهنگی کمک می‌نمایند.

* مدافع بیمار: در این نقش، مترجمان فعالانه از تغییر به نفع سلامت و رفاه بیمار حمایت می‌کنند. مترجمان نیازمند یک منطق روشن برای پشتیانی به نفع بیمار هستند.

Bernadett (۲۰۰۵) خاطرنشان می‌کند که مترجمان در میان هر یک از این چهار نقش جهت فائق آمدن بر موانع زبانی، گونه کاربردی، فرهنگی، و اصولی در ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده تغییر موضع می‌دهند. (گونه کاربردی به تنوع‌های زبان که یک گوینده یا نویســنده در یک بافت اجتماعی خاص اســتفاده می‌کند، اشــاره دارد. یک گونه غیر رســمی که هنگام صحبت کردن با دوستان به‌کار گرفته می‌شود ممکن است در برگیرنده اصطلاح عامیانه یا فحش باشد؛ یک سیاق رسمی جهت سخنرانی یا نگارش در یک محیط شغلی یا دانشگاهی ارجح است.)

این که تا چه حد مترجمان می‌بایست به‌عنوان مدافعان بیمار عمل کنند موضوع مورد مناقشه است. یک خطر این است که ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی ممکن است از تلاش‌های مترجم در جهت دفاع از بیمار منزجر گردد و به موجب آن کیفیت مراقبت یا دسترسی بــرای بیمــار را کاهش دهــد. در صورتی‌که مترجم انتخاب کند که به عنوان یک مدافع بیمار عمل نماید، برخی پیشــنهاد می‌دهند که مدافعه باید در حیطه محدوده شده صورت گیرد. معیارهای ملی شورای NCIHC برای شیوه کاری مترجمان در مراقبت‌های بهداشتی (۲۰۰۵) هم بی‌طرفی و هم مدافعه را به عنوان معیارهای مورد انتظار شیوه کاری در برمی‌گیرد.

از طرف دیگر، مترجمان نباید اجازه دهند قضاوت شخصی یا ارزش‌های فرهنگی بر عینیت آن‌ها تأثیر بگذار و آن‌ها باید تعارضات بالقوه مورد نظر را در صورت لزوم با صرف نظر از وظایف آشــکار ســازند. نمونه ارایه‌شــده توسط شورای NCIHC این است که مترجمان باید از ترجمــه برای اعضای خانواده یا یک دوســت نزدیک اجتناب کنند. پرهیز از چنیــن موقعیتی به عنوان موضع بی‌طرفی در نظر گرفته می‌شود. از طرف دیگر به مترجمان توصیه می‌شود تا جهت محافظت از یک فرد در برابر آسیب جدی و دفاع به نفع یک فرد یا گروه به منظور اصلاح بدرفتاری و سوءاستفاده، بی‌پرده سخن بگوید (NCIHC، ۲۰۰۵، ص۱۰). این مدافعه قابل قبول در نظر گرفته می‌شود.

صرفاً حمایت آشــکار از بیمار، با وجود یک قالب روشــن از ترجمه فعال، آن چیزی است که Beltr´an Avery، انجمن مترجمان پزشکی ماساچوســت (MMIA) و ســایر متخصصان در این حوزه، مترجم را به‌عنوان مدیر یک برخورد بالینی میانجی قرار گرفته میان فرهنگی/ میان زبانی توصیف کرده‌اند. تصور این که ممکن است این مشابه چه چیزی باشد، به یک مترجم آسیایی... که از یک رویکرد محترمانه‌تر هنگام صحبت با یک مرد آســیایی ســالخورده یا فرد تحصیل کرده اســتفاده می‌کند یا یک ســبک ارتباطی باقدرت هم‌پایه‌تر را هنگام

صحبت با فردی با همان جنسیت، سن و یا سطح تحصیلات به‌کار می‌برد، بیاندیشید. چنین مترجمی بر روی ارتباط بین طرفین، با در نظر گرفتن جریان و سرعت مکالمه‌ای جهت سود بردن از ارتباط و درک متمرکز است. آن بدان معنا نیست که این مترجم تبدیل به یک مدافع برای هر یک از طرفین می‌شود. این الگوی نقش زمانی به بهترین نحو عمل می‌کند که ارایه‌دهنده خدمات آموزشی را راجع به همکاری با یک مترجم دریافت کرده باشند و مترجمان را به‌عنوان عضوی از گروه خود در نظر بگیرند (Hwa-Froelich و Westby، ۲۰۰۳، ص۸۱).

چنین رویکردی با معیارهای شورای NCIHC در مورد طرز کار که مطابق آن‌ها مترجمان باید مشتاق درک فرهنگ‌های مرتبط با زبان‌هایی اعم از فرهنگ زیست پزشکی ترجمه می‌کنند، سازگار است (NCIHC، ۲۰۰۵، ص۷). آگاهی فرهنگی به اصول اخلاقی که مترجمان مشتاق توسعه آگاهی از فرهنگ‌های مواجه شده در عملکرد خدمات ترجمه هستند، مرتبط است. نقش مترجم به عنوان عضوی از گروه مراقبت‌های بهداشتی یک تمرکز از مطالعه انجام شده توسط Hatton و Webb (۱۹۹۳) است. این محققان مصاحبه‌هایی را با ۲۲ پرستار دارای پروانه رسمی که ۱۵ تن از آن‌ها خودشان مترجم بودند، اجرا کردند. ۶۰ تا ۹۰٪ بیماران این پژوهش به زبانی به جز انگلیسی صحبت کردند.

تحلیل داده‌ها سه نوع تعامل میان پرستاران، مترجمان و بیماران را آشکار ساخت: ۱ـ مترجم به عنوان صندوق صوتی، ۲ـ مترجم به عنوان محروم‌کننده و ۳ـ مترجم به عنوان همیار. تنها سه پرستار از به کارگیری رویکرد صندوق صوتی تحت تمام شرایط دفاع کردند. صندوق صوتی یک رویکرد منفعل است که در آن مترجم کلمه را برای کلمه‌ای گفته می‌شود ترجمه می‌کند، اما در بحث دخالت نمی‌کند، بسیار شبیه شیوه ترجمه‌ای که در سازمان ملل اجرا می‌شود. در مقابل، در نقش محروم‌کننده، مترجم مسلط است، همانند مثالی که پیش‌تر بدان اشاره شد، مترجم به ارایه‌دهنده گفت: "منظور او خیر است".

مترجمان آموزش دیده به‌طور ایده‌ال معانی پیام‌ها را از یک زبان به زبان دیگر بدون اضافات غیرضروری، حذفیات یا تغییرات در معنی و بدون اعمال عقیده خود برمی‌گردانند (Herndon & Joyce, ۲۰۰۴). در مقابل، گلچین زیر نمونه‌ای از نقش محروم‌کننده را در عمل ارایه می‌دهد. اگر چه پیش‌داوری‌ها میان اعضا خانواده ممکن است زمانی‌که متخصصان بالینی به اعضا خانواده اجازه ترجمه کردن را می‌دهند نگران‌کننده باشد، این روانپزشک کودک بریتانیایی نگران است که این همچنین می‌تواند زمانی‌که مترجمان دیگری به کار گرفته می‌شوند حایز اهمیت باشد، همان‌طور که من هنگام مصاحبه با یک بیوه جوان از فرهنگ آسیایی مشاهده کردم. من برای نخستین‌بار با این خانواده زمانی‌که هر دو والدین را درباره مشکلات رفتاری پسرشان در مدرسه ابتدایی دیدم، ملاقات کردم. پدر سن بیشتری نسبت به همسرش داشت و روشن بود که او گمان می‌کرد پسرش در وضعیت خوبی به سر می‌برد و انتظار از مادر می‌رفت تا درباره مسائل پیش‌آمده مراقب پسر باشد. زمانی‌که پدر به دلیل حمله قلبی ناگهانی درگذشت، ما گزارش‌هایی راجع به ناراحتی مادر و پریشانی شدید پسر دریافت کردیم. از آنجایی‌که انتظار می‌رفت مادر کمی انگلیسی صحبت کند (دانش انگلیسی خوب پدر بدان نکته اشاره داشت که این عاملی در ملاقات قبلی نبود)، ما خدمات یک مترجم را برای یک جلسه با او و پسرش ترتیب دادیم.

بعد از مباحثه‌ای طولانی درباره احساسات بیوه و پس از آنکه از پسر خواستیم اتاق را ترک کند، من با بیان احساساتم قانع شدم که این بیوه نه تنها رنج، بلکه از مرگ همسرش احساس راحتی نیز می‌کرد. زمانی‌که از مترجم خواستم این را به مادر منتقل کند لبخندی زد و به من گفت که ایده‌ام آشکار غلط است. بعد از اندکی بحث و مناظره او چیزی را به مادر گفت، اما حالت چهره او نشان می‌داد که ایده‌های من را بیان نکرده بود و من می‌بایست بیشتر درباره این موضوع با مترجم صحبت کنم. در آخر، او چیزی را برای مادر بیان کرد که احتمال می‌رفت مشابه تفسیر من باشد، چراکه او لبخند زد، با قوت تمام سرش را تکان داد و به انگلیسی ابراز کرد که شاید غلط بود که او باید چنین احساساتی مخفی کند اما مطمئناً این کار را کرد (Brafman، ۱۹۹۵، ص۱۴۳۹).

هر چند، گاهی اوقات چیره بدون مترجم ضروری است، همان‌طور که چند تن از مصاحبه شونده‌های Hatton و Webb در پژوهش آن‌ها روشن ساختند، به‌خصوص هنگامی‌که مترجم و پرستار قادر نبودند با بیمار به دلیل این که خانواده تلفنی در منزل نداشتند ارتباط برقرار کنند. در این ملاقات، پرستار و مترجم در جلوی درب منزل بیمار برای اجازه ورود گفتگو می‌کردند و مترجم به مهارت‌های زبانی

و میان فردی خاص خود جهت وارد شدن به خانه بیمار متکی بود (۱۹۹۳، ص۱۴۲).

ترکیبی از نقش‌های صندوق پستی و محروم‌کننده منتج به نقش مترجم به عنوان همیار می‌شود، که یک رویکرد به‌طور خاص مؤثر است که شاید معمولاً زمانی‌که یک مترجم با یک متخصص بالینی خاص یا در یک نهاد خاص طی یک دوره زمانی طولانی همکاری داشته است، به وقوع بپیوندد. در پژوهش انجام‌گرفته توسط Hatton و Webb، یک پرستار بهداشت و سلامت موقعیتی را شرح داد که در آن او می‌بایست نحوه استفاده از نمایشگر apnea را به بیمار آموزش می‌داد. چرخاندن دکمه ضروری بود. از طریق همکاری، پرستار و مترجم دشواری‌های این وضعیت را تأیید کردند و آن‌ها را به عنوان یک گروه مدیریت نمودند (۱۹۹۳، ص۱۴۴). Hatton و Webb همچنین بر اهمیت توافق مؤثر مترجم با بیمار جهت تبدیل شدن به یک رابط فرهنگی بین بیمار و ارایه‌دهنده تأکید می‌کنند (۱۹۹۳، ص۱۴۵).

انتخاب نوع صحیح مترجم

همان‌طور که قبلاً گفته شد، متخصصان بالینی دو زبانه می‌توانند به‌عنوان مترجمان ایده‌ال مراقبت از سلامت عمل کنند، اما با این فرض که در زبان سلیس باشند و شرایط اقتصادی و فرهنگی بیمار را درک کنند. حتی با استعدادترین متکلم چندزبانه نمی‌تواند در هر زبان مواجه شده در زمینه شیوه کاری بالینی متبحر باشد؛ سرشماری سال ۲۰۰۰ ایالات‌متحده کدهای زبانی را برای ۳۸۰ مقوله زبان واحد یا خانواده‌های زبانی تهیه کرد (Shin & Bruno, ۲۰۰۳).

Roat (۲۰۰۵، ص۱۰) مزایا و معایب استفاده از پزشکان و کارمندان دو زبانه را شرح می‌دهد و چهار مقوله مترجمان اختصاصی شامل: مترجم کارمند، مترجم قراردادی، مترجم نماینده و مترجم داوطلب را مطرح می‌کند. او متذکر می‌شود که مترجمان اختصاصی افرادی هستند که تنها دلیل آن‌ها برای حضور در سازمان شما ترجمه کردن است. می‌توان با چنین مترجمانی به سه شیوه قرارداد بست (Roat، ۲۰۰۵، ص۱۲).

۱. با مترجمان توسط یک موسسه زبان که معمولاً ترجمه در محل و تلفنی را رایگان ارایه می‌دهد، قرارداد بسته می‌شود. یک موسسه خوب مترجمان حرفه‌ای تا حد زیادی واجد شرایط دارد و استخدام نوآموز، غربالگری، بستن قرارداد و اعزام مترجمان را به عنوان خدمات خود ارایه می‌دهند. این گزینه می‌توان پرهزینه باشد، اما اطلاع از این که کدام مؤسسات در یک وضعیت اضطراری در دسترس هستند، سودمند است.

۲. مترجمان قراردادی، افراد مستقلی هستند که می‌تواند مستقیماً با آن‌ها زمانی‌که وجودشان مورد نیاز است، تماس گرفت. معمولاً دستمزد آن‌ها ساعتی پرداخت می‌شود و تا حد زیادی در رایج‌ترین زبان‌ها باتجربه هستند، اما در وضعیتی که بیماران بدون وقت قبلی مراجعه می‌کنند، متخصص بالینی باید منتظر رسیدن مترجم باشد.

۳. مترجمان کارمند توسط سازمان شما تنها جهت مبادرت به کار ترجمه استخدام می‌شوند. اغلب این افراد بهترین و باتجربه‌ترین مترجمان به شمار می‌روند، هر چند حاکی از یک سرمایه‌گذاری مالی قابل توجه هستند. آن‌ها تنها در صورتی‌که شما از یک جمعیت LEP (تسلط به زبان انگلیسی کم) به اندازه کافی بالا در زبان یا زبان‌هایی که در آن‌ها چنین مترجمانی جهت مشغول نگه‌داشتن‌شان در تمام روز و همه روز سلیس هستند، توجیه پذیرند.

در میان مترجمان کلی گریان و متخصصان وجود دارند. بسیاری از مترجمان با جفت‌های زبان مکملی از قبیل اسپانیایی به انگلیسی یا برعکس، تخصص پیدا می‌کنند. گویندگان بومی یک زبان اغلب می‌توانند اختلافات دقیق و ظریف را رمزگشایی کنند و از توانش فرهنگی بالاتری نسبت به کلی‌گرایان که یا آموزش رسمی دیده‌اند یا تجربه آن‌ها که اگر چه ممکن است گسترده باشد، در درون یک حوزه خاص از تخصص متمرکز نیست، برخوردارند (Galbis-Reig, ۲۰۰۰).

ترجمه و فناوری

در حال حاضر که ما نقش‌های گوناگونی که مترجمان می‌توانند ایفا کنند و همچنین انواع مختلف مترجم را مدنظر قرار داده‌ایم، بیایید بـه بافـت فیزیکی که در آن ترجمه رخ می‌دهد توجه کنیم. اغلب اوقـات، برخوردهای بیمار ـ ارایه‌دهنده ـ مترجم در بلادرنگ چهره به چهره اتفاق می‌افتند. ارایه‌دهنده و بیمار که با کمک مترجم درگیر یک گفتگوی بالینی هستند نزدیک یکدیگر می‌ایستند، معمولاً کنار هم تا ارایه‌دهنده بتواند مستقیماً سؤالات خود را برای بیمار مطرح کند. اما حالت دیگری مانند ترجمه از طریق یک خط تلفن به همان اندازه رایج است.

ترجمه تلفنی

می‌توان ترجمه تلفنی را با استفاده از حالت آیفون تلفن اجرا کرد، اما نباید هرگز در گوش‌رس سایر بیماران اتفاق بیافتد؛ استفاده از یک اتاق خصوصی به دور از بخش‌های انتظار شلوغ ارجح‌تر است. یافتن یک فضای خصوصی در محیط‌های عمومی از قبلی بخش اورژانس دشـوار اسـت، اما جهت حفظ ایجاب HIPAA (قانون ۱۹۹۶ راجع به قابلیت انتقال و جواب‌گویی بیمه سلامت)، ارایه‌دهندگان باید هر تلاشی را در جهت محافظت از حریم خصوصی بیماران خود انجام دهند (Moskop، Marko، Larkin، Geiderman، و Derse، ۲۰۰۵). (جهت اطلاعات بیشتر درباره تأثیرات HIPPA بر روی مترجمان مراقبت‌های بهداشتی، بخش بعدی در این فصل تحت عنوان HIPPA و حریـم خصوصـی بیمار را مطالعه کنید.) ترجمه تلفی کمتر احتمال دارد زمانی‌که تأخیرهایی در برقراری ارتباط با مترجم وجود دارد یا زمانی‌که اسـتفاده از تلفن بر بالین بیمار دشـوار است، به‌کار گرفته شود (Kazzi&Cooper, ۲۰۰۳). با این حال، با پیشرفت فناوری و دسترس‌پذیری گسترده تلفن همراه، باید به تدریج بر چنین موانعی فائق آییم.

از آنجایی‌که ترجمه تلفنی هزینه‌بر است، ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید عاقلانه از زمان استفاده کنند. مترجمان در محل کار معمولاً ساعتی حقوق می‌گیرند، در حالی‌که ترجمه تلفنی بر مبنای هر دقیقه ارزیابی می‌شود. ارایه‌دهندگان باید به دقت نیازهای خود را جهت تعیین مقرون به صرفه‌ترین رویکرد ارزیابی نمایند. برای نمونه، چنانچه شما می‌بایست ۴۰ دلار برای یک مترجم در محل کار و ۲/۵ دلار در هر دقیقه برای یک مترجم تلفنی پرداخت کنید، در صورتی‌که خدمات تلفنی را برای تماس‌هایی که کمتر از ۱۶ دقیقه طول می‌کشند به‌کار ببرید، در هزینه صرفه‌جویی خواهید کرد. بعد از ۱۶ دقیقه، نرخ ساعتی کمتر هزینه‌بر خواهد بود.

ترجمه تلفنی به‌طور مطلوب با ترجمه اقتضایی میان بیماران اسـپانیایی‌زبان مقایسه می‌شود. Lee، Batal، Maselli و Kutner (۲۰۰۲) بیماران بزرگسال انگلیسی و اسپانیایی‌زبان را در یک درمانگاه سرپایی شهری وابسته به دانشگاه جهت بررسی تأثیر شیوه ترجمه بر روی رضایت‌مندی از مراقبت‌های بهداشـتی مورد مطالعه قرار دادند. بیماران اسـپانیایی‌زبان که از خدمات ترجمه تلفنی استفاده می‌کنند به همان میزان افرادی که با ارایه‌دهندگان هم‌زبان خودشان ملاقات داشتند رضایت‌مند بودند، در حالی‌که بیمارانی که از اعضا خانواده یا مترجمان اقتضایی اسـتفاده می‌کنند رضایت‌مندی کمتری داشـتند. این پژوهشگران استنتاج کردند مراکزی که به جمعیت‌های بزرگ اسـپانیایی‌زبان خدمت‌رسـانی می‌کنند می‌توانند رضایت‌مندی بیماران را با اجتناب از گماشـتن مترجمان آموزش ندیده و اقتضایی از قبیل اعضا خانواده ارتقا بخشند.

بسیاری از شرکت‌های ارایه‌دهنده خدمات ترجمه تلفنی طیف گسترده‌ای از زبان‌ها، برخی تا ۱۵۰ زبان را جهت انتخاب از آن‌ها عرضه می‌نمایند. با این حال معایب ترجمه تلفنی مشابه موارد ذکرشده در فصل ۶، بهبود ارتباط بیمار ـ ارایه‌دهنده، در ارتباط با درمان تلفنی اسـت. مترجمان تلفنی شانسی در مدنظر قرار دادن نشـانه‌های غیرکلامی در تبادل ندارند (Herndon & Joyce, ۲۰۰۴). کارشناسان علوم اجتماعی به ما می‌گویند که بیش از ۷۰٪ یک پیام می‌تواند در زبان غیرکلامی همراه با واژه گفته شـده خوانده شـود که تمام آن برای یک مترجم تلفنی از دست می‌رود (Roat، ۲۰۰۵، ص۱۴).

همان‌طور که Cynthia E. Roat، کارشـناس ارشد بهداشـت عمومی در گزارش خود توصیه می‌کند، با رسیدگی به مسائل دسترسی به زبان در سازمان‌تان (۲۰۰۵)، استفاده از مترجم چهره به چهره زمانی‌که بیماران تا حدی شنوایی خود را از دست دادند، از فرهنگ‌های

بسیار سنتی هستند که به ندرت از تلفن استفاده می‌کنند، هراسان یا پریشان می‌باشند، خبرهای بد به آن‌ها داده می‌شود، یا برای اولین‌بار با یک ارایه‌دهنده ملاقات می‌کنند، ارجح‌تر است. علاوه بر این، گفتگوهای با مشارکت بیش از دو شرکت‌کننده، ملاقات شامل آموزش (به خصوص زمانی‌که مواد آموزشی بصری به‌کار گرفته می‌شوند)، برخوردهای روانپزشکی یا سلامت روانی و ترجمه‌های دیداری باید شخصاً انجام پذیرند. با این حال ترجمه تلفنی در شرایط زیر مقتضی شمرده می‌شود:

* برای مکالمه‌هایی که بر حال از طریق تلفن انجام خواهند شد
* زمانی‌که مضمون مورد بحث نسبتاً ساده است
* برای تعیین زبانی که بیمار تکلم می‌کند
* زمانی‌که نیازمند دسترسی فوری به یک مترجم در موقعیت‌های اضطراری هستید
* هنگامی‌که به مترجم در محل آموزش دیده دسترسی ندارید و مدت‌زمان طولانی غیرقابل قبولی را در انتظار او می‌مانید
* زمانی‌که حریم خصوصی و رازداری، مسائل همه تلقی می‌شوند، مخصوصاً اگر جامعه بیمار کوچک و از لحاظ بافتی به هم نزدیک باشد
* هنگامی‌که بهداشت و سلامت، موضوعات اصلی برشمرده می‌شوند، از قبیل وضعیت بیماری‌های بسیار مسری
* جهت پرسش‌های سریع با بیماران بستری در بیمارستان
* برای برنامه‌های کاری دکترها با بیماران بستری در بیمارستان (Roat، ۲۰۰۵، ص۲۲-۲۱)

گزینه دیگر تلفن دارای دو گوشی است که شبیه تلفن عادی هست اما دو گوشی متصل شده به پایه به جای یک گوشی دارد. کارکنان بالینی می‌توانند از یک گوشی جهت تماس با خدمات ترجمه خارج از محل کار استفاده کنند در حالی‌که بیمار غیرانگلیسی‌زبان از گوشی دیگر برای گوش کردن به ترجمه مکالمه استفاده می‌کند. برخلاف تلفن‌های بلندگودار، تلفن‌های دو گوشی می‌توانند قابلیت اعتماد را در یک محیط باز یا در اتاق آزمایش با دیوارهای نازک تضمین کنند. مطابق با خدمات خط زبان (۲۰۰۵)، دیگر مزایای استفاده از یک تلفن دارای دو گوشی عبارت است از: بهداشت بهتر (این تلفن‌ها مانع پخش بیماری از طریق یک گوشی واحد می‌شوند)، سادگی (زیرا می‌توان شماره خدمات مترجم را در تلفن برنامه‌ریزی کرد) و سرعت (یعنی، نیازی به رد و بدل کردن تلفن بین ارایه‌دهنده و بیمار نیست). سایر شرکت‌ها از قبیل CyraCom نیز خدمات تلفن دو گوشی را تحت نام CyraPhone (CyraCom, ۲۰۰۶) ارایه می‌دهند.
یک مزیت تلفن‌های دو گوشی این است که آن‌ها ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و بیمار را با تلفن به هم پیوند می‌دهند و این می‌تواند برای اعضا خانواده که بیمار را همراه می‌کنند ناپسند باشد زیرا آن‌ها قادر به شنیدن ترجمه نیستند (Roat, ۲۰۰۵).

فناوری‌های ترجمه جایگزین

ترجمه همزمان از راه دور نسبتاً جدید است. در این الگو، به هر دوی بیمار و ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی گوش داده می‌شود، که به نوبه خود آن‌ها به یک مترجم در یک دفتر دور دست وصل می‌گردند. همچنان که پزشک صحبت می‌کند، مترجم در همان لحظه ترجمه می‌نماید، درست مانند مترجمان سازمان ملل و سخنرانی‌ها. شنونده پیام را در حین صحبت گوینده می‌شنود (Roat، ۲۰۰۵، ص ۱۴). یک ایراد این شیوه آن است که یافتن و ارایه آموزش کافی به مترجمانی که در حالت همزمان قابلیت دارند و تمایل به همکاری با دستمزد نسبتاً پایین به عنوان مترجمان مراقبت‌های بهداشتی دارند، دشوار است.

در پژوهش خود راجع به ترجمه همزمان از راه دور، اتحادیه بهداشت کمبریج مشاهده کردند که این فناوری واسطه را کنار می‌زند، به‌طور بالقوه اجازه یک رابطه مستقیم‌تر بین بیمار و ارایه‌دهنده را می‌دهد، سرعت ارتباط را طی ملاقات بالا می‌برد (به خصوص برای ملاقات طولانی) و حریم خصوصی بیماران افزایش می‌دهد. با این حال ترجمه همزمان از راه دور فاقد نشانه‌های بصری است، ارایه‌دهنده را در معرض مشکلات فنی قرار می‌دهد، ناپسند است، در انسداد نمودن اصوات با گوشی‌های یک‌بار مصرف که با این وجود گران هستند با شکست مواجه می‌شوند، خود را جدا از برخی بیماران احساس می‌کند، تعداد شرکت‌کننده‌ها برای یک ارایه‌دهنده و یک بیمار را در

یک زمان محدود می‌نماید (Saint-Louis، Friedman، Chiasson، Quessa، و Novaes، ۲۰۰۳، ص۴۷).

نرم‌افزار توسعه یافته توسط Spoken Translation (ترجمه گفتاری) تحت نام HealthComm، ترکیبی از تشخیص صدا و نرم‌افزار ترجمه ماشینی است. این برنامه یک نسخه نوشتاری از پیام را که باور دارد ارایه‌دهنده مراقبت از سلامت ادا کرده، تحریر می‌کند. ارایه‌دهنده می‌تواند هر خطایی را تصحیح کند و در آن مرحله رایانه می‌تواند یک ترجمه نوشتاری به زبان دیگر و یک ترجمه معکوس به انگلیسی را تولید کند. بعد از انجام اصلاحات اضافی، رایانه پیام را برای بیمار نقل می‌کند. همان‌طور که Roat (۲۰۰۵، ص۱۵) ابراز می‌دارد، اگرچه فناوری وعده‌هایی داده، اما در حال حاضر برای کاربرد بالینی بسیار کند و پر زحمت است.

Phraselator، یک دستگاه دستی یک‌طرفه فعال شده با صدا است که عبارات به انگلیسی گفته شده را با عبارات از پیش ضبط شده در زبان دیگر تطبیق می‌دهد. (در بخش گردانندگان یک سازمان و سایر کارکنان بالینی، ما یک رویکرد دستورالعمل‌گونه تحت عنوان FAST که از کارت‌های نشانه استفاده می‌کند، مطرح می‌کنیم. Phraselator مشابه Fast است، اما با پیچ و تاب فناورانه). این دستگاه جهت ارایه اطلاعات مبنایی و برای پرسیدن سؤالات ساده که پاسخ آن‌ها بله یا خیر است مفید قلمداد می‌شود، اما مصاحبه‌های پزشکی پیچیده یا سؤالاتی که پاسخ‌های آن‌ها تشریحی است به راحتی با این دستگاه انطباق نمی‌یابند (Roat، ۲۰۰۵، ص ۱۵).

همان‌طور که استفاده از اینترنت همچنان در حال رشد است، بیماران و ارایه‌دهندگان از منابع خود با افزایش فراوانی در کسب اطلاعات مرتبط با خدمات و منابع مراقبت‌های بهداشتی در دسترس اعم از خدمات ترجمه شفاهی و مکتوب پزشکی استفاده می‌کنند. در واقع، ترجمه تصویری با استفاده از یک Web cam و یک نرم‌افزار که این اجازه را به مترجم، ارایه‌دهنده، بیمار می‌دهد تا یکدیگر از مکان‌های دور دست در سراسر دنیا مشاهده کنند از جانب برخی شرکت‌های ارایه‌دهنده ترجمه تلفنی در دسترس است، هر چند برای مؤسسات خصوصی گران تمام می‌شود. البته، هزینه به احتمال زیاد با هر چه متداول شدن فناوری کاهش خواهد یافت (Roat, ۲۰۰۵).

مهارت‌های مورد نیاز مترجمان

یک منبع عالی توصیف کننده صلاحیت‌های یک مترجم مراقبت‌های بهداشتی و تشریح کننده یک فرآیند ارزیابی، دستورالعمل شورای NCIHIC در ارزیابی اولیه صلاحیت‌های مترجم است (Beltr´an Avery و همکاران، ۲۰۰۱). این پژوهشگران متذکر می‌شوند زمانی‌که ارزیابی مقدم بر آموزش باشد، هدف آن ممکن است ارایه معیاری جهت پذیرش متقاضیان باشد، اما آن شاید از لحاظ تشخیصی جهت این که چه دانش، مهارت‌های زبانی و مهارت‌های ترجمه که متقاضی باید بهبود بخشد و این که آیا آن شخص آماده آموزش است و چه آموزشی مورد نیاز می‌باشد، به‌کار گرفته می‌شود (Beltr´an Avery و همکاران، ۲۰۰۱، ص۱).

۶ مؤلفه تشکیل‌دهنده روند شورای NCIHIC در ارزیابی اولیه مترجم عبارت‌اند از:

* مهارت‌های زبانی پایه
* بررسی موردی اخلاقی
* مسائل فرهنگی
* اصطلاحات مراقبت‌های بهداشتی
* مهارت‌های ترجمه یک‌پارچه
* ترجمه دستورالعمل‌های ساده (Beltr´an Avery و همکاران، ۲۰۰۱)

اگرچه در اینجا هر یک از این حوزه‌ها را به تفصیل شرح نمی‌دهیم، اما خوانندگان علاقه‌مند، مخصوصاً آن‌هایی که مسئول استخدام و آموزش مترجمان مراقبت‌های بهداشتی هستند، ممکن است تمایل به کنکاش سند اصلی NCIHC در http://www.ncihc.org/workingpapers.htm باشند.

ارایه‌دهندگان و مترجمان باید آداب اصلی ترجمه را درک نمایند و شیوه‌های ارتباط خوب را قبل، حین و بعد از مواجهه‌ها با بیماران غیرانگلیسی‌زبان حفظ کنند. برخی موارد مبنایی زبان حرکات بدن، تماس چشمی و ترتیب محل استقرار را شامل می‌شوند.

ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هر آنچه می‌توانند باید انجام دهند تا یک محیط گرم دوستانه را ایجاد نمایند و با لبخند و دست دادن و همچنین معرفی مترجم آغاز کنند. ابتدا به بیمار سلام کنید و نه مترجم (Roat، ۲۰۰۵، ص۱۱). چنانچه باید مترجم را به رسیدگی برخی مسائل ارتباطی و فرهنگی مورد خطاب قرار دهید، اجازه دهید ابتدا بیمار شناختی از شما داشته باشد (Roat، ۲۰۰۵، ص۱۱).

برخی توصیه کردند که مترجم، ارایه‌دهنده و بیمار یک مثلث را شکل می‌دهند، با ارایه‌دهنده و بیمار که با یکدیگر روبه‌رو می‌شوند و مترجم در طرفی دیگر (Bernadett، ۲۰۰۵؛ Phelan و Parkman، ۲۰۰۵). برای بیان می‌کنند که ارایه‌دهنده باید از گفتن: به او بگو اجتناب کند و در عوض می‌بایست مستقیماً با بیمار در حین حفظ تماس چشمی چنانچه از لحاظ فرهنگی مناسب باشد، صحبت کند. به همین نحو، مترجمان باید آموزش ببینند تا از زبان اول‌شخص استفاده کنند و با احتیاط تغییر به سوی سوم شخص را زمانی که قالب اول شخص سبب سردرگمی است و از لحاظ فرهنگی برای یکی یا هر دو طرفین نامناسب تلقی می‌شود، تمرین کنند (CHIA، ۲۰۰۲، ص۳۶). ارایه‌دهنده‌ها همچنین باید به خاطر داشته باشند که مترجم یک فرد حرفه‌ای است و می‌بایست به نقش او در برخورد بالینی احترام بگذارند. دیگر قراردادهای ارتباط اثربخش مترجم ـ ارایه‌دهنده قبل، حین و بعد از مواجهه‌ها با بیماران به‌تفصیل در سند CHIA درباره اصول اخلاقی، قراردادها و رهنمودها راجع به نقش‌ها و مداخله (۲۰۰۲) شرح داده می‌شوند.

قراردادهای ترجمه متعارف شده: به حداکثر رسانی ارتباط خوب

همان‌طور که Bernadett (۲۰۰۵) بیان می‌کند، متعارف ساختن قراردادهای ترجمه مزیت‌های مختلفی را ارایه می‌دهد. آن یک چارچوب را فراهم می‌سازد که تعاملات بین مترجمان، بیماران و ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را هدایت می‌کند. برای آن دسته از بیماران و ارایه‌دهندگان ناآشنا با چگونگی استفاده به بهترین از یک مترجم، معیارهای رسمی به آن‌ها درباره نقش مترجم و همچنین نحوه پیشروی و چه انتظاری طی یک جلسه بالینی معمولی داشته باشند، اطلاع‌رسانی می‌شود. معیارها به مترجمان اجازه می‌دهد تا آماده یک تجربه ساده شوند و آن‌ها را قادر می‌سازند تا بر روی کار ترجمه خود تمرکز کنند.

برجسته‌ترین سازمان در میان سازمانی‌های کشوری که تلاش در متعارف‌سازی قراردادهای ترجمه دارند، شورای ملی ترجمه در مراقبت‌های بهداشتی یا NCIHC است، اما سایر گروه‌ها از قبیل CHIA و MMIA علاقه‌مند به پیشبرد تلاش‌های صدور گواهینامه در ایالت‌های مربوطه خود هستند. (آن یک روند گام به گام است. مرحله اول قبل از صدور از گواهی، متعارف‌سازی شیوه کاری از ایالت به ایالت است.) تنها ایالت‌های واشنگتن و اوکلاهاما در حال حاضر گواهی برای فعالیت مترجمان در بخش مراقبت‌های بهداشتی صادر می‌کنند (Cynthia E. Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۴)، اما دو گزارش از برنامه‌های آموزشی مختلف در کالیفرنیا (Roat، ۲۰۰۳) و سراسر ایالات‌متحده و کانادا را ثبت کرده‌اند (Roat & Okahara, ۱۹۹۸) که تنوعی از فنون و روش‌ها را آموزش می‌دهند. مسائل مطرح شده در این گزارش‌ها طراحی و اجرای دوره آموزشی، قراردادها، آزمون، استادان و توصیه‌ها برای برنامه‌ریزان دوره آموزشی را در برمی‌گیرد. به واسطه تأمین مالی انجام شده توسط بنیاد کالیفرنیا، بررسی برنامه‌های کالیفرنیا (Roat, ۲۰۰۳) گرایش‌ها در آموزش را تحلیل می‌کند و به عنوان خلاصه‌ای از منابع برای آن دسته از افرادی که در جستجو آموزش دیدن به عنوان مترجم مراقبت‌های بهداشتی هستند، عمل می‌کند.

متأسفانه اگر چه آگاهی از نیازمان برای مترجمان پزشکی آموزش‌دیده همچنان رو به افزایش است، اما یک عدم شفافیت و ثبات در سطح ملی در تعریف ویژگی‌ها و قابلیت‌های یک مترجم واجد شرایط مراقبت‌های بهداشتی، کنار گذاشتن مترجم و امکانات مراقبت از سلامت و همچنین سایر ذینفعان با راهنمایی اندک یا هیچ در شناسایی الزامات عملکرد نقش مترجم وجود دارد (NCIHC, ۲۰۰۵).

با این حال، در سال ۲۰۰۴، شورای NCIHC ضوابط اخلاقی برای مترجمان مراقبت‌های بهداشتی را پس از یک دوره گسترده از جمع‌آوری ورودی و مشورت خواهی از مترجمان در حال کار و همکاران آن‌ها منتشر کرد. زمانی‌که این ضوابط بجا بود، NCIHC از فعالیت MMIA و CHIA جهت وضع مجموعه‌ای از معیارهای شیوه کاری مترجمانی‌که در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی فعالیت

می‌کنند، بهره‌برداری کرد. ابتدا یک پیمایش محیطی جهت تحلیل معیارهای شـیوه کاری در ایالات‌متحده و سراسـر دنیا اجرا شد. یک مجموعه از ۱۴۵ سند به ۱۱ زبان از ۲۵ کشور مورد تحلیل قرار گرفتند (Bancroft, ۲۰۰۵). به عنوان برآیندی از این پیمایش مشخص شد که معیارهای یکپارچه شیوه کاری ضروری بودند:

این پیمایش یک تعداد از تناقضات میان معیارهای مشـخص شـیوه کاری هم در درون و هم در سراسـر بخش‌های مختلف ترجمه را آشکار ساخت. برای نمونه: آیا مترجم باید با یک بیمار تنها باشد؛ کاملاً بی‌طرف یا از بیکار حمایت و پشتیبانی کند؛ همواره به‌طور کامل ترجمـه نمایـد یا خلاصه بیان کند، نقش مترجم را به ترجمه کردن محدود نماید یـا نقش‌های دیگر (از قبیل نقش اطلاعاتی، ارجاعی یا میانجی‌گری) را در بر گیرد، کلمات اهانت‌آمیز را ترجمه کند یا به گوینده شـانس عبارت‌بندی مجدد را بدهد. در حالی‌که معیارهای شیوه کاری هم در درون و هم سراسر بخش‌های با یکدیگر تناقض دارند، آن‌ها اصول و روش‌های مبنایی رایج برای تقریباً تمام مترجمان حرفه‌ای را تصدیق می‌کنند (Bancroft، ۲۰۰۵، بخش ۸).

شـورای NCIHC از اطلاعـات جمع‌آوری شـده در پیمایش همراه با بازخـورد از گروه‌های متمرکز، ذینفعان و همایش‌ها در سراسـر ایالات‌متحده جهت پیش‌نویس معیارهای ملی برای شـیوه کاری مراقبت‌های بهداشـتی طی سـال ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵ اسـتفاده کرد. این معیارها جهت اصلاح کیفیت متناقض و ناسازگار ترجمه مراقبت‌های بهداشتی که تا به امروز شیوه کاری را مشخص کرده است، طراحی می‌شوند (Bidar-Sielaff & Ruschke, ۲۰۰۵). آن‌ها جهت راهنمایی شیوه کاری تمام مترجمان و آشنا کردن غیرمترجمان با معیارهای به رسمیت شناخته شده در درون حرفه ترجمه در نظر گرفته می‌شوند (NCIHC, ۲۰۰۵).

۹ معیار کلی در این سـند مطرح می‌شـود (موارد زیر را ملاحظه کنید)، که هر یک از اینها به یک یا چند اصل اخلاقی که قبلاً توسـط NCIHC وضع شده مرتبط می‌گردد (به عبارت دیگر، این سند رابطه بین اصول اخلاقی و این ۹ معیار کلی را به تفصیل شرح می‌دهد). به نوبه خود، چندین معیار مجزا تحت پوشـش هر یک از این ۹ معیار کلی برشـمرده می‌شوند؛ از این‌رو یک مجموعه از ۳۲ معیار مجزا در این سند فهرست می‌شوند (به عنوان مثال، مترجم تمام پیام‌ها را به دقت و به‌طور کامل بدون افزودن، حذف کردن، یا جابجا نمودن، برمی‌گرداند؛ مترجم به طرفین توصیه می‌کند هر چه گفته می‌شود ترجمه می‌گردد؛ مترجم برای تمام وظایف آماده می‌شود). همان‌طور که گفته شد، ۳۲ معیار تحت ۹ عنوان عمده زیر طبقه‌بندی می‌گردند:

۱. دقت

۲. رازداری

۳. بی‌طرفی

۴. احترام

۵. آگاهی فرهنگی

۶. حدود نقش

۷. حرفه‌ای گری

۸. توسعه مهارت های شغلی

۹. مدافعه

اگرچه هر معیار مزیتی دارد و مستقل است، محققان متذکر میشوند که بازتاب کامل از هر معیار زمانی که در ارتباط و وابستگی خود با سایر معیارها مشاهده میشود، به بهترین نحو درک میگردد(NCIHC، ۲۰۰۵، ص۳). میتوان سند کامل را از تارنمای NCIHC مشاهده یا ذخیره کرد: http://www.ncihc.org/NCIHC PDF/National Standards of Practice for Interpreters in Health Care.pdf

قوانین ایالتی و فدرال

بخش دولتی نیز به نفع بیماران غیر انگلیسی‌زبان با مبنا قرار دادن بسیاری از فعالیت‌های خود بر روی زبان در حقوق مدنی قانون ۱۹۶۴ قدم برمی‌دارد. در واقع چندین قانون فدرال از قبیل قانون حق رأی، قانون کمک غذایی به نیازمند (تمبر خوراک)، قانون آمریکایی‌های سالخورده و قانون سازمان‌دهی مجدد اداره سوءمصرف دارو و سلامت روانی، نیاز کمک زبان را به رسمیت می‌شناسند (دفتر حقوق مدنی، ۲۰۰۱). منابع مالی فدرال جهت ارایه خدمات زبان به افراد با درآمد پایین از طریق Medicare، Medicaid، و برنامه ایالتی بیمه سلامت کودکان در دسترس هستند. بسیاری از ایالت‌ها نیز قوانین درباره ترجمه مراقبت‌های بهداشتی دارند (ACORN, ۲۰۰۴).

کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان‌های بهداشت و درمان (JCAHO)، که بیمارستان‌ها و دیگر نهادهای مراقبت‌های را به رسمیت می‌شناسد، نیازمند کمک زبان در یک تعداد از موقعیت‌ها است. برای نمونه، دستورالعمل اعتباربخشی آن مقرر می‌دارد که اخطاریه حقوق بیمار باید متناسب با سن، درک و زبان او باشد. کمیته ملی تضمین کیفیت (NCQA)، که اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده را فراهم می‌سازد، نیازمند کمک زبان در محیط‌های مختلف است. به عنوان بخشی از فرآیند ارزیابی خود، کمیته ملی تضمین کیفیت مواد عضو مراقبت‌های مدیریت شده را تعیین این که آیا آن‌ها به زبان‌هایی به جز انگلیسی که توسط گروه‌های عمده جمعیت صحبت می‌شوند در دسترس هستند یا نه (ACORN, ۲۰۰۴).

در ماه اوت سال ۲۰۰۰، رییس‌جمهور کلینتون فرمان اجرایی ۱۳۱۶۶ که تمام سازمان‌های فدرال را ملزم به ارایه راهنمایی به دریافت‌کنندگان وجوه خود درباره چگونگی انطباق با سند پنجم و ارایه برنامه‌ای راجع به چگونگی در دسترس قرار دادن زبان به خدمات خاص خود می‌دارد، امضاء کرد. اگر چه کنگره تلاش‌هایی را در جهت لغو این دستور انجام داده، اما تاکنون به موفقیتی دست نیافته است. بعد از اتمام دوره ریاست جمهوری کلینتون، انجمن پزشکی آمریکا نامه‌ای به وزیر بهداشت و خدمات انسانی Tommy Thompson با اعتراض نسبت به این که ارایه خدمات مترجم پرهزینه بود و دفتر حقوق مدنی (OCR) نباید آن فرمان را اجرا کند، نوشت. دفتر حقوق مدنی پاسخ داد که مقررات حاکم بر دسترسی از سال ۱۹۶۴ بجا بوده و کنگره باید کل قانون حقوق مدنی ۱۹۶۴ را جهت توقف نمودن اجرا دستورالعمل لغو نماید (NCIHC، ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴).

در واکنش به نگرانی‌های مربوط به هزینه خدمات مترجم، کنگره درخواست کرد که اداره مدیریت و بودجه (OMB) هزینه اجرا آن فرمان را بررسی کند (NCIHC، ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴). اداره مدیریت و بودجه به این نتیجه رسید که هزینه پیاده‌سازی فرمان اجرایی می‌تواند قابل توجه باشد، مخصوصاً برای بخش مراقبت‌های بهداشتی، اما اظهار داشت که هزینه به واسطه این واقعیت که بسیاری از سازمان‌های دولتی و نهادهای خصوصی که به یک جمعیت LEP (تسلط به زبان انگلیسی محدود) قابل توجه خدمات‌رسانی می‌کنند، در حال حاضر قدم‌هایی را جهت ارایه خدمات زبانی برداشته‌اند (اداره مدیریت و بودجه، ۲۰۰۲، ص۴). این گزارش بسیاری از مزایای ارایه خدمات زبانی را فهرست کرد، اما نتیجه گرفت که مزایا و هزینه‌های نهایی فرمان اجرایی ۱۳۱۶۶ به نحوه پیاده‌سازی آن بستگی خواهد داشت (اداره مدیریت و بودجه، ۲۰۰۲، ص۵).

برخی پژوهشگران در جستجو برآورد ارایه خدمات ترجمه در محیط مراقبت‌های بهداشتی هستند. Jacobs و همکارانش (۲۰۰۴) تأثیر خدمات مترجم بر روی هزینه و استفاده خدمات مراقبت‌های بهداشتی را در میان بیماران با LEP (تسلط به زبان انگلیسی محدود) عضو شده در یک سازمان حفظ سلامت (HMO) ارزیابی کردند. در بررسی آن‌ها، هزینه برآورد شده ارایه خدمات برای هر فرد در هر سال ۲۷۹ دلار بود. محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: یک اندازه نمونه کوچک، داده‌ها برای تنها یک دوره ۱ ساله پس از پیاده‌سازی خدمات مترجم استخراج شدند و نمونه به افرادی که دائماً برای یک دوره به‌طور متوسط ۳ ساله بیمه شدند، محدود گشت. علاوه بر این، محققان ارزیابی خود را بر مبنای خدمات مترجم که بالاتر از هزینه متوسط بازار در آن زمان (۷۹ دلار در این پژوهش در مقایسه با متوسط برآورد شده ۳۵ دلار برای هر ترجمه) بود، قرار دادند و تمام مزایای بالقوه خدمات از قبیل ارتباط و کیفیت بهبود یافته مراقب‌ها را اندازه‌گیری نکردند (Jacobs و همکاران، ۲۰۰۴). با این حال، بدان خاطر که استفاده از ترجمه به کارگیری بیماران از خدمات مراقبت‌های پیشگیرانه و اولیه (از قبیل ملاقات پیگیری و تجویز داروها) را افزایش داد و به دلیل این که مخارج سالیانه

Medicaid بـرای بیماران با اختلال خلقـی، دیابت و بیماری‌های قلبی به ترتیب ۱۹۵۷، ۱۵۶۳ و ۲۳۲۸ دلار بودند، در زمان پژوهش، محققان به این نتیجه رسیدند که هزینه برآورده شده خدمات مترجم منطقی به نظر می‌رسید (Jacobs و همکاران، ۲۰۰۴).

دیگر تلاش دولت فدرال در ارتباط با تدارک خدمات مترجم عبارت اسـت از: توسـعه ۱۴ معیار ملی خدمات از لحاظ فرهنگی و زبانی مقتضی (CLAS) که توسـط دفتر سـلامت اقلیت در سـال ۲۰۰۱ تهیه شـدند. معیارهای CLAS جهت بهبود دسترسی جمعیت‌های اقلیت به خدمات بهداشتی و اجتماعی که با موانع مراقبت‌ها مواجهه هستند، طراحی می‌شوند. اساساً آن‌ها قصد کمک به از بین بردن نابرابری‌های سـلامت قومی و نژادی و بهبود مراقبت‌های بهداشـتی برای تمام آمریکایی‌ها را دارند. این۱۴معیار تحت سه موضوع اصلی گروه‌بندی می‌شـوند: مراقبت‌های توانش فرهنگی، خدمات دسترسـی به زبان و پشتیبانی‌های سازمانی برای توانش فرهنگی (Putsch، SenGupta، Sampson، و Tervalon، ۲۰۰۳).

مطابـق بـا دفتر حقوق مدنی ایالات‌متحده، حداقل ۲۶ ایالت و ناحیه کلمبیا قانون ملزم دانسـتن کمک‌های زبانی از قبیل اسـتفاده از مترجمان و یا قالب‌های ترجمه شده و دیگر مواد نوشتاری را برای افراد با تسلط به زبان انگلیسی محدود تصویب کرده‌اند. با این حال، گزارش برنامه ملی قانون سـلامت ادعا می‌کند که ایالت‌ها، ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده تا حد زیادی با بسیاری از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال که از متکلمان انگلیسی‌زبان محدود در برابر تبعیض در ارایه مراقبت‌های بهداشتی حمایت می‌کنند، ناآشنا هستند (Perkins، Youdelman، و Wong، ۲۰۰۳).

ایالتهایی که نیازمند کمک‌های زبانی هسـتند عبارت‌اند از: کالیفرنیا که مراکز مراقبت‌های متوسـط را ملزم به اسـتفاده از مترجمان و سایر روش‌ها جهت تضمین ارتباط کافی بین کارکنان و بیماران می‌کنند، نیوجرسی که مقرر می‌دارد مراکز درمان اعتیاد به مواد مخدر و الکل خدمات مترجم را چنانچه جمعیت بیمار آن‌ها غیرانگلیسـی‌زبان باشـد ارایه می‌دهد؛ پنسیلوانیا که تدارک می‌بینند بیماری که انگلیسی صحبت نمی‌کند باید تا آنجا که ممکن است به یک مترجم دسترسی داشته باشد و ماساچوست که در ماه آوریل ۲۰۰۱ قانون الزام بیمارستان‌های مراقبت‌های حاد به ارایه خدمات مترجم صلاحیت‌دار برای بیماران LEP را در ارتباط با تمام خدمات بخش اورژانس ایالت تصویب کرد (دفتر حقوق مدنی، ۲۰۰۱).

در مینیسوتا، قانون خدمات دو زبانه ۱۹۹۵ بند زیر را تأیید می‌کند:

هـر اداره دولتـی که مسـتقیماً در تجهیز اطلاعات یـا ارایه خدمات به عموم مردم درگیر اسـت و برای یک تعداد قابـل توجه از افراد غیرانگلیسـی‌زبان خدمات‌رسـانی می‌کند می‌بایست افراد به‌اندازه کافی واجد شرایط را در سـمت‌های روابط عمومی به‌کار گمارد یا به اندازه کافی مترجمانی را جهت کمک به آن‌ها در این سمت‌ها به منظور اطمینان از تدارک اطلاعات و خدمات استخدام نماید (راهنمای ارایه‌دهنده بهداشت پناهندگان مینیسوتا، ۲۰۰۴). به همین نحو، ایالت Rhode Island بیمارستان‌ها را ملزم به تدارک دیدن مترجمان به عنوان یکی از شرایط پروانه دائم و تعیین این دسترس‌پذیری در مکان‌های حداقل در سه زبان به‌طور گسترده مورد استعمال به جز انگلیسـی (ACORN, ۲۰۰۴) می‌دارد. قانون مترجم خدمات اورژانس ماساچوسـت (۲۰۰۱) تمام مراکز مراقبت‌های حاد اراده دهنده خدمـات بخش اورژانس را ملزم به تدارک دیدن خدمـات مترجم برای تمام بیماران ملزم می‌دارد (ACORN, ۲۰۰۴). قوانین حاکم بر استفاده از مترجمان مراقبت‌های بهداشتی، اعم از این که چه کسی واجد شرایط ترجمه کردن است (Sevilla M´atir & Willis, ۲۰۰۴)، ایالت به ایالت متغیر اسـت. آن‌هایی که علاقه‌مند هسـتند باید با مسئولان بخش سلامت ایالت خود جهت یادگیری درباره قوانین قابل اجرا تماس بگیرند.

همکاری با مترجمان تصدیق شده و تصدیق نشده

مزایای استفاده از مترجمان آموزش دیده در تسهیل کسب سوابق بیمار، کاهش آزمایش‌های تشخیصی غیرضروری و کمک به آموزش بیمار درباره بیماری، درمان و پیشـگیری به‌خوبی تشـخیص داده می‌شود (Kazzi و Cooper، ۲۰۰۳). آموزش می‌تواند در بافت‌های مختلف رخ دهد، از تجربه واقعی ترجمه در یک بیمارستان گرفته تا دوره‌های آموزشی ارایه شده در مؤسسات یا دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها.

اما صدور گواهی داستانی متفاوت است. همان‌طورکه Beltr´an Avery و همکارانش (۲۰۰۱) شرح می‌دهند، صدور گواهی مستلزم ارزیابی رسمی توسط فرد تأییدکننده با استفاده از یک ابزار آزموده شده برای اعتبار و قابلیت اطمینان آن است. جدا از چند برنامه خصوصی، تنها تعداد انگشت‌شماری از گواهی‌های رسمی در ترجمه در ایالات‌متحده وجود دارند که عبارت‌اند از: گواهی مترجم دادگاه فدرال، گواهی دادگاه ایالتی و گواهی‌های ارایه شده توسط دفتر ثبت اسناد مترجمان برای ناشنوایان (Beltr´an Avery و همکاران، ۲۰۰۱).

به کار گماردن مترجمان تصدیق شده ممکن است مطلوب باشد، اما در حال حاضر تعداد معدودی از مترجمان زبان خارجه تأیید می‌شوند. از تاریخ فوریه ۲۰۰۶، واشنگتن و اوکلاهاما تنها دو ایالتی بودند که مترجمان را تصدیق کردند (Cynthia E. Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶)، هر چند دو شرکت تجاری ترجمه تلفنی به نام Language Line Services و NetworkOmni نیز یک روند صدور گواهی بجا دارند. از این‌رو کارفرمایان آینده‌نگر باید نسبت به هر مترجمی که از گواهی تأیید شده در سوابق کاری (خلاصه تجربیات) خود برخوردار است، محتاط باشد. تکمیل چند ساعت آموزش به واسطه یک سازمان ارجاعی بدون آزمون رسمی گواهی محسوب نمی‌شود (Beltr´an Avery و همکاران، ۲۰۰۱). ضمناً، NCIHC همچنین به کند و کاو گواهی در سطح کشوری ادامه می‌دهد. مترجمانی که از لحاظ قانونی از طریق یک برنامه کشوری تصدیق می‌گردند ممکن است درباره پیشبرد و مساعدت در زمینه انتخابی خود جدی باشند. هر چند، این که آیا آن دسته از افرادی که ضرورتاً مترجمانی بهتر نسبت به همتایان تصدیق نشده خود هستند یا نه، مورد بحث است.

در سطح ایالت، انجمن MMIA در ماساچوست و سایر گروه‌های منطقی نیز به دنبال تلاش‌هایی در جهت صدور گواهی هستند. CHIA، موسسه خیریه عمومی کالیفرنیا که پیش‌تر ذکر گردید، در حال توسعه یک خلاصه مهارت‌ها برای مترجمان تا دسترس‌پذیری گواهی است. این امر مقایسه مترجم A با مترجم B را جهت این که کدام یک صلاحیت بیشتری دارند، آسان می‌سازد (Cynthia E. Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶). از تاریخ فوریه ۲۰۰۶، ایالت‌های زیر تلاش‌هایی در جهت صدور گواهی بودند: اوکلاهاما، اورگان، ایندیانا، آیووا، جورجیا، ماساچوست، و کارولینای شمالی.

Cynthia E. Roat، رییس کمیته مشورتی NCIHC و یک مشاور و نویسنده پرکار در زمینه ترجمه مراقبت های بهداشتی ابراز می‌دارد که کالیفرنیا تلاش واقعی در جهت تصدیق مترجمان بالینی صورت نمی‌دهد. هیئت کارکنان ایالت کالیفرنیا آزمونی را برای مترجمان پزشکی ارایه میدهد، اما این امتحان جهت سنجش مهارت های مترجمان در موارد پرداخت غرامت به کارگران و نه بافتهای بالینی اختصاص مییابد(ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶). اگر چه صدور گواهی یک هدف دراز مدت در کالیفرنیا باقی می‌ماند، مدیر اجرایی CHIA، Don Schinske به مجموعه‌ای از قوانین که توسط قوه مقننه کالیفرنیا مورد رسیدگی قرار گرفتند و با امضاء فرماندار Gray Davis در سال ۲۰۰۳ قانونی شدند، اشاره می‌کند. لایحه ۸۵۳SB بر روی الزامات فرهنگی و زبانی برای سازمان‌های تجاری حفظ سلامت در این ایالت متمرکز بود که تمام برنامه‌های تجاری سلامت را ملزم به توسعه معیارهای کمک‌های زبانی می‌دارد. مخصوصاً، این قانون جهت اطمینان از این که افراد عضو در سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده و سایر برنامه‌های بیمهای در کالیفرنیا با کمک‌های زبانی هم‌تراز با آنچه توسط Medi-Cal و دیگر برنامه‌های بهداشت عمومی ارایه شده تدارک می‌بینند، اختصاص یافته (اطلاع به‌روزرسانی کالیفرنیا، ۲۰۰۳). اگر چه قانون از لحاظ نیاز به گواهینامه نقص دارد، اما باید به این مقوله به عنوان یک گام آغازین در امتداد این مسیر نگریسته شود (دی. شینکل، ارتباط شخصی، ژانویه ۲۰۰۶). علاوه بر معیارهای فدرال از قبیل CLAS و الزامات گروه‌های اعتباربخشی کشوری همچون JCAHO، ایالت‌ها نقشی هم در کمک به حذف موانع بین بیماران LEP (تسلط به زبان انگلیسی محدود) و مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا ایفا می‌کنند.

بیمارستان‌ها نخستین پذیرنده‌های معیارها برای ارایه خدمات زبانی خاص خود هستند. قوانین ایالتی بخش دیگر را اضافه می‌کنند: آن‌ها برنامه‌های سلامت را مسئول می‌دانند، اما خدمات می‌بایست برای تمام پیمانکاران پایین دستی فراهم شود. آن به اندازه کافی برای بیمارستان چالش برانگیز است، اما در سطح سازمان، مسائل و مشکلات بروز پیدا می‌کنند. آیا باید اذعانی برای نیاز به خدمات

زبان در مقاطعه‌کاری مراقبت‌های بهداشـــتی وجود داشـــته باشـــد؟ آیا آن دیگر ماده بند قابل مذاکره در قرارداد اســـت؟ (D. Schinske، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶).

داده‌های بیشتری قبل دسترس‌پذیر شدن گواهی ملی مورد نیاز هستند. D. Schinske ادامه می‌دهد:

در ارتباط با صدور گواهی، بزرگ‌ترین مانع در کالیفرنیا، ماساچوســـت و جای دیگر در سراســـر کشور هزینه‌های درگیر هستند. به‌علاوه، یک آزمون صدور گواهی خوب چگونه باید باشـــد؟ معیارها حایز اهمیت هســـتند؛ هیچ مخالفـــت اصولی بین CHIA و NCIHC درباره آنچه ترجمه حرفه‌ای مراقبت‌های بهداشـــتی را تشـــکیل می‌دهد وجود ندارد. اما زمانی‌که نوبت به توسعه آزمون‌ها و ارزیابی‌ها می‌رسد، حداقل یک میلیون دلار را جهت انجام شدن آن در بر خواهد گرفت. هیچ ذخیره پولی زیادی در آنجا جهت توسعه آزمون صدور گواهی وجود ندارد (D. Schinske، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶). D. Schinske اظهار می‌کند: به دلیل این نکته گروه‌هایی مانند CHIA به‌طور دوره‌ای درباره مشارکت با دیگر گروه‌ها جهت دستیابی به یک آزمون ملی صدور گواهی سخن به میان می‌آورند، با این حال او شخصی نیست که آن را انجام دهد، اما باعث انجام بجای آن می‌شود.

Cynthia Roat این را درباره صدور گواهی بیان می‌کند:

اولین چیزی که جهت درک درباره گواهی اهمیت دارد این است که آن بخشی از برنامه تضمین کیفیت هست. به جای گواهی ملی یا ایالتی، یافتن مترجمانی با مهارت‌های زبانی غربالگری شده و آموزش‌دیده حایز اهمیت است. بسیاری از افرادی که در نهایت به عنوان مترجمان وارده شـــده به این حوزه کار می‌کنند، خواســـتار خدمت‌رسانی به جامعه خود هستند. اغلب آن‌ها افرادی بودند که تنها تقریباً به زبان دیگری صحبت می‌کردند، اما اکثر آن‌ها که در ایالات‌متحده بزرگ شدند متکلمان موروثی هستند که به راحتی به زبانی به جز انگلیسی صحبت می‌کنند. در بسیاری از موارد مهارت‌های زبانی آن‌ها حقیقتاً به ترجمه مرتبط نیستند، بدین خاطر غربالگری زبان حایز اهمیت است (Cynthia Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶).

او متذکر می‌شود که ترجمه یک مهارت آموخته ملزم به آموزش است. گواهی تنها بخشی از این معما است؛ استخدام نوآموز و غربالگری زبانی صحیح و آموزش باید مقدم بر ارزیابی باشـــند که می‌بایســـت با نظارت دقیق و تلاش‌های آموزشـــی مداوم پیگیری شـــود. چنانچه نمی‌تواند به گواهی دست یابید هنوز می‌توانید به سوی کیفیت کار کنید (Cynthia Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶).

گردانندگان سازمان و سایر کارکنان بالینی

پیش‌تـــر دربـــاره به‌کارگیری مترجمان اختصاصـــی با ذکر مختصر مزایا و معایب اســـتخدام آن‌ها صحبت کردیـــم. زمانی ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشـــتی می‌توانند به روانی به زبان‌های دیگر صحبت کنند، بیماران با تســـلط به زبان انگلیسی محدود از تلاش‌های آن‌ها قدرانی به عمل می‌آورند و احساس راحت‌تری از مراقبت‌های آن‌ها دارند. منبع دیگری که ارایه‌دهندگان ممکن است مدنظر قرار دهند اســـتفاده از کارمندان ســـازمانی با مهارت‌های زبان خارجه اســـت. از آنجایی‌که کارکنان ســـازمان معمولاً نخستین کسانی هستند که با بیماران تعامل دارند، به تنهایی در جایگاه ایجاد روابط، تعیین نیازهای بیمار و استخراج اطلاعات قرار می‌گیرند.

مواردی که هنگام اتکا به کارکنان دو زبانه باید مدنظر قرار گیرند عبارت‌اند از : ۱ـ این که مبادرت به انجام این کار ممکن است عملیات سازمانی را بر هم زند (چنانچه کارمند به جای آماده کردن بیمار ترجمه کند)، ۲ـ هزینه‌ها پوشیده می‌گردند زیرا کارمند مربوط به‌طور بالقوه بهره‌وری کمتری دارد و ۳ـ این احتمال وجود دارد که اعضا کارمند از قابلیت زبانی، تحصیلات، یا ظرفیت جهت خدمت‌رسانی به عنوان مترجمان صلاحیت‌دار برخوردار نباشند (Roat, ۲۰۰۵).

در برخـــی محیط‌هـــا، از قبیل مراقبت‌های حاد، اســـتفاده از مترجمان برای هر مواجهه بالینی نه محتمل اســـت و نه عملی. با این حال کارکنان بالینی هنوز می‌بایســـت دســـتورالعمل‌های اصلی را به بیماران انتقال دهند، حتی زمانی‌که درکی از زبان بیمار ندارند. به همین دلیل، پژوهشـــگران در مرکز پزشکی دانشـــگاه Kentucky آنچه را که مترجم اسپانیایی قابل دسترس متمرکز (FAST) می‌نامند، جهت

رسـیدگی به جمعیت بیمار خود، یک اکثریت از اسـپانیایی، توسـعه دادند (Bernard و همکاران، ۲۰۰۵). Fast یک کارت راهنمای به اندازه کافی کوچک اسـت که در جیب متخصص بالینی جا می‌شـود (تصویر ۱۰). بر روی این کارت عبارت‌هایی هسـتند که پرسـتاران مراقبت‌های ویژه (در یک طرف) و جراحان (در طرف دیگر) می‌توانند از آن‌ها در روال کاری روزمره خود استفاده کنند، مثلاً: "می‌توانی نفس بکشی؟"، "آیا درد داری؟"، "می‌خواهیم تو را استحمام کنیم"، "تو عمل جراحی را پشت سر گذاشتی" و "آیا می‌خواهی یا خانواده یا دوستانت تماس بگیریم" هر عبارت با یک ترجمه به زبان اسپانیایی پایه در همان خط همراه می‌شود. کلمات و عبارات در FAST به کلیات/خوشامدگویی، دستورات، ارزیابی‌های درمان (برای جراحان) تقسیم می‌شوند.

یک بررسـی راجع به نحوه کاربرد FAST (Bernard و همکاران، ۲۰۰۵) حاکی از آن بود که ۹۴٪ از پرسـتاران و ۸۸٪ از پزشـکان در بیمارستان هنوز کارت‌های خود را ۷ ماه بعد از یک جلسه آموزش رسمی به همراه داشتند. در میان پزشکان، عدم تمایل به استفاده از کارت مستقیماً با توانایی آن‌ها در اسپانیایی صحبت کردن همبسته بود. اکثر پاسخ‌دهنده‌ها مشاهده کردند FAST به‌راحتی قابل استفاده و قابل حمل اسـت و ابراز داشـتند که نیازهای آن‌ها را در کنار بستر بیمار برآورده ساخت، اما اثربخشی مترجمان در محل تصدیق شد. همان‌طور که محققان روشن می‌سازند:

FAST بدین خاطر که فراگیر باشد طراحی نگردید و جای مترجمان را نگرفت زیرا کیفیت ارتباط به دست آمده با مترجمان معیار مرجع را در نظر می‌گیرد. ترجمه حرفه‌ای برای مباحثه دقیق و عمیق از قبیل کسب سوابق دقیق، گزینه‌های درمان پیچیده، برنامه‌ریزی پیش از عمل، پیش‌بینی مرض، رسیدگی به مسائل اجتماعی، اطمینان از توافق آگاهانه و غیره اهمیت دارد. FAST اطلاعات ضروری را برای محیط‌های با رویه مراقبت‌های حاد معمولی زمانی‌که مترجمان نمی‌توانند دائماً حضور به عمل رسـانند و توقف مراقبت‌ها جهت رجوع به ابزار ترجمه متعارف غیرعملی است، فراهم می‌سازد (Bernard و همکاران، ۲۰۰۵، ص۵۴۶).

تصویر ۱۰: مترجم اسـپانیایی قابل‌دسـترس متمرکز (FAST). اکثر پرستاران و پزشکان مراقبت‌های ویژه مورد بررسی در مرکز پزشکی دانشـگاه Kentucky در لگزینگتـون ایالت کنتاکی که کارت FAST مورد اسـتفاده قرار می‌گیرد، آن را مفید دانسـتند. ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشـتی، به خصوص پرسـتاران ابراز کردند زمانی‌که از مترجم که یک کارت سـاده ۱۲۸ در ۷۷ میلی‌تری که در جیب ارایه‌دهنده نگه‌داشـته شده استفاده می‌کنند سطوح فشار روانی کاهش یافته‌ای را تجربه کردند. منبع: Summers, A.،Bernard, A.C ، Thomas, J.، و همکاران(۲۰۰۵). مترجمان اسپانیایی نوین برای پرستاران و پزشکان مراقبت‌های ویژه: سودمندی و تأثیر بر روی فشار روانی کاروران. AndrewC. Bernard, ۲۰۰۳ c_. ۵۵۰–۵۴۵ ,(۶)۱۴ ,American Journal of Critical Care چاپ مجدد با مجوز صورت گرفته.

مترجم اسپانیایی قابل‌دسترس متمرکز		مترجم اسپانیایی قابل‌دسترس متمرکز	
Enfermera de UCI	پرستار بخش مراقبت‌های ویژه	Enfermera de UCI	پرستار بخش مراقبت‌های ویژه
Ordenes	دستورات	General/Saludos	کلیات/خوشامدگویی
Enseneme dos dedos.	دو تا انگشت نشان بده	Hola.	سلام.
Mueva los dedos de los pies.	انگشتان پا را تکان بده	Mi nombre es _____.	اسم من.....است
Apriete mi mano.	دست مرا فشار بده	Yo soy su enfermers(o).	من پرستار شما هستم
Abra la boca.	دهانت را باز کن	El tubo en su garganta lo (a) ayuda a respirar. Puede respirar؟	لوله در درون گلوی شما به تنفس شما کمک می‌کند
Abra los ojos.	چشمانت را باز کن		می‌توانید نفس بکشید؟
Tosa.	سرفه کن	Medicamentos/Medicinas	داروها
Relájese.	آرام باش	؟Tiene dolor?	آیا درد دارید؟
Pare (no más).	حرکت نکن	Si.	بله
No jale eso.	آن را نکش	No.	نه
No se mueva.	ساکت باش	Enseneme en donde le duele.	محل درد را نشان دهید
Detenga esto abajo de su lengua.	این را زیر زبانت نگه‌دار	Esta es medicina para el dolor.	این مُسکن است
Consolamiento	تسلی دادن	Esta es medicina para relajarlo(a)	این آرام‌بخش است
Yo lo(a) cuidaré.	من مراقب شما خواهم بود	Este es un sopositorio.	این شیاف است
Usted está en el Hospital.	شما در بیمارستان هستید	Este es oxigeno.	این کپسول اکسیژن است
Usted está bien.	حال شما خوب است	Procedimientos	شیوه‌ها
Usted tuvo cirugia.	شما عمل جراحی داشتید	Lo vamos acostar de lado.	می‌خواهیم شما را به این طرف بچرخانیم
Trate de dormir.	سعی کنید بخوابید	Lo vamos a banar.	می‌خواهیم شما را حمام کنیم
؟Tiene frio?	آیا احساس سرما می‌کنید؟	Le tengo que sacar sangre ahora.	باید از شما خون بگیرم
Necesita que le hablemos a alguien de su familia/ amigo(a)?	می‌خواهید با دوستان/ خانواده‌تان تماس بگیریم؟	Sentira la aguja/dolor.	شما سوزن/درد را احساس می‌کنید
Deme el nomero telefonico.	شماره تلفن را بدید	Lo(a) voy ha aspirar.	می‌خواهم مایع را بیرون بکشم
Lo siento.	متأسفم	Usted tiene un tubo/sonda en su vejiga.	شما در مثانه خود یک لوله باریک پلاستیکی دارید
Gracias.	متشکرم	؟Necesita una bacinica	آیا ظرف مخصوص توالت را نیاز دارید؟
Adios.	خداحافظ		

مترجم اسپانیایی قابل‌دسترس متمرکز		مترجم اسپانیایی قابل‌دسترس متمرکز	
جراح	Cirujano	جراح	Cirujano
کلیات/خوشامدگویی	**General/Saludos**	**ارزیابی‌های دسته‌جمعی**	**Visitas del (de la) doctor(a)**
سلام.	Hola.	آیا بهترید؟	?Esta mejor
من دکتر.....هستم	Soy el/la doctor(a)_____.	آیا بدترید؟	?Esta peor
آیا انگلیسی صحبت می‌کنید؟	Habla Inglés?	می‌خواهم این را درآورم	Le voy a quitar esto.
آیا کسی همراه شما هست که انگلیسی صحبت کند؟	Hay aguien con usted quien hable Inglés?	می‌خواهم این را روی ضخم‌تان بگذارم	Voy a poner esto en su herida.
ارزیابی	**Evaluacion**	درد خواهد داشت	Esto va a doler.
آیا می‌توانید نفس بکشید؟	?Puede respirar	می‌توانید راه بروید	?Puede caminar
آیا درد دارید؟	?Tiene dolor	لطفاً بی‌حرکت دراز بکشید	No se mueva por favor.
بله	Si.	سرفه کنید	Tosa.
نه	No.	یک نفس عمیق بکشید و بیرون بدهید	Respire profundo. Adentro y afuera.
محل درد را نشان دهید	Enseneme en donde le duele.	عفونت	Infeccion.
دارید بدتر می‌شوید	?Empeora	آیا تا به حال به‌طور عادی نفخ داشتید؟	?Ha hechado plumas? Lo normal para usted.
دارید بهتر می‌شوید	?Mejor	روش‌های آماده‌سازی برای عمل	**Preparándose para la Cirugla/Procedimientos**
آیا تب کردید؟	?Ha tenido calentura	چیزی نخورید و ننوشید	No coma ni tome liquidos.
آیا استفراغ کردید؟	?Ha vomitado	شما باید عمل شوید	Usted necesita cirugla.
گرسنه هستید؟	?Tiene hambre	امروز/امشب/فردا	Hoy/en la noche/maoana.
می‌توانید این را احساس کنید؟	?Siente esto	اگر عمل نکنید خواهید مرد	Usted morira sin la cirugla.
آیا این درد دارد؟	?Le duele esto	آیا تا به حال عمل جراحی داشتید؟	?En alguna ocasion lo(a) han operado
آیا الکل مصرف می‌کنید؟	?Toma bebidas alcoholicas	می‌خواهم به شما آرام بخش بدم	Le voy a dar un sedante/ calaante.
آیا تا به حال مصرف الکل را ترک کرده‌اید؟	?Ha dejado de tomar bebidas alcoholicas	این مسکن است	Esta es medicina para el dolor.
می‌خواهم شما را معاینه کنم	Lo(a) voy a examinar.	قورت دهید	Pase/Trague.
لطفاً لباس‌های‌تان را درآورید	Por favor quitese su ropa..	من/ما به شما کمک خواهم/خواهیم کرد	Yo lo(a) ayudare/nosotros lo(a) ayudaremos.
دو تا انگشت نشان بده	Enseneme dos dedos.	خواهش می‌کنم	Por favor.
انگشتان پا را تکان بده	Mueva los dedos de los pies.	متشکرم	Gracias.
دست مرا فشار بده	Apriete mi mano.	خداحافظ	Adios.
دهانت را باز کن	Abra la boca.		
چشمانت را باز کن	Abra los ojos.		
می‌خواهم مقعد شما را با انگشتم معاینه کنم. ببخشید	Necesito examinar su recto con mi dedo. Lo siento.		
آیا به دارویی حساسیت دارید؟	Tiene alérgia a alguna ? medicina		
آیا دارویی مصرف می‌کنید؟	Esta tomando alguna ? medicina		

اگر چه این بررسی سواد سلامت پایین را مورد رسیدگی قرار نداد، اما عبارات به اندازه کافی ساده هستند که بتوانند هنگام برقراری ارتباط با بیماران دارای سواد سلامت پایین کمک نمایند و اگرچه FAST به سوی ترجمه انگلیسی به اسپانیایی طرح‌ریزی می‌گردد، اما می‌تواند با زبان‌هایی که در هر ناحیه تحت پوشش سازمان تکلم می‌شوند، انطباق یابد.

اعضای خانواده

اکثر متخصصان بالینی با این موضوع که استفاده از اعضای خانواده جهت ترجمه پزشکی ایده خوبی نیست، هم رأی هستند. برای نمونه، اعضای خانواده اغلب از دانش کافی درباره خدمات و شیوه‌های بالینی برخوردار نیستند. برخلاف مترجمان آموزش‌دیده، آن‌ها عموماً اصطلاحات مورد استفاده متخصصان پزشکی را درک نمی‌نمایند و ممکن است در انتقال اطلاعات شخصی دست‌پاچه شوند.

و پس از آن نگرانی‌های حریم خصوصی وجود دارد: از آنجایی‌که اعضای خانواده، بیمار را می‌شناسند، آن‌ها ممکن است سهواً اطلاعات را با آشنایان دو طرفه یا دیگر اعضای خانواده بیمار که او نمی‌خواهد از اطلاعات شخصی‌اش مطلع باشند، به اشتراک بگذارند (Boyar، ۲۰۰۵؛ Edwards و همکاران، ۲۰۰۵). اغلب اعضا خانواده به‌طور ناخودآگاه آنچه می‌شنوند را غربالگری می‌کنند و ترجمه‌ای خلاصه شده به بیمار ارایه می‌دهند. چنین امری دقت ترجمه را کاهش می‌دهد و می‌تواند رابطه بیمار ـ ارایه‌دهنده را تضعیف کند. همان‌طور که Phelan و Parkman (۱۹۹۵) متذکر می‌شوند، همسران خشن می‌توانند حقیقت را به دلیل آسیب‌های بیمار، حوادث پیش آمده برای کودک یا سوءاستفاده جنسی ممکن است چنانچه به اعضای خانواده اجازه ترجمه داده شود، مخفی باقی بمانند. البته از این که بخواهیم اعضای خانواده ترجمه را انجام دهند مزیت‌هایی نیز وجود دارد. به‌طور کلی، بیماران جهت این که همه چیز به نفع خود باشد به اعضای خانواده‌شان اعتماد دارند. اعضای خانواده به راحتی در دسترس هستند و سوابق مشترکی از درک و تعهدات با بیمار را دارند. آن‌ها از لحاظ اخلاقی متعهد انجام دستورالعمل‌های پزشکی هستند و می‌توانند با مسائل روزمره و بردن و آوردن بیمار کمک کنند و احتمالاً اعضای خانواده مجانی کار می‌کنند و نیازی به پرداخت به آن‌ها نیست (Edwards و همکاران، ۲۰۰۵، ص۸۸).

هر چند با در نظر گرفتن اشکالات اخلاقی جدی بالقوه ذکرشده در بالا، زمانی‌که مترجمان آموزش دیده در دسترس نیستند، احتمالاً بهتر است از کارکنان دو زبانه (در صورتی‌که به درستی آموزش دیده باشند) به جای اعضا خانواده یا دوستان استفاده کنیم (۲۰۰۴ ,Herndon & Joyce). جهت صدور صورتحساب، چنانچه بیماری بر استفاده از اعضای خانواده پافشاری کند، متخصصان بالینی باید ثبت کنند که آن به انتخاب بیمار بوده (به عبارت دیگر، به درخواست بیمار). ارایه‌دهندگان نمی‌توانند صورتحساب را به بیمار برای خدمات واقعی ارایه شده توسط مترجم تهیه کنند، اما یک کد خدمات درازمدت (۹۹۳۵۷-۹۹۳۵۴) ممکن است علاوه بر ارزیابی مناسب و کد مدیریت قابل قبول باشد (Herndon & Joyce, ۲۰۰۴؛ Sophocles, ۲۰۰۳). از طرف دیگر مطابق با گفته‌های Sevilla M´atir و Willis (۲۰۰۴)، کودکان نباید جهت ترجمه مراقبت‌های بهداشتی به‌کار گرفته شوند، مگر این که هیچ جایگزینی وجود نداشته باشد. کودکان اغلب اصطلاحات غلط را جابجا می‌کنند یا اطلاعات جهت تلاش برای حمایت از والدین خود پالایش می‌نمایند. گفتگو زیر بین یک پزشک اطفال و یک مادر اسپانیایی‌زبان را که کودک ۲ ساله خود را جهت معاینه استفراغ و کم شدن آب بدن پیش پزشک آورده، در نظر بگیرد. مترجم خواهر ۱۱ ساله کودک بود:

پزشک اطفال: بنابراین او ۵ دفعه بین ساعت ۱:۰۰ و ۳:۰۰ استفراغ کرده و پس از آن بالا نیاورده

مترجم: ?Que si desde eso ´el no ha vomitado [که اگر از آن زمان استفراغ نکرده است]

مادر: .No. Ahora tiene como dolor de oido y eso[خیر. در حال حاضر گوش درد و غیره دارد]

مترجم: بله. او درد دارد

مادر .Dile que ´el tiene algo en la boca[Dile، به دکتر بگو که او چیزی در دهان خود دارد. به او بگو]

[سکوت]

پزشک: چند سالش؟

مترجم: سه سال (Flores و همکاران، ۲۰۰۳، ص۹).

در این مکالمه پزشک پاسخی درباره این که چند دفعه کودک قبل از معاینه استفراغ کرده بود، دریافت نمی‌کند. به‌علاوه، توجه داشته باشید که مترجم جملات مادر درباره گوش‌درد کودک و زخم دهان را حذف می‌کند (و سن بچه را اشتباه می‌گوید). بزرگسالان باید در اینجا به کودکان بیاندیشند: منصفانه نیست که چنین نوع مسئولیتی را به افراد جوان که نه از لحاظ عاطفی و نه فکری به اندازه کافی جهت مقابله با پیامدهای اشتباه در چنین کار حیاتی بالغ نیستند، واگذار کنند.

اشتباهات در ترجمه بالینی

استفاده از کودکان جهت انجام کار پیچیده ترجمه مراقبت‌های بهداشتی، مساله خطاهای پزشکی را به وجود می‌آورد. به دلیل عدم قطعیت‌های ارتباطی ذاتی در هر زبان، تمام مواجهه‌های بالینی که ترجمه را شامل می‌شوند مستعد خطا هستند. بنابراین به‌کارگیری مترجمان غیرحرفه‌ای تنها منجر به افزایش خطر می‌گردد.

طی یک دوره ۷ ماهه، Flores و همکارانش (۲۰۰۳)۱۳ برخورد بالینی را در یک درمانگاه بیمار غیر بستری بیمارستان که در آنجا یک مترجم اسپانیایی‌زبان به کار گمارده شد، ضبط و نسخه‌برداری کردند. ۶ مواجهه مترجمان بیمارستانی حرفه‌ای را در برگرفت، سایرین از مترجمان اقتضایی همچون پرستاران و مددکاران اجتماعی و حتی یک برادر یا خواهر ۱۱ ساله استفاده کردند (یک گلچین از نسخه‌برداری مواجهه بالینی در بخش بالا نشان داده می‌شود). یک مجموع از ۳۹۶ خطا ثبت شد، با یک میانگین ۳۱ خطا در هر مواجهه. رایج‌ترین آن‌ها حذف بود (۵۲٪)، بعد از آن سلاست کاذب (۱۶٪)، جابجایی (۱۳٪)، ابراز عقیده (۱۰٪) و افزایش (۸٪). ۶۳ درصد خطاها، پیامدهای بالینی بالقوه داشتند، با یک میانگین ۱۹ خطا در هر برخورد.

اگر چه اختلاف قابل توجهی بین مترجمان بیمارستانی و اقتضایی در میانگین تعداد خطاهای مرتکب شده در هر مواجهه بالینی وجود ندارد، اما خطاهای صورت گرفته توسط مترجمان اقتضایی به‌طور قابل توجهی پیامدهای بالینی بیشتری نسبت به خطاهای مرتکب شده توسط مترجمان بیمارستانی دارند (Flores و همکاران، ۲۰۰۳، ص۹). از همه نگران کننده‌تر که احتمالاً از لحاظ آماری بیش از نیمی از خطاهای صورت گرفته توسط مترجمان بیمارستانی عواقب بالینی بالقوه داشتند که نشان می‌دهد اکثر مترجمان بیمارستانی آموزش کافی در موسسه خود ندیدند (Flores و همکاران، ۲۰۰۳؛ Ginsberg، Martin، Andrulis، Shaw-Taylor، و McGregor، ۱۹۹۵).

سایر پژوهش‌ها نشان داد که تحریفات مربوط به مترجم بالینی می‌توانند منجر به ارزیابی نادرست وضعیت روانی بیمار گردند (Marcos، ۱۹۹۹؛ Vasquez و Javier، ۱۹۹۱). با استناد به چنین شواهدی به عنوان دادخواهی‌ها درباره کلمات به اشتباه ترجمه شده در بخش اورژانس و گزارشی از کودکان تحت حفاظت دولت برای کودک آزاری به دلیل کلمه نادرست ترجمه شده (و اشتباه مرتبط با متخصصان بالینی در درخواست برای یک مترجم زمانی‌که فردی مورد نیاز بود)، Flores و همکارانش (۲۰۰۳) استدلال می‌کنند که باز پرداخت به شخص ثالث برای خدمات مترجم پزشکی آموزش‌دیده ضروری است. آن‌ها متذکر می‌شوند که چنین باز پرداختی پزشکان را از تحت پوشش قرار دادن هزینه‌های مطابق با تفاهم‌نامه دستورالعمل OCR که بیان می‌کند انکار یا تأخیر در مراقبت‌های پزشکی برای بیماران LEP (تسلط به انگلیسی محدود) به دلیل موانع زبانی نوعی تبعیض است، باز می‌دارد.

یک دهه پیش، مطابق با گفته‌های Ginsber و همکارانش (۱۹۹۵)، تنها ۱۴٪ از بیمارستان‌های ایالات‌متحده آموزش برای مترجمان داوطلب را ارایه دادند و در نیمی از اینها آموزش اجباری نبود. اغلب آموزش مترجم به جلسات آشنایی کوتاه یا مشاهده دقیق مترجمان باتجربه که به‌طور بالقوه خطر ارتباط نادرست و خطاهای پزشکی را افزایش می‌دهد، محدود می‌شود. همان‌طور که در فصل ۴ ملاحظه کردیم، خطاها در نهاد بالینی ممکن است عواقب مهلکی برای همه نوع بیمارانی داشته باشد، اما آن‌ها به‌ویژه برای افراد با سواد سلامت کم و تسلط به زبان انگلیسی محدود، خطرناک هستند.

Elderkin-Thompson، Silver، و Waitzkin(۲۰۰۱)۲۱ مواجهه بالینی شامل بیماران اسپانیایی‌زبان که به یک پرستار مترجم جهت ارتباط با پزشکان نیاز داشتند، ثبت کردند. در ترجمه‌های موفق که سوءتعابیر بسط داده نشدند، پرستاران تا آنجا که امکان‌پذیر بود به

دقت نظرات بیماران را ترجمه کردند و پزشکان اطلاعات از لحاظ بالینی مرتبط را استخراج نمودند.
تقریباً نیمی از مواجهه‌های ثبت شـده مشـکلات جدی ارتباط نادرست را در برگرفتند که یا درک پزشک از نشانه‌های بیماری یا اعتبار نگرانی‌های بیمار را تحت تأثیر قرار دادند. در این برخوردهای حاوی خطا، یک یا چند مورد زیر رخ دادند: پزشکان در برابر مفهوم‌سازی مجدد مسـاله زمانی که اطلاعات متناقض ارایه شـدند، مقاومت نشان دادند؛ پرستاران اطلاعات سازگار با انتظارات بالینی و نه با نظرات بیمـاران را ارایه دادند؛ پرسـتاران ترجمه‌ها را تحریف کردنـد که منتج به تأثیرات نامطلوبی بر روی بیماران می‌شـود و اعتبار بیماران را تضعیف می‌کند و بیماران نشـانه‌های مرض را با اسـتفاده از اسـتعاره فرهنگی شـرح دادند و نه مطابق با طبقه‌بندی بیماری غربی (Elderkin-Thompson و همکاران، ۲۰۰۱).

مـرگ، مـرض وخیم، واکنش‌های نامطلوب و دیگر نتایج ضعیف می‌توانند زمانی‌که بیمـاران خدمات ترجمه غیرمتعارف (یا از آن بابت، بدون مترجم)را دریافت می‌کنند، ناشی شوند. هر یک از روایت‌های موقعیت واقعی زیر می‌توانند در روشن ساختن این نکته کمک کنند: آلبوکرکی، نیومکزیکو: "شـوهر بد دهن سـبب زایمان زودرس می‌شود، سـپس به عنوان مترجم عمل می‌کند". یک زن جوان ویتنامی که انگلیسـی صحبت نمی‌کند به دلیل زایمان زودرس (۳۷ هفته) به اورژانس مراجعه می‌کند، گریان و آشـفته است. همسرش مترجم وی در زایمان شـد و بیمار در تمام طول زایمان گریه می‌کرد. چند هفته بعد یک همسـایه ویتنامی زبان که با او دیدار کرد فهمید که دلیل گریه‌های او به خاطر کتک زدن همسـرش بوده که منجر به زایمان زودرس گشـته. نبود یک مترجم او را متکی به شوهر بد دهن خود کرد.
فیلادلفیا، پنسـیلوانیا: ترجمه‌های غلطِ خویشـاوند، منتج به عمل جراحی غیرضروری می‌شـود. یک عضو خانواده که سـعی دارد برای بیماری که نمی‌توانسـت انگلیسـی صحبت کند ترجمه نماید، به درستی آن کار را انجام نداد. بر اساس این ترجمه نادرست، دکتر عمل جراحـی را بـرای بیمار برنامه‌ریزی کرد. در صبح عمـل، مترجم آموزش‌دیده اطلاعاتی را انتقال داد که حاکـی از آن بود نه تنها عمل غیرضروری بود بلکه به احتمال زیاد باید برای بیمار نیز مضر باشد.
اورگان: بیمـار بینایـی خود را به دلیل عدم ترجمه شـخص ثالث از دسـت می‌دهـد. یک کارگر مکزیکی در حین کار با یک دسـتگاه شلیک‌کننده میخ، چشمش آسیب می‌بیند. او به نزدیک‌ترین درمانگاه برده می‌شود که تحت معالجه پزشکی که صرفاً انگلیسی صحبت می‌کند، قرار می‌گیرد. درمانگاه یک مترجم تلفنی را فراهم می‌سازد، اما بیمار هرگز مستقیماً با مترجم صحبت نکرد و در نتیجه نتوانست ماهیت دقیق آسیب‌دیدگی خود را انتقال دهد. بیمار قبلاً بعد از آسیب دیدن چشمش با تراشه چوب به درمانگاه برده شده بود، بنابراین دکتر فرض کرد که به دلیل آسـیب دیدگی مشـابه به آنجا آورده شـده و بر طبق آن او را معالجه کرد. فقدان ترجمه بدان معنا بود که دکتر هرگز تشخیص نداد که کارگر به واسطه فلز آسیب دیده. وضعیت بیمار بدتر می‌شود و صبح روز بعد به درمانگاه مراجعه می‌کند. او به نزدیک‌ترین بیمارسـتان که در آنجا جهت بیرون آوردن فلز تحت عمل قرار می‌گیرد، فرسـتاده می‌شـود. سه عمل متوالی صورت می‌گیرد اما هیچ کدام موفقیت‌آمیز نبودند. بینایی کارگر صدمه دیده باقی می‌ماند. او به دادگاه شـکایت می‌کند. در زمان دادرسـی یک متخصص تصدیق می‌نماید که چنانچه عمل جراحی زودتر انجام گرفته بود، مرد بینایی‌اش را از دسـت نمی‌داد. هیئت منصفه رأی به نفـع بیمـار دادند (Roat، Alvarado-Little، و Jacobs، ۲۰۰۳). در هر یک از این موارد، ارتباط بهتر و تدارک یک مترجم آموزش دیده ممکن بود منتج به نتیجه بهتری برای بیمار شـود. همچون بسـیاری از بیماران باسـواد سلامت پایین، بیماران LEP اغلب تحت تسلط نظام مراقبت‌های بهداشتی هستند. آنچه آن‌ها نمی‌دانند می‌تواند به آن‌ها آسیب بزند مگر این که فردی آشنا با وضعیت دشوارشان در دسترس باشد و از آن‌ها دفاع کند.
اغلب حقیقتاً مترجمان زمانی‌که بیماران به آن‌ها نیاز دارند فراخوانده نمی‌شوند. در یک بررسی برش عرضی از ۴۶۷ اسپانیایی‌زبان بومی و ۶۳ بیمار انگلیسـی‌زبان اهل آمریکای لاتین که مشـکلات پزشـکی غیرضروری برای آن‌ها ارایه می‌شود، Baker، Parker، Williams، Coates، و Pitkin (۱۹۹۹) مشاهده کردند زمانی‌که انگلیسی بیمار و اسپانیایی معاینه کننده ضعیف بودند، در ۳۴٪ از اوقات یک مترجم

فراخوانده نشـد. ۸۷٪ بیماران که مترجمی نداشـتند بر این تصور بودند که باید یکی داشـته باشند. مترجمان حرفه‌ای تنها برای ۱۲٪ از بیماران به‌کار گرفته شـدند، با پرسـتاران و پزشکانی که اغلب ترجمه می‌کنند (۴۹٪ از اوقات). پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مترجمان اغلب علارغم نیاز درک شـده به واسـطه بیماران مورد اسـتفاده قرار نمی‌گیرند و آن دسته مترجمانی که به‌کار گمارده شدند فاقد آموزش رسمی بودند.

مسائل فرهنگی در ترجمه بالینی

پیام‌هایـی کـه از زبانی به زبان دیگر ترجمه می‌شـوند یک تغییر از یـک بافت فرهنگی به بافت دیگر را ایجـاد می‌کنند، بدان معنا که ترجمه‌ها باید به‌گونه‌ای جمله‌بندی شوند که نیازهای فرهنگی جامعه زبان بیگانه را پاسخ‌گو باشند (Boyar, ۲۰۰۵). برخی از متخصصان بالینی مترجمان را به عنوان دلالان فرهنگی مشـاهده می‌کنند، چرا که آن‌ها باید اشـارات و حرکات اجتماعی و سـایر رفتارهای خاص فرهنگی را نیز حدس بزنند (Hatton و Webb، ۲۰۰۳، ص۱۴۳). اگر چه اکثراً افراد مترجم را به عنوان همیار که باید نوع اثربخش تعامل باشـد در نظر می‌گیرند، Beltr´an Avery (۲۰۰۱، ص۷-۶)درباره دلالی فرهنگی، یا گفتگوی به اشـتراک گذاشته اطلاعات فرهنگی از طرف مترجم گویای این موضوع است که این می‌تواند از دو جهت خطرناک باشد. اولاً ممکن است صرفاً اطلاعات فرهنگی را به عنوان دیدگاه‌های مترجم و نه به عنوان دیدگاه‌های بیمار ارایه دهد. ثانیاً ممکن اسـت به عنوان یک راه‌حل سـریع که کمبودهای سـازمان را تحت پوشـش قرار می‌دهد، در نظر گرفته شـود. به عبارت دیگر، اگر مترجم به عنوان دلال فرهنگی آموزش دیده باشـد، ارایه‌دهنده احتیاجی به انجام کار بهتر از او برحسب کسب توانش فرهنگی ندارد. سپس چنانچه روزی که دیگر مترجم در دسترس نبود ارایه‌دهنده مجبور خواهد بود از ابتدا شروع کند (Beltr´an Avery, ۲۰۰۱).

آنگاه مشـکلات زیادی به سـبب تفاوت‌های گویش در خلال زیر فرهنگ‌های قومی وجود خواهد داشت. بند زیر از Maroof Khan، یک مرد بنگلادشی که توسط Edwards و همکارانش مصاحبه شد را در نظر بگیرید:

من فکر می‌کنم، اکثر افرادی که مبادرت به ترجمه می‌نمایند به گویش Sylhetie صحبت می‌کنند. این می‌تواند سـبب بروز مشـکلاتی برای افرادی با گویش Sylhetie شـود. من گمان می‌کنم مترجمان Sylhetie زبان باید برای مردم Sylhetie تدارک دیده شـوند. نمونه دیگر، فردی از ناحیه Chittagong اسـت. چنانچه شـما یک مترجم Sylhetie داشته باشید، این فرد گویش Sylhetie را نخواهد فهمید. برای آن‌ها باید شـخصی از Chittagong که کار ترجمه را انجام می‌دهد، باشـد (Edwards و همکاران، ۲۰۰۵، ص۸۴). سرشماری سال ۲۰۰۱ نشـان داد که بنگلادشـی‌ها ۶٪ از جمعیت اقلیت بریتانیا بودند. در آن زمان ۲۸۳۰۰۰ بنگلادشی در لندن متمرکز شده بودند و فراوانی کمتری در بیرمنگام داشتند (Lupton & Power, ۲۰۰۴). هر چند این ارقام ممکن است و یا ممکن نیست از استخدام مترجمین چندگانه بنگلادشی را در هر درمانگاه یا بیمارستان پوشش دهند، آرزوی Mr.Khan می‌تواند به واسطه ترجمه تلفنی تحقق یابد. در هر صورت، نکته او که مترجمان باید به گویش بیماران که ترجمه برای آن‌ها انجام می‌شود صحبت کنند، هنوز جای بحث و تبادل نظر دارد. متأسـفانه برنامه‌های آموزشی غالباً دستورالعمل‌هایی جهت آگاهی از فرهنگ‌های چندگانه و یا آموزش درباره چگونگی ترجمه و تعامل به شیوه‌های درست فرهنگی طی تعاملات ترجمه را ارایه نکرده‌اند (Power و Hwa-Froelich، ۲۰۰۳). در برخی فرهنگ‌ها خود زبان به واسطه آداب و رسوم ممنوع می‌شود. یک زن اهل که در یکی از جلسات گروه کاری سازنده NCIHC در سیاتل در سال ۱۹۹۸ حضور داشت به خوبی این مفهوم را درک کرد. در اینجا او برخی از محدودیت‌های فرهنگی تحمیل شده که او باید در اجرای کارش به عنوان یک مترجم تحمل می‌کرد، توضیح داد:

یک نظام خاندانی وجود دارد. چیزهایی وجود دارد که چنانچه مربوط به خاندان همسـرم یا پدرم باشـد نمی‌توانسـتم ترجمه کنم... به خصوص اگر مربوط به مسـائل حسـاس مثل اندام مردانه بدن باشـد. چیزهای مسـلمی وجود ندارد که من به عنوان مترجم نمی‌توانم چنانچه فردی که برای او ترجمه می‌کنم بزرگتر من باشـد، مبادرت به انجام این کار نمایم. من نمی‌توانم چیزهایی را به مردان بگویم که قادرم به زنان بگویم. چیزهای به‌خصوصی وجود دارد که زنان جوان مترجم نمی‌توانند برای مردان بازگو کنند. چیزهای مشـخصی

وجود دارد که مترجم مرد نمی‌تواند برای یک زن بیان کند و بعد معنوی نیز وجود دارد. چیزهای مسلمی هستند که من نمی‌توانم برای همگان به خاطر بعد معنوی آن ترجمه کنم. در فرهنگ ما برخی مسائلی وجود دارند که شما نمی‌توانید به زبان آورید. بنابراین دو دنیا وجود دارد که بالاجبار بیمارانم را از آن عبور می‌دهد، دنیای داروهای غربی که از زندگی ما جداست و سبک زندگی هندو که ما هر لحظه در آن سیر می‌کنیم. با درک هر دو عالم، من هر دو نیرو را در هم ادغام می‌کنم. من به بیمار نشان می‌دهم این چیزی است که آنجاست. من به ارایه‌دهنده نشان دادم آن چیزی است آنجاست (Beltr´an Avery، ۲۰۰۱، ص۱۱-۱۰).

ارتباط میان فرهنگی، خرد و تجربه را می‌طلبد. مترجمان مراقبت‌های بهداشتی باید پیام‌ها را با دقت ترجمه نمایند به گونه‌ای که آن‌ها چارچوب فرهنگی که مراقبت از سلامت در درون آن رخ می‌دهد، منتقل می‌کنند. برای نمونه بیماری را از یک فرهنگ بیمار سالار انتخاب کنید. تصور کنید او نمی‌خواهد داروی خاصی را به دلیل قیمت بالا و این که مادر او را خرسند نخواهد کرد، استفاده کند. در عوض فرض کنید که ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی آن بافت فرهنگی را درک می‌کند، مترجم باید آن موضوع را به گونه‌ای ترجمه کند که ارایه‌دهنده، دلیل اهمیت مادر در زندگی بیمار را بفهمد (Willis و Sevilla M´atir، ۲۰۰۴، ص۲۵). چه مترجم مراقبت‌های بهداشتی به صورت حرفه‌ای به عنوان بخشی از کارکنان بالینی آموزش دیده باشد، یا حقیقتاً برای یک کار ترجمه خاص به‌کار گمارده شده باشد، آگاهی فرهنگی در ترجمه می‌تواند به شکل دادن اعتماد و وابستگی با بیماران غیرانگلیسی‌زبان کمک کند که به طور بالقوه نتایج مراقبت‌های بهداشتی را بهبود می‌بخشد. متأسفانه مترجمان دارای مهارت بالا که در فرهنگ‌های جمعیت بیماران خود به خوبی از آن‌ها یاد می‌شود بسیار نادرند. همان‌طور که Beltr‘an Avery پیشنهاد می‌کند:

افرادی که از مهارت‌های برقراری پیوند میان شکاف‌های فرهنگی و زبانی برخوردارند کم هستند و متقاضیان زیادی دارند. آن‌هایی که از این مهارت‌ها برخوردارند اغلب در بیش از یک مسئولیت آموزش دیده‌اند. در نتیجه، این پرستار، مددکار اجتماعی یا مدیر، موردی از مراقبت است که به عنوان مترجم نیز خدمت می‌کند. در این موقعیت‌ها، همانند در رویکرد مداخله افزاینده، شفافیت دوباره از بالاترین اهمیت در جهت حفظ اعتماد میان اعضا سه عنصری برخوردار است (Beltr´an Avery،۲۰۰۱، ص۱۱).

کار کردن با مترجمان: ارایه‌دهندگان چگونه می‌توانند کمک کنند

پزشکان خانوادگی و دیگر ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند چندین گام در جهت تسهیل روند ترجمه از قبیل درخواست برای مترجمی هم‌جنس با بیمار بردارند. اغلب بیماران احساس راحتی بیشتری دارند وقتی‌که درباره مسائل شخصی با یکی از اعضای هم‌جنس خود مباحثه می‌کنند (Herndon و Joyce، ۲۰۰۴). از آنجایی‌که ترجمه ممکن است بیشتر از حد انتظار طول بکشد، متخصصان بالینی باید اجازه صرف وقت بیشتری را هنگام برنامه‌ریزی مشاوره‌ها با بیماران LEP (تسلط به زبان انگلیسی محدود) داشته باشند. همان‌طورکه Herndon و Joyce (۲۰۰۴، ص۳۸) توصیه می‌کنند:

هنگام گفتگو با بیماران LEP، از جملات کوتاه استفاده کنید و اغلب جهت اختصاص زمان برای ترجمه مکث کنید. از عبارات اصطلاحی و فنی مرتبط با حرفه پزشکی که ممکن است برای مترجم در انتقال آن‌ها و برای بیمار در درک آن‌ها دشوار باشد، بپرهیزید. از نمودارها و تصاویر جهت تسهیل در درک بهتر استفاده کنید.

همچنین حایز اهمیت است که بدون ایجاد وقفه گوش فرا دهید و مرحله‌ای را جهت تأیید درک بیمار با پرسش از وی که دستورالعمل‌های مهم را برای شما تکرار کند، اختصاص دهید. در چند مرحله طی گفتگو جهت پرسیدن این که آیا بیمار سؤال دارد یا نه، مکث کنید. بسیاری از فرهنگ سؤال پرسیدن پزشکان را بی‌احترامی تلقی می‌کنند و ممکن است ابتداً در پاسخ دهند تردید کنند. Phelan و Parkman (۱۹۹۵) توصیه مشابهی را با فهرست کردن نکات کلیدی زیر هنگام مصاحبه با یک مترجم ارایه می‌دهند:

- مخاطب قرار دادن بیمار با دوم‌شخص.
- مذاکره مستقیم با بیمار.
- تسلط داشتن بر مشاوره.

ـ مکث متناوب.

ـ زمانی‌که بیمار پاسخ می‌دهد ملتفت به نظر برسید.

ـ به اشارات غیرکلامی بیمار واکنش دهید.

ـ درک بیمار را کنترل کنید.

ـ از مواد مکتوب استفاده کنید.

در کتاب "رسیدگی به مسائل دستیابی به زبان در سازمان خود"، Roat (۲۰۰۵، بخش۷) به ارایه‌دهندگان توصیه می‌کند که یک راهبرد دستیابی به زبان را توسعه دهند. نخستین مراحل در این فرآیند عبارت‌اند از: پرسیدن از بیماران درباره ترجیح زبان آن‌ها، پیگیری ترجیحات زبان آن‌ها و تعیین خواسته‌های فعلی و آتی جمعیت بیمار. Roat بیان می‌کند: اگر شما و بیماران با یک زبان صحبت نمی‌کنید و متعهد به برقراری ارتباط روشن هستید، اساساً سه انتخاب دارید: ۱ـ بیمار انگلیسی یاد می‌گیرد، ۲ـ شما زبان بیمار را می‌آموزید، ۳ـ یا شما از خدمات یک مترجم استفاده می‌کنید. او اشاره می‌کند که تقاضا از بیمار به یادگیری انگلیسی یک هدف ارزشمند است و امری است که هر مهاجر و پناه‌جو باید مدنظر قرار دهد (Roat، ۲۰۰۵، صفحه۸).

در حقیقت بر اساس بررسی‌های تلفنی که توسط California Media در سال ۲۰۰۳ انجام شد، بسیاری از بیماران غیرانگلیسی تلاش می‌کنند انگلیسی یاد بگیرند. برای آن دسته از متخصصان بالینی که درباره برقراری ارتباط با بیماران به زبان دیگر، جدی هستند، Roat توصیه می‌کند که داشتن سلاست زبانی از طریق آزمون مهارت ارزیابی شود. Language Testing International، Language Line Services و سایر نهادها چنین آزمونی را ارایه می‌دهند (Roat, ۲۰۰۵).

چطور می‌توان مترجم پیدا کرد؟

بعد از این که شما تصمیم گرفتید که چه نوع مترجمی را برای سازمان خود احتیاج خواهید داشت، گام بعدی پیدا کردن آن‌ها است. انجمن‌های ملی از قبیل NCIHC و گروه‌های دولتی همچون CHIA و MMIA ممکن است مکان‌های مناسب برای شروع باشند. (جهت فهرست انجمن‌های مترجم مراقبت‌های بهداشتی در سراسر ایالات‌متحده، به تارنمای NCIHC در http://www.ncihc.org مراجعه کنید و بر روی پیوند زیر کلیک نماید: Health Care Interpreter Associations in the U.S) متخصصان بالینی با جمعیت‌های بیمار غیرانگلیسی زبان ممکن است خواستار بستن قرارداد با یک یا چند خدمات مترجم بیرونی ذکر شده در ابتدای این فصل باشند. در اینجا یک فهرست کوتاه از شرکت‌ها به همراه نشانی‌های تارنمای آن‌ها را ملاحظه می‌کنید:

- 1-800-Translate: http://www.1-800-translate.com/Medical.html
- CyraCom International: http://www.cyracom.net
- Global LT: http://www.languatutor.com
- Language Line Services: http://www.languageline.com
- MultiLingual Solutions: http://www.mlsolutions.com
- NetworkOmni: http://www.networkomni.com
- Telelanguage: http://www.telelanguage.com

تماس گرفتن با مترجمان مراقبت‌های بهداشتی در حوزه محلی شما می‌تواند یک کار چالش برانگیز باشد. با این حال انجمن مترجمان آمریکا (ATA) یک پایگاه داده بیش از ۳۷۰۰ مترجم شفاهی و مکتوب حرفه‌ای در تارنمای خود در http://www.atanet.org ارایه می‌دهد. این پایگاه داده اعضای ATA را در سراسر کشور و جهان فهرست می‌کند و می‌توانید با کلیک کردن بر روی services directories در صفحه اصلی به آن‌ها دسترسی داشته باشید. دو فهرست در دسترس هستند: یکی برای افراد (به نام فهرست خدمات ترجمه مکتوب و شفاهی) و یکی برای شرکت‌ها (به نام شرکت‌های خدمات زبانی). گزینه جستجوی پیشرفته کاربران را قادر می‌سازد تا جستجو را تا یک ایالت یا شهر خاص محدود کنند، با یک گزینه جهت انتخاب تا یک شعاع مایلی خاص (ATA, ۲۰۰۶)

یک ایراد بالقوه این است که حق عضویت ATA نسبتاً بالا است. از ژانویه ۲۰۰۶، حق عضویت در انجمن ۱۴۵ دلار است، هر چند حق عضویت دانشجو (محدود به ۴ سال) ۸۰ دلار بود. حق عضویت نهادی با ATA ۱۸۰ دلار و حق عضویت شرکتی ۳۰۰ دلار. این بدان معناست که برخی حرفه‌ای‌ها در پایگاه داده ممکن است پاداشی را برای خدمات در نظر بگیرند که بیمارستان‌ها یا شرکت‌های کوچک‌تر نمی‌توانند از عهده پرداخت آن‌ها برآیند. با استفاده از پایگاه داده بر خط ATA، یک جستجوی سریع برای مترجمین اسپانیایی‌زبان فردی در محدوده شعاع ۵۰ مایلی با کد پستی ۹۰۰۰۵ (مرکز شهر لس‌آنجلس) فهرستی از ۷۱ مترجم را ارایه می‌دهد. گستردن این جستجو تا یک شعاع ۱۰۰ مایلی منتج به ۸۹ اسم می‌شود. با این حال، این پایگاه داده ممکن است شکاف‌های جدی داشته باشد. برای نمونه هیچ سوابقی برای مترجمین ویتنامی زبان در محدوده ۱۰۰ مایلی لس‌آنجلس یافت نمی‌شود، بدان معناست کسانی که فهرست راهنمای مترجمان در Westminster یا Garden Grove کالیفرنیا که در آنجا جمعیت آمریکایی‌های ویتنامی تا حد زیادی متمرکز می‌شود، که تقریباً به ترتیب ۳۰/۷٪ و ۲۱/۴٪ ساکنین آن‌ها را تشکیل می‌دهند (اداره سرشماری ایالات‌متحده، ۲۰۰۰) را جستجو می‌کنند، شانس کمتری در یافتن آن‌ها با استفاده از ATA حداقل از ژانویه ۲۰۰۶، زمانی‌که جستجو این پایگاه داده خاص راه‌اندازی شد، دارند.

با استفاده از صفحات زرد رنگ محلی جهت تعیین این که آیا مترجمان مکتوب یا شفاهی که یا به عنوان پیمانکاران فردی یا کارمندان شرکت‌ها در حوزه شما کار می‌کنند وجود دارند یا نه، گزینه‌ای دیگری است که ممکن است بررسی آن به واسطه یافتن نیازهای‌تان زمان‌بر باشد. در واقع، برخی از سازمان‌های محلی کوچک‌تر، پایگاه داده‌هایی از نسخه‌های کوچک‌تر خود احتمالاً از فهرست‌های راهنمای ATA را نگه می‌دارند. زمانی‌که ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تقاضای یک مترجم شفاهی یا مکتوب می‌کنند، معمولاً این شرکت‌های از سؤالات را جهت یافتن نیازهای خاص آن شغل می‌پرسند و سپس با متقاضیان محلی خود جهت یافتن نامزد متناسب با شرایط مربوطه تماس می‌گیرند می‌کنند. برای نمونه، Milla Ismailova که مرکز California English Language در Lake Forest کالیفرنیا را اداره می‌کند، ابراز می‌دارد که سازمان او یک پایگاه داده از ۲۰۰۰ مترجم شفاهی و مکتوب را نگه می‌دارد.

او می‌گوید: من اغلب ابتدا سابقه مترجم شفاهی یا مکتوب را بررسی می‌کنم تا ببینم که آیا مناسب آن شغل هستند یا نه. ما پرستارانی داریم که به این کشور می‌آیند که دو زبانه هستند و انگلیسی را به خوبی می‌دانند، اغلب آن‌ها در کشور خود آموزش دیده‌اند. ما روابط خوبی را با مترجمان شفاهی و مکتوب در سراسر ایالات‌متحده برقرار می‌کنیم. اگر چه تحصیلات مداوم و داشتن گواهی حاکی از پیشرفت حرفه‌ای در بسیاری از زمینه‌ها هستند، اما تجربه نیز در موفقیت نقش دارد. Ismailova، یک مهاجر از روسیه که هم در آذربایجان و هم صربستان زندگی کرده، در نظر بگیرید. او مدرک کارشناسی‌ارشد خود را از موسسه زبان‌های خارجه آذربایجان که در آنجا به انگلیسی به عنوان یک زبان خارجه قبل از اقامت در ایالات‌متحده تخصص یافت، گرفت. او هم در ترجمه مکتوب و هم شفاهی بعد از تکمیل کارآموزی پس از فارغ‌التحصیلی و اخذ گواهی از موسسه آذربایجان، آموزش دید و همچنین ۲۰ سال تجربه ترجمه شفاهی و مکتوب از روسی به انگلیسی و برعکس دارد (Milla Ismailova، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶).

Ismailova در جستجوی افرادی مانند خودش جهت انجام کارهای چالش برانگیز است. در حقیقت، بسیاری از شرکت‌ها که خدمات ترجمه مکتوب و شفاهی را ارایه می‌دهند، شیوه‌های خاص خود را جهت صلاحیت‌دار کردن متخصصان خود توسعه داده‌اند. با این حال، حتی همانند شرکت‌هایی که تأییدیه آموزش و گواهی کارکنان خود را ارایه می‌دهند، باید به احتیاط‌هایی که قبلاً درباره ماهیت گواهی ذکر شده، توجه شود. مترجمان آموزش دیده پرهزینه هستند، اما می‌توانند در دراز مدت در زمان و منابع با کاهش تعداد تماس‌های مجدد، تشخیص‌های اشتباه و آزمایش‌های غیرضروری و افزایش درک، ایجاب و رضایت بیماران صرفه‌جویی کنند (Herndon و Joyce، ۲۰۰۴). این که چطور این متخصص‌ها هزینه‌بر هستند به نیازهای ناحیه‌ای که در آن کار می‌کنند، از قبیل تعداد افرادی که به زبان مورد ترجمه صحبت می‌کنند و هزینه زندگی بستگی دارد.

برای نمونه، نرخ‌ها در موسسه بین‌المللی نیوجرسی (IINJ) که تقریباً با ۱۲۰ مترجم مستقل قرار دارند، پایین است: حدود ۶۰ دلار در هر ساعت با حداقل ۲ ساعت برای ترجمه مراقبت‌های بهداشتی. موسسه IINJ خدمات ترجمه شفاهی و مکتوب را برای دادگاه‌ها،

بیمارستان‌ها، خدمات جوانان و خانواده، شوراهای آموزش و پرورش، اداره تأمین اجتماعی و خدمات اجتماعی در شهر Jersey و سراسر بخش شمالی این ایالت ارایه می‌دهد (J. Dee، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶). قانون عرضه و تقاضا نرخ‌ها را تعیین می‌کند، زیرا مترجمان چینی‌زبان به سختی پیدا می‌شوند، ترجمه به زبان چینی و از آن به زبان دیگر اندکی بیش از سایر زبان‌ها است. میانگین‌های کشوری از ۱۰۰ تا ۱۲۵ دلار در هر ساعت متغیر است با مترجمان در نواحی از لحاظ قومی متنوع به شدت پر جمعیت از قبیل نیویورک و کالیفرنیا خواستار بالاترین حقوق هستند.

گاهی اوقات، هزینه‌ها برای مراقبت‌های بهداشتی قابل پرداخت هستند. از تاریخ ژوییه ۲۰۰۳، ۹ ایالت: daho، Hawaii، Maine، Massachusetts، Minnesota، Montana، New Hampshire، Utah، و Washington باز پرداخت مستقیم برای هزینه‌های مترجمان زبان را پیشنهاد دادند (بسته اقدام خدمات زبان، ۲۰۰۳). این ایالت‌ها سامانه‌های باز پرداخت خود را با بستن قرارداد با برخی شرکت‌های خدمات زبان راه‌اندازی کرده‌اند، سایرین به ارایه‌دهندگانی که مترجمان را غربالگری و استخدام می‌کنند، پرداخت می‌نمایند در حالی‌که بقیه مستقیماً به مترجمان پرداخت می‌کنند و یک ایالت مترجمان را به عنوان ارایه‌دهندگان Medicaid ثبت می‌کند. نرخ‌های باز پرداخت از ۷ تا ۵۰ دلار در هر ساعت متغیر هستند (Carter-Pokras و همکاران، ۲۰۰۴؛ بسته اقدام خدمات زبان، ۲۰۰۳). آن دسته از نهادهایی که یک تعداد بالا از بیماران LEP خدمات‌رسانی می‌کنند، ممکن است قادر به دریافت وجه در صورتی‌که بیمارستان‌های با سهم نامتناسب در نظر گرفته شوند، باشند (به عبارت دیگر، بیمارستان‌هایی که به یک سهم نامتناسب از بیماران Medicaid و بیمه نشده خدمات‌رسانی می‌کنند، Carter-Pokras و همکاران، ۲۰۰۴).

HIPAA و حریم خصوصی بیمار

مترجمانی که در محیط‌های ارایه‌دهنده خدمات از سلامت کار می‌کنند باید این که چطور الزامات حریم خصوصی HIPPA کار آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، درک نمایند. HIPAA که از آوریل ۲۰۰۳ راه‌اندازی شد، یک مجموعه حداقل از معیارهای ملی محدودکننده شیوه‌ای که برنامه‌های سلامت، داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها، متخصصان بالینی و سایرین (نهادهای تحت پوشش) می‌توانند از اطلاعات شخصی پزشکی استفاده کنند، ارایه می‌دهد. این قانون اداره سه نوع نهاد: یک عضو از نیروی کار یک نهاد تحت پوشش، یک انجمن تجاری یک نهاد تحت پوشش و یک فرد، تأیید مورد نظر بیمار را تنظیم می‌کند. ازآنجایی‌که HIPAA همچنین افراد کنترل شده توسط نهادهای تحت پوشش از قبیل داوطلبان و آن‌هایی که با این نهادهای تحت پوشش قرار دارند را پیوند می‌دهد، مترجمانی که به عنوان کارمندان، پیمانکاران مستقل و داوطلبان کار می‌کنند عموماً ملزم به حمایت از قوانین حریم شخصی HIPAA هستند (برنامه قانون سلامت ملی، ۲۰۰۵). با این حال، استثناهایی برای این الزام حریم خصوصی وجود دارد. چنانچه یک بیمار با یک مترجم اقتضایی که از اعضای نیروی کار یا یک موسسه تجاری نهاد تحت پوشش موافقت کند (از قبیل بیمار یا فرد دیگر در مرکز مراقبت‌های بهداشتی)، آن مترجم ممکن نیست به واسطه قانون حریم خصوصی HIPAA محدود گردد. از آنجایی‌که تعیین این تمایز می‌تواند دشوار باشد، مراکزی که امیدوارند شکایت قانونی از آن‌ها به حداقل برسد، باید اطمینان حاصل کنند هر فردی که به عنوان یک مترجم کار می‌کند هر کاری را در محدوده توان خود انجام دهد تا قابلیت اعتماد بیمار را حفظ نماید. حتی افشای زبان اصلی یک بیمار (چنانچه یک تعداد نسبتاً اندک از متکلمان زبان خارجه در یک جامعه خاص وجود داشته باشد) می‌تواند نقض حریم خصوصی باشد و تحت قانون HIPAA ممنوع خواهد بود. یک کتاب خوب "برنامه قانون سلامت ملی HIPAA و خدمات زبان در مراقبت‌های بهداشتی (۲۰۰۵)" است که، در تارنمای آن سازمان در http://www.healthlaw.org دسترس می‌باشد.

به طور کلی هر مترجم عضو، نیروی کار یک نهاد تحت پوشش یا یک موسسه تجاری نهاد تحت پوشش، باید مطیع قاعده حریم خصوصی باشد و اطلاعات بیمار را چه این اطلاعات در قالب الکترونیکی، مکتوب یا شفاهی باشند، افشا نکند (برنامه قانون سلامت ملی، ۲۰۰۵). نهادهای مختلف الزامات متفاوتی درباره این‌که چه زمانی و توسط چه کسانی اطلاعات می‌توانند افشا شوند، دارند. اطلاعات باید زمانی‌که بیمار یا نمایندگان شخصی آن‌ها خواستار دسترسی به اطلاعات سلامت خود هستند و یا زمانی‌که وزارت بهداشت و

خدمات انسانی متعهد انجام یک اقدام تحقیقات انطباقی، بازبینی و یا اجرایی می‌شود، فاش شوند. در صورتی‌که یک مترجم درباره آزار جنسی کودک یا بزرگ‌تر اطلاع پیدا کند و یا درباره تهدید به خشونت طی برخورد بالینی بشنود، او باید متعهد به ترجمه آن اطلاعات باشد که در آن مرحله ارایه‌دهنده ممکن است موضوع را رسیدگی کند و ملزم به گزارش اطلاعات بر اساس قانون گزارش‌دهی اجباری باشد. در برخی ایالت‌ها، مترجمان ممکن است به عنوان گزارشگران اجباری در نظر گرفته شوند (برنامه قانون سلامت ملی، ۲۰۰۵).

قبل از هر ملاقات در مطب که ترجمه را در بر می‌گیرد، ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید اطلاعات قبلی ضروری را به مترجم ارایه دهد. آن‌ها باید به مترجم یادآوری کنند هر چیزی که ترجمه می‌شود، باید محرمانه بماند. آن‌ها همچنین باید به بیمار اطمینان دهند که هر چیزی که در گفتگو بیان می‌شود محرمانه خواهد بود (Herndon و Joyce، ۲۰۰۴). در صورتی‌که از یک تلفن بلندگو دار استفاده می‌شود، نباید در هر محلی از قبیل یک راهرو یا اتاق اورژانس که سایر بیماران می‌توانند گفتگو را بشوند قرار داده شود (Roat، ۲۰۰۵، ص۲۰). همان‌طور که Edwards و همکارانش (۲۰۰۵، ص۸۷) در تحقیقات متوجه شدند، علاوه بر تعهدات قانونی که مؤسسات پزشکی با توجه به قابلیت اعتماد دارند، بیماران حقیقتاً زمانی‌که حریم خصوصی آن‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد، قدردانی می‌کنند. خانم Topolska، یک زن لهستانی مصاحبه شده در پژوهش Edwards می‌گوید: افرادی وجود دارند که تنها ترجمه را به منظور شایعه درست کـردن دربـاره مردم انجام می‌دهند. [مترجم حرفه‌ای که من به‌کار گماردم] هرگز درباره چیزی که اطلاع نداشـت چیزی نگفت... بهتر است از فرد بی‌طرف استفاده کنید، چرا که او صادقانه ترجمه می‌کند و او طرف کسی را نمی‌گیرد.

در فصل ۴ ما انفصال بین سـطح خواندن اعلامیه شـیوه حریم خصوصی HIPAA و سطح خواندن بیماران متوسط که بسیاری از آن‌ها سـواد سلامت کم دارند را ذکر کردیم. چنین اسـنادی چالش بزرگی را برای مترجمان مراقبت‌های بهداشتی ایجاد می‌کند که اغلب از آن‌ها انتظار می‌رود این اسناد را صرف نظر از این که قالب آن‌ها چقدر طولانی است یا به زبان انگلیسی قابل فهم برخلاف اسناد قانونی نگارش می‌شوند، ترجمه دیداری کنند. Cynthia Roat می‌گوید: مترجمان نمی‌توانند متونی که از آن‌ها ترجمه دیداری خواسته می‌شود را ساده کنند یا شرح دهند. ترجمه‌های دیداری باید در دفتر ثبت مشابه که در آن سند نوشته می‌شود، انجام شوند. در صورتی‌که قالب آن در سطح ۱۶ باشد، باید به سطح مشابه در زبان هدف ترجمه گردد (Cynthia Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶). انگلیسی غیرقابل درک با یک ترجمه به همان اندازه غیرقابل فهم جابجا می‌شود و با همان نتیجه: بیمار قادر به فهم نیست.

محدودیتی تا آنچه یک مترجم می‌تواند در زمینه یک ملاقات پزشکی ترجمه دیداری کند، وجود دارد. مطابق با Roat، هر چیزی بیش از یک صفحه یا یک صفحه و نیم بسـیار زیاد اسـت. مطلوب است که ارایه‌دهنده باید ابتدا به طور شفاهی محتوای سند را خلاصه‌بندی کند تا مترجم بتواند گفتار ارایه‌دهنده را ترجمه نماید. در ارتباط با برگه‌های توافق‌نامه، بهتر اسـت ارایه‌دهنده بنشـیند و قالب آن‌ها را توضیح دهد و از بیمار بخواهد آن‌ها را امضا کند (Cynthia Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶).

سؤال برانگیز است که آیا ارایه ساده اعلامیه حریم خصوصی به زبان انگلیسی برای بیماران LEP حسن نیتی را جهت توافق‌نامه آگاهانه تشـکیل می‌دهد یا نه (برنامه قانون سـلامت ملی، ۲۰۰۵). همان‌طور که گفته شـد، بعد از ترجمه شـدن این اعلامیه در سطح یکسان اندکی درک بیمار را افزایش خواهد داد. خوشـبختانه معیارهای جدید JCHAO پزشکان و سایر ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را به حاضر بودن در طی توافق‌نامه جهت تخصیص زمان برای پرسـش‌های بیمار و کسـب اطلاعات اضافی ملزم می‌دارد (Cynthia Roat، ارتباط شخصی، فوریه ۲۰۰۶).

بهبود دسترسی بیمار

نهایتاً، به بیمارانی که خدمات ترجمه شایسته ارایه می‌شود، از دسترسی افزایش یافته به مراقبت‌های با کیفیت ـ هدف تمام تلاش‌های مداوم جهت انطباق دادن بیماران باسواد سلامت کم، نفع می‌برند. با این حال همان‌طور که ما مشاهده کردیم، موانع استفاده از مترجمان آموزش‌دیده باقی می‌مانند و شناسایی ضعیف نیاز به یک مترجم توسط کارکنان بالینی، پذیرش مترجمان اقتضایی، عدم آگاهی درباره دسـتیابی به خدمات ترجمه مراقبت‌های بهداشـتی و میل برخی بیماران به انجام بدون درخواست کمک مشاوره به زبان انگلیسی را در

برمی‌گیرند (Kazzi & Cooper, ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که بیماران LEP خودشان موانع دسترسی را به عنوان یک نتیجه مستقیم مهارت زبانی محدود خود تجربه می‌کنند. برای نمونه، گاهی اوقات تأخیرهایی را در دسترسی به مترجمان و دسترسی محدود بعد از ساعت‌ها تجربه می‌کنند (Kazzi & Cooper, ۲۰۰۳). برخی از بیماران LEP اعتراض دارند که دستیابی به یک مترجم حرفه‌ای برایشان دشوار است مگر این که بتوانند در حال حاضر انگلیسی صحبت کنند. همان‌طور که Edwards و همکارانش (۲۰۰۵) مشاهده کردند، بیماران LEP نمی‌توانند به روشنی با پذیرگران یا زمانی‌که سعی در رزرو یک تلفن‌چی دارند، ارتباط برقرار کنند. سؤالات دسترسی باید قبل از هر چیز دیگر مورد رسیدگی قرار گیرند. با این حال، همچون بسیاری از مسائل در مراقبت‌های بهداشتی، دسترسی به زبان بخشی از یک نظام پیچیده است که موضوعات باز پرداخت، آموزش، یادگیری، کنترل باکیفیت و حتی خواسته سیاسی را شامل می‌شود. بیماران بامهارت سواد محدود (بسیاری از آن‌هایی که نمی‌توانند انگلیسی صحبت کنند) سلامت کلی ضعیف‌تر را گزارش می‌کنند و کمتر احتمال دارد از برنامه‌های غربالگری پزشکی استفاده نمایند، بعد از این‌که به مراحل بعدی بیمار رسیدند در جستجوی مراقبت‌های پزشکی هستند، به احتمال زیاد در بیمارستان بستری می‌شوند، درک ضعیفی از معالجات خود دارند و کمتر به پرهیزهای غذایی پزشکی خود متعهد هستند (Berkman و همکاران، ۲۰۰۴؛ Rudd، ۲۰۰۲). مطلوب است آن‌هایی که نیازمند خدمات ترجمه هستند چنین خدماتی را یا به صورت رایگان به عنوان منافع عمومی یا به عنوان هزینه قابل پرداخت از طریق بیمه خصوصی دریافت کند.

اما تقاضا برای مترجمان مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت کوتاه‌مدت است و خدمات آن‌ها اغلب گران تمام می‌شود. آمریکایی‌های کارگر طبقه متوسط، مسئولیت افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را بر دوش می‌کشند، بنابراین نظام مراقبت‌های بهداشتی فعلی ممکن است جایی برای جذب هزینه‌های اضافی مرتبط با دسترسی گسترده به مترجمان شفاهی یا مکتوب نداشته باشد. در یک مقاله در مجله پزشکی New England، دکتر Paul G. Ginsburg آمار و ارقام را نشان می‌دهد که ممکن است ارتباط خاصی با سؤال کلی سواد سلامت و سؤال خاص‌تر دسترسی به زبان داشته باشند:

بین سال‌های ۱۹۹۳ و ۲۰۰۳، مصرف سرانه خدمات تحت پوشش بیمه سلامت خصوصی تا ۳۹٪ افزایش یافت. با توجه به متوسط درآمد ساعتی کارگران ایالات‌متحده که تنها در طی این دوره ۱۴٪ افزایش پیدا کرد، توانایی پرداخت یک نگرانی حاد رو به رشد است. برخلاف افزایش هزینه برای بسیاری از کالاها و خدمات دیگر که اغلب الهام‌بخش یک جشن توانایی اقتصادی ما در تبدیل سریع منابع به محصولات و خدمات جدیدی که مصرف‌کنندگان خواستار آن‌ها هستند می‌باشد، افزایش سریع هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی اغلب منفی، که تقریباً به عنوان نیروی ذاتی که خارج از کنترل مصرف‌کننده است، در نظر گرفته می‌شود. توضیح ساده افزایش سریع هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی این است که افراد، مراقبت بیشتری دریافت می‌کنند که بیشتر آن هم با فناوری‌های جدید پزشکی مرتبط است. اما بسیاری از کارشناسان درباره ارزش این مراقبت‌ها در ارتباط با هزینه آن‌ها تردید دارند و زمانی‌که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی با یک نرخ بسیار سریع‌تری از درآمد افزایش می‌یابد، بسیاری از مردم، به‌خصوص افراد با درآمد پایین دیگر نمی‌توانند از عهده پوشش بیمه‌ای برآیند (Ginsburg، ۲۰۰۴، ص۱۵۹۱). با این حال ارتباط روشن و اثربخش مانند یک دستگاه MRI جدید یا آخرین شیوه آنژیوپلاستی با بالون نیست. آن یک کالای بسیار تجملی که استفاده از آن توان بالقوه‌ای در افزایش طول عمر بیمار دارد نیست همانند یک عنصر حیاتی در زندگی و رفاه روزمره ما همچون غذا یا اکسیژن، نسبت به درمانی برای افسردگی، است.

مطابق با Hudelson (۲۰۰۵)، مترجمان مراقبت‌های بهداشتی بر این باورند که پزشکان و سایر ارایه‌دهندگان به ۱ـ آموزش بیشتر در توانش فرهنگی جهت کمک به افزایش آگاهی خود درباره منابع بالقوه درک غلط و دشواری‌های ترجمه مراقبت‌های بهداشتی، ۲ـ دانش پیشین اضافی درباره کشورهای بیماران و ۳ـ انعطاف‌پذیری بیشتر جهت انطباق با سبک‌های ارتباطی متنوع بیماران نیاز دارند (Hudelson، ۲۰۰۵). در صورتی هر سه عضو مترجم ـ ارایه‌دهنده ـ بیمار، تلاش‌های خود را به سوی ارتباط اثربخش مضاعف سوق دهند، یقیناً می‌توانیم خطاها را کاهش و نتایج و رضایت‌مندی بیمار را بهبود بخشیم. اما آن تأثیر باید مدنظر قرار گیرد، داده‌های متضاد درباره پرسش‌ها اصلی در ارتباط با بیماران LEP مورد توجه قرار گیرند Tocher و Larson (۱۹۹۹). زمان صرف شده توسط پزشکان

جهـت ارایـه مراقبت‌ها به بیماران غیرانگلیسـی‌زبان را با زمان صرف شـده ارایه مراقبت‌ها به بیماران انگلیسـی‌زبان طی ۵ ماه در یک درمانگاه پزشکی داخلی عمومی مقایسه کردند. اگر چه یک تعداد قابل توجه از پزشکان بالینی بر این باور بودند که آن‌ها زمانی بیشتری را طی ملاقات با بیماران غیرانگلیسـی‌زبان صرف کردند (۸۵,۷٪) و به زمان بیشـتری جهت رسـیدگی به مسائل مهم طی ملاقات خود نیاز داشتند، اما هیچ اختلافی دقیقاً در صرف زمان بین دو گروه مشاهده نشد. پژوهشگران کیفیت مراقبت‌ها و رضایت‌مندی بیماران را اندازه‌گیری نکردند، اما حدس زدند که پزشـکان فرض کردند زمان بیشتری را صرف بیماران غیرانگلیسی‌زبان به دلیل چالش‌های زبان و موانع فرهنگی صرف نمودند.

در مقابل، در پژوهشی که تأثیر زبان بر روی زمان ملاقات در درمانگاه‌های عمومی و خانوادگی را طی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۷ بررسی می‌کند، Kravitz، Helms، Azari، Antonius و Melnikow (۲۰۰۰) مشـاهده کردند که بیماران روسـی‌زبان و اسـپانیایی‌زبان به طور متوسط ۹/۱ و ۵/۶ دقیقه اضافی از زمان پزشکان را در مقایسه با بیماران انگلیسی‌زبان به خود اختصاص دادند. بنابراین نتیجه گرفتند که باز پرداخت اضافی ممکن است جهت اطمینان از دسترسی مداوم و مراقبت‌های با کیفیت بالا برای این جمعیت‌ها مورد نیاز باشد.

آیا سیاسـت‌مداران و مدیران متقاعد می‌شـوند که ترجمه کم هزینه بیش از آن که کالایی تجملی باشـد، یک ضرورت است؟ تنها زمان به این پرسـش پاسـخ خواهد داد. احتمالاً بهترین اسـتدلال برای چنین تحولی در تفکر به عنوان یک نتیجه دراز مدت بیان می‌شـود: سرمایه‌گذاری‌های اولیه در خدمات دسترسی زبان به واسطه صرفه‌جویی در هزینه زمانی‌که همان بیماران LEP (تسلط به زبان انگلیسی محدود) سلامت بهتری را در آینده تجربه می‌کنند، متعادل می‌گردند.

منابع فصل دهـم

- Aparicio, A.,&Durban, C. (2003). Translation:Getting it right: A guide to buying translations. Alexandria, VA: American Translators Association. Retrieved January 3, 2006, from http://www.atanet.org/bin/view.pl/13761.html
- Association of Community Organizations for Reform Now (ACORN). (2004, January). Speaking the language of care: Language barriers to hospital access in America's cities. Retrieved January 29, 2006, from http://acorn.org
- Baker, D.W., Parker, R. M.,Williams, M. V., Coates,W. C., & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department [abstract]. Journal of the American Medical Association, 275(10), 783–788.
- Bancroft, M. (2005,March). The interpreter's world tour: An environmental scan of standards of practice for interpreters. Retrieved January 13, 2006, from http://www.ncihc.org/ NCIHCDocRep/Files/222224ff-6fc5-4bb7-86ad-7a699eebad09.pdf
- Beltr´an Avery, M.-P. (2001, April). The role of the health care interpreter: An evolving dialogue.National Council on Interpreting inHealth CareWorking Paper Series. Retrieved January 6, 2006, from http://www.ncihc.org/workingpapers.htm
- Beltr´an Avery, M.-P., Chun, A., Downing, B., Maynard, M., Ruschke, K. (2001, April). Guide to initial assessment of interpreter qualifications. National Council on Interpreting in Health Care Working Papers Series. Retrieved January 5, 2006, from http://www.ncihc.org/workingpapers.htm
- Berkman, N. D., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Sheridan, S. L., Lohr, K. N., Lux, L., et al. (2004, January). Literacy and health outcomes (Evidence Report/Technology Assessment No. 87, AHRQ Publications No. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bernadett, M. (2005, May). Interpreters in a healthcare setting: Ethical principles, protocols, and guidance. Paper presented at Culture, Language, and Clinical Issues: Operational Solutions to LowHealth Literacy, Institute forHealthcare Advancement Fourth Annual Health Literacy Conference, Irvine, CA.
- Bernard, A. C., Summers, A., Thomas, J., Ray, M., Rockich, A., Barnes, S., et al. (2005). Novel Spanish translators for acute care nurses and physicians: Usefulness and effect on practitioners' stress. American Journal of Critical Care, 14(6), 545–550.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Dave, A., Hardt, E., James, T., Linden, J., et al. (2002). Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up [abstract]. Journal of Immigrant Health, 4(4), 171–176.
- Bidar-Sielaff, S., & Ruschke, K. (2005, October 25). National Council on Interpreting in Health Care develops national standards for interpreters [press release]. Retrieved January 3, 2006, from http://www.cmwf.org/usr doc/site docs/pdfs/media/ National Standards of Practice Press Release.pdf #search='develops%20national% 20 standards %20 for %20interpreters%20BidarSielaff '
- Boyar, E. (2005). Found in translation. ACTmagazine.com. Retrieved January 7, 2006, from http://www.actmagazine.com/appliedclinicaltrials/article/articleDetail.jsp?id=168945 Brafman, A. H. (1995). Beware of the distorting interpreter [letter]. BritishMedical Journal, 331, 1439.
- California Healthcare Interpreters Association (CHIA). (2002). California standards for healthcare interpreters: Ethical principles, protocols, and guidance on roles & intervention. Retrieved January 14, 2006, from http://chia.ws/documents/publications/CA standards healthcare interpreters.pdf
- California Update. (2003, October 21). In the last days of his administration, Governor Davis signs key

bills affecting immigrants in California. California Immigrant Welfare Collaborative. Retrieved January 28, 2006, from http: // www. nilc. Org/ciwc/nwsltr/CAUPD5-03.pdf

- Carter-Pokras, O., O'Neill, M. J. F., Cheanvechai, V., Menis, M., Fan, T., & Solera, A. (2004). Providing linguistically appropriate services to persons with limited English proficiency: A needs and resources investigation. American Journal of Managed Care, 10(10), 29–36.
- Code of professional conduct and business practices. (2006). Retrieved January 2, 2006, from http:// www.atanet.org//membership/code of professional conduct.php
- Coppola, S. (Writer/Director). (2003). Lost in translation [Motion picture]. United States: Focus Features, Universal Studios.
- Edwards, R., Temple, B., & Alexander, C. (2005). Users' experiences of interpreters. Interpreting, 7(1), 77–95.
- Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C., & Waitzkin, H. (2001). When nurses double as interpreters:Astudy of Spanish-speaking patients in aUS primary care setting [abstract]. Social Science and Medicine, 52(9), 1343–1358.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., et al. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics, 111, 6–14.
- Foreign relations of the United States, 1961–1963: Vol. XI: Cuban missile crisis and aftermath. (1996). Washington, DC: U.S.Department of State. Transcriptions of Records of NSC and EXCOMM Meetings, October 1962. Retrieved January 8, 2006, from http://www.cs.umb.edu/□rwhealan/jfk/cmc excomm meetings.html
- Galbis-Reig, D. (2000). Assessing medical translation services on the Internet. Internet Journal of Law and Health Ethics, 1(1). Retrieved January 7, 2006, from http://www.ispub.com/ostia/index. php?xmlFilePath=journals/ijhca/vol1n1/trans.xml
- Ginsberg, C., Martin, V., Andrulis, D., Shaw-Taylor, Y., & McGregor, C. (1995). Interpretation and translation services in health care: A survey of US public and private teaching hospitals. Washington, DC: National Public Health and Hospital Institute. Ginsburg, P. B. (2004). Controlling health care costs. New England Journal of Medicine,351(16), 1591–1593.
- Green, A. R., Ngo-Metzger, Q., Legedza, A. T., Massagli, M. P., Phillips, R. S., & Iezzoni, L. I. (2005). Interpreter services, language concordance, and health care quality: Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. Journal of General Internal Medicine, 20(11), 1050–1060.
- Hatton, D. C. (1992). Information transmission in bilingual, bicultural contexts. Journal of Community Health Nursing, 9(1), 53–59.
- Hatton, D. C., & Webb, T. (1993). Information transmission in bilingual, bicultural contexts: A field study of community health nurses and interpreters. Journal of Community Health Nursing, 10(3), 137–147.
- Herndon, E.,&Joyce, L. (2004, June). Getting the most from language interpreters. Retrieved January 7, 2006, from http://www.aafp.org/fpm/20040600/37gett.html Hudelson, P. (2005). Improving patient-provider communication: Insights frominterpreters [abstract]. Family Practice, 22(3), 311–316.
- Hwa-Froelich, D. A., & Westby, C. E. (2003). Considerations when working with interpreters. Community Disease Quarterly, 24(2), 78–85.
- Jacobs, E. A., Shepard, D. S., Suaya, J. A., & Stone, E.-L. (2004). Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services. American Journal of Public Health, 94(5), 866–869.
- Kazzi, G. B., & Cooper, C. (2003). Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultations. Journal of Paediatrics and Child Health, 39, 259–263.
- Kravitz, R. L., Helms, L. J., Azari, R., Antonius, D., & Melnikow, J. (2000). Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. Medical Care, 38(7), 728–738.
- Language Services Action Kit. (2003). Interpreter services in health care settings for people with limited English proficiency. Boston: National Health Law Program and The Access Project.

- Lee, L. J., Batal, H. A.,Maselli, J. H.,&Kutner, J. S. (2002). Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic [abstract]. Journal of General Internal Medicine, 17(8), 641–645.
- Lupton, R., & Power, A. (2004, November). Minority ethnic groups in Britain (Centre for Analysis of Social Exclusion. CASE-Brookings Census Briefs. No. 2). London: London School of Economics.
- Marcos, L. R. (1979). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non- English-speaking patients. American Journal of Psychiatry, 2, 171–174.
- Minnesota Department of Health. (2004). Working with medical interpreters: Laws governing the use of medical interpreters. In Minnesota refugee health provider guide. Retrieved January 20, 2006, from http:/ / www. health. state. mn. Us/divs/idepc/refugee/ guide/index.html
- Moskop, J. C.,Marko, C. A., Larkin, G. L.,Geiderman, J. M.,&Derse, A. R. (2005). From Hippocrates to HIPAA: Privacy and confidentiality in emergency medicine—Part II: Challenges in the emergency department. Annals of EmergencyMedicine, 45(1), 60–67.
- Mullins, C. D., Blatt, L., Gbarayor, C. M., Yang, H. W., & Baquet, C. (2005). Health disparities: A barrier to high-quality care. American Journal of Health-System Pharmacy, 62(18), 1873–1882.
- National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). (2001). Guide to initial assessment of interpreter qualifications. Retrieved December 29, 2005, from http://www.ncihc.org
- National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). (2005, September). National standards of practice for interpreters in health care. Retrieved January 12, 2006, from http://www.ncihc.org/NCIHC PDF/National Standards of Practice for Interpreters in Health Care.pdf
- NationalHealth Law Program. (2005). HIPAA and language services in health care. Retrieved February 1, 2006, from http://www.healthlaw.org/search.cfm?q=HIPAA+and+Language+Services&fa=search&x=28&y=7Ngo

- Metzger,Q.,Massagli, M.P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R. B., Iezzoni, L. I., et al. (2003). Linguistic and cultural barriers to care: Perspectives of Chinese and Vietnamese immigrants. Journal of General Internal Medicine, 18, 44–52.
- Office for Civil Rights (OCR). (2001). Appendix B. Selected federal and state laws and regulations requiring language assistance. Retrieved Janaury 24, 2006, from http://www.hhs.gov/ocr/lep/appb.html
- Office ofManagement and Budget (OMB). (2002,March 14). Report to Congress. Assessment of the total benefits and costs of implementing Executive Order No. 13166: Improving Access to Services for Persons with Limited English Proficiency. Retrieved January 26, 2006, from http://www.whitehouse.gov/omb/inforeg/lepfinal3-14.pdf#search= 'OMB% 20Report %20to% 20Congress%20tempered%20by%20the%20fact% 20that%20many%20government%20agencies'
- Perkins, J., Youdelman, M., &Wong, D. (2003, August). Ensuring linguistic access in health care settings: Legal rights and responsibilities. Washington, DC: National Health Law Program.
- Phelan, M., & Parkman, S. (1995). How to do it:Work with an interpreter. BritishMedical Journal, 311, 555–557.
- Putsch, R., SenGupta, I., Sampson, A., & Tervalon, M. (2003). Reflections on the CLAS standards: Best practices, innovations and horizons. Seattle: The Cross Cultural Health Care Program.
- Roat, C. E. (2003, February).Health care interpreter training in the state ofCalifornia including an analysis of trends and a compendium of training programs. Woodland Hills, CA: The California Endowment.
- Roat, C. E. (2005). Addressing language access issues in your practice: A toolkit for physicians and their staff members. San Francisco: California Academy of Family Physicians.
- Roat, C. E., Alvarado-Little,W.,&Jacobs, E. A. (2003,November 23). Letter toDeanna Jang, J.D., SeniorCivil Rights Analyst,Office forCivil Rights.National Council on Interpreting in Health Care. Retrieved January 24, 2006, from http://www.ncihc.org/NCIHCPDF/NCIHCcommentstoOCR2003final.pdf#search='deanna%20Jang%20jd%20we%20are%20 writing %20on%20behalf%20arizona'
- Roat, C. E., & Okahara, L. (1998, May). Survey of twenty-three medical interpreter training programs in the United States and Canada. Seattle: The Cross Cultural Health Care Program.

- Rudd, R. E. (2002). Health literacy overview presentation. Retrieved August 27, 2005, from the Harvard School of Public Health, Health Literacy Studies Web site: http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy
- Saint-Louis, L., Friedman, E., Chiasson, E., Quessa, A., & Novaes, F. (2003). Testing new
- technologies in medical interpreting. Somerville, MA: Cambridge Health Alliance.
- Sevilla M´atir, J. F., & Willis, D. R. (2004). Using bilingual staff members as interpreters. Retrieved January 7, 2006, from http://www.aafp.org/fpm/20040700/34usin.html
- Shedden, M. (2006, January 19).More hospitals call on interpreters for help. RetrievedDecember 20, 2006, from http://www.ncpa.org/sub/dpd/?page=article&Article ID=2790 Shin, H. B., & Bruno, R. (2003). Language use and English-speaking ability: 2000. Census 2000 Brief. Retrieved January 3, 2006, from http://www.census.gov/prod/2003pubs/ c2kbr-29.pdf
- Sophocles, A. (2003). Time is of the essence: Coding on the basis of time for physician services. Retrieved January 27, 2006, from http://www.aafp.org/fpm/20030600/27time.html
- Tocher, T. M., & Larson, E. B. (1999). Do physicians spend more time with non-Englishspeaking patients [abstract]? Journal of General Internal Medicine, 14(5), 303–309.
- U.S. Census Bureau. (2000). United States Census 2000. Profile of general demographic characteristics. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Vasquez, C., & Javier, R. A. (1991). The problem with interpreters: Communicating with Spanish-

speaking patients. Hospital and Community Psychiatry, 42(2), 163–165.

سخــن پایانــی

تأکید ما در سراسر این کتاب بر روی نیاز برای ارتباط بهتر بیمار ـ ارایه‌دهنده خدمات و تلاش‌های افزایش یافته برای انطباق بیماران که هنگام استفاده از زبان بالینی که فراتر از توانایی آن‌ها نوشته می‌شود، دچار اشتباه می‌شوند، بوده است. آیا آن زبان در قالب یک نشانه در راهرو بیمارســتان ظاهر می‌شود یا یک بســته همراه که بیمار با نسخه دریافت می‌کند؟ آن پیام قالب نوشتاری می‌گیرد یا گفتاری؟ آیا به زبان انگلیسی، اسپانیایی، روسی، اردو، Hmong و ... منتقل می‌شود؟ ...

همان‌طورکه در ارزیابی ملی باسوادی بزرگسالان در سال ۲۰۰۳، آزمون تافل، یا برخی آزمون‌های دیگر اندازه‌گیری شد، آگاهی از نقاط کور در نظام ارایه خدمات ســلامت ما می‌تواند به بهبود درمان تمام بیماران صرف‌نظر از ســطح ســواد یا خواندن آن‌ها کمک کند. امید ما این اســت که کتاب "ســواد ســلامت در مراقبت‌های سلامت اولیه: یک رهنمای بالینی" بتواند ســهمی در گفتگوی ملی که در حال حاضر درباره تاثیرات ســواد ســلامت کم در خدمات ســلامت در دست اقدام است، داشته باشــد و امیدواریم این امر با بالا بردن آگاهی درباره محدوده خدمات و رویکردهای در دسترس جهت بهبود زندگی میلیون‌ها آمریکایی که با این وضعیت جدی ولی قابل جلوگیری دست و پنجه نرم می‌کنند، فراتر از آن پیش رود.

پایان