مقاله پژوهشی

کاوش پدیده ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد

روح‌الله میرجلیلی [۱]، حسین کاظمی [۲*]، ملیکه بهشتی‌فر [۳]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران
[۲] استادیار، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه ولی‌عصر (عج) رفسنجان، رفسنجان، ایران
[۳] دانشیار، گروه مدیریت، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** حسین کاظمی
h.kazemi@vru.ac.ir

ارجاع: میرجلیلی روح‌الله، کاظمی حسین، بهشتی‌فر ملیکه. کاوش پدیده ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۴): ۶۸-۳۵۶.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۹
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: ارتباط خوب و سالم بین پزشک و بیمار و پرسنل درمانی، سنگ زیربنای مراقبت‌های خوب پزشکی است و مهارت‌های ارتباطی نقش بسیار مهمی در رضایت بیماران و درمان آنان دارد. هدف این پژوهش، کاوش پدیده ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد با استفاده از روش پدیدارشناسی بود.

روش پژوهش: این پژوهش، از نوع کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی از دی‌ماه سال ۱۴۰۰ تا مردادماه سال ۱۴۰۱ انجام شد. محل انجام مطالعه ۲ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در نظر گرفته شد. جامعه آماری شامل پزشکان عمومی و متخصص بیمارستان‌های دولتی شهر یزد بودند. از بین این پزشکان تعداد ۱۲ نفر که سابقه کار بالای ۱۱ سال و تمایل به همکاری با محقق داشتند با استفاده از روش گزینشی و هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. گردآوری داده‌های تحقیق با استفاده از مصاحبه صورت گرفت. برای روایی و پایایی پژوهش از معیارهای لینکن و گوبا استفاده شد؛ و داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار NVIVO 11 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که الگوی ارتباط‌گریزی پزشکان از ۱۱ تم فرعی: عوامل روان‌شناختی، عوامل خانوادگی، فقدان مهارت، اختلال اطلاعاتی، چالش‌های مربوط به بیمار، چالش‌های مربوط به همکاران، چالش‌های مربوط به حرفه پزشکی، محیط بیمارستان، آسیب اجتماعی، عوامل اعتقادی و عوامل مذهبی تشکیل‌شده است. این ۱۱ تم فرعی در قالب ۵ تم اصلی: دلایل محیطی، فردی، ارتباطی، فرهنگی و شغلی دسته‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: برقراری رابطه مناسب بین بیمار و پزشک، جزء اساسی یک مراقبت پزشکی باکیفیت است. بهبود این رابطه باعث پایبندی بیشتر بیمار به درمان، رضایت بیشتر وی از تیم درمانی و کاهش خطاهای پزشکی و شکایات می‌شود.

واژه‌های کلیدی: پزشک، ارتباط، ارتباط‌گریزی، بیمارستان‌های دولتی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

مقدمه

توانایی برقراری ارتباط صحیح، یکی از مهارت‌های اساسی زندگی اجتماعی است (۱). در حرفه‌های بهداشتی و درمانی، ارتباط و مهارت ارتباطی نقش بسیار مهمی در رضایت کارکنان، بیماران و حل مشکلات آنان دارد (۲). نتایج تحقیقات نشان‌دهنده ضعف کارکنان درمانی درزمینه‌ی برقراری ارتباط با بیماران بوده است (۳). ارتباط‌گریزی به معنی عدم تمایل افراد به برقراری ارتباط با دیگران یا اجتناب از تعامل است. افرادی که ارتباط‌گریزی را تجربه می‌کنند از اینکه دیگران آن‌ها را فریب دهند و یا سرزنش کنند، خود را از اجتماعات عقب می کشند. بدین ترتیب، اجتناب و عقب کشیدن فرد در ارتباط با دیگران باعث می‌شود در نظر دیگران فردی ضعیف جلوه کند و پیامدهای نامطلوبی در حوزه‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی را برای وی در پی داشته باشد (۱). ارتباط‌گریزی، یک بی‌نظمی فکری یا روانی نیست، بلکه خود فرد است که این حالت را به خود تلقین می‌کند، پس اگر اراده کند؛ می‌تواند با این القائات فکری مبارزه کند. دلایل مختلفی ازجمله: انتظارات نامناسب فرد، ترس از ارزیابی دیگران، تمرکز بیش‌ازاندازه بر موضوع، عزت‌نفس پایین و ترس از واکنش مخاطبان، عوامل اجتناب افراد در تعامل با دیگران هستند (۳). ارتباط‌گریزی می‌تواند در سطح فردی و سازمانی مشکلاتی را برای فرد ایجاد نماید. افرادی که ارتباط‌گریزی بالایی دارند در کامل کردن وظایف خود، بخصوص در وظایف اجتماعی و ملاقات با افراد جدید، با مشکل مواجه هستند (۴). بهبود این رابطه باعث پایبندی بیشتر بیمار به درمان، رضایت بیشتر وی از تیم درمانی و کاهش خطاهای پزشکی و شکایات می‌شود (۵). همچنین ارتباط بین پزشک و پرستار شامل تعامل متقابل بین پزشک و پرستار در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به یک هدف مشترک درمانی است. پرستار، عضوی از تیم درمان است و باید خود را در ارزیابی و اجرای طرح مراقبتی بیمار دخیل بداند (۶،۷). این ارتباط باید بر چهارچوب ارتباط باز، صداقت و احترام دوطرفه و بر اساس اختیارات و توانایی‌ها و مسئولیت‌های دو طرف برای کمک به تصمیم‌گیری‌های مشترک با توجه به منابع، امکانات و تجهیزات موجود، در جهت رفع مشکل بیمار برقرار شود (۸،۹). پزشکان و پرستاران به دلیل نوع نقش حرفه‌ای متفاوت، درک متفاوتی از نیازهای بیماران دارند که سبب می‌شود هریک، اهداف مراقبتی جداگانه‌ای برای بیمار برنامه‌ریزی نمایند. درحالی‌که وجود ارتباط مناسب پزشکان و پرستاران منجر به تقویت برنامه‌ریزی بر اساس اهداف مشترک می‌گردد (۱۰،۱۱). بسیاری از صاحب‌نظران، توانایی برقراری ارتباط صحیح را از مهم‌ترین ویژگی‌های کارکنان بهداشتی دانسته‌اند (۱۲). برای بیمارانی که به دلایلی نیاز به مراقبت طولانی‌مدت دارند، این نکته اهمیت بیشتری دارد (۱۳). درواقع برقراری ارتباط صحیح، اثرات بسیار مثبتی بر بیماران دارد ازجمله بهبود علائم حیاتی، کاهش درد و اضطراب، افزایش رضایتمندی، ارتقای پیامدهای درمانی و مشارکت بهتر در برنامه‌های درمانی. از سوی دیگر، اختلال در ارتباط منجر به‌اشتباه در تشخیص، کاهش مشارکت بیمار در درمان و کاهش میزان ارائه اطلاعات از سوی بیماران می‌شود (۱۴). کولمنارس-رائو و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه پزشک و بیمار در مکزیک پرداختند. نتایج آن‌ها نشان‌داد که مهارت برقراری ارتباط، عاملی مؤثر بر کیفیت خدمات درمانی و بهبود عملکرد پزشکان می‌باشد (۱۵). لیو و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی در سیدنی، آموزش مهارت‌های ارتباطی را ازجمله راه‌های کاهش چالش ارتباط‌گریزی پزشکان دانسته‌اند (۱۶). نتایج مطالعه کرون و همکاران (۲۰۱۷) بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه میشیگان نشان داد که مهارت‌های ارتباطی پزشکان عاملی مؤثر برافزایش رضایت بیمار است (۱۷). با توجه به آنچه مطرح شد، این پژوهش در پی کاوش پدیده ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد با استفاده از روش پدیدارشناسی بود.

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی از دی‌ماه سال ۱۴۰۰ تا مردادماه سال ۱۴۰۱ انجام شد. محل انجام مطالعه، ۲ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در نظر گرفته شد. جامعه پژوهش شامل پزشکان عمومی و متخصص مشغول به فعالیت در این ۲ بیمارستان بودند. برای نمونه‌گیری از روش گزینشی و هدفمند با رویکرد حداکثر تنوع استفاده شد.

جهت انجام مطالعه هماهنگی‌های لازم از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهر یزد انجام شد و سپس

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

جمع‌آوری داده‌ها آغاز گردید. با توجه به عرف مطالعات کیفی، مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه پیدا می‌کند، بنابراین حجم نمونه خاصی برای انجام کار در نظر گرفته نشد. مصاحبه‌های اولیه به‌صورت عمیق و باز انجام شد؛ و بعد از استخراج چارچوب سؤالات، به‌صورت نیمه ساختاریافته ادامه یافت. مصاحبه با سؤالات دموگرافیک آغاز شد؛ و در ادامه سؤالات دیگری مانند: چه رویکردی در برقراری ارتباط با دیگران (بیمار، همکاران، پرسنل و کادر درمان) دارید؟، چرا سعی در عدم برقراری ارتباط با دیگران دارید؟، آیا ارتباط‌گریزی شما بر فعالیت‌های روزمره شما تأثیر گذاشته است؟، دوست داشتید چه چیزی بپرسیم که به درک ما از تجربه ارتباط‌گریزی کمک کند؟؛ پرسیده شد. درمجموع با ۱۲ نفر مصاحبه شد که ۸ نفر از مصاحبه‌شوندگان پزشک متخصص و ۴ نفر پزشک عمومی بودند. معیار ورود افراد به مطالعه، دارا بودن مدرک پزشک عمومی و متخصص باسابقه کار بالای ۱۱ سال و تمایل به مشارکت در مطالعه و معیار خروج، عدم تمایل به ادامه همکاری و در دسترس نبودن خبرگان موردنظر بود، به‌منظور تدوین راهنمای مصاحبه جهت انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته به بررسی متون و مصاحبه‌های عمیق با پزشکان مربوطه پرداخته شد.

انجام مصاحبه در محل کار مشارکت‌کنندگان به مدت تقریبی ۲۵ تا ۴۵ دقیقه صورت گرفت و با اخذ رضایت از آن‌ها به‌وسیله MP4 player ضبط و محتوای مصاحبه به‌دقت تایپ گردید. موازین اخلاقی شامل گمنام بودن، محرمانه بودن اطلاعات و حق کناره‌گیری در زمان دلخواه رعایت شد.

روایی و پایایی این پژوهش بر اساس معیارهای لینکن و گوبا شامل اعتبار پذیری، تأیید پذیری، تکرارپذیری و اثبات بررسی شد. جهت افزایش اعتبار پژوهش، مشارکت‌کنندگانی انتخاب شدند که تجربه مناسبی در مورد موضوع موردمطالعه داشتند. درنهایت متن مصاحبه و کدهای استخراج‌شده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا در مورد صحت‌وسقم آن‌ها اظهارنظر نمایند و مغایرت‌ها برطرف شود که به تأیید همه آن‌ها رسید. برای تاییدپذیری تحقیق، داده‌ها، تفسیرها و یافته‌های این مطالعه به‌صورت مکرر، مرور و بازبینی شد. دو مورد از مصاحبه‌ها توسط یکی دیگر از محققین کدگذاری، جمع‌بندی و درنهایت سازگاری قابل قبولی ملاحظه شد. برای افزایش انتقال‌پذیری پژوهش، سعی شد تا مجموعه داده‌ها و اوصاف متنی به نحوی کامل عرضه شود تا با ادبیات نظری پیشین، قابلیت مقایسه و تطبیق داشته باشند و سایر پژوهشگران بتوانند درباره قابلیت انتقال این یافته‌ها در سایر زمینه‌ها قضاوت نمایند. برای افزایش قابلیت اعتماد، درنهایت گزارش و یافته‌های تحقیق در اختیار ۲ نفر از اساتید مدیریت قرار گرفت تا مبتنی بودن یافته‌ها بر پایه داده‌ها، سازگاری و عدم تناقض بررسی شود.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری داده‌ها و با استفاده از روش پدیدارشناسی و به‌وسیله نرم‌افزار NVIVO 11 انجام پذیرفت. ابتدا کدگذاری محوری سطح اول یا کدگذاری باز انجام شد که شامل خرد کردن، مقایسه کردن، مفهوم‌پردازی و مقوله‌بندی داده‌ها می‌باشد. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به‌موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد. در کدگذاری سطح دوم یا کدگذاری محوری که پس از کدگذاری باز انجام می‌شود تا با برقراری پیوند بین مقوله‌ها، اطلاعات را به شیوه‌های جدیدی با یکدیگر مرتبط سازند، کدهای اصلی و فرعی بازخوانی شدند و سپس کدهای اصلی بامعنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی‌شده و طبقات را تشکیل دادند. در کدگذاری انتخابی بعد از کدبندی و تعیین طبقات، کدهای تعیین‌شده با یکدیگر مقایسه شد و در موارد اختلاف، بعد از تعیین کد نهایی و پیاده کردن مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان درخواست شد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت‌وسقم آن‌ها را ارزیابی نمایند. ضمناً این مطالعه توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان ازنظر اخلاقی با کد IR.IAU.KERMAN.REC.1401.042 مورد تأیید قرارگرفته است.

یافته‌ها

افراد مورد مصاحبه شامل ۱۲ نفر از پزشکان عمومی و متخصص مشغول به فعالیت در ۲ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بوده‌اند (جدول ۱).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

ویژگی‌های دموگرافیک		فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۴	۳۳/۳۳
	مرد	۸	۶۶/۶۷
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۱۶/۶۷
	متأهل	۱۰	۸۳/۳۳
سن	۵۰ - ۴۱	۶	۵۰/۰۰
	۶۰ - ۵۱	۲	۱۶/۶۷
	۶۱ <	۴	۳۳/۳۳
تخصص	عمومی	۴	۳۳/۳۴
	چشم‌پزشک	۲	۱۶/۶۸
	مغز و اعصاب	۱	۸/۳۳
	زنان و زایمان	۱	۸/۳۳
	قلب و عروق	۱	۸/۳۳
	دندان‌پزشک	۱	۸/۳۳
	اطفال	۱	۸/۳۳
	ارتوپد	۱	۸/۳۳

شناسایی عوامل مؤثر بر پدیده ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی بدین‌صورت بود که در ابتدا پس از بررسی داده‌های به‌دست‌آمده از متن ۱۲ مورد مصاحبه انجام‌شده، ۸۰ کد باز استخراج گردید و نتایج حاصل از کدگذاری محوری در قالب ۵ تم اصلی و ۱۱ تم فرعی دسته‌بندی شدند (جدول ۲). در ادامه ضمن تجمیع و تبیین ارتباط بین تم‌های فرعی، فرآیند رسیدن به یک تئوری و بیان مدل را نهایی کرده و با در کنار هم قرار دادن کدها حول یک مقوله مرکزی، یک روایت تئوریک و نظام‌مند طرح شد (شکل ۱).

جدول ۲: تم‌های اصلی، فرعی و کدهای باز به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی	کدهای باز
دلایل فردی	عوامل روان‌شناختی	ترس از صمیمیت
		بی‌انگیزگی
		تنهایی
		افسردگی
		خستگی
		بی‌حوصلگی
		کمبود عزت‌نفس
		بدبینی
		سرکوب حس همدلی
		ناکامی یا غم و اندوه
		احساس درماندگی
		اختلالات شخصیتی
		عدم علاقه به ارتباط
		اخلاق تند
		زیر سؤال رفتن اقتدار و شأن پزشک
		چهره ظاهری

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی	کدهای باز
		عدم اتکا به دانش و تحصیلات
	عوامل خانوادگی	تفاوت در سبک زندگی کیفیت زندگی ارث و ریشه‌های خانوادگی مشکلات دوران کودکی
دلایل ارتباطی		ناتوانی در مدیریت ارتباط
	فقدان مهارت	ناتوانی در گوش دادن انفعالی بودن پزشک عدم آموزش مهارت‌های ارتباطی در زمان تحصیل نقش سنتی و پدرسالارانه پزشک در ارتباط
	اختلال اطلاعاتی	کج‌فهمی و برداشت نادرست از صحبت‌ها پنهان کردن اطلاعات از بیمار
دلایل شغلی		القا جوانی و بی‌تجربه بودن توسط بیمار
	چالش‌های مربوط به بیمار	عدم اعتماد بیماران عدم درک روند درمان توسط بیمار عدم رعایت ادب و نزاکت توسط بیمار عدم انعطاف‌پذیری در بیمار نفهمیدن لهجه و گویش بیمار سؤالات بی‌مورد بیمار استفاده از واژه‌های پیچیده امتناع بیمار از بیان مشکلات مربوط به بیماری (مقاومت بیمار) عدم مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های تشخیصی و درمانی دخالت زیاد همراهی بیمار قطع ناگهانی ارتباط توسط بیمار تظاهر غیرطبیعی بیمار تنش وارد نکردن به بیمار معطل نکردن سایر بیماران اختلاف طبقاتی با بیمار عدم رعایت بهداشت توسط بیمار
	چالش‌های مربوط به همکاران	جلوگیری از شایعات و بدگویی‌ها عدم اعتماد به محیط همکاران خصومت و گرفتن حالت تدافعی نسبت به همکاران کنجکاوی همکاران سوءتفاهم‌های احتمالی مشکل در تماس چشمی عدم اطمینان به محیط دوستانه
	چالش‌های مربوط به حرفه پزشکی	تنش‌های کاری شیفت کاری فشرده

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی	کدهای باز
		عدم رضایت شغلی پزشک
		دوران تحصیلی طاقت‌فرسا
		کمبود وقت
		بیم از سرایت بیماری
دلایل محیطی	محیط بیمارستان	نامطلوب بودن فضای فیزیکی و موقعیت اتاق معاینه
		کمبود پرسنل
		ارتباط غیراصولی مسئولان بیمارستان
		فقدان استقلال کاری
		بی‌عدالتی در بیمارستان
		محیط خشک بیمارستان
		سروصدای زیاد
		رفت‌وآمدهای فراوان
		نبود حمایت از سوی بیمارستان
		وادار کردن پزشک به پذیرش بیمار
		تهویه نامناسب و بوی نامطبوع
		مشکلات برقراری ارتباط با مدیریت بیمارستان
	آسیب اجتماعی	روابط اجتماعی محدود
		دلسرد کردن پزشک از مشارکت
		تجربه‌های ناخوشایند از ارتباط
		ترس از تشخیص اشتباه
		تأکید بر ندادن قوت قلب بی‌جا
دلایل فرهنگی	عوامل اعتقادی	درک حساسیت‌های جنسیتی
		عدم احترام به حریم خصوصی بیمار
		بی‌اعتقادی به اصل رازداری
	عوامل مذهبی	مذهب و مشکل لمس کردن
		جنسیت پزشک

بررسی تم‌های اصلی ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی

۱. دلایل فردی

یکی از مهم‌ترین دلایل ارتباط‌گریزی پزشکان، مشکلات فردی این قشر است. به نظر می‌رسد بسیاری از پزشکان دلایل فردی را باعث ارتباط‌گریزی دانسته و از این مشکل رنج می‌برند. پزشکان ضمن داشتن مشکلات سایر اقشار جامعه با مشکلات مربوط به فشارهای روحی و روانی محیط بیمارستان و برخورد با مسائل و مشکلات بیماران نیز روبرو هستند؛ که تضعیف اهمیت ارتباط را به همراه دارد. عوامل روان‌شناختی و عوامل خانوادگی، تم‌های فرعی مربوط به دلایل فردی می‌باشد.

ازجمله عوامل روان‌شناختی که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کرده‌اند: «من با افراد صمیمی نمی‌شوم حالا این افراد می‌توانند بیمار باشند یا همکاران گاهی احساس می‌کنم صمیمیت باعث ایجاد توقع در افراد می‌شود به همین دلیل از صمیمی شدن با افراد دوری می‌کنم» (مصاحبه‌شونده ۵). مصاحبه‌شونده دیگری دلایل خانوادگی را دلیل ارتباط‌گریزی معرفی کرده است: «من در محیط خانوادگی که بزرگ شدم همین مشکل را داشتم کلاً ارتباط گرفتن برای ما سخت بوده است و همیشه سعی کردیم به درس بپردازیم و ارتباط با فامیل و دوستان جزء اولویت ما نبود» (مصاحبه‌شونده ۶).

۲. دلایل ارتباطی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

پزشکان تحصیلات عالیه علمی دارند اما درزمینه‌ی ارتباطات، آموزش چندانی ندیده‌اند. بسیاری از پزشکان در ارتباط با بیماران مشکل‌دارند و نمی‌توانند به‌خوبی با آن‌ها ارتباط برقرار کنند. ارتباط نامناسب باعث می‌شود بیماران کمتر از روش‌های درمانی پیروی کنند، رضایت بیمار کاهش پیدا می‌کند و نتایج ضعیف می‌شود. همدردی و ارتباط برای ایجاد روابط سازنده پزشک و بیمار، حیاتی است. فقدان مهارت و اختلال اطلاعاتی، تم‌های فرعی مربوط به دلایل ارتباطی می‌باشد. ازجمله دلایل ارتباطی که مصاحبه‌شونده‌ای به آن اشاره کرده است: «کنترل ارتباط با همکاران و پرستاران از دستم خارج می‌شود و همان لحظه نمی‌توانم واکنش نشان دهم و مدیریت کنم» (مصاحبه‌شونده ۵). درزمینه‌ی اختلال اطلاعاتی نیز مصاحبه‌شونده‌ای مطرح کرده است که: «گاهی بیماران در شنیدن توصیه‌های پزشکی عجول هستند و اجازه ارتباط را نمی‌دهند» (مصاحبه‌شونده ۱۲).

۳. دلایل شغلی

فعالیت کردن به‌عنوان یک پزشک، همواره با استرس همراه است. همچنین وجود نوآوری‌ها و تغییرات مداوم در حوزه سلامت و پزشکی و همین‌طور تصویب قوانین و مقررات مرتبط با افزایش کیفیت و رضایت بیماران زمینه افزایش فشارهای روانی را در پزشکان ایجاد کرده است. چالش‌های مربوط به بیمار، چالش‌های مربوط به همکاران و چالش‌های مربوط به حرفه پزشکی، تم‌های فرعی مربوط به دلایل شغلی می‌باشد. درزمینه‌ی چالش‌های مربوط به بیمار مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرده است که: «بیماران تخصص لازم را برای درک شرایط خود ندارند و بررسی‌های لازم باید در شورای پزشکی انجام شود، بیمار انتظار دارد تمام مراحل کار برای وی توضیح داده شود درحالی‌که امکان درک همه مراحل برای او امکان‌پذیر نیست» (مصاحبه‌شونده ۱). درزمینه‌ی چالش‌های مربوط به همکاران مصاحبه‌شونده‌ای اظهار داشت: «بیمارستان محیط رسمی داره؛ به همین دلیل واسه اینکه سوءتفاهمی پیش نیاد ترجیح میدم که فاصله خودم را با همکارانم حفظ کنم» (مصاحبه‌شونده ۹). مصاحبه‌شونده‌ای در راستای چالش‌های مربوط به حرفه پزشکی بیان کرد: «درگیری شغلی من به‌قدری زیاد است که فرصتی برای ارتباط با دیگران برای من نمی‌ماند» (مصاحبه‌شونده ۹).

۴. دلایل محیطی

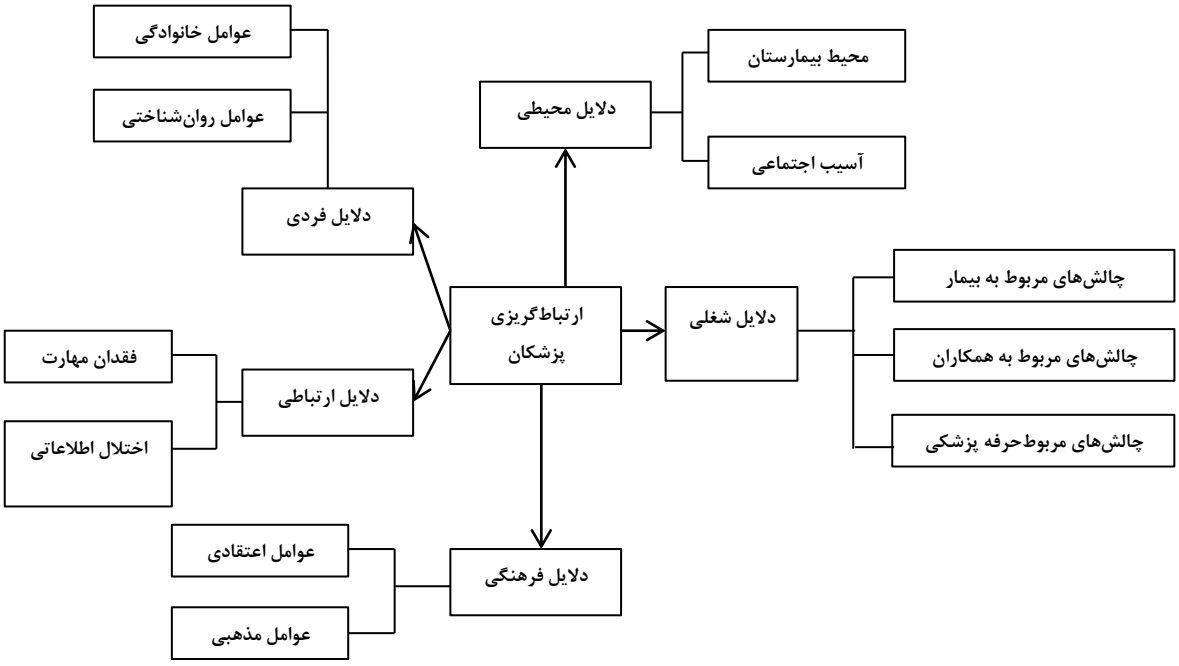
کیفیت در سیستم بهداشت و درمان شامل مجموع عوامل: ساختار، فرآیند و پیامدها است و به‌منزله‌ی ابزار پایش و کنترل کیفیت در ارزیابی‌ها به‌کاربرده می‌شود. منظور از ساختار، منابع انسانی و غیرانسانی (فضای فیزیکی و تجهیزات) و شیوه ارائه مراقبت بهداشتی به بیماران است. در بخش فرآیند، روش‌ها و فعالیت‌های موردنیاز برای ارائه مراقبت‌های پزشکی به‌وسیله ارائه‌دهندگان و سیستم پشتیبانی تحلیل می‌شود و در حوزه پیامد، نتایج و برون داد فرآیندهای مراقبت یعنی میزان ناتوانی، مرگ و رضایت بیماران موردبررسی قرار می‌گیرد. به‌این‌ترتیب ارزیابی وضعیت فضای فیزیکی و تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها و میزان رضایتمندی بیماران می‌تواند به‌منزله‌ی ابزاری برای ارزیابی کیفیت به شمار رود. دلایل محیطی بیمارستان می‌تواند تأثیر زیادی بر پزشکان گذاشته و باعث ارتقاء انگیزش در ایشان شود. محیط بیمارستان و آسیب اجتماعی، تم‌های فرعی مربوط به دلایل محیطی می‌باشد. در راستای دلایل محیطی بیمارستان مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت: «اگر در بیمارستان پرسنل به‌اندازه کافی باشد دغدغه‌ها کمتر است و ارتباطات مؤثرتر خواهد بود» (مصاحبه‌شونده ۱۲). درزمینه‌ی آسیب‌های اجتماعی مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد: «از برقراری ارتباط در محیط بیمارستان دوری می‌کنم چون توان کنترل دردسرهای بعدی آن را ندارم» (مصاحبه‌شونده ۱۱).

۵. دلایل فرهنگی

ارتباط خوب و سالم بین پزشک و بیمار، سنگ زیربنای مراقبت‌های خوب پزشکی است. تحقیقات نشان می‌دهد، بیشتر تشخیص‌های پزشکی و تصمیم‌های درمانی بر اساس اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه است و اساس مصاحبه پزشکی، ارتباط است. توانایی برقرار کردن ارتباط، یک مهارت اساسی انسان است و مانند بسیاری از مهارت‌ها بعضی افراد استعداد ذاتی بیشتری برای برقراری ارتباط نسبت به بقیه دارند و مهارت‌های ارتباطی بایستی بهبودیافته و پیشرفت کنند. همچنین پزشک باید فرهنگ جامعه را در هنگام معاینه بیمار مدنظر قرار دهد تا بتواند ارتباط بهتری با او داشته باشد. در این پژوهش عوامل اعتقادی و عوامل مذهبی، تم‌های فرعی مربوط به دلایل فرهنگی می‌باشد. درزمینه‌ی عوامل اعتقادی مصاحبه‌شونده‌ای اظهار کرد: «من پزشک زنان هستم و در هنگام معاینه بیمار

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

شرایط جامعه و عرف را باید رعایت کنم» (مصاحبه‌شونده ۱۱). درزمینه‌ی عوامل مذهبی مصاحبه‌شونده‌ای بیان کرد: «نگاه جنسیتی بعضی از بیماران عجیب است و سخت به پزشک خانم اعتماد می‌کنند» (مصاحبه‌شونده ۱۱).



شکل ۱: الگوی ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی

بحث

هدف این پژوهش کاوش پدیده ارتباط‌گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی با استفاده از روش پدیدارشناسی بود. نتایج به‌دست‌آمده از کدگذاری باز و کدگذاری محوری، تحلیل کیفی با رهیافت پدیدارشناسی و تحلیل محتوی متون نشان داد که الگوی ارتباط‌گریزی پزشکان از ۵ تم اصلی و ۱۱ تم فرعی تشکیل‌شده است.

عوامل روان‌شناختی به‌عنوان یکی از دلایل ارتباط‌گریزی پزشکان مطرح شده است. در این زمینه فلومر (۲۰۱۰)، پژوهشی در محیط‌های کاری در شهر ناکسویل انجام داده و دریافته است که دیدگاه شخصیتی و عوامل روان‌شناختی بر ارتباط‌گریزی تأثیر دارند (۱۸). پزشکان تحت تأثیر عوامل رفتاری و روان‌شناختی خود ممکن است که به برقراری ارتباط تمایل نداشته باشند، یا اینکه از برقراری ارتباط ترس داشته و گریزان از تعامل با دیگران باشند و درنتیجه ارتباط‌گریز باشند.

نتایج نشان داد که عوامل خانوادگی، عاملی مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان است. گائو و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای، به بررسی ارتباطات پزشک و بیمار در هنگام غربالگری سرطان روده بزرگ در بین افراد آفریقایی- آمریکایی، لاتین‌ها یا چینی‌ها پرداختند، نتایج آن‌ها نشان‌داد که عوامل خانوادگی پزشکان بر ارتباط‌گریزی آن‌ها تأثیر دارد (۱۹). درصورتی‌که پزشکان در محیط خانواده دارای مشکلات خانوادگی باشند و تنش محیط خانواده بر رفتار و خلق‌وخوی آن‌ها تأثیر بگذارد موجب می‌شود تا فرد تعامل مناسبی در محیط کار با همکاران و بیماران نداشته باشد و درنتیجه زمینه ارتباط‌گریزی در وی بروز یابد.

فقدان مهارت، عاملی مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان در این تحقیق شناخته شده است. کولمنارس- رائو و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه پزشک و بیمار بین افراد مبتلابه و روماتولوژیست‌ها در مراقبت‌های بهداشت عمومی و خصوصی در مکزیک پرداختند؛ نتایج آن‌ها نشان‌داد که فقدان دانش، تخصص و مهارت در بین افراد عاملی مؤثر بر ارتباط‌گریزی آن‌ها است (۱۵). پزشکانی که از دانش، تخصص، مهارت و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

توانایی‌های لازم برخوردار نباشند، در هنگام برقراری ارتباط با همکاران، بیماران و سایر اعضا و افراد کادر درمان و بیمارستان دچار ضعف و کمبود شده و درنتیجه زمینه گریز از برقراری ارتباط در آن‌ها شکل می‌گیرد و ارتباط‌گیری می‌شوند.

اختلال اطلاعاتی ازجمله عوامل مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان است. در این زمینه پژوهش فارینگتون (۲۰۱۱)، در سازمان بهداشت جهانی نشان داد که نقص در سیستم اطلاعاتی، عاملی مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان می‌باشد (۲۰)؛ که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. اختلال در سیستم‌های اطلاعاتی بیمارستانی و عدم اطلاع‌رسانی دقیق، شفاف و به‌موقع شرایط را مستعد می‌سازد تا پزشکان عملکرد خوبی نداشته و نتوانند تعامل مناسبی برقرار کنند و درنتیجه از برقراری ارتباط هراس داشته باشند.

چالش‌های مربوط به بیمار یکی دیگر از عوامل مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان می‌باشد که در این پژوهش، توسط خبرگان شناسایی‌شده است. مطالعه پترسون و همکاران (۲۰۱۶) در بین کودکان کار قزاقستان نشان‌داد؛ چالش‌های مربوط به ارتباط با دیگران ازجمله عوامل مؤثر بر ارتباط‌گریزی آن‌ها می‌باشد و معتقدند که با برقراری کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی می‌توان این چالش را کاهش داد (۵). واتسون و فو (۲۰۱۶)، برگزاری سمینارهایی با محوریت آموزش مهارت‌های ارتباطی را ازجمله عوامل مؤثر بر کاهش چالش‌های ارتباط‌گریزی انترن‌های پزشکی در برزیل دانسته‌اند (۲۱). لیو و همکاران (۲۰۱۶)، در مطالعه‌ای به بررسی بستر یادگیری مهارت‌های ارتباطی در مشاوره بالینی در شهر سیدنی پرداختند. نتایج آن‌ها نشان‌داد؛ ایجاد زمینه برای آموزش مهارت‌های ارتباطی ازجمله راه‌های کاهش چالش ارتباط‌گریزی است (۱۶). کرون و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی دریافته‌اند که استفاده از شبیه‌سازی کامپیوتری برای آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی دانشگاه میشیگان کمک خواهد کرد تا توانایی برقراری ارتباط آن‌ها افزایش یابد (۱۷). چالش‌هایی که پزشکان با بیماران و برقراری ارتباط با آن‌ها دارند به میزان بسیار زیادی در ارتباط بین آن‌ها تأثیر می‌گذارد و درصورتی‌که پزشکان مهارت‌ها و آموزش‌های کافی در این زمینه ندیده باشند، در برقراری ارتباط با بیماران به مشکل بر خواهند خورد و ناگزیر به ارتباط‌گریزی هستند.

چالش‌های مربوط به همکاران به‌عنوان یکی از دلایل ارتباط‌گریزی پزشکان مطرح‌شده است. در چند مطالعه ازجمله پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۶)، در میان پرستاران و پزشکان بیمارستان‌های آبادان، شیروان، مشهد و تهران، مطالعه دیچیرومارینیو و همکاران (۲۰۰۱) بر روی تعدادی از پزشکان و پرستاران در بیمارستان‌های کالیفرنیا و همچنین مطالعه بارر و آلیس (۲۰۰۲) در میان پرستاران و پزشکان ایالات‌متحده و مکزیک نشان دادند؛ چالش‌های مربوط به همکاران بر ارتباط‌گریزی پزشکان تأثیر دارد (۲،۶،۷)؛ که این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت؛ زمانی که پزشکان در محیط کار خود با چالش‌های مربوط به همکاران و یا رفتارهای غیرسازنده و پرتنش مواجه شوند، از برقراری ارتباط با آن‌ها خودداری کرده و کمتر با همکارانشان ارتباط برقرار می‌کنند و درنهایت ارتباط‌گریز می‌شوند.

چالش‌های مربوط به حرفه پزشکی به‌عنوان یکی از دلایل ارتباط‌گریزی پزشکان مطرح‌شده است. نتایج مطالعات تامسون و استوارت (۲۰۰۷) باهدف بررسی رابطه بین پزشکان و پرستاران در شهر لندن (۲۲) و چابویر و پترسون (۲۰۰۱) باهدف بررسی دیدگاه پرستاران عمومی و مراقبت‌های ویژه در بیمارستان استرالیا (۲۳)، نشان داد که چالش‌های مربوط به حرفه پزشکی ازجمله عوامل مؤثر بر ارتباط‌گریزی کادر درمان و پزشکان است. چالش‌های مربوط به حرفه پزشکی و تنش‌های محیطی موجب می‌شود تا پزشکان از برقراری ارتباط با همکارانشان گریزان باشند و تلاشی در جهت تعامل سازنده کاری نداشته باشند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که محیط بیمارستان، عاملی مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان است. در این زمینه هودلسون و همکاران (۲۰۱۰) با مطالعه‌ای که در ژنو انجام‌دادند، دریافتند که محیط کاری و شرایط حاکم بر آن، بر ارتباط‌گریزی پزشکان و پرستاران تأثیر دارد (۲۴). نحوه برقراری ارتباط و تعاملات پزشکان با همکاران و بیماران به شدت بسیار زیادی تحت تأثیر شرایط محیط کار است. سیستم‌های اطلاعاتی و برقراری ارتباط پزشکان با همکاران و بیماران می‌تواند به میزان بسیار زیادی برقراری ارتباط بین آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین شرایط فیزیکی و شکل ساختمان محیط کار نیز می‌تواند عاملی مؤثر بر میزان تعامل و ارتباط پزشکان با بیماران، پرستاران و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

سایر اعضای کادر درمان باشد و به‌عنوان عاملی، بر ارتباط‌گریزی تأثیر بگذارد.

آسیب اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان در این تحقیق پدیدارشناسی است. مرت آلپرز (۲۰۱۶) در تحقیقی، بی‌اعتمادی و آسیب‌های اجتماعی را ازجمله دلایل ارتباط‌گریزی پزشکان معرفی کرده است (۲۵). آسیب‌های اجتماعی که پزشکان در محیط کار متحمل می‌شوند در نحوه برقراری ارتباطات و رفتارهای آن‌ها تأثیر می‌گذارد و موجب می‌شود تا پزشکان تحت تأثیر این آسیب‌ها و تنش‌ها در ارتباطات خود محدودیت ایجاد کرده و شرایط ارتباطی را در رفتار خود موردتوجه قرار دهند که زمینه ارتباط‌گریزی و فرار از برقراری ارتباط در آن‌ها را فراهم می‌آورد.

نتایج تحقیق نشان داد که عوامل اعتقادی بر ارتباط‌گریزی پزشکان مؤثرند. در این زمینه کوپنن و همکاران (۲۰۱۴) با پژوهشی که در بین پزشکان بیمارستان هلیسینکی انجام دادند، دریافتند که عوامل اعتقادی بر ارتباط‌گریزی و میزان تعاملات پزشکان با همکارانشان و بیماران تأثیر می‌گذارند (۲۶). پلتولا و ایسوتالوس (۲۰۱۸) با مطالعه‌ای‌که در بین پزشکان و بیماران دیابتی نوع ۲ در جنوب آفریقا انجام دادند؛ به این نتیجه رسیدند که عوامل اعتقادی بر میزان ارتباط‌گریزی پزشکان مؤثرند (۲۷). درصورتی‌که مسائل اعتقادی در نحوه برقراری ارتباط و میزان تمایل به برقراری ارتباط مؤثر باشد و منجر به جهت‌دهی به ارتباطات و تعاملات پزشکان با همکاران و بیماران شود، می‌تواند عاملی مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان باشد.

عوامل مذهبی ازجمله عوامل مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان است. در این زمینه گانش (۲۰۰۹)، بامطالعه در بین پزشکان هندی، دریافت که عوامل مذهبی بر میزان ارتباط‌گریزی پزشکان تأثیر می‌گذارد (۲۸). عوامل مذهبی و اعتقادات مذهبی عناصری هستند که تعیین‌کننده حدودوثغور ارتباط افراد با همکاران و نحوه برقراری ارتباط و تعاملات آن‌ها در مذاهب مختلف هستند و در بسیاری از مواقع مذهب تعیین‌کننده نوع ارتباط و در شرایطی وجود تخصص‌های خاص برای پزشکان مرد یا زن و طبابت آن‌ها است و به پزشکان اجازه تعامل با بیماران و حتی همکاران و نوع شیفت و ساعات همکاری را می‌دهد. درنتیجه مذهب و عوامل مذهبی بر ارتباط‌گریزی پزشکان می‌تواند مؤثر باشد.

این مطالعه در کنار نقاط قوت خود دارای ضعف‌هایی بود. مطالعه به‌طور مقطعی انجام شد. داده‌ها از پزشکان جمع‌آوری و نیازسنجی از دیدگاه یک گروه از ذینفعان انجام گردید. همچنین کمبود مطالعات علمی پیشین در این زمینه، بحث پژوهش را با محدودیت مواجه کرد.

نتیجه‌گیری

توانایی برقراری ارتباط صحیح از مهم‌ترین ویژگی‌های کارکنان بهداشت و درمان است و برقراری ارتباط صحیح، اثرات مثبتی بر بیماران دارد. از سوی دیگر، اختلال در ارتباط منجر به اشتباه در تشخیص، کاهش مشارکت بیمار در درمان و غیره می‌شود. درواقع ارتباط بین پزشک و بیمار در ارائه‌ی موفق خدمات اولیه‌ی سلامت و در کارآمدی خدمات پزشکی ضروری است. شناسایی عوامل مؤثر بر ارتباط‌گریزی پزشکان می‌تواند در بهبود روابط کمک کرده و زمینه را برای کاهش ارتباط‌گریزی پزشکان مساعد سازد. درواقع ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار موجب ارتقای کیفیت مراقبت و درمان بیماران و رضایت شغلی پزشکان و رضایت درمانی بیماران خواهد شد. همچنین توصیه می‌گردد که آموزش‌های لازم به پزشکان درزمینه‌ی برقراری ارتباط با بیماران، همکاران و همراهان بیمار ارائه شود تا توانایی برقراری ارتباط پزشکان ارتقاء یابد؛ و اطلاعات و داده‌های موردنیاز در مورد بیمار به پزشکان داده شود تا پزشکان بتوانند تصمیمات درمانی مؤثرتری را اتخاذ کنند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه به نحوی مشارکت داشته‌اند، تشکر نماید. به‌ویژه از پزشکان عمومی و متخصص بیمارستان‌های دولتی شهر یزد که تیم پژوهش را از نظرات و تجربیات ارزشمند خود بهره‌مند نمودند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ر. م، م. ب، ح. ک

جمع‌آوری داده‌ها: م. ب، ر. م

تحلیل داده‌ها: ح. ک، ر. م

نگارش و اصلاح مقاله: ر. م، م. ب، ح. ک

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته مدیریت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

دولتی گرایش مدیریت منابع انسانی با عنوان «کاوش پدیده ارتباط گریزی پزشکان در بیمارستان‌های دولتی شهر یزد» با استفاده از روش پدیدارشناسی با کد ۱۶۲۴۵۴۹۵۸ دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان می‌باشد و از سوی هیچ سازمانی موردحمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The viewpoint of nurses about professional relationship between nurses and physicians. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery 2010; 7(1): 63-71. [Persian]
2) Farhadi A, Elahi N, Jalali R. Nurses' and physicians' experiences of the pattern of their professional relationship with each other: a phenomenological study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2018; 6(2): 201-13. [Persian]
3) McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of Clinical Nursing 2004; 13(1): 41-9. doi: 10.1111/ j.1365-2702.2004.00817.x.
4) Rahim Nia F, Hassanzadeh Zh. Investigating the moderating role of organizational justice on the relationship between the perception of the organization's political environment and people's communication avoidance. Transformation Management Journal 2009; 1(2): 21-46. doi: 10.22067/pmt.v1i2.2882. [Persian]
5) Peterson EB, Boland KA, Bryant KA, McKinley TF, Porter MB, Potter KE, et al. Development of a comprehensive communication skills curriculum for pediatrics residents. Journal of Graduate Medical Education 2016; 8(5): 739-46. doi: 10.4300/JGME-D-15-00485.1.
6) Dechairo-Marino AE, Jordan-Marsh M, Traiger G, Saulo M. Nurse/physician collaboration: action research and the lessons learned. The Journal of Nursing Administration 2001; 31(5): 223-32. doi: 10.1097/00005110-200105000-00002.
7) Barrere C, Ellis P. Changing attitudes among nurses and physicians: a step toward collaboration. Journal for Healthcare Quality 2002; 24(3): 9-15. doi: 10.1111/j.1945-1474.2002.tb00427.x.
8) D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care 2005; 19(1): 116-31. doi: 10.1080/ 13561820500082529.
9) Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. American Journal of Critical Care 2007; 16(5): 470-7. PMID: 17724244.
10) Coeling HVE, Cukr PL. Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. Journal of Nursing Care Quality 2000; 14(2): 63-74. doi: 10.1097/00001786-200001000-00009.
11) Evans SA, Carlson R. Nurse/physician collaboration: solving the nursing shortage crisis. American Journal of Critical Care 1992; 1(1): 25-32. PMID: 1307876.
12) Hellin T. The physician-patient relationship: recent developments and changes. The Official Journal of the World Federation of Hemophilia 2002; 8(3): 450-4. doi:10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x.
13) Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2012; 5(4): 36-50. [Persian]
14) Moein A, Anbari Akmal K. Doctor-patient communication. Danshvere Medical 2010; 17(85): 71-80. [Persian]
15) Colmenares-Roa T, Huerta-Sil G, Infante-Castaneda C, Lino-Perez L, Alvarez-Hernandez E, Peláez-Ballestas I. Doctor–patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. Qualitative Health Research 2016; 26(12): 1674-88. doi: 10.1177/1049732315588742.
16) Liu C, Scott KM, Lim RL, Taylor S, Calvo RA. EQClinic: a platform for learning communication skills in clinical consultations. Medical Education Online 2016; 21(1): 1-7. doi: 10.3402/meo.v21.31801.
17) Kron FW, Fetters MD, Scerbo MW, White CB, Lypson ML, Padilla MA, et al. Using a computer simulation for teaching communication skills: a blinded multisite mixed methods randomized controlled trial. Patient Education and Counseling 2017; 100(4): 748-59. doi: 10.1016/j.pec.2016.10.024.
18) Fulmer BN. An investigation of willingness to communicate, communication apprehension, and self-esteem in the workplace [master thesis]. Knoxville: University of Tennessee, School of Graduate; 2010.
19) Gao G, Burke N, Somkin CP, Pasick R. Considering culture in physician– patient communication during colorectal cancer screening. Qualitative Health Research 2009; 19(6): 778-89. doi: 10.1177/ 1049732309335269.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

20) Farrington C. Reconciling managers, doctors, and patients: the role of clear communication. Journal of the Royal Society of Medicine 2011; 104(6): 231-6. doi: 10.1258/jrsm.2011.100401.
21) Watson K, Fu B. Medical improv: a novel approach to teaching communication and professionalism skills. Annals of Internal Medicine 2016; 165(8): 591-2. doi: 10.7326/M15-2239.
22) Thompson DR, Stewart S. Handmaiden or right hand man: is the relationship between doctors and nurses still therapeutic?. International Journal of Cardiology 2007; 118(2): 139-40. doi: 10.1016/j.ijcard.2006.05.073.
23) Chaboyer WP, Patterson E. Australian hospital generalist and critical care nurses perceptions of doctor-nurse collaboration. Nursing and Health Science 2001; 3(2): 73-9. doi: 10.1046/j.1442-2018.2001.00075.x.
24) Hudelson P, Perron NJ, Perneger TV. Measuring physicians' and medical students' attitudes toward caring for immigrant patients. Evaluation & the Health Professions 2010; 33(4): 452-72. doi: 10.1177/0163278710370157.
25) Merete Alpers L. Distrust and patients in intercultural healthcare: a qualitative interview study. Nursing Ethics 2016; 25(3): 313-23. doi: 10.1177/0969733016652449.
26) Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P. Communication skills for medical students: results from three experiential methods. Jornal of Simulation & Gaming 2014; 45(2): 235-54. doi: 10.1177/ 1046878114538915.
27) Peltola M, Isotalus P. Patients' interpersonal communication experiences in the context of type 2 diabetes care. Qualitative Health Research 2018; 28(8): 1267-82. doi: 10.1177/1049732318759934.
28) Ganesh K. Patient-doctor relationship: changing perspectives and medical litigation. Journal of the Urological Society of India 2009; 25(3): 356-60. doi: 10.4103/0970-1591.56204.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]

Research Article

Investigating the Communication Apprehension Model of Physicians in Public Hospitals of Yazd City

Rohollah Mirjalili [1], Hossein Kazemi [2*], Malike Beheshti Far [3]

[1] Ph.D. student of Public Administration, Department of Management, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Management, School of Administrative Sciences and Economics, Vali-e-Asr University of Rafsanjan, Rafsanjan, Iran
[3] Associate Professor, Department of Management, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

*** Corresponding Author:** Hossein Kazemi
h.kazemi@vru.ac.ir

Citation: Mirjalili R, Kazemi H, Beheshti Far M. Investigating the Communication Apprehension Model of Physicians in Public Hospitals of Yazd City. Manage Strat Health Syst 2023; 7(4): 356-68.

Received: October 22, 2022
Revised: January 23, 2023
Accepted: February 13, 2023

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

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

A B S T R A C T

Background: A good and healthy communication between the physician and patient and the therapeutic staff is the basis of good medical care, and communication skills play an important role in patient's satisfaction and their treatment. The aim of this study was to explore the physicians' communication in public hospitals of Yazd city using phenomenological methods.

Methods: This qualitative research was conducted using the phenomenology method from January 2021 to August 2022. The location of the study was 2 hospitals affiliated to Shahid Sadoughi University of Yazd. The statistical population included general practitioners and specialists from the government hospitals of Yazd city. Among these doctors, 12 people who had a working experience of more than 11 years and were willing to cooperate with the researcher were selected as the sample using a selective and purposive method. Data were collected through interviews. Lincoln and Guba criteria were used to assess validity and reliability of the research, and these data were analyzed by NVIVO $_{11}$ software.

Results: Results demonstrated that physicians' communication pattern consisted of 11 sub-themes: psychological factors; family factors; lack of skills; information disorders; challenges related to patients, colleagues, and medical profession; hospital environment; social harm; and religious factors. These sub-themes were categorized into five main themes: environmental, individual, communicative, cultural, and professional aspects.

Conclusion: Establishing a proper relationship between the patient and physician is the essential component of a high quality medical care. Improving this relationship will cause patient's more commitment to the treatment, more satisfaction with the medical team, and less medical errors and complaints.

Keywords: Physician, Communication, Communication apprehension, Government hospitals

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.4.7.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i4.12178]