

ارتباط سطح سواد سلامت بیماران و تعامل پزشک - بیمار: مطالعه موردی

در بیمارستان شهید فقیهی شیراز، ۱۳۹۷

پیوند باستانی^{۱،۲}، نیره هاشمی^۳، محمدمبین بهرامی^{۱،۲*}

^۱ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

* نویسنده مسؤول: محمدمبین بهرامی

aminbahrami1359@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد برای جستجو، درک و به کارگیری اطلاعاتی که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شوند، تعریف شده است. هدف پژوهش حاضر، اندازه گیری سطح سواد سلامت بیماران و آزمون رابطه آن با ارتباط پزشک-بیمار بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، پژوهشی تحلیلی از نوع همبستگی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ در بیمارستان شهید فقیهی شیراز انجام شد. تعداد ۲۰۰ بیمار بستری در بخش‌های مختلف در این مطالعه شرکت کردند. نمونه گیری به روش طبقه‌ای- تصادفی انجام شد. داده‌های مورد نیاز با استفاده از ۲ پرسشنامه معتبر سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایران و رابطه پزشک- بیمار جمع آوری و توسط نرم افزار SPSS 25 و آزمون‌های توصیفی و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: سطح سواد سلامت بیماران و اغلب ابعاد آن (به استثناء بعد ارزیابی) دارای رابطه آماری با نمره تعامل پزشک- بیمار در جمعیت مورد مطالعه بود.

نتیجه گیری: طراحی و اجرای مداخلات مناسب با هدف ارتقاء سطح سواد سلامت جمعیت عمومی و نیز بیماران از طریق بهبود ارتباط پزشک- بیمار اثرات مثبتی خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: سواد سلامت، ارتباط پزشک- بیمار، بیمارستان

کاربرد مدیریتی: ارائه راهکار برای بهبود تعامل بیمار- پزشک از طریق مستندسازی عوامل مؤثر بر این رابطه

ارجاع: باستانی پیوند، هاشمی نیره، بهرامی محمدمبین. ارتباط سطح سواد سلامت بیماران و تعامل پزشک-بیمار: مطالعه موردی در بیمارستان شهید فقیهی شیراز، ۱۳۹۷. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۴(۱): ۴۷-۵۶.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۰۳/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۲۶

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد برای جستجو، درک و به کارگیری اطلاعاتی که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شوند، تعریف کرده است (۱). سواد سلامت شامل مهارت‌هایی نظیر خواندن، شنیدن، فهمیدن، تجزیه و تحلیل و استفاده از اطلاعات در موقعیت‌های مرتبط به سلامت می‌باشد (۲). بر اساس این تعاریف، سواد سلامت دارای ابعاد مختلفی است. در یک چارچوب مرسوم، سواد سلامت به صورت نوعی توانمندی شامل ۳ سطح سواد عملکردی، سواد ارتباطی و سواد انتقادی تعریف شده است. بر اساس این چارچوب، سواد عملکردی پایه‌ای‌ترین سطح سواد بوده و شامل مهارت‌های خواندن و نوشتن می‌باشد. سواد سلامت ارتباطی نشان دهنده ظرفیت افراد برای جستجو و استخراج اطلاعات سلامت و مفاهیم آن‌ها بوده و سواد سلامت انتقادی نیز به مهارت افراد در تجزیه و تحلیل اطلاعات و به کارگیری نتایج حاصل برای بهبود وضعیت سلامت آن‌ها اشاره دارد (۳). مطالعات مختلف نشان داده است که سواد سلامت از جمله مهمترین تعیین کننده‌های سلامت می‌باشد. در طول دهه گذشته، اهمیت سطح پایین سواد سلامت و اثرات آن بر وضعیت سلامتی افراد بسیار مورد توجه قرار گرفته است. لذا، پژوهش‌های زیادی با هدف بررسی وضعیت سواد سلامت، عوامل مؤثر بر آن و یا اثرات آن هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بیماران انجام شده است. غالب مطالعات انجام شده با هدف اندازه گیری سطح سواد سلامت (۱۳۹۷) حاکی از وجود حد زیادی از سواد ناکافی سلامت در جوامع مختلف می‌باشد (۱).

دادی پور و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه مروری نتایج ۲۸ مقاله منتشر شده در مورد سواد سلامت جمعیت ایرانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. آن‌ها نتیجه گرفته‌اند که سطح سواد سلامت ایرانیان ناکافی و در محدوده مرزی بوده و لذا مداخله مناسب برای بهبود آن ضروری است (۴). مطالعات موردی متعدد دیگری نیز سطح سواد سلامت جامعه را در حد ضعیف، ناکافی و یا متوسط ارزیابی کرده‌اند (۵،۶). پژوهش‌های انجام شده در مورد عوامل مؤثر بر سواد سلامت ایران نیز نشان داده‌اند که عواملی نظیر سن، جنس، وضعیت تحصیلی و عوامل اقتصادی- اجتماعی با سواد

سلامت مرتبط هستند (۷). همچنین مطالعات مربوط به بررسی اثرات سواد سلامت نیز پیامدهای مختلفی را برای سواد سلامت مستند کرده‌اند. شواهد نشان می‌دهند که بسیاری از نتایج نامطلوب سلامت می‌توانند مرتبط به سواد ناکافی سلامت باشند (۸). بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف، سطح سواد سلامت افراد می‌تواند بر بهره‌مندی از خدمات سلامت، کیفیت زندگی، خودکارآمدی و رفتارهای خود مراقبتی اثر گذاشته و از آن طریق وضعیت سلامت را متأثر سازد (۱۲-۹،۳،۲).

اندازه گیری سطح سواد سلامت در جمعیت بیماران نیز نتایجی مشابه جمعیت عمومی را نشان می‌دهد. مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که بیماران غالباً از سواد سلامت کافی برخوردار نیستند (۱۵-۱۳،۷،۲). عدم برخورداری بیماران از سواد کافی سلامت می‌تواند منجر به پیامدهای نامطلوبی نظیر مراجعات مکرر و غیر ضروری به ارائه دهنندگان، طولانی شدن مدت اقامت در بیمارستان‌ها و افزایش هزینه‌های مراقبت، عدم تبعیت از درمان‌های تجویزی و در نتیجه نتایج ضعیف درمان شود (۱۶،۲).

همچنین سواد اندک سلامت بیماران می‌تواند منجر به مشکلات ارتباطی و خدشه دار شدن رابطه بیمار با ارائه دهندگان مراقبت شود (۲۰-۱۷،۲).

بیماران دارای سواد ناکافی سلامت اغلب در برقراری ارتباط با ارائه دهندگان مراقبت نظیر پزشکان، درک دستورات مراقبتی و به کارگیری آن‌ها دچار مشکل می‌شوند. لذا، سطح سواد سلامت بیماران می‌تواند تبیین کننده کیفیت ارتباط آن‌ها با پزشکان و سایر متخصصین سلامت شود. اهمیت کیفیت رابطه بیمار- پزشک و تأثیرگذاری آن بر فرآیند و نتایج درمان موجب شده است که این رابطه در دهه‌های گذشته به یکی از مهمترین موضوعات جامعه شناسی پزشکی تبدیل شده و نظریه‌های مختلفی پیرامون آن‌ها ارائه شود (۲۱).

در طی این دهه‌ها، محققان مختلف با هدف تئوریزه کردن رابطه پزشک- بیمار، الگوهای مختلفی در روابط بیمار- پزشک شناسایی کرده و آن‌ها را با واژگان متنوعی نظیر مدل‌های ارتباطی عملکردی یا نقش محور، تفضلی یا اصولی، قراردادی، پدرسالارانه، مشارکت ۲ جانبه، آگاهنده، تفسیری، سوزنی، ابزاری، راهنما- پیروی کننده و نظایر آن

نامگذاری کرده‌اند (۲۲).

ارتباط بین پزشک و بیمار، اساساً با ۴ هدف تبادل اطلاعات، ایجاد فهم مشترک، ایجاد اعتماد و اخذ تصمیمات مورد توافق ۲ طرف شکل می‌گیرد. لذا، شکل گیری ارتباط مؤثر، مستلزم برخورداری هر ۲ طرف ارتباط شامل بیمار و پزشک از مهارت‌های ارتباطی پایه و نیز مهارت‌های ارتباطی پیشرفته می‌باشد. بسیاری معتقدند که ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، محور همه اقدامات بالینی و زیربنای خوب پزشکی می‌باشد (۲۳). مطالعات مختلف نقش مؤثر ارتباط پزشک-بیمار در نتایج درمان را تأیید کرده‌اند. بر اساس گزارش‌های موجود، برقراری یک ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار می‌تواند ضمن بهبود رضایت بیمار از فرآیند درمان و جلب مشارکت وی منجر به تسریع بهبودی و دستیابی به پیامدهای بهتر گردد (۲۵-۲۱).

باتوجه به این پیشینه، هدف پژوهش حاضر اندازه‌گیری سطح سواد سلامت بیماران و آزمون رابطه آن با تعامل پزشک-بیمار در بیمارستان شهید فقیهی شیراز بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، پژوهشی تحلیلی از نوع همبستگی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۷ در بیمارستان شهید فقیهی شیراز انجام شد. جامعه پژوهش شامل بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان مورد پژوهش به جز بخش‌های دارای بیماران بد حال (بخش‌های مراقبت ویژه)، اورژانس و بخش‌های فاقد بستری بیش از ۴۸ ساعت مانند بخش زایمان بود.

نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای-تصادفی و به نسبت بیماران بخش‌های مختلف بیمارستان انجام شد. حجم نمونه بر اساس یافته‌های یک مطالعه پایلوت در بیمارستان مورد مطالعه، ۲۰۰ نفر محاسبه شد. نمونه مورد نیاز براساس حاصل ضرب تعداد تخت و ضریب اشغال تخت بخش‌های مختلف بیمارستان (در ۱ ماه قبل از مطالعه) بین بخش‌های مورد مطالعه توزیع شد. معیارهای ورود به مطالعه حداقل سن ۱۸ سال، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به مشکلات شناختی و روانی و حداقل مدت بستری ۴۸ ساعت بود.

داده‌ها توسط ۲ پرسشنامه زیر جمع‌آوری شد:

(۱) پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایران: این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۳) طراحی

و روان‌سنجی شده است (۲۶) و دارای ۳۳ سؤال در ۵ حیطه مهارت خواندن، دسترسی، فهم، ارزیابی و تصمیم‌گیری بود. پاسخ‌دهندگان به گویه‌های پرسشنامه سنجش سواد سلامت در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (هیچ وقت تا همیشه یا کاملاً سخت تا کاملاً آسان) پاسخ دادند. به این گزینه‌ها امتیاز ۵ (همیشه/کاملاً آسان) تا امتیاز ۱ (هیچ وقت/کاملاً سخت) تعلق گرفت. در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر سواد سلامت بیمار بود. پس از محاسبه نمره سواد سلامت، دامنه‌های امتیازی ۰-۲/۳۳، ۲/۳۳-۳/۶۶ و ۳/۶۶-۵ به ترتیب به‌عنوان سواد سلامت ناکافی، مرزی و کافی در نظر گرفته شد.

(۲) Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations Questionnaire (IPC): این پرسشنامه توسط استوارت و همکاران (۱۹۹۹) برای بررسی شفافیت و کیفیت ارتباط پزشکان با بیماران در طی بستری در بیمارستان طراحی شده و دارای ۲۷ گویه در ابعاد شفافیت کلی، پاسخگویی به نگرانی‌های بیمار، توضیح وضعیت و تشخیص، توضیح فرآیندهای مراقبت، توضیح روش‌های خود مراقبتی پس از ترخیص، توانمندسازی، تصمیم‌گیری و توجه به علایق و توانایی‌های بیمار جهت به کارگیری توصیه‌ها می‌باشد (۲۰). پیش از مطالعه، روایی این پرسشنامه از طریق اخذ نظرات متخصصین و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۹) مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفت. پاسخ‌دهندگان به سؤالات پرسشنامه رابطه پزشک-بیمار در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (خیلی زیاد تا خیلی کم) پاسخ دادند که به این گزینه‌ها امتیاز ۱ (خیلی زیاد) تا امتیاز ۵ (خیلی کم) تعلق گرفت. در این پرسشنامه نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده تعامل بهتر بیمار با پزشک بود. پس از محاسبه نمره تعامل پزشک و بیمار دامنه‌های امتیازی ۰-۲/۳۳، ۲/۳۳-۳/۶۶ و ۳/۶۶-۵ به ترتیب به‌عنوان امتیاز خوب، متوسط و ضعیف در نظر گرفته شد.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS 25 و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این پژوهش، به عنوان پروژه کارشناسی در دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز ثبت شده است. همچنین، از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش، رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد.

دیپلم (۵۴/۸ درصد) و متأهل (۸۰/۹ درصد) بود. مشخصات دموگرافیک بیماران شرکت کننده در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

متوسط سن مشارکت کنندگان در پژوهش نیز، $13/8 \pm 42/8$ سال و متوسط زمان بستری آنها در بیمارستان $6/01 \pm 6/18$ روز بود. همچنین، میانگین امتیاز سواد سلامت و ابعاد آن در بیمارستان مورد پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

اطلاعات فردی افراد به صورت محرمانه حفظ شد و در تمام فرآیند مطالعه، اصول اخلاقی منطبق بر بیانیه هلسینکی رعایت شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ نفر از بیماران بیمارستان مورد مطالعه شرکت کردند. بیشترین تعداد بیماران شرکت کننده در پژوهش، از نظر جنس، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل متعلق به گروه‌های مؤنث (۵۲/۷ درصد)، تحصیلات کمتر از

جدول ۱: توصیف متغیرهای زمینه‌ای مشارکت کنندگان در پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
جنس	زن	۹۹
	مرد	۸۹
	کل	۱۸۸
میزان تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱۰۳
	دیپلم و فوق دیپلم	۴۷
	لیسانس و بالاتر	۳۶
	کل	۱۸۶
وضعیت تأهل	مجرد	۳۲
	متأهل	۱۵۲
	کل	۱۸۴
شغل	بیکار	۲۲
	خانه دار	۷۶
	بازنشسته	۱۴
	دانش آموز/ دانشجو	۶
	سایر	۶۹
	کل	۱۸۷
محل زندگی	شهر	۱۴۸
	روستا	۴۰
	کل	۱۸۸
میزان درآمد ماهیانه (تومان)	کمتر از ۱ میلیون	۸۱
	بین ۱ تا ۲ میلیون	۵۰
	بین ۲ تا ۳ میلیون	۲۱
	بیشتر از ۳ میلیون	۱۰
	کل	۱۶۲
بخش محل بستری	جراحی ۱	۱۰
	جراحی ۲	۱۴
	جراحی ۳	۱۸
	جراحی ۴	۱۴
	داخلی عمومی ۱	۱۵
	داخلی عمومی ۲	۱۵

۹/۲	۱۷	داخلی عمومی ۳
۸/۶	۱۶	نورولوژی / روماتولوژی
۶/۵	۱۲	پوست
۷/۶	۱۴	سی سی یو
۲/۲	۴	پست قلب
۷/۱	۱۳	اورژانس جراحی
۱۲/۰	۲۲	جراحی زنان
۱۰۰/۰	۱۸۴	کل
۹۴/۶	۱۷۵	دارد
۵/۴	۱۰	ندارد
۱۰۰/۰	۱۸۵	کل
۶۹/۷	۱۲۹	دارد
۳۰/۳	۵۶	ندارد
۹۸/۴	۱۸۵	کل

جدول ۲: میانگین امتیاز سواد سلامت و ابعاد آن در شرکت کنندگان پژوهش

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	انحراف معیار $\pm$ میانگین
مهارت خواندن	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۳/۸۱ \pm ۱/۱۷$
دسترسی	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۳/۶۴ \pm ۱/۱۹$
فهم	۱۸۸	۱/۸۶	۵/۰۰	$۴/۲۵ \pm ۰/۸۰$
ارزیابی	۱۸۸	۱/۰۰	۵/۰۰	$۳/۵۵ \pm ۰/۹۸$
تصمیم گیری	۱۸۷	۲/۰۸	۵/۰۰	$۴/۰۴ \pm ۰/۷۰$
سواد سلامت	۱۸۸	۲/۰۳	۵/۰۰	$۳/۹۳ \pm ۰/۶۸$

سایر یافته‌ها نشان داد که ۱۱/۷ درصد از بیماران سواد سلامت ناکافی، ۳۵/۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۲/۷ درصد سواد سلامت کافی داشتند. میانگین امتیاز رابطه پزشک - بیمار و ابعاد آن در بیمارستان مورد مطالعه نیز در جدول ۳ ارائه شده است.

بر اساس جدول فوق، مطلوبیت رابطه مشارکت کنندگان در پژوهش و پزشکان، در سطح متوسطی قرار داشت. ضرایب همبستگی سطح سواد سلامت بیماران و ابعاد آن با رابطه پزشک-بیمار نیز در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین نمره رابطه پزشک-بیمار و ابعاد آن در شرکت کنندگان پژوهش

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	انحراف معیار $\pm$ میانگین
شفافیت کلی	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۷۷ \pm ۱/۳۳$
پاسخگویی به نگرانی‌های بیمار	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۰۳ \pm ۰/۹۴$
توضیح وضعیت و تشخیص	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۱۴ \pm ۱/۰۷$
توضیح فرایندهای مراقبت	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۸۰ \pm ۱/۱۴$
توضیح مراقبت از خود پس از ترخیص	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۱۶ \pm ۱/۳۰$
توانمند سازی	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۴۳ \pm ۱/۳۰$
تصمیم گیری	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۷۵ \pm ۱/۰۳$
توجه به علایق و توانایی‌های بیمار	۱۸۸	۰/۰۰	۵/۰۰	$۲/۴۳ \pm ۱/۳۳$
رابطه پزشک-بیمار	۱۸۸	۱/۰۰	۴/۸۹	$۲/۴۸ \pm ۰/۷۷$

جدول ۴: ضرایب همبستگی سطح سواد سلامت بیماران و ابعاد آن با رابطه پزشک-بیمار

متغیر	رابطه پزشک-بیمار		شفافیت کلی		پاسخگویی به نگرانی‌های بیمار		توضیح وضعیت و تشخیص		توضیح فرایندهای مراقبت		توضیح مراقبت از خود پس از ترخیص		توانمند سازی		تصمیم گیری		توجه به علایق و توانایی‌های بیمار	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
سواد سلامت	-۰/۳۳۸	< ۰/۰۰۱	-۰/۱۹۸	-۰/۰۰۶	-۰/۲۷۸	< ۰/۰۰۱	-۰/۳۶۹	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۹۳	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۳۱	-۰/۰۰۱	-۰/۲۰۸	-۰/۰۰۴	-۰/۰۸۳	-۰/۲۵۷	-۰/۱۸۵	-۰/۰۱۱
مهارت خواندن	-۰/۱۵۷	-۰/۰۳۲	-۰/۰۸۵	-۰/۲۴۴	-۰/۲۰۳	-۰/۰۰۵	-۰/۲۰۲	-۰/۰۰۵	-۰/۱۰۵	-۰/۱۵۳	-۰/۰۱۷	-۰/۸۲۰	-۰/۱۰۶	-۰/۱۴۸	-۰/۰۴۹	-۰/۵۰۵	-۰/۰۸۲	-۰/۲۶۱
دسترسی	-۰/۱۴۸	-۰/۰۴۲	-۰/۱۰۵	-۰/۱۵۲	-۰/۰۵۱	-۰/۴۸۸	-۰/۱۵۰	-۰/۰۴۰	-۰/۱۳۴	-۰/۰۶۶	-۰/۱۳۲	-۰/۰۷۰	-۰/۰۵۷	-۰/۴۳۴	-۰/۰۲۰	-۰/۷۸۷	-۰/۰۵۲	-۰/۴۷۷
فهم	-۰/۳۷۵	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۰۸	-۰/۰۰۴	-۰/۳۰۲	< ۰/۰۰۱	-۰/۴۲۱	< ۰/۰۰۱	-۰/۳۲۰	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۳۴	-۰/۰۰۱	-۰/۲۶۴	< ۰/۰۰۱	-۰/۰۷۱	-۰/۳۳۰	-۰/۲۴۴	-۰/۰۰۱
ارزیابی	-۰/۱۱۳	-۰/۱۲۲	-۰/۰۶۸	-۰/۳۵۰	-۰/۰۹۱	-۰/۲۱۲	-۰/۱۷۷	-۰/۰۱۵	-۰/۱۳۲	-۰/۰۷۱	-۰/۰۷۱	-۰/۳۳۴	-۰/۰۰۵	-۰/۹۴۴	-۰/۰۳۱	-۰/۶۷۳	-۰/۰۴۷	-۰/۵۲۶
تصمیم گیری	-۰/۳۶۶	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۰۱	-۰/۰۰۶	-۰/۳۲۹	< ۰/۰۰۱	-۰/۳۶۷	< ۰/۰۰۱	-۰/۳۳۱	< ۰/۰۰۱	-۰/۳۰۰	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۶۰	< ۰/۰۰۱	-۰/۱۱۹	-۰/۱۰۵	-۰/۲۱۳	-۰/۰۰۳

* آزمون همبستگی پیرسون

** سطح معنی‌داری $p < ۰/۰۰۵$

بحث

پزشکان و بیماران می‌باشد.

دیگر یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد که سطح سواد سلامت بیماران و اغلب ابعاد آن (به استثناء بعد ارزیابی) دارای رابطه آماری با نمره تعامل پزشک-بیمار در جمعیت مورد مطالعه می‌باشد.

ویلیامز و همکاران (۲۰۰۲) در یک مطالعه مروری به تحلیل یافته‌های مطالعات منتشر شده در مورد رابطه سواد سلامت بیماران و تعامل آن‌ها با پزشکان در طی سال‌های ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۱ میلادی پرداخته‌اند. آن‌ها در این مطالعه به این نتیجه رسیده‌اند که بیماران دارای سطح پایین‌تر سواد سلامت دارای مشکلات بیشتری در برقراری ارتباط با ارائه دهندگان مراقبت یا سلامت می‌باشند (۱۷). ایشی کاوا و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی دیگر بر روی بیماران بستری در یک بیمارستان در توکیو ژاپن گزارش کرده‌اند که سطح سواد سلامت بیماران با فرایند تبادل اطلاعات بین بیمار و پزشک در طی ویزیت مرتبط می‌باشد. آن‌ها در این مطالعه نشان داده‌اند که سطح ناکافی سواد سلامت بیماران می‌تواند یک مانع عمده در برقراری ارتباط مؤثر پزشک و بیمار باشد (۲۷). سیم و همکاران (۲۰۱۶) نیز در یک بررسی متون نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (۲۸). لین و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش دیگر با مشارکت بیماران مبتلا به کاتاراکت در چین گزارش کرده‌اند که سطح سواد سلامت و مهارت کامپیوتر بیماران با کیفیت تعامل پزشک-بیمار ارتباط دارد (۱۸). کریپالانی و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه‌ای مشابه بر روی ۸۴ بیمار بستری در بیمارستانی در آتلانتا به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت تعامل بیماران دارای سطح پایین‌تر سواد سلامت با پزشکان در مدت بستری در سطح ضعیف‌تری می‌باشد. این محققین نیز بر اساس یافته‌های مطالعه خود، نتیجه گرفته‌اند که ارتقاء سطح سواد سلامت بیماران می‌تواند کیفیت ارتباط آن‌ها با پزشکان را بهبود بخشد (۲۰).

به طور کلی، بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات مشابه به نظر می‌رسد که سطح سواد سلامت بیماران از جمله عوامل تعیین کننده کیفیت تعامل آن‌ها با پزشکان می‌باشد. چنانچه ذکر شد، کیفیت تعامل پزشک و بیمار نیز می‌تواند نتایج درمان را تحت تأثیر قرار دهد. لذا،

پژوهش حاضر با هدف اندازه گیری سطح سواد سلامت بیماران بستری در بیمارستان شهید فقیهی شیراز و آزمون رابطه آن با تعامل بیمار-پزشک انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که حدود نیمی از مشارکت کنندگان در پژوهش دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی می‌باشند. لذا، سطح سواد سلامت جمعیت مورد مطالعه قابل بهبود می‌باشد. مطالعات مشابه نیز نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند. ملاخلیلی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با مشارکت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان گزارش کرده‌اند که اغلب بیماران مورد بررسی دارای سواد سلامت ناکافی و حاشیه‌ای بودند (۲). خسروی و احمدزاده (۱۳۹۴) در پژوهشی دیگر بر روی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر بوشهر، به این نتیجه رسیده‌اند که سطح سواد سلامت بیماران مورد بررسی در سطوح مرزی و ناکافی می‌باشد (۷).

پژوهش‌های رئیسی و همکاران (۱۳۹۳) بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک حضرت علی (ع) اصفهان (۳)، علیدوستی و توسلی (۲۰۱۹) بر روی بیماران دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز سلامت شهرکرد (۱۰)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۷) بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در شهر گچساران (۱۱)، چارقیچیان خراسانی و همکاران (۱۳۹۶) بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به خانه‌های بهداشت شهرستان چناران (۱۴) و مرزنگی و همکاران (۱۳۹۷) بر روی افراد مبتلا به بیماری قلبی مراجعه کننده به مراکز خدمات بهداشتی و درمانی در جنوب استان آذربایجان غربی (۱۵) نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند. مطالعات انجام شده در سایر کشورها نیز غالباً وضعیت مشابهی را گزارش کرده‌اند (۱۷-۱۹). لذا به نظر می‌رسد ضعف سواد سلامت بیماران یک مشکل شایع جهانی است.

یافته‌های پژوهش در مورد وضعیت تعامل پزشک-بیمار نیز نشان داد که مطلوبیت رابطه بیماران مورد پژوهش با پزشکان در حد متوسط می‌باشد. در این مورد نیز متون موجود نشان دهنده وضعیت قابل بهبود تعامل پزشک-بیمار در مراکز مراقبت از سلامت کشور می‌باشد (۲۴، ۲۵). بهبود رابطه پزشک-بیمار نیز مستلزم مداخله در هر ۲ جهت این رابطه و ارتقاء توانمندی ارتباطی هر دوی

انجام شود.

نتیجه گیری

براساس یافته‌های این مطالعه کیفیت تعامل پزشک-بیمار و اکثر ابعاد آن با سطح سواد سلامت بیماران ارتباط دارد. به عبارتی، افزایش سطح سواد سلامت بیماران می‌تواند منجر به تعامل بهتر آن‌ها با پزشک شود. لذا، مداخلات مناسب برای ارتقاء سطح سواد سلامت جمعیت مفید خواهند بود.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از کلیه افرادی که در انجام این مطالعه، نویسندگان را یاری نموده‌اند، قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: پ. ب. ن. ه. م. الف. ب

جمع آوری داده‌ها: ن. ه

تحلیل داده‌ها: پ. ب. ن. ه. م. الف. ب

نگارش و اصلاح مقاله: پ. ب. ن. ه. م. الف. ب

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پروژه کارشناسی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد حمایت قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

طراحی و اجرای مداخلات مناسب با هدف ارتقاء سطح سواد سلامت جمعیت عمومی و نیز بیماران هم به صورت مستقیم و هم از طریق بهبود عواملی نظیر ارتباط پزشک-بیمار بر بهبودی بیماران و وضعیت سلامت عمومی اثر مثبت خواهد داشت. مداخلات آموزشی از جمله مؤثرترین این مداخلات می‌باشند. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که اجرای مداخلات آموزشی راهکاری مناسب برای بهبود سواد سلامت می‌باشد. از جمله این مطالعات می‌توان به پژوهش‌های حجازی و همکاران (۱۳۹۶) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت شهید قدسی مشهد (۲۹)، فلاحتی و میری (۱۳۹۶) در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی لرستان (۳۰) و گنجی و همکاران (۱۳۹۶) در افراد مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مشهد (۳۱) اشاره کرد.

با توجه به تأیید اثربخشی مداخلات آموزشی، نقش نظام آموزشی و نیز رسانه‌ها در این زمینه، پر اهمیت می‌باشد. قابل ذکر است که اگرچه در مطالعه حاضر، ارتباط سطح سواد سلامت بیماران و تعامل آنان با پزشکان تأیید شد اما این مطالعه، پژوهشی مقطعی بوده و داده‌های آن به صورت خود گزارشی جمع آوری شده است. لذا، محدودیت‌های مطالعات مقطعی و داده‌های خود گزارشی را دارا بوده و تعمیم یافته‌های آن باید با دقت

References

- 1) Khadivi A. Study of Health Literacy among Girl Students in Tabriz City, Iran, based on Demographic Characteristics. Health Inf Manage 2018; 15(4): 182-7. doi: 10.22122/him.v15i4.3617. [Persian]
- 2) Mollakhalili H, Papi A, Sharifirad Gh, Zare Farashbandi F, Hasanzade A. A survey on health literacy of inpatient's educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Health Inf Manage 2014; 11(4): 464-73. [Persian]
- 3) Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahak B, Tavassoli E, Sharifirad Gh. Communicative and Critical Health Literacy and Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2015; 14(3): 199-208. [Persian]
- 4) Dadipoor S, Ramezankhani A, Aghamolaei T, Rakhshani F, Safari-Moradabadi A. Evaluation of Health Literacy in the Iranian Population. Health Scope 2018; 7(3): e62212. doi: 10.5812/jhealthscope.62212.
- 5) Zareban I, Izadirad H, Jadge K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. Journal of Health Literacy 2016; 1(2): 71-82. [Persian]
- 6) Karimi S, Keyvanara M, Hosseini M, Jafarian Jazi M, Khorasani E. Health Literacy, Health Status, Health Services Utilization and Their Relationships in Adults in Isfahan. Health Inf Manage 2014; 10(6): 862-75. [Persian]
- 7) Khosravi A, Ahmadzade Kh. Investigating health literacy Level of patients referred to Bushehr hospitals and recognizing its effective factors. ISMJ 2016; 18(6): 1245-53. [Persian]
- 8) Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarnejad A. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Students. Journal of Preventive Medicine 2016; 3(2): 36-43. [Persian]

- 9) Khodabakhshi-Koolaee A, Bahari M, Falsafinejad MR, Shahdadi H. The Relationship of Quality of Life with Health Literacy in Male Patients with Type II Diabetes: A Cross-sectional Study in HARSIN City 2015. *J Diabetes Nurs* 2016; 4(4): 10-20. [Persian]
- 10) Alidosti M, Tavassoli E. Investigating Health literacy, knowledge and self-efficacy in patients with type 2 diabetes referring to health centers in shahrekord. *Journal of Health Literacy* 2019; 3(4): 36-45. doi: 10.22038/jhl.2019.37203.1024.
- 11) Mohammadpour MT, Zarifinezhad E, Armand R. A Study of correlation between applied health literacy and Self-care behaviors in hypertensive patients of Gachsaran City, 2016 (Iran). *Qom Univ Med Sci J* 2018; 12(10): 55-65. [Persian]
- 12) Farghadani Z, Taheri-Kharamah Z, Amiri-Mehra A, Ghajari H, Barati M. The relationship between health literacy and self-care behaviors among patients with heart failure. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2018; 24(2): 186-96. [Persian]
- 13) Tahery N, Ghajari H, Shahbazi H. The Association of Health Literacy with Self-Efficacy and Self-Care, in Type 2 Diabetes Patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2018; 20(3): 135-41. [Persian]
- 14) Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Sahebkar M, Moghzi M. Investigating health literacy in patients with type2 diabets referring to the health houses of Chenaran in 2016 . *JNKUMS* 2017; 9(2): 183-91. doi: 10.18869 /acadpub. jnkums. 9.2.183. [Persian]
- 15) Marzangi A, Ahangarzadeh Rezaei S, Ghareagaji Asl R. Health Literacy In Heart Disease Commiunity That Covered By Health Services Centers In South of West Azarbaijan Province. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2018; 16(1): 45-54. [Persian]
- 16) Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *Am Fam Physician* 2005; 72(3): 463-8. PMID: 16100861.
- 17) Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Fam Med* 2002; 34(5): 383-9.
- 18) Lin X, Wang M, Zuo Y, Li M, Lin X, Zuo S, et al. Health Literacy, Computer Skills and Quality of Patient-Physician Communication in Chinese Patients with Cataract. *PLoS ONE* 2014; 9(9): e107615. doi:10.1371/journal.pone.0107615.
- 19) Vaughn E, Hadden K, Doolittle B. Patient Health Literacy and Perception of Provider Communication: Is there a Link?. *J Fam Med Dis Prev* 2015; 1: 016.
- 20) Kripalani S, Jacobson TA, Mugalla CI, Cawthon RC, Niesner KJ, Vaccarino V. Health Literacy and the Quality of Physician-Patient Communication during Hospitalization. *J Hosp Med* 2010; 5(5): 269-75. doi:10.1002/jhm.667.
- 21) Shafati M, Zahedi MJ. Sociological explanation of patient-physician relationship: A qualitative study in Ahvaz. *Iran Journal of Sociological Studies* 2014; 8(1): 105-37. [Persian]
- 22) Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *Iranian Journal of Medical History and Ethics* 2012; 5(4): 36-50. [Persian]
- 23) Moein A, Anbari Akmal K. The relationship of physician and patient. *Daneshvare Pezeshki* 2009; 17(85): 71-80. [Persian]
- 24) Shakerinia I. Phisician-patient relationship and it role in the patient's satisfaction with treatment process. *Journal of Medical History and Ethics* 2009; 2(3): 9-16. [Persian]
- 25) Shafati M, Zahedi MJ. Physician-Patient Relationship: Ecology of Multiple Patient Visits at Private Offices of Doctors. *J Qual Res Health Sci* 2013; 2(1): 46-61. [Persian]
- 26) Montazeri A, Tavooosi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh* 2014; 13: 589-99. [Persian]
- 27) Ishikawa H, Yano E, Fujimori Sh, Kinoshita M, Yamanouchi T, Yoshikawa M, et al. Patient health literacy and patient-physician information exchange during a visit. *Family Practice* 2009; 26: 517-23. doi:10.1093/fampra/cmp060.
- 28) Sim D, Yuan SE, Yun JH. Health literacy and physician-patient communication: a review of the literature. *The International Journal of Communication and Health* 2016; (10): 101-14.
- 29) Hejazi S, Peyman N, Tajfard M, Esmaily H. The Impact of Education Based on Self-efficacy Theory on Health Literacy, Self-efficacy and Self-care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *Iran J Health Educ Health Promot* 2018; 5(4): 296-303. doi: 10.30699/ acadpub. ijhehp.5. 4. 296. [Persian]
- 30) Falahi M, Miri M. The Effects of E-Learning Based on the Dimensions of Health Literacy in Patients with Ischemic Heart Disease. *Nursing Development in Health* 2017; 8(1): 29-36. [Persian]
- 31) Gangi S, Peyman N, Meysami Bonab S, Esmaily H. Effect of self-Care training program on Quality of Life and Health literacy in the Patients with Essential Hypertension. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2018; 60(6): 792-803. [Persian]

Research Article

Correlation of Patients' Health Literacy and Physician-Patient Interaction: A Case Study in Shahid Faghihi Hospital, Shiraz, 2019

Peivand Bastani^{1,2} , Nayereh Hashemi³ , Mohammad Amin Bahrami^{1,2*} 

¹ Associate Professor, Department of Healthcare Management, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Associate Professor, Health Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³ BSc student in Healthcare Management, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* Corresponding Author : Mohammad Amin Bahrami

aminbahrami1359@gmail.com

ABSTRACT

Citation: Bastani P, Hashemi N, Bahrami MA. Correlation of Patients' Health Literacy and Physician-Patient Interaction: A Case Study in Shahid Faghihi Hospital, Shiraz, 2019. *Manage Strat Health Syst* 2019; 4(1): 47-56.

Received: April 17, 2019

Revised: June 15, 2019

Accepted: June 16, 2019

Funding: This study has been supported by Shiraz University of Medical Sciences.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Background: Health literacy was defined as the cognitive and social skills, which determine the motivation and ability of individuals to search, understand, and use the information, which maintain and promote their health. This study was aimed to assess patients' health literacy and to examine its correlation with physician-patient interaction.

Methods: This analytical correlation cross-sectional study was conducted in Shiraz Shahid Faghihi hospital in 2019. A total of 200 patients were selected using the stratified-random method to participate in this study. The required data were collected using two valid questionnaires including Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) and Interpersonal Processes of Care in Diverse Populations Questionnaire (IPC). Data analysis was conducted using SPSS 25. Descriptive statistics and Pearson correlation coefficient were applied in data analysis.

Results: Patients' health literacy and majority of its dimensions (with the exception of evaluation) were statistically correlated with physician-patient interaction among the studied population.

Conclusion: Effective interventions should be designed and implemented to promote health literacy both in general and patient populations. As a result, positive achievements can be created through improving the physician-patient interaction.

Key words: Health literacy, Physician-Patient relationship, Hospital