مقاله پژوهشی

الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار: مطالعه موردی در بیمارستان شهید صدوقی یزد

روح اله عسکری [۱،۲]، علی اکبرزاده مقدم [۳]، محمد کارگر [۴]، الهام طایفی [*۴]

[۱] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

[۲] استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

[۳] کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

[۴] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

* **نویسنده مسؤول:** الهام طایفی
e.tayefi2020@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ارتباط مناسب پزشک و بیمار منجر به اعتماد بیماران و جلوگیری از مراجعات پی در پی آن‌ها به پزشکان متفاوت یا سرگردانی آن‌ها می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین الگوی غالب ارتباط پزشک و بیمار در بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شهید صدوقی یزد انجام شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر، مطالعه‌ای تحلیلی از نوع همبستگی است که بر روی ۳۰۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی شهید بقائی پور انجام پذیرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای استاندارد شامل ۱۰ سؤال عمومی و ۱۹ سؤال نگرش سنجی جمع آوری و به کمک نرم افزار SPSS 16 و با استفاده از آزمون مجذور کای و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: الگوی راهنمایی- همکاری (۵۷/۵ درصد) به عنوان الگوی غالب ارتباطی بین پزشک و بیمار شناخته شد. الگوهای مشارکت متقابل (۳۷/۸ درصد) و فعال- منفعل (۴/۷ درصد) در جایگاه‌های بعدی قرار گرفتند. نوع الگوی ارتباطی پزشک و بیمار با نوع تخصص، رابطه معنادار آماری داشت ($p = ۰/۰۰۲$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه موثرترین الگو در ارتباط پزشک و بیمار، الگوی ارتباطی مشارکت متقابل می باشد؛ بنابراین افزایش آگاهی بیماران و تشویق آن‌ها برای مشارکت بیشتر در روند درمان می‌تواند دستیابی به سلامت بهتر را تسهیل نماید.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، پزشک، بیمار، رابطه پزشک- بیمار

ارجاع: عسکری روح اله، اکبرزاده مقدم علی، کارگر محمد، طایفی الهام. الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار: مطالعه موردی در بیمارستان شهید صدوقی یزد. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱(۲): ۱۰-۱۰۳.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۳۱
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱۲/۲۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۸

کاربرد مدیریتی: استفاده از نتایج مطالعه در راستای ارتقای کیفیت ارتباط پزشک- بیمار و اثرات مثبت آن بر بهبود دستاوردهای مراقبت و همچنین افزایش سطح رضایت گیرندگان خدمت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]

مقدمه

ارتباط مؤثر پزشک- بیمار محور همه اقدامات بالینی است؛ این ارتباط قلب و هنر طبابت می‌باشد و یک جزء مرکزی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی است (۱,۲). مهارت‌های ارتباطی پزشکان می‌تواند نتایج مثبت بر روی درمان و رضایت بیماران داشته باشد (۳). به عبارت دیگر فراگیری پزشکی چیزی بیش از دانش فنی است و طبابت علاوه بر دانش و مهارت فنی شامل درک متقابل بیماران می‌باشد (۴). همه کارشناسان معتقدند که ایجاد رابطه خوب با بیماران، پایه و اساس مهارت‌های بالینی است، بنابراین باید آموزش مهارت‌های ارتباطی در تمام سطوح حرفه پزشکی گنجانده شود. شواهد نشان می‌دهد که در بعضی موارد دانشجویان پزشکی در این زمینه مهارت زیادی ندارند که این مسأله می‌تواند بر اثربخشی درمان و نیز میزان رضایت‌مندی بیماران اثرگذار باشد (۵).

مطالعات نشان می‌دهند که ارتباط اثر بخش پزشک و بیمار، موجب افزایش پیروی از روند درمانی و بهبود نتایج سلامت، افزایش رضایت‌مندی بیمار و پزشک، کاهش مدت اقامت در بیمارستان، کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش خطاهای پزشکی و دارویی و همچنین کاهش شکایات از پزشکان می‌گردد (۶). عدم برقراری ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، نیز موجب درک نادرست، پیروی نکردن بیمار از دستورات پزشک، عدم رضایت و پیامدهای نامطلوب دیگر می‌شود (۷). نوع ارتباط بین بیمار و پزشک وابسته به شرایط همکاری و نیز باورهای آنان نسبت به جایگاه مطلوب مسؤولیت و قدرت است. در متون موجود الگوهای ارتباط پزشک- بیمار به الگوی فعال- منفعل، الگوی راهنمایی- همکاری و الگوی مشارکت متقابل تقسیم شده‌اند (۸). این تقسیم، اولین بار در سال ۱۹۵۶ میلادی توسط زاس مطرح شد. وی معتقد بود که برقراری هرکدام از این الگوها در رابطه پزشک و بیمار، تحت تأثیر رویه‌های تکنیکی، چگونگی مداخله و کانون‌های اجتماعی که آن رابطه در آن اتفاق می‌افتد، قرار می‌گیرد.

در الگوی ارتباطی فعال- منفعل، پزشک مانند پدر و بیمار مانند یک کودک تلقی می‌شود (۹). در مواردی نظیر جراحات وخیم، حالات احتضار یا بیهوشی، رابطه پزشک و بیمار، غالباً شکل فاعلی- انفعالی به خود می‌گیرد. در این حالت، بیمار، منفعل و پزشک کاملاً فعال می‌باشد (۱۰).

الگوی راهنمایی- همکاری، با رابطه بین پدر و نوجوان مفهوم سازی شده است. این نمونه از مصادیق بیشتری برخوردار است. مثلاً این حالت در زمانی اتفاق می‌افتد که پزشک عفونت حاد بیمار را در یک دوره معینی درمان کند. در واقع در این الگو، بیمار قادر است هم دستورات پزشک را به کار ببندد و هم تا حدودی نظر خود را اعمال کند (۱۱). الگوی مشارکت دو طرفه در رابطه پزشک و بیمار نیز مانند تعامل بین بزرگسال- بزرگسال است. در مواردی نظیر مدیریت بیماری‌های مزمن مثل فشار خون و دیابت الگوی رابطه پزشک و بیمار معمولاً از این نوع است. در این الگوی ارتباطی، در واقع، پزشک و بیمار جز در مواقع ضروری، یکدیگر را ملاقات نمی‌کنند و نقش پزشک به آموزش بیمار برای انجام کارهای ضروری خویش، محدود می‌گردد (۱۲).

تاکنون مطالعاتی در مورد رابطه پزشک و بیمار صورت گرفته است. کرمی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای در بین بیماران مراجعه کنندگان به کلینیک بیمارستان شهید بهشتی اصفهان، بیشترین فراوانی الگوی ارتباطی پزشک و بیمار را الگوی راهنمایی- همکاری (۸۶/۵ درصد) گزارش کرده است (۱۲). تورنتون (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان داده است که همگامی و مطابقت بین پزشک و بیمار (از مشخصات چندگانه اجتماعی) اثر تجمعی بر ارتباط پزشک و بیمار دارد (۱۳).

یعقوبی (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای بین بیماران بستری و پزشکان بیمارستانی در اصفهان به این نتیجه رسیده است که الگوی ارتباطی راهنمایی- همکاری، مرسوم ترین الگوی ارتباطی پزشک و بیمار می‌باشد. وی، همچنین نشان داده است که رضایت شغلی پزشکان و رضایت بیماران از فرآیند مراقبت با الگوی ارتباطی پزشک و بیمار ارتباط معناداری دارد (۱۴). شفعتی (۱۳۹۱) نیز در یک مطالعه مروری به این نتیجه رسید که شناخت جنبه‌های زیستی، اجتماعی و فرهنگی بیماری می‌تواند بر روش ارتباطی پزشک، در برخورد با بیمار و درک بهتر و عمیق تر مسائل و مشکلات جسمی و روحی آن‌ها مؤثر بوده و پزشک را در تشخیص بهتر و انتخاب گزینه درمانی مناسب و مورد پذیرش بیمار یاری کند (۱۵).

هدف این پژوهش، بررسی الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار در درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بقایی پور،

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]

بیمارستان شهید صدوقی یزد و رابطه آن با طبقه اجتماعی- اقتصادی و برخی متغیرهای زمینه‌ای بیماران بود.

روش پژوهش

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای تحلیلی از نوع همبستگی است که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفت. جامعه آماری این مطالعه، بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بقایی پور، بیمارستان شهید صدوقی یزد بود. برای جلوگیری از سوگیری در تحقیق به دلیل مراجعات مکرر، بیمارانی که برای اولین بار برای مشکل فعلی خود به این درمانگاه مراجعه کرده بودند، انتخاب گردیدند. زنان بارداری که برای مراقبت‌های دوران بارداری به این درمانگاه مراجعه کرده بودند، بیماران درمانگاه‌های اطفال و نوزادان و همچنین مراجعین به درمانگاه پوست که جهت مراقبت‌های زیبایی مراجعه کرده بودند در این مطالعه وارد نشدند. با درنظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و فراوانی ۱۱ درصدی الگوی فعال- منفعل در رابطه پزشک و بیمار براساس مطالعه کرمی (۲۰۱۰) (۱۲) و نیز خطای ۵ درصد، حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول برآورد نسبت، ۳۰۰ نفر محاسبه گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش نامه کرمی و کیوان آرا (۱۳۸۸) بود که اولین بار آن‌ها در مطالعه خود طراحی نموده و روایی و پایایی آن را تأیید نموده‌اند. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال زمینه‌ای و ۱۹ سؤال نگرش سنجی است. پاسخ دهندگان، به سؤالات نگرش سنجی پرسشنامه بر روی طیف ۵ گزینه‌ای لایکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ دادند که به این گزینه‌ها به ترتیب امتیاز ۵ تا ۱، تعلق گرفت. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره قابل اکتساب در این پرسشنامه، به ترتیب، ۱۹ و ۹۵ می‌باشد. پس از محاسبه میانگین امتیاز، بر اساس راهنمای پرسشنامه اصلی، نمرات ۴۴-۱۹، ۷۰-۴۵ و ۹۵-۷۱، به ترتیب، نشان دهنده الگوهای ارتباطی فعال- منفعل، راهنمایی- همکاری و مشارکت متقابل در نظر گرفته شد.

در این پژوهش، برای تعیین شاخص طبقه اجتماعی- اقتصادی بیماران، از ۶ پرسش شامل محل اقامت (منطقه محروم، کمتر برخوردار و برخوردار به ترتیب با نمرات ۱ تا ۳)، سطح تحصیلات (فاقد تحصیلات، ابتدایی، متوسطه، کارشناسی و بالاتر از کارشناسی، به ترتیب با نمرات ۱ تا ۵)، درآمد ماهیانه (کمتر از ۱ میلیون، بین ۱ تا ۳ میلیون، ۳ تا ۵ میلیون و بیشتر از ۵ میلیون، به ترتیب با نمرات ۱ تا ۴) و نوع مسکن (استیجاری، آپارتمان ملکی، ویلایی ملکی، به ترتیب با نمرات ۱ تا ۳) و داشتن (مالکیت) خودروی شخصی (خیر با نمره ۰ و بلی با نمره ۱) با وزن یکسان و بدون اولویت استفاده شد. بر این اساس، حداقل و حداکثر نمره شاخص طبقه اجتماعی- اقتصادی، به ترتیب ۴ و ۱۶ به دست آمد. نمرات ۴ تا ۸، ۹ تا ۱۲ و ۱۳ تا۱۶ به ترتیب معادل طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین، متوسط و بالا در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار $SPSS_{16}$ و با استفاده از آزمون مجذور کای و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، صورت گرفت. ضمناً، از تعداد ۳۰۰ پرسشنامه تکمیل شده، ۱ پرسشنامه به دلیل اینکه به صورت ناقص کامل شده بود از تحلیل حذف شد. همچنین، در این مطالعه تمام موارد اخلاقی طبق بیانیه هلسنیکی رعایت گردید. محققین، در طول انجام مطالعه پایبند به حفظ محرمانگی اسرار بیماران بودند. همچنین این مطالعه، در تاریخ ۱۳۹۲/۷/۲۳ در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

هدف این پژوهش، بررسی الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار در درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی بقایی پور، بیمارستان شهید صدوقی یزد و رابطه آن با طبقه اجتماعی- اقتصادی و برخی متغیرهای زمینه‌ای بیماران انجام شد. مجموعاً، ۳۰۰ بیمار در پژوهش شرکت کردند که ۶۳ درصد از آن‌ها، زن و ۳۷ درصد مرد بودند. همچنین، بیشترین تعداد مشارکت کنندگان در پژوهش از نظر سن، مربوط به گروه سنی ۲۱ تا۴۰ سال (۵۰/۶ درصد)، از نظر سطح تحصیلات، دیپلم (۳۶/۴ درصد) و از نظر طبقه اجتماعی- اقتصادی، طبقه متوسط (۷۳/۳ درصد) بودند.

در جدول۱، فراوانی و درصد به کارگیری انواع الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار در رابطه بیماران مشارکت کننده در پژوهش با پزشکان خود ارائه شده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]

جدول ۱: تعیین نوع الگوهای ارتباطی پزشک- بیمار در جامعه مورد مطالعه

الگوی ارتباطی	فراوانی	درصد
الگوی فعال- منفعل	۱۴	۴/۷
الگوی راهنمایی- همکاری	۱۷۲	۵۷/۵
الگوی مشارکت متقابل	۱۱۳	۳۷/۸
جمع کل	۲۹۹	۱۰۰

چنانچه در جدول۱، مشخص شده است تنها در ۳۷/۸ درصد از موارد، الگوی ارتباطی مشارکت کنندگان در پژوهش با پزشکان معالج از نوع مشارکت متقابل بود.

جدول۲، نتایج مقایسه الگوهای ارتباطی بیماران مشارکت کننده در پژوهش با پزشکان معالج را براساس برخی متغیرهای زمینه‌ای و نیز شاخص طبقه اجتماعی- اقتصادی گزارش کرده است.

جدول ۲: نتایج مقایسه الگوهای ارتباطی بیماران مشارکت کننده در پژوهش با پزشکان معالج بر اساس متغیرهای زمینه‌ای

متغیر		الگوی ارتباطی فعال – منفعل		الگوی ارتباطی راهنمایی- همکاری		الگوی ارتباطی مشارکت متقابل		جمع کل		مقدار p *
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن (سال)	< ۲۱	۰	۰/۰	۲۱	۶۷/۸	۱۰	۳۲/۲	۳۱	۱۰۰	
	۲۱ –۴۰	۷	۴/۶	۸۶	۵۷/۰	۵۸	۳۸/۴	۱۵۱	۱۰۰	
	۴۱ –۶۰	۷	۸/۰	۴۷	۵۳/۴	۳۴	۳۸/۶	۸۸	۱۰۰	۰/۴۱۰
	> ۶۰	۰	۰/۰	۱۸	۶۲/۱	۱۱	۳۷/۹	۲۹	۱۰۰	
جمع کل		۱۴	۴/۷	۱۷۲	۵۷/۵	۱۱۳	۳۷/۸	۲۹۹	۱۰۰	
سطح تحصیلات	بی سواد	۳	۸/۱	۲۶	۷۰/۳	۸	۲۱/۶	۳۷	۱۰۰	
	ابتدایی	۴	۷/۴	۲۷	۵۰/۰	۲۳	۴۲/۶	۵۴	۱۰۰	
	سوم راهنمایی	۲	۴/۵	۲۳	۵۲/۳	۱۹	۴۳/۲	۴۴	۱۰۰	
	دیپلم	۴	۳/۷	۶۰	۵۵/۰	۴۵	۴۱/۳	۱۰۹	۱۰۰	۰/۲۸۰
	لیسانس و بالاتر	۲	۳/۶	۳۶	۶۵/۴	۱۷	۳۱	۵۵	۱۰۰	
جمع کل		۱۵	۵	۱۷۲	۵۷/۵	۱۱۲	۳۷/۵	۲۹۹	۱۰۰	
طبقه اجتماعی- اقتصادی	سطح پایین	۱	۳/۲	۱۹	۶۱/۳	۱۱	۳۵/۵	۳۱	۱۰۰	
	سطح متوسط	۸	۳/۶	۱۲۸	۵۸/۴	۸۳	۳۸	۲۱۹	۱۰۰	
	سطح بالا	۵	۱۰/۲	۲۵	۵۱	۱۹	۳۸/۸	۴۹	۱۰۰	۰/۳۶۰
جمع کل		۱۴	۴/۷	۱۷۲	۵۷/۵	۱۱۳	۳۷/۸	۲۹۹	۱۰۰	

* آزمون مجذور کای
** سطح معنی داری p <۰/۰۵

چنانچه در جدول۲، مشخص است الگوی ارتباطی پزشک و بیمار با هیچکدام از متغیرهای سن، سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی- اقتصادی بیمار ارتباط آماری نداشت.

جدول۳، نتایج مقایسه الگوهای ارتباطی بیماران مشارکت کننده در پژوهش با پزشکان معالج را بر اساس رشته تخصصی پزشکان معالج گزارش کرده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]

اما بررسی نوع الگوهای ارتباطی بر حسب نوع تخصص و فراوانی بیمارانی که به آن‌ها مراجعه کرده بودند نشان داد تخصص غدد (۴۲/۳ درصد)، بیشترین مراجعه و تخصص عفونی (۲/۳ درصد)، کمترین مراجعه را به خود اختصاص داد و این ارتباط به لحاظ آماری معنادار بوده است (p = ۰/۰۰۲)؛ به طوری که الگوی فعال– منفعل در تخصص ارتوپدی (۲۶/۱ درصد)، الگوی راهنمایی- همکاری بیشتر در تخصص پوست و مو (۷۷/۸ درصد) و الگوی مشارکت متقابل بیشتر در تخصص مغز و اعصاب (۶۱/۶ درصد) مورد استفاده قرار گرفته است (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج مقایسه الگوهای ارتباطی بیماران مشارکت کننده در پژوهش با پزشکان معالج بر اساس رشته تخصصی پزشکان معالج

متغیر		الگوی ارتباطی فعال – منفعل		الگوی ارتباطی راهنمایی- همکاری		الگوی ارتباطی مشارکت متقابل		جمع کل		مقدار p *
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تخصص پزشک	چشم	۲	۳/۶	۳۶	۶۴/۳	۱۸	۳۲/۱	۵۶	۱۰۰	
	مغز و اعصاب	۱	۳/۸	۹	۳۴/۶	۱۶	۶۱/۶	۲۶	۱۰۰	
	گوش و حلق و بینی	۰	۰/۰	۹	۵۶/۲	۷	۴۳/۸	۱۶	۱۰۰	
	پوست و مو	۰	۰/۰	۱۴	۷۷/۸	۴	۲۲/۲	۱۸	۱۰۰	
	غدد	۴	۳/۲	۷۱	۵۶/۳	۵۱	۴۰/۵	۱۲۶	۱۰۰	۰/۰۰۲ **
	ارتوپدی	۶	۲۶/۱	۱۲	۵۲/۲	۵	۲۱/۷	۲۳	۱۰۰	
	جراحی عمومی	۱	۵/۹	۱۳	۷۶/۵	۳	۱۷/۶	۱۷	۱۰۰	
	عفونی	۰	۰/۰	۵	۷۱/۴	۲	۲۸/۶	۷	۱۰۰	
	سایر موارد	۱	۱۰	۳	۳۰	۶	۶۰	۱۰	۱۰۰	
جمع کل		۱۵	۵	۱۷۲	۵۷/۵	۱۱۲	۳۷/۵	۲۹۹	۱۰۰	

* آزمون مجذور کای
** معنی دار در سطح معنی داری p <۰/۰۵

چنانچه در جدول۳، مشخص است الگوی ارتباطی پزشک و بیمار دارای ارتباط آماری با رشته تخصصی پزشکان معالج بود. همچنین، پزشکان متخصص مغز و اعصاب و گوش و حلق و بینی و نیز پزشکان فوق تخصص غدد بیش از سایر پزشکان دارای الگوی ارتباطی مشارکت متقابل با بیماران خود بودند.

بحث

تحقیقات نشان داده است که بیماران محور اصلی فرایند درمان هستند، بنابراین داشتن الگوی ارتباطی مناسب میان پزشک و بیمار می تواند موجب بهبود فرایند درمان و رضایت بیماران گردد. این الگوی ارتباطی، یکی از شاخص‌های مؤثر در ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی نیز می‌باشد. این الگو شامل سه الگوی ارتباطی فعال- منفعل، راهنمایی- همکاری و مشارکت دو طرفه بوده و در این مطالعه نیز از این مدل استفاده شده است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، ۵۷/۵ درصد پزشکان از الگوی راهنمایی- همکاری، ۳۷/۸ درصد از الگوی مشارکت متقابل و ۴/۷ درصد از الگوی فعال- منفعل تبعیت می‌کردند. کرمی و کیوان آرا (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیشترین الگوی ارتباط بین پزشک و بیمار، الگوی راهنمایی- همکاری (۸۶/۵ درصد) بوده است (۱۲). یعقوبی و رحمتی (۲۰۱۴) نیز در مطالعه خود که بر روی بیماران و پزشکان شهر اصفهان صورت گرفته بود، نشان دادند بیشترین الگوی ارتباطی پزشک و بیمار، الگوی راهنمایی- همکاری می‌باشد (۱۴).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر بین سن و الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار رابطه وجود نداشت که این مغایر با نتیجه‌ای است که کیوان آرا (۱۳۸۶)، کرمی و کیوان آرا (۱۳۸۸)، شفعتی و زاهدی (۱۳۹۱) و کلهن و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعات خود به دست آورده اند (۱۱،۱۲،۱۵،۱۶). همچنین در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و الگوهای ارتباطی پزشک و بیمار رابطه معناداری وجود نداشت که کرمی و کیوان آرا (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافته بودند (۱۱).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]

در تحلیل این موضوع که میان سطح تحصیلات و الگوی ارتباط پزشک و بیمار رابطه‌ای وجود نداشت می‌توان چنین بیان نمود با وجود اینکه سطح تحصیلات ۵۵ درصد از افراد، بالاتر از دیپلم و بیش از نیمی از این تعداد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، عدم ارتباط معنادار میان این دو متغیر احتمالاً به دلیل شلوغ بودن کلینیک و عدم تخصیص زمان مناسب به هر بیمار و همچنین مشکلاتی در زمینه فضای مورد نیاز برای گفتگو میان پزشک و بیمار بوده است که تبادل اطلاعات لازم به بیمار را با مشکل مواجه کرده است. نتایج تحقیقات کیوان آرا (۱۳۸۶) نشان داد بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند و دارای موقعیت اجتماعی بالاتری نیز هستند نسبت به افرادی که دارای سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی پایین تر هستند، تمایل بیشتری به مشارکت در مشاوره دارند. این موضوع احتمالاً به خاطر سطح دانش بالاتر و در نتیجه اعتماد به نفس بیشتر و احساس فاصله کمتر با پزشک بوده است (۱۱).

در ادامه نیز بر اساس نتایج به دست آمده، اختلاف معناداری بین طبقه اجتماعی- اقتصادی افراد و نوع سبک ارتباطی وجود نداشت. در پژوهش کیوان آرا (۱۳۸۶)، کرمی و کیوان آرا (۱۳۸۸) نیز با توجه به نتیجه آزمون مجذور کای مشخص شد که بین ۲ متغیر الگوی ارتباطی و طبقه اجتماعی پزشک و بیمار از لحاظ آماری رابطه ای وجود ندارد (۱۱,۱۲).

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بین تخصص پزشکان و الگوهای ارتباطی بین پزشک و بیمار ارتباط معناداری وجود دارد که در تخصص مغز و اعصاب بیشتر از الگوی مشارکت متقابل و در تخصص پوست و مو بیشتر از الگوی راهنمایی- همکاری استفاده گردیده است. بنابراین با تغییر شکل بیماری‌ها از نوع حاد به مزمن در عصر مدرن امروزی، بهتر و کاربردی تر است تا الگوهای ارتباطی متعادل تر و مشارکتی تر در این ارتباطات مورد استفاده قرار گیرد.

در انتها لازم است ذکر گردد که هرچند این مطالعه می‌تواند به عنوان راهنمایی برای برنامه ریزی جهت بهبود الگوهای ارتباطی پزشک- بیمار در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد اما دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است. اول اینکه، مطالعه به صورت مقطعی انجام شده و تعمیم یافته‌های آن باید با دقت انجام شود. همچنین، تمامی داده‌های پژوهش، از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارشی جمع آوری شده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه الگوی ارتباطی راهنمایی- همکاری دارای بیشترین فراوانی بود، بیانگر این است که بیماران تا حدودی از وضعیت سلامتی خود آگاهی داشتند و همچنین تمایل دارند که در فرآیند درمان نقش فعالتری داشته باشند، همچنین پزشکان نیز آشنایی نسبتاً خوبی با مهارت‌های ارتباطی با بیماران دارند و آن‌ها را در روند درمان مشارکت می دهند. ولی با توجه به اینکه مؤثرترین الگو در ارتباط پزشک و بیمار، الگوی ارتباطی مشارکت متقابل می باشد، افزایش آگاهی بیماران از وضعیت سلامتی خود و تشویق آن‌ها برای مشارکت بیشتر در روند درمان و در نتیجه افزایش مسئولیت می‌تواند اعتماد بین بیمار و پزشک و دستیابی به سلامت را تسهیل نماید.

سپاسگزاری

بدینوسیله از زحمات پرسنل محترم درمانگاه بقایی پور بیمارستان شهید صدوقی یزد که در انجام این مطالعه یاریگر ما بوده اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ر. ع

جمع آوری داده‌ها: ع. الف، م. ک

تحلیل داده‌ها: ع. الف، م. ک

نگارش و اصلاح مقاله: الف. ط

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پروژه کارشناسی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی می‌باشد و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]

References

1) Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. Soc Sci Med 2003; 57(5): 791-806.
2) Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. Ochsner j 2010; 10(1): 38-43.
3) World Health Organization. Patient - Physician Relationship. 2nd ed. (Translated by Mostafa Zolfaghari Motlagh). Tehran: koshyar Publication; 2000: 32-41. [Persian]
4) Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. Can J Neurol Sci 2002; 29(S2): 23-9.
5) Mehta SS, Bryson DJ, Mangwani J, Cutler L. Communication after cancellations in orthopaedics: The patient perspective. World J Orthop 2014; 5(1): 45-50.
6) Taghipoor Zahir A. The Association between Patient-centered Hidden Curriculum and Medical Students' Communication Skills. Iranian Journal of Medical Education 2014; 13(11): 920-30.
7) Zamani AR, Shams B, Siadat ZD, Adibi P, Salehi H, Saneei H.The effect of communication skill training on clinical skill of Internal Medicine and Infectious Disease residents of Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Medical Education2006; 8(2): 97-102.
8) Scambler G. Sociology as applied to medicine. 6th ed. UK: Elsevier Health Sciences; 2008: 56-63.
9) Szasz TS, Knoff WF, Hollender MH. The doctor-patient relationship and its historical context. American Journal of Psychiatry 1958; 115(6): 522-8.
10) Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. J Fam Pract 2002; 51(10): 835-41.
11) Keyvanara M. Basic principles of medical sociology [Ph.D. Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences, School of Health Management and Medical Informatics; 2007. [Persian]
12) Karami Z, Keyvanara M. Models of Relationship between Physicians and Patients Referring to the Clinic of Isfahan Shahid Beheshti Hospital, 2007. Journal of Strides Dev Med Educ 2010; 6(2): 149-56. [Persian]
13) Thornton RLJ, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient–physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care quality. Patient Educ Couns 2011; 85(3): 201-8.
14) Yaghoubi M, Rahmati-Najarkolaei F. Patient-Physician Communicative Patterns, Physicians' Job Satisfaction, and Patients' Satisfaction: The Case of a Hospital in Isfahan. Iranian Journal of Health Sciences 2014; 2(2): 37-44.
15) Shafati M, Zahedi MJ. Studying the Bio-psycho-social Model of Doctor-Patient Relationship: A Transition over the Biomedical Model. Bioethics journal 2012; 2(5): 151-87. [Persian]
16) 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.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]

Research Article

Patterns of Physician-Patient Relationship: A Case Study in Shahid Sadoughi Hospital

Roohollah Askari [1,2], Ali Akbarzadeh Moghadam [3], Mohammad Kargar [4], Elham Tayefi [4*]

[1] Assistant Professor, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2] Assistant Professor, Hospital Management Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[3] BSc in Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[4] MSc student in Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

*** Corresponding Author:** ElhamTayefi
e.tayefi2020@gmail.com

Citation: Askari A, Akbarzadeh Moghadam A, Kargar M, Tayefi E. Patterns of Physician-Patient Relationship: A Case Study in Shahid Sadoughi Hospital. Manage Strat Health Syst 2017; 1(2): 103-10.

Received: March 18, 2017
Revised: March 14, 2017
Accepted: September 21, 2016

Funding: The authors have no support or funding to report.

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

A B S T R A C T

Background: Appropriate relationship between physician and patient can increase patients' trust in their physician and prevent confusion and repeated visits to different doctors. Therefore, the purpose of this study was to determine the dominant pattern of physician-patient relationship.

Methods: This study was an analytical correlation study in which 300 patients were questioned from Baghaeipour Clinic. The data collection tool was a standard questionnaire including 10 general questions and 19 questions for the assessment of attitude. $SPSS_{16}$ was used for data analyses using Chi-square test, Pearson and Spearman correlation coefficients.

Results: Based on the findings of this study, the most dominant pattern of physician-patient relationship was guidance-cooperation pattern (57.5 %) followed by active participation pattern (37.8 %), and active-passive pattern (4.7 %). The patterns of physician-patient relationship had a significant difference regarding doctor's specialty (P = 0.002).

Conclusion: Considering that the most effective pattern of physician-patient relationship was active participation pattern, increasing patients' awareness and encouraging them to get more involved in the process of treatment which improve responsibility, could increase trust between patients and physicians and consequently facilitate better access to health.

Key words: Hospital, Physician, Patient, Patient-physician relationship

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.3.8]