

بررسی الگوهای ارتباط پزشک و بیمار در بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان شهید بهشتی اصفهان-۱۳۸۶

زهرا کرمی^{۱*}، محمود کیوان‌آرا^۲

۱. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، کارشناس مرکز تحقیقات علوم انسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۲. دکترای جامعه‌شناسی پزشکی، استادیار گروه مدیریت و خدمات بهداشتی و درمانی و مرکز تحقیقاتی علوم انسانی سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

• دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۰ • پذیرش مقاله: ۸۸/۱۰/۲۸

زمینه و هدف: ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار باعث جلب اعتماد بیماران، جلوگیری از مراجعات مکرر آنها به پزشکان متفاوت یا سرگردانی آنها و موجب کاهش هزینه‌ها و صرفه‌جویی در وقت می‌گردد. هدف این تحقیق تعیین الگوی غالب ارتباط پزشک و بیمار در بیماران بود.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، ۳۰۵ نفر از بیمارانی بررسی شدند که برای اولین بار به دلیل بیماری اخیر خود به پزشکان درمانگاه بیمارستان شهید بهشتی اصفهان مراجعه کرده بودند. داده‌ها با پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته شامل ۱۰ سؤال عمومی و ۱۹ سؤال نگرش‌سنجی گردآوری شد که روایی و پایایی آن قبل از جمع‌آوری داده‌ها تأیید شده بود.

یافته‌ها: الگوهای ارتباط پزشک و بیمار به ترتیب فراوانی، الگوی راهنمایی- همکاری (۸۶/۵ درصد)، الگوی فعال- منفعل (۱۱/۱ درصد) و الگوی مشارکت متقابل (۲/۴ درصد) بود. نوع الگوی ارتباط پزشک و بیمار با توجه به سطح تحصیلات و پایگاه اجتماعی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. در گروه‌های سنی بالاتر استفاده از الگوی راهنمایی- همکاری و در گروه‌های سنی پایین‌تر، الگوی فعال- منفعل به طور معنی‌داری بیشتر بود ($P=0/047$).

نتیجه‌گیری: با توجه به کم بودن فراوانی الگوی مشارکت متقابل (مؤثرترین الگو در ارتباط پزشک و بیمار)، بنابراین افزایش آگاهی بیمار از وضعیت سلامتی خود و تشویق او برای مشارکت در روند درمان و در نتیجه افزایش مسئولیت هر دو طرف نسبت به هدف مشترک می‌تواند ارتباط پزشک و بیمار را بر اساس الگوی مشارکت متقابل به پیش ببرد و با ایجاد اعتماد بین بیمار و پزشک، دستیابی به سلامت را تسهیل نماید.

کلید واژه‌ها: ارتباط پزشک و بیمار، الگوی فعال- منفعل، الگوی راهنمایی- همکاری، الگوی مشارکت متقابل

* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات علوم انسانی سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

مقدمه

ارتباط بین پزشک و بیمار در قلب طبابت جای دارد و محور همه اقدامات بالینی می‌باشد، به طوری که ۸۰-۶۰ درصد از تشخیص‌های پزشکی و نیز درصد مشابهی از تصمیم‌های درمانی بر مبنای اطلاعات به دست آمده از مصاحبه پزشکی است (۱،۲). هولت (Holte) ارتباط را به عنوان مهم‌ترین ویژگی لازم برای افراد شاغل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه توصیف می‌کند (۲).

برخی از محققین معتقدند کیفیت ارتباط پزشک و بیمار به دلایل رضایت بیمار، اثرات مثبت بر دستاوردهای مراقبت از بیمار، پیروی بیمار از دستورات پزشک، کاهش زمان لازم برای توجیه بیمار، کاهش شکایات از پزشکان و ارزیابی مثبت از عملکرد پزشک، دارای اهمیت می‌باشد (۳). اگر ناهماهنگی بین پزشکان و بیماران و عقاید و افکار آنها در مورد بیماری تشخیص داده نشود، حاصل آن درک نادرست، عدم پیروی بیماران از دستورات پزشکان، نارضایتی و نتایج نامطلوب می‌باشد (۴).

پارسونز (Parsons) در مورد ارتباط پزشک و بیمار چهار مدل را مطرح می‌نماید:

نخست او ارتباطی نامتقارن را بیان می‌دارد که پزشک از موضع مسلطی برخوردار است که ناشی از دانش پزشکی او می‌شود و بیمار صرفاً باید همکاری نماید. این ارتباط ارتباطی پدرانه (یا راهنمایی-همکاری) نامیده می‌شود. دوم ارتباط دوطرفه می‌باشد. در یک ارتباط دو طرفه فعالیت بیماران به نسبت تقریباً برابر با پزشکان، در هنگام مشاوره همراه است. پزشک مهارت و چهارچوب کلینیکی خویش را در چهارچوب تکنیک‌های تشخیصی عرضه می‌کند و بیمار تخصص خود را به کار می‌گیرد تا تجارب خویش و تبیین‌های خود از بیماری‌ها و وضعیت‌های اجتماعی ویژه مانند شرایطی که بیماری‌های او توسعه می‌یابد را بیان نماید. سوم شکل دیگری از عدم تعادل در قدرت ایجاد می‌شود که با عنوان ارتباط مشتری‌گرایی نام برده می‌شود. در این نوع ارتباط بیمار نقش فعال به خود

می‌گیرد، در حالی که پزشک نقش انفعالی نسبتاً مفیدی را می‌پذیرد و درخواست‌های بیمار را به عنوان یک عقیده ثانوی می‌پذیرد. این نوع ارتباط به ویژه در یک موقعیت رقابتی در بازار رخ می‌دهد. نوع چهارم، ارتباط ناقص می‌باشد. ارتباط ناقص زمانی اتفاق می‌افتد که پزشک کنترلش کاهش پیدا کرده و بیمار نیز از نقشی انفعالی برخوردار است. این حالت زمانی رخ می‌دهد که بیماران از جایگزین‌های مناسب برای نقش بیمار منفعل آگاه نیستند یا کمرو و محجوبند که به حدی نمی‌توانند نقش مشارکتی بیشتری را بپذیرند. در این حالت هر دو از کیفیت مشاوره‌ای ناکافی برخوردارند. به هر حال چگونگی مشارکت پزشکان و بیماران را نمی‌توان بر اساس شرایط پزشکی بیماران توضیح داد، بلکه این روابط می‌تواند به وسیله انتظارات پزشک و بیمار و ایجاد زمینه مناسب برای مشاوره، تحت تأثیر قرار گیرد (۵).

از دیدگاه دیگر، نوع ارتباطی که بین بیمار و پزشک به وجود می‌آید وابسته به شرایط همکاری و نیز باورهای آنان نسبت به جایگاه مطلوب مسئولیت و قدرت است. این ارتباط یکی از سه شکل اساسی زیر را دارد:

۱- الگوی فعال-منفعل

۲- الگوی راهنمایی-همکاری

۳- الگوی مشارکت متقابل (۶)

سه الگوی مطرح شده در تحقیقی در سال ۱۹۵۶ توسط زاس (Szase) و هولندر (Hollander) مطرح شد. آنها معتقد بودند هر یک از این روابط تحت تأثیر رویه‌های تکنیکی، چگونگی مداخله و کانون‌های اجتماعی که آن ارتباطها در آن اتفاق می‌افتد، می‌باشند. در اولین نمونه که با مفاهیم "فعال-منفعل" (activity-passivity) معین می‌شود پزشک مانند پدر و بیمار مانند یک کودک تلقی می‌شود (۷). در مورد جراحات وخیم، حالات احتضار یا بیهوشی، رابطه شکل "فاعلی-انفعالی" به خود می‌گیرد. بیمار موضوعی منفعل، در حالی که پزشک کاملاً فعال است (۸).

عدم نارضایتی‌ها به عدم شرکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری برای درمان بیمار؛ عدم اختصاص وقت کافی برای ملاقات با یک بیمار؛ عدم امکان دسترسی سریع به پزشک در موارد اضطراری؛ عدم محرمانه بودن محیط ملاقات به دلیل ورود همزمان چند بیمار به مطب و زیاد منتظر ماندن در اتاق انتظار، مربوط می‌شود (۱۱). همچنین مطالعات انجام شده در مورد ارتباط پزشکان و بیماران نشان می‌دهد در ۵۰ درصد از ملاقات‌های بیمار و پزشک در مورد مشکل اصلی توافق وجود ندارد و تنها ۵۴ درصد از مشکلات بیمار و ۴۵ درصد از نگرانی‌های آنان در مراجعه به پزشک مشخص می‌گردد (۴).

مصاحبه با ۲۰۰۰ بیمار حین ترخیص از بیمارستان نشان داد که از نظر ۵۰ درصد آنان، مذاکره پزشک و بیمار نامطلوب می‌باشد (۹). انتقاد بیماران به‌خصوص آقایان، افراد دانشجویی و مسن‌تر این بود که پزشکان در مورد روش‌های درمانی مختلف (۴۵ درصد)، عوارض احتمالی درمان (۵۳ درصد) و پیامد بیماری (۳۵ درصد) با آنان در حد لازم، گفتگو نکرده‌اند (۱۲).

نتایج مطالعه‌ای که دانش و نگرش دستیاران پزشکی را در مورد مهارت‌های ارتباطی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار داده است، نشان داد دانش دستیاران از مهارت‌های ارتباطی ضعیف است و دورنمای نه چندان رضایت‌بخش دانش و نگرش دستیاران در مورد مهارت‌های ارتباطی، ضرورت تشکیل کلاس‌های آموزشی را حتمی‌تر می‌سازد (۱۳). در این زمینه عنوان شده است که آموزش مهارت‌های ارتباطی نیاز به روش‌های آموزشی اختصاصی و متناسب با این مهارت‌ها دارد و آموزش مهارت‌های ارتباطی به شیوه بازخورد ویدئویی به‌طور قابل توجهی برتر از روش‌های نظری می‌باشد (۱۴).

با توجه به مشکلات ارتباطی بین پزشکان و بیماران و عدم توجه به الگوهای ارتباط پزشک و بیمار در تحقیقات انجام شده قبلی، تحقیق حاضر بر آن شد این الگوها را بررسی و رابطه آن را با متغیرهای زمینه‌ای تبیین نماید.

دومین نمونه که "راهنمایی - همکاری" (guidance-co-operation) نام دارد، تحت عنوان روابط بین پدر- نوجوان مفهوم‌سازی شده است. این نمونه از مصادیق بیشتری برخوردار است. مثلاً این حالت در زمانی اتفاق می‌افتد که عفونت حاد در یک دوره معینی باعث می‌شود که پزشک بیمار را درمان می‌کند. در واقع بیمار در این مدل قادر است تا حدودی دستورات پزشک را به کار بندد و تا حدودی نظر خود را اعمال کند (۵).

در حالت سوم، مشارکت دو طرفه (mutual participation) است، مانند تعامل بین بزرگسال- بزرگسال است. مدیریت بیماری‌های مزمن. مثل فشار خون و دیابت از این نوع الگوی ارتباطی است (۵). در این مدل، مشارکت دو طرفه شانس بیشتری دارد. در واقع پزشک و بیمار جز در مواقع ضروری یکدیگر را نمی‌بینند و نقش پزشک به آموزش بیمار برای انجام کارهای ضروری خویش محدود می‌گردد (۸).

تحقیقی در سال ۲۰۰۲ در اوهایوی شمالی، با مشاهده ویزیت ۲۸۸۱ بیمار توسط ۱۳۸ پزشک خانواده انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که تمرکز بر بیمار توسط پزشک بالاترین میزان رضایت و کنترل زیاد پزشک بر بیمار، کمترین رضایت را از طرف بیماران به همراه دارد (۹). تحقیق دیگری از سال ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۸ بر روی ۱۸۱۶ بیمار بزرگسال ۱۸ تا ۶۵ ساله که توسط ۶۴ پزشک شرکت‌کننده در تحقیق ویزیت می‌شدند، انجام شد. نتایج نشان داد میزان مشارکت بیماران آمریکایی آفریقایی‌تبار با پزشکان نسبت به بیماران سفید پوست کمتر بود. بیماران با پزشکان هم‌نژاد خودشان بیشتر مشارکت داشتند. این تحقیق نشان داد افزایش تعاملات فرهنگی با دسترسی به گروه‌های مختلف از پزشکان می‌تواند موجب مراقبت گسترده‌تر، رضایت بیشتر و نتایج بهداشتی بهتر گردد (۱۰).

بر اساس نتایج تحقیقی که رضایت بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی شهر اصفهان از نحوه ارتباط پزشک و بیمار را مورد بررسی قرار داده بود، در نگرش کلی ۶۸ درصد از بیماران از نحوه ارتباط پزشک راضی بودند و

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی می‌باشد. جامعه آماری شامل بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان شهید بهشتی اصفهان بود که برای جلوگیری از سوگیری در تحقیق به دلیل مراجعات مکرر، تنها بیمارانی انتخاب گردیدند که برای اولین بار برای مشکل اخیر خود به کلینیک مراجعه کرده بودند. زنان بارداری که برای مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه کرده بودند، مراجعین به کلینیک ترک اعتیاد، کلینیک اطفال و نوزادان، تنظیم خانواده و مشاوره شیردهی و همچنین مراجعین به کلینیک پوست که جهت زیبایی مراجعه کرده بودند در تحقیق منظور نشدند. لازم به ذکر است که بیمارستان و کلینیک وابسته به بیمارستان شهید بهشتی مختص زنان می‌باشد، به طوری که هم پزشکان و هم بیماران مراجعه‌کننده زن می‌باشند. دلیل انتخاب این کلینیک برای تحقیق، جلوگیری از سوگیری به دلیل جنسیت چه از نظر پزشک و چه از نظر بیمار بود.

حجم نمونه شامل ۳۰۵ نفر از بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان شهید بهشتی اصفهان بود که با استفاده از فرمول برآورد یک نسبت محاسبه شد.

از هر ۱۰ کلینیک تخصصی شامل ارتوپدی، چشم‌پزشکی، زنان-زایمان، جراحی زنان، قلب و داخلی، انکولوژی، اعصاب، پوست، ارولوژی و گوش و حلق و بینی ۳۱-۳۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب گردیدند. پرسش‌نامه‌ها توسط پرسشگر در طی دو ماه تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته شامل ۱۰ سؤال عمومی و ۱۹ سؤال نگرش‌سنجی بود که بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تنظیم شد. بنابراین حداقل نمره ۵ و حداکثر ۹۵ بود.

روایی محتوای پرسش‌نامه توسط متخصصین و پایایی ثبات درونی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۱) تأیید گردید. نمرات به سه دسته که سه الگوی ارتباط پزشک و بیمار را مشخص می‌کرد تقسیم گردید. این الگوها شامل

فعال-منفعل، راهنمایی-همکاری و مشارکت متقابل بود که هر چه نمره پایین‌تر بود الگوی ارتباط به فعال-منفعل نزدیک‌تر و هرچه نمره زیادتر می‌شد به الگوی مشارکت متقابل نزدیک‌تر می‌گردید. از نمره ۱۹ الی ۴۴ الگوی فعال-منفعل، از نمره ۴۵ الی ۷۰ الگوی راهنمایی-همکاری و نمره ۷۱ الی ۹۵ الگوی مشارکت متقابل در نظر گرفته شد.

برای تعیین شاخص طبقه اجتماعی از ۵ پرسش شامل محل اقامت، سطح تحصیلات، داشتن یا نداشتن خودرو شخصی، و نوع مسکن (حداکثر نمره ۳ برای هر کدام) و درآمد ماهیانه با حداکثر نمره ۴، بدون در نظر گرفتن اولویت و دادن ضریب یک به همه آنها استفاده شد. سپس مجموع نمرات محاسبه شده به سه طبقه اجتماعی پایین، متوسط و بالا تقسیم گردید. حداکثر نمره که از جمع نمره رتبه‌های شاخص طبقه اجتماعی به‌دست آمد حداکثر نمره ۱۶ و حداقل نمره ۴ بود. نمره ۴ الی ۸ طبقه اجتماعی پایین، نمره ۹ الی ۱۲ طبقه اجتماعی متوسط و نمره ۱۳ الی ۱۶ طبقه اجتماعی بالا منظور گردید.

الگوی ارتباط پزشک و بیمار به‌عنوان متغیر مستقل و سن، سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی به‌عنوان متغیرهای زمینه‌ای در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS.V.12 و با استفاده از آزمون مجذور کای و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، صورت گرفت.

به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده به صورت محرمانه نزد محقق محفوظ بوده و نتایج تحقیق به صورت کلی منتشر می‌گردد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده، بیشترین الگوی ارتباط پزشک و بیمار، مربوط به الگوی راهنمایی-همکاری (۸۶/۵ درصد) و کمترین آن الگوی مشارکت متقابل (۲/۴ درصد) بود. الگوی فعال-منفعل نیز ۱۱/۱ درصد را به خود اختصاص داده است. رابطه سه متغیر تحصیلات، طبقه اجتماعی و سن با سه الگوی یاد شده در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. نوع الگوی ارتباطی با توجه به متغیرهای سطح تحصیلات و پایگاه

در گروه‌های سنی پایین‌تر، الگوی فعال- منفعل به طور معنی‌داری بیشتر بود (جدول ۱).

اجتماعی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. اما الگوهای ارتباطی با توجه به سن دارای اختلاف معنی‌دار آماری بود، به طوری که در گروه‌های سنی بالاتر استفاده از الگوی راهنمایی- همکار و

جدول ۱: مقایسه الگوی ارتباط پزشکی و بیمار با توجه به سطح تحصیلات، سن و پایگاه اجتماعی بیماران مورد مطالعه

نتیجه آزمون مجذور کای	جمع		مشارکت متقابل		راهنمایی- همکاری		فعال- منفعل		الگوی ارتباط	
	درصد	فراوانی	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیرها	
P=۰/۰۹	۷/۴	۲۲	۰	۰	۹۵/۵	۲۱	۴/۵	۱	بیسواد	
	۱۶/۹	۵۰	۰	۰	۹۰	۴۵	۱۰	۵	ابتدایی	
	۱۱/۵	۳۴	۵/۹	۲	۷۶/۵	۲۶	۱۷/۶	۶	راهنمایی	
	۴۰/۹	۱۲۱	۲/۵	۳	۸۳/۵	۱۰۱	۱۴	۱۷	دیپلم	
	۲۳/۳	۶۹	۲/۹	۲	۹۰/۳	۶۳	۵/۸	۴	لیسانس و بالاتر	
P=۰/۰۴۷	۷/۴	۲۲	۰	۰	۷۷/۳	۱۷	۲۲/۷	۵	<۲۰	
	۵۸/۸	۱۷۴	۲/۹	۵	۸۲/۷	۱۴۴	۱۴/۴	۲۵	۲۱-۴۰	
	۲۹/۱	۸۶	۲/۳	۲	۹۴/۲	۸۱	۳/۵	۳	۴۱-۶۰	
	۴/۷	۱۴	۰	۰	۱۰۰	۱۴	۰	۰	>۶۰	
P=۰/۰۸۸	۲۵/۷	۷۶	۲/۶	۲	۸۵/۵	۶۵	۱۱/۸	۹	سطح پایین	
	۶۸/۲	۲۰۲	۲/۵	۵	۸۶/۱	۱۷۴	۱۱/۴	۲۳	سطح متوسط	
	۶/۱	۱۸	۰	۰	۹۴/۴	۱۷	۵/۶	۱	سطح بالا	
	۱۰۰	۲۹۶	۲/۴	۷	۸۶/۵	۲۵۶	۱۱/۱	۳۳	جمع	

با وجودی که سطح تحصیلات ۶۴/۲ درصد از افراد در حد دیپلم یا دیپلم و بالاتر بود و انتظار می‌رفت تحصیلات بر رابطه بهتر پزشکی و بیمار تأثیر داشته باشد اما بر اساس یافته‌های تحقیق، بین سطح تحصیلات و الگوی ارتباط پزشکی و بیمار رابطه وجود نداشت. عدم رابطه الگوی ارتباطی با سطح تحصیلات احتمالاً می‌تواند به دلیل شرایط خاص کلینیک از جمله شلوغی و اختصاص وقت بسیار کم به هر بیمار و حتی حضور چند بیمار با هم نزد پزشک باشد که ایجاد فضای گفتگوی طولانی بین پزشک و بیمار و دادن اطلاعات لازم به بیمار را با مشکل مواجه می‌کند. همچنین تکلیف و اجبار پزشک به ویزیت تعداد خاصی بیمار (۳۰ تا ۴۰ نفر) در زمانی محدود (۲ یا ۳ ساعت) و حضور پزشک در کلینیک آن هم بعد از ویزیت بیماران در بخش که پزشکان معمولاً خسته می‌باشند،

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، ۱۱/۱ درصد بیماران الگوی فعال- منفعل داشتند؛ ۸۶/۵ درصد از الگوی راهنمایی- همکاری تبعیت می‌کردند و تنها ۲/۴ درصد الگوی مشارکت متقابل را تشکیل می‌دادند.

الگوی ارتباط بین پزشک و بیمار که توسط زاس و هولندر مطرح شد، سه الگوی فعال- منفعل، راهنمایی- همکاری، و مشارکت دو طرفه می‌باشد که در این تحقیق از آن استفاده شد. آنها معتقد بودند هر یک از این روابط به وسیله رویه‌های تکنیکی، چگونگی مداخله و کانون‌های اجتماعی که آن ارتباطها در آن اتفاق می‌افتد، متأثر هستند (۵). نتایج تحقیق حاضر نیز این تئوری را تأیید و از وجود این سه الگو حکایت می‌کند.

است. تفاوت کیفی در انجام درمان بر حسب طبقه اجتماعی هنوز هم وجود دارد (۸).

طبقه اجتماعی به‌طور کلی‌تر مجموع خدماتی را که بیماران دریافت می‌کنند و حتی نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در یک مطالعه که جزو سلسله مطالعات مربوط به قشر بندی اجتماعی و یکی از مهم‌ترین تحقیقات در مورد بیماران روانی است، مؤلفان ابتدا نشان داده‌اند که بیماران طبقات مرفه اغلب به ابتکار خود یا به توصیه نزدیکان خویش به دیدار روان‌پزشک می‌آمدند. برعکس، افراد متعلق به طبقات پایین بیشتر به توصیه پزشک دیگر یا مددکار یا پلیس به روان‌پزشک مراجعه می‌نموده‌اند و نیز به نظر می‌رسد که بیماران بر حسب اصلیت اجتماعی یا قومی خود خدمات مختلفی دریافت می‌داشته‌اند. افراد طبقات مرفه روان‌کاو و افراد طبقات پایین، معالجه عضوی می‌شدند. به‌علاوه بهبودی بیماران دسته اول بیشتر و سریع‌تر از افراد دسته دوم انجام می‌گرفت. به این ترتیب، مطالعه نشان می‌داد که اصلیت اجتماعی و شرایط فرهنگی پزشک نقش مهمی بازی می‌کرده‌اند. چنانچه پزشک و بیمار از نظر طبقاتی به یکدیگر نزدیک بودند نتایج کار به مراتب بهتر بوده است (۸).

به عقیده فریدسون چنانچه پایگاه اجتماعی بیمار پایین باشد و اگر بیماری او جزو بیماری‌های مذموم تلقی شود، احتمال برقراری الگوی فاعلی-انفعالی در ارتباط پزشک و بیمار بیشتر می‌شود (۸). همچنین تحقیقی بر روی ۴۵۸ بیمار سفیدپوست و آمریکایی آفریقایی تبار و ۶۱ نفر از پزشکان ویزیت کننده آنها نشان داد، بیماران آمریکایی آفریقایی تبار ۳۳ درصد نسبت به سفیدپوستان کمتر توسط پزشکان به صحبت گرفته می‌شدند. این تحقیق نتیجه گرفته است که این مهم است که استراتژی‌هایی را در مورد نژاد و نابرابری‌های قومی در مورد مراقبت‌های سلامت مورد توجه قرار دهیم. زیرا بدون توجه به آنها بیماران آمریکایی آفریقایی تبار در ارتباطات پزشک و بیمار، از فعال به منفعل تبدیل می‌شوند (۱۵). همچنین تحقیق دیگری که رفتارهای ۵ پزشک را با بیماران، از طریق مشاهده

از جمله دلایل عدم برقراری یک ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار می‌باشد. نتایج تحقیقات قبلی نشان داده بود که بیمارانی که دارای تحصیلات بالاتری هستند و از موقعیت اجتماعی بالاتری برخوردارند نسبت به کسانی که سطح سواد کمتر و موقعیت اجتماعی پایین‌تر دارند تمایل بیشتری به مشارکت در مشاوره دارند. این موضوع احتمالاً به دلیل این است که آنان دانش بیشتری دارند و از اعتماد به نفس بالاتری برخوردارند و یا احساس می‌کنند فاصله کمتری با پزشک دارند (۵).

همچنین برخی شواهد نشان می‌دهند که پزشکان به‌طور داوطلبانه به برخی از گروه‌های بیماران از جمله بیماران تحصیل کرده و یا بیماران مرد توضیح می‌دهند (۵). مردان و افراد با تحصیلات دانشگاهی و مسن‌تر خواستار گفتگوی بیشتر پزشک در مورد روش‌های درمان، عوارض احتمالی داروها و پیامد بیماری از طرف پزشک می‌باشند (۱۴).

بین طبقه اجتماعی و الگوی ارتباط پزشک و بیمار رابطه معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه‌ای که بر روی ۱۴۷۰ مشاوره پزشکی عمومی صورت گرفت، نتایج آن نشان داد که فقط ۷۲ درصد بیماران طبقه کارگر خواهان روشن‌تر شدن آنچه پزشک به آنها می‌گوید می‌باشند. این بیماران درخواست اطلاعات بیشتر از پزشکان داشتند تا از وضعیت خود بهتر مطلع شوند نه اینکه درخواست مشاوره طولانی‌تر داشته باشند. علی‌رغم این تفاوت‌ها، علاقه بیماران به مشارکت در مشاوره در هنگام بیماری افزایش می‌یابد زیرا بیماران اطلاعات علمی بیشتری پیدا می‌کنند و شرایط خویش را بهتر درک می‌کنند (۵).

تحقیقات دیگری نشان دادند اعضای طبقات پایین و به‌ویژه کارگران دستی (یدی)، از بیمار دانستن خود ابا دارند. یک مطالعه نشان می‌دهد که این امتناع از "قبول نقش بیمار" نشانه فاصله بیشتری است که بیماران از ارزش‌های علم پزشکی جدید گرفته‌اند (۸). برعکس، متابعت از دستورات پزشک، رفتاری است که مشخص‌کننده طبقات متوسط و بالای جامعه

بالاتری نسبت به بیماران جوان‌تر داشتند. همچنین بیماران مسن‌تر ویزیت‌های طولانی‌تری نسبت به بیماران گروه‌های جوان‌تر دارند. تعامل پزشک و بیمار تفاوت معنی‌داری را بین این سه گروه نشان داد. بیماران مسن‌تر گفتگوهای طولانی‌تر را با پزشکان تجربه می‌کنند؛ سؤالات بیشتری می‌پرسند و اغلب درخواست کمتری از طرف پزشکان برای تغییر رفتار و عادت‌های بهداشتی‌شان دارند. همچنین پزشکان وقت بیشتری را به چک کردن بیماران مسن‌تر اختصاص می‌دهند (۱۸).

بررسی‌ها نشان داده بودند که بیماران جوان‌تر نسبت به افراد سالمند بیشتر تمایل به مشارکت دو طرفه دارند (۵). در مورد تئوری کارکردی که پارسونز مطرح می‌نماید و در آن به نقش بیمار و نقش پزشک اشاره می‌کند، به دلیل عوامل مختلف از جمله تغییر نقش پزشکان با کاهش قدرت حرفه‌ای‌ها در جوامع مدرن و تغییر نقش بیماران با توجه به زندگی در یک جامعه اطلاعاتی و دسترسی به اینترنت و کسب اطلاعات مختلف راجع به بیماری‌شان و افزایش تحصیلات و افزایش انتظارات بیماران، از تسلط مطلق پزشکان بر بیماران کاسته است. حتی تغییر شکل بیماری‌ها از نوع حاد به مزمن در جوامع امروز باعث شده است ارتباط پزشک و بیمار، ارتباطی متعادل‌تر و مشارکتی‌تر گردد و الگوی ارتباط پزشک و بیمار از شکل پزشک فعال و بیمار منفعل، به سمت راهنمایی پزشک و همکاری بیمار و مشارکت متقابل حرکت کند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد مصوب ۲۸۶۰۳۱ مرکز تحقیقات علوم انسانی سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد که بدین وسیله از این مرکز تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Zali M. New principles of patient-physician relationship. Tehran: Shadiran press; 1999. [In Persian]

مورد توجه قرار داد، نشان داد که پزشکان با بیماران زن و نیز با بیماران آمریکایی انگلیسی تبار نسبت به بیماران آمریکایی اسپانیایی تبار در دادن اطلاعات و همدلی، بهتر عمل می‌کنند. همچنین پزشکان رعایت ادب بهتری با بیماران مسن‌تر و بیماران آراسته‌تر داشتند. در مجموع این تحقیق نشان داد که شخصیت بیمار بر رفتار پزشک مؤثر است و پزشکان باید تشویق شوند که بتوانند با تیپ‌های مختلف بیماران ادب و همدلی را رعایت کنند (۱۶).

در این تحقیق رابطه معنی‌داری بین سن و سه الگوی ارتباط پزشک و بیمار مشاهده شد. هر چه سن بیمار افزایش می‌یابد رابطه پزشک و بیمار قوی‌تر می‌گردد. نتایج این تحقیق با یافته‌های مطالعات قبلی هم تأیید می‌گردد. دلایل این ارتباط بهتر می‌تواند ویزیت‌های طولانی‌تر و اجازه پرسیدن سؤالات بیشتر از سوی بیماران و معاینه دقیق‌تر پزشکان باشد.

مطالعه‌ای که تأثیر روابط پزشک و بیمار را در هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی در آمریکاییان ۶۵ سال یا بالاتر در سال ۱۹۹۱ بررسی کرده است نشان داد که آمریکاییان مسن‌تر روابط پایدارتری با پزشکان‌شان دارند. از بین بیماران مورد بررسی ۳۵/۸ درصد روابط با دوام ۱۰ ساله یا بیشتر داشتند. این بررسی همچنین نشان داد که روابط طولانی‌تر بیمار با پزشک منجر به کاهش احتمالی بستری در بیمارستان و کاهش هزینه‌ها می‌شود. مقایسه رابطه بیماران مسن با پزشکان که در حدود یک سال و کمتر بوده با بیماران با روابط ۱۰ ساله و بیشتر نشان داد که در حدود ۳۱۶/۷۸ دلار در سال هزینه کمتری را برای مراقبت‌های پزشکی پرداخت می‌کنند (۱۷). تحقیق دیگری که بر روی ۵۰۹ بیمار که در سه گروه ۱۸-۴۴، ۴۵-۶۴ و ۶۵ سال به بالا انجام شد نشان داد که خود گزارش‌دهی از وضعیت سلامت افراد مسن‌تر نسبت به افراد جوان‌تر کمتر است و نیز بیماران مسن‌تر ویزیت‌های برگشتی بیشتر و سطح رضایت

2. Ghadiri Lashkajani Zolfaghari M. Patient-physician relationship. Tehran; Iran University of Medical science; 2000. [In Persian]

3. Soltani Arabshahi K, Ajami A, Siyabani S. Investigation of doctor-patient communication skills teaching: Medical learners' perception (stager-intern) and staffs of Iran University of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical Sciences. *Journal of Iran University of Medical Science* 2004; 11(41): 423-32. [In Persian]
4. Dana Siyadat Z. The effect of teaching communication skills on the clinical skills of infectious disease residents of the school of medicine, Isfahan University of Medical Sciences 2005. [In Persian]
5. Keyvan Ara M. Basic principals of medical sociology. Isfahan; Isfahan University of Medical Science; 2007.
6. DiMatteo MR, Martin L. *Health Psychology*. Boston: Allyn and Bacon; 2002.
7. Scambler G. *Sociology as Applied to Medicine*. 15th ed. London; Saunders Ltd; 2003.
8. Adam P, Herzlich C. *Sociology of health and illness*. Paris: Nathan; 1994.
9. Flocke SA, Miller WL. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract* 2002; 51 (10): 835-40.
10. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, et al. Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *JAMA* 1999; 282 (6): 583-9.
11. Ghoadajani Y. The satisfaction of out patients, referring to private offices, regarding physicians' communication, Isfahan city. Dissertation, Isfahan University of Medical Science, Isfahan School of Medicine; summer, 2002. [In Persian]
12. Falahian M, Azhari Sh, Amir Z, Bina M. Patient-physician communication study of effect education communication by style feedback of video on clinical skills on interns of Medical University of Isfahan. *Hakim* 2002; 2 (4): 261-5. [In Persian]
13. Mazaheri M. Medical residents' knowledge and attitude towards communication skills, Isfahan University of Medical Science, Isfahan School of Medicine; summer, 2001. [In Persian]
14. Managheb E. The effect of teaching communication skills, via video feedback, on the interns' clinical skills compared to the controls', Isfahan University of Medical Sciences. Dissertation. Isfahan: school of Medicine; 2006. [In Persian]
15. Johnson RL, Roter D, Powe NR, Cooper LA. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *Am J Public Health* 2004; 94 (12): 2084-90.
16. Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM, Goodwin JS. Patient characteristic that influence physician behavior. *Med Care* 1982; 20 (6): 630-8.
17. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: The effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996; 86 (12): 1742-7.
18. Callahan EJ, Bertakis KD, Azari R, Robbins JA, Helms LJ, Chang DW. The influence of patient age on primary care resident physician-patient interaction. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (1): 30-5.