



Pharmacy Practice

ISSN: 1885-642X

ISSN: 1886-3655

Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmaceuticas

Alkhalidi, Talal M.; Al-Jumaili, Ali A.; Alnemer, Khalid A.; Alharbi, Khalid; Al-Akeel, Elharith S.; Alharbi, Mohammed M.; Alshabanah, Othman; Juwair, Abdullah B.; Khoja, Abdullah

Measuring the health literacy level of Arabic speaking population
in Saudi Arabia using translated health literacy instruments

Pharmacy Practice, vol. 16, no. 3, 2018, July-September, pp. 1-5

Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmaceuticas

DOI: 10.18549/PharmPract.2018.03.1223

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69057316005>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's webpage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System Redalyc

Network of Scientific Journals from Latin America and the Caribbean, Spain and Portugal

Project academic non-profit, developed under the open access initiative

Online Appendix.

استبانة مختصرة لقياس قدرة المريض على قراءة وفهم المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية

S-TOFHLA – Reading Test (Arabic version)

القراءة والاستيعاب

❖ كيف أشارك؟

- مشاركتك في هذه الاستبانة هو إسهام منك في البحث العلمي الذي سيكون له أثر إيجابي على تحسين الخدمات الصحية المقدمة للبالغين في المملكة العربية السعودية، علماً أن البحث حاصل على موافقة لجنة مراجعة البحوث والأخلاقيات.
- في حال وجود أية استفسارات أو أسئلة، يمكنكم التواصل معنا عبر الرقم: -----، أو عبر البريد الإلكتروني: ----.

❖ ما هي هذه الاستبانة؟

هي مقياس لقدرة المريض على قراءة وفهم المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية كالتحضير لإجراء تشخيص ما والحقوق والمسؤوليات المتعلقة بالرعاية الصحية والدعم الصحي.

❖ تعليمات هامة لتعبئة الاستبانة:

- سنقدم لك بعض التعليمات/الجمال التي يكثر استخدامها في المجال الطبي التي ينقصها بعض الكلمات، المطلوب خلال قراءتك للجمال في الصفحات التالية: عندما تصادف جملة ناقصة (فراغ)، يوجد ٤ كلمات محتملة أسفل الفراغ، وسيكون لديك الخيار لاختيار كلمة واحدة فقط تناسب صياغ الجملة لوضعها في الفراغ حتى يستقيم معنى الجملة. حين يقع اختيارك على كلمة بعينها ضع دائرة حول الحرف المقابل لتلك الكلمة ثم انتقل للجملة التي تليها.
- عند الانتهاء من الصفحة الأولى، اقلب الصفحة وانتقل إلى الصفحة التي تليها واستمر هكذا حتى تنتهي من جميع الصفحات.
- توقف عن الحل عند انتهاء مدة ٧ دقائق.

القطعة (أ): فيما يلي تعليمات لإجراء الأشعة السينية: -

أرسلك طبيبك لتجري أشعة سينية لـ _____ ، فيجب أن تكون معدتك _____ عندما تأتي لإجرائها.

- | | |
|---------------|-------------|
| أ. المعدة | أ. ريو |
| ب. داء السكري | ب. فارغة |
| ج. الغرز | ج. نكاح |
| د. الجراثيم | د. فقر الدم |

سوف _____ إجراء الأشعة السينية من ١ إلى ٣ _____.

- | | |
|-----------|----------------|
| أ. يستغرق | أ. أسرة |
| ب. يشاهد | ب. أدمغة |
| ج. يتكلم | ج. ساعات |
| د. يبدو | د. حمية غذائية |

تعليمات اليوم الذي يسبق إجراء الأشعة السينية:

لا تتناول في وجبة العشاء سوى _____ من الفاكهة كوجبة خفيفة، و _____ ومربي، مع القهوة أو الشاي.

- | | |
|-----------|----------------|
| أ. القليل | أ. أصابع القدم |
| ب. حساء | ب. حنجرة |
| ج. هجوم | ج. خبز محمص |
| د. غثيان | د. فخذ |

وبعد _____ ، يجب عليك ألا _____ أو تشرب أي شيء _____ حتى تنتهي من _____ الأشعة السينية.

- | | | | |
|----------------|---------|-----------|----------|
| أ. دقيقة | أ. سهل | أ. مريض | أ. تجري |
| ب. منتصف الليل | ب. أكل | ب. بتأتاً | ب. أجريت |
| ج. خلال | ج. شرب | ج. سوى | ج. إجراء |
| د. قبل | د. تأكل | د. أي | د. أجرى |

تعليمات متعلقة بيوم إجراء الأشعة السينية.

لا تتناول طعام _____ ، ولا _____ حتى _____ .

- | | | |
|-------------|----------|------------|
| أ. الموعد. | أ. تقود | أ. القلب |
| ب. المباشر. | ب. تشرب | ب. النفس |
| ج. الإفطار. | ج. تلبس | ج. الماء |
| د. العيادة. | د. تجرّع | د. السرطان |

في حالة وجود أية _____ ، اتصل بـ _____ الأشعة السينية على الرقم ٠٥٣٧٧٢٢٢.

- | | |
|-----------|----------------|
| أ. أجوية | أ. قسم |
| ب. تمارين | ب. إلتواء |
| ج. مسالك | ج. صيدلية |
| د. أسئلة | د. ألم الأسنان |

القطعة (ب): فيما يلي، تعليمات حول حقوق ومسؤوليات برنامج الرعاية الطبية: -

إنني أوافق على تقديم معلومات صحيحة لـ _____ إمكانية حصولي على الرعاية الطبية.

- أ. شعر
- ب. ملح
- ج. معرفة
- د. ألم

إنني _____ على تزويد الجهة المسؤولة بالمعلومات اللازمة لـ _____ البيانات المتعلقة بهذا _____.

- | | | |
|----------|----------------|------------------|
| أ. أوافق | أ. إخفاء | أ. النفاخ الرئوي |
| ب. أجس | ب. المخاطرة بـ | ب. الطلب |
| ج. أرسل | ج. تسريح | ج. الممرارة |
| د. أكسب | د. تأكيد | د. العلاقة |

وبهذا فإنني أعطي الإذن لـ _____ للحصول على مثل هذه الإثباتات.

- أ. الالتهاب
- ب. الدين
- ج. الحديد
- د. الجهة المسؤولة

أنا _____ بأن الحصول على التأمين الطبي يتطلب مني الإبلاغ عن أي _____ يطرأ على أوضاعي

- | | |
|-----------|-------------------|
| أ. أتتحقق | أ. تغير |
| ب. أسأل | ب. هرمونات |
| ج. أعلم | ج. مضادات الحموضة |
| د. أنشئ | د. رسوم |

في غضون _____ (١٠) أيام من بداية _____ بالتغيير.

- | | |
|----------|------------|
| أ. ثلاثة | أ. منحي |
| ب. واحد | ب. علمي |
| ج. خمسة | ج. بعدي |
| د. عشرة | د. انتظاري |

أنا أعلم _____ إن لم يناسبني _____ المتخذ في حالتي، فإن لدي _____ بالاعتراض أو الاستئناف.

- | | | |
|-----------|------------|---------|
| أ. الساطع | أ. الزيجي | أ. لذلك |
| ب. اليسار | ب. الوظيفة | ب. هذا |
| ج. الخطأ | ج. البالغ | ج. بأنه |
| د. الحق | د. القرار | د. من |

بإمكاني _____ إجراء الاستئناف عن طريق الكتابة أو _____ بالجهة المسؤولة التي قدمت إليها الطلب.

- | | |
|----------|------------|
| أ. طلب | أ. العد |
| ب. رفض | ب. القراءة |
| ج. فشل | ج. الاتصال |
| د. إصلاح | د. الشم |

إذا _____ الحصول على دعم للحالات الصحية من مكتب الضمان الاجتماعي لأي من _____ أسرتك

- | | |
|----------|----------------|
| أ. غسالت | أ. أفراد |
| ب. أردت | ب. تاريخ |
| ج. غطيت | ج. وزن |
| د. لصقت | د. حزام الأمان |

فإنه يتوجب عليك _____ نموذج طلب خاص، _____ سوف نستخدم _____ المدون على ذلك

- | | | |
|------------|-------------|------------|
| أ. استرخاء | أ. حيث أننا | أ. الرئة |
| ب. كسر | ب. سواء | ب. التاريخ |
| ج. استنشاق | ج. إلا أننا | ج. الوجبة |
| د. توقيع | د. لأننا | د. حوضي |

النموذج لتحديد _____ للحصول على الرعاية الطبية.

- | |
|--------------------|
| أ. نقص سكر الدم. |
| ب. أهليتك. |
| ج. هشاشة العظام. |
| د. انفصام الشخصية. |

* * *

استبانة مختصرة لقياس قدرة المريض على فهم وإدراك الأرقام ذات العلاقة بالرعاية الصحية

S-TOFHLA – Numeracy Test

فهم وإدراك الأرقام

❖ ما هي هذه الاستبانة؟

هي مقياس لقدرة المريض على قراءة وفهم الأرقام المتعلقة بالرعاية الصحية كموايد تناول الدواء، أوراق المواعيد... الخ، المطلوب منك قراءة التعليمات والإجابة عن الأسئلة الأربعة القادمة شفهيًا.

الفقرة الأولى: ملصق علبة الدواء

تناول حبة واحدة بالفم كل ٦ ساعات عند الحاجة.

السؤال ١: إذا أخذت الحبة الأولى الساعة ٧ صباحًا، متى يتوجب عليك تناول الحبة التالية؟

الإجابة ١:

الفقرة الثانية: مستوى سكر الدم

المستوى الطبيعي للسكر بالدم يتراوح ما بين ٦٠ – ١٥٠، ومستوى السكر بالدم لديك لليوم ١٦٠.

السؤال ٢: بناءً على ما سبق، هل مستوى السكر بالدم لديك طبيعي اليوم؟

الإجابة ٢:

الفقرة الثالثة: موعد العيادة

العيادة: عيادة السكري الدور: الثالث

اليوم: الخميس تاريخ الموعد: ٢ أبريل الساعة: ١٠:٢٠ صباحًا

السؤال ٣: بناءً على ما سبق، متى يكون موعدك؟

الإجابة ٣:

الفقرة الرابعة: ملصق علبة الدواء

تناول الدواء على معدة فارغة قبل ساعة واحدة من تناول الطعام، أو بعد ساعتين إلى ثلاث ساعات من تناول الطعام، ما لم يوجهك الطبيب بغير ذلك.

السؤال ٤: إذا أردت تناول طعام الغداء الساعة ١٢ ظهرًا، وتريد تناول الدواء قبل موعد طعام الغداء، في أي ساعة يجب عليك تناول الدواء؟

الإجابة ٤:

Back-translated version of the Arabic version of the Short-Version of Functional health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

S-TOFHLA – Reading Test

HOW TO PARTICIPATE

Your participation will help to improve healthcare services for adult population and this study is approved by Ethical Committee (IRB) in the KSA, if you have any question, please contact us via phone -----or email -----.

WHAT IS THIS SURVEY?

The following survey measures the patient's ability to read and understand health care information such as preparation for a diagnostic procedure and medical care rights and responsibilities.

PREFACE THE READING COMPREHENSION EXERCISE WITH:

" The following sentences have some of the words missing. Where a word is missing, a blank line is drawn, and 4 possible words that could go in the blank appear just below it. You want you to figure out which of those 4 words should go in the blank, which word makes the sentence make sense. When you think you know which one it is, circle the letter in front of that word, and go on to the next one. When you finish the page, turn the page and keep going until you finish all the pages."

STOP AT THE END OF 7 MINUTES

PASSAGE A: RELATED TO X-RAY PREPARATION

Your doctor has sent you to have a _____ X-ray. You must have ----- stomach when you come for it.

- | | |
|-------------|----------------|
| a. Stomach | a. Asthma |
| b. Diabetes | b. Empty |
| c. stitches | c. Intercourse |
| d. germs | d. Anemia |

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. diet |

INSTRUCTIONS ON THE DAY BEFORE THE X-RAY

For supper have only a _____ snack of fruit, _____ and jelly, with coffee or tea.

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

After _____ , you must not _____ or drink anything at _____ until after you have _____ the X-ray

- | | | | |
|-------------|----------|---------|--------|
| a. minute | a. easy | a. ill | a. are |
| b. midnight | b. ate | b. all | b. has |
| c. during | c. drank | c. each | c. had |
| d. before | d. eat | d. any | d. was |

INSTRUCTIONS ON THE DAY OF THE X-RAY

Do not eat _____. Do not _____, even _____.

- | | | |
|----------------|----------|-----------|
| a. appointment | a. drive | a. heart |
| b. walk-in | b. drink | b. breath |
| c. breakfast | c. dress | c. water |
| d. clinic | c. dose | d. cancer |

If you have any _____, call the X-ray _____ at 05377222.

- | | |
|--------------|---------------|
| a. answers | a. Department |
| b. exercises | b. Sprain |
| c. tracts | c. Pharmacy |
| d. questions | d. Toothache |

PASSAGE B: INSTRUCTIONS ABOUT MEDICAL AID PROGRAM RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

I agree to give correct information to _____ if I can receive medical aid.

- a. hair
- b. salt
- c. see
- d. ache

I _____ to provide the related authority information to _____ any related data given in this _____ and hereby give permission to

- | | | |
|----------|--------------|-----------------|
| a. agree | a. hide | a. emphysema |
| b. probe | b. risk | b. application |
| c. send | c. discharge | c. gallbladder |
| d. gain | d. prove | d. relationship |

the _____ to get such proof.

- a. inflammation
- b. religion
- c. iron
- d. the related authority

I _____ that for medical aid I must report any _____ in my circumstances

- | | |
|----------------|-------------|
| a. investigate | a. changes |
| b. entertain | b. hormones |
| c. understand | c. antacids |
| d. establish | d. charges |

within _____ (10) days of becoming _____ of the change.

- | | |
|----------|----------|
| a. Three | a. award |
| b. one | b. aware |
| c. five | c. away |
| d. ten | d. await |

I understand _____ if I DO NOT like the _____ made on my case, I have the _____ to a fair hearing

- a. thus
- b. this
- c. that
- d. than

- a. marital
- b. occupation
- c. adult
- d. decision

- a. bright
- b. left
- c. wrong
- d. right

I can _____ a hearing by writing or _____ the related authority where I applied.

- a. request
- b. refuse
- c. fail
- d. mend

- a. counting
- b. reading
- c. calling
- d. smelling

If you _____ to have health support from social security office for any of your family _____ ,

- a. wash
- b. want
- c. cover
- d. tape

- a. member
- b. history
- c. weight
- d. seatbelt

you will have to _____ a different application form. _____ , we will use the _____ on this form to determine

- a. relax
- b. break
- c. inhale
- d. sign

- a. Since
- b. Whether
- c. However
- d. Because

- a. lung
- b. data
- c. meal
- d. pelvis

to determine your _____.

- a. hypoglycemia.
- b. eligibility.
- c. osteoporosis.
- d. schizophrenia.

S-TOFHLA – Numeracy Test

The followings test the patient's ability to understand numbers related to healthcare services such the times for taking medication and appointment time. You need to read the following 4 items and answer the questions verbally.

Item 1: Label on prescription bottle:

Take one tablet by mouth every 6 hours as needed.

Question: If you take your first tablet at 7:00 a.m., when should you take the next one?

Answer: -----

Item 2: Blood sugar level:

Normal blood sugar is 60–150. Your blood sugar today is 160.

Question: If this was your score, would your blood sugar be normal today?

Answer:-----

Item 3: Clinic appointment:

Clinic: Diabetic Location: 3rd floor Day: Thursday Date: April 2nd Hour: 10:20 a.m.

Question: Based on above details, when is your next appointment?

Answer: -----

Item 4: Label on prescription bottle:

Take medication on empty stomach one hour before or two to three hours after a meal unless otherwise directed by your doctor.

Question: If you eat lunch at 12:00 noon, and you want to take this medicine before lunch, what time should you take it?

Answer: -----

Source: Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, 38(1), 33-42.

Note: We did minor modifications on the original version after translation to fit Arabic culture.