

مقایسه خشنودی بیماران از دو سبک ارتباطی پزشک – بیمار در روند ریزنی و درمان

*دکتر ابراهیم مسعودنیا (PhD)^۱ – دکتر احمدرضا زمانی (PhD)^۲ – فهیمه اصفهانیان (MA)^۳

^۱نویسنده مسئول: گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، گیلان، ایران

پست الکترونیک: masoudnia@guilan.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۴/۲۱

چکیده

مقدمه: سبک ارتباطی پزشک – بیمار، یکی از متغیرهای مهم کارساز بر روند درمان است. از دسته برآیندهای مهم سبک‌های گوناگون ارتباط پزشک – بیمار رضایت بیمار از درمان مشاوره و درمان است.

هدف: مقایسه‌ی دو سبک رابطه‌ی پزشک – بیمار، یعنی فعال – منفعل (پدرمآبانه) و دوسویه – مشارکت از نظر رضایت بیمار

مواد و روش‌ها: دو روش پیمایشی و مشاهده‌ای استفاده شده است. جامعه آماری شامل همه پزشکان و بیمارانی بود که در ماه‌های آذر و دی (۱۳۹۱) به مراکز درمانی برگزیده (شامل دو بیمارستان و بیست مطب خصوصی) شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ پزشک و ۲۰۰ بیمار انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از مقیاس سبک‌های غیرکلامی رابطه پزشک – بیمار (DPNCI) و مقیاس ۱۸ ماده‌ای رضایت بیمار (PSQ-18).

نتایج: تفاوت معنی‌داری بین سبک‌های ارتباطی فعال – منفعل (پدرمآبانه) و دوسویه – مشارکت از نظر میزان رضایت بیمار به‌طور کلی ($P < 0/05$) و نیز مولفه‌های کیفیت امکانات ($P < 0/05$)، رفتار بین‌فردی ($P < 0/01$)، ارتباط ($P < 0/01$) و زمان سپری شده ($P < 0/05$) دیده شد. رگرسیون چندگانه رشته مراتبی نشان داد که سبک رابطه پزشک – بیمار ۵۲/۶ درصد از متغیر رضایت بیماران را تبیین کرد.

نتیجه‌گیری: سبک‌های ارتباط پزشک – بیمار از جمله عوامل موثر بر رضایت بیماران است. سبک رابطه‌ی دوسویه – مشارکت منجر به رضایت بالاتر بیماران در مقایسه با سبک رابطه فعال – منفعل (پدرمآبانه) شد. بنابراین، توجه به ایجاد و تقویت الگوی ارتباطی دوسویه – مشارکت با هدف افزایش رضایت بیماران بایسته به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: رضایت بیمار/ روابط پزشک و بیمار/ مشاوره

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم شماره ۹۲، صفحات: ۲۵-۳۳

مقدمه

کار پزشک این است که مشکل را شناسایی کرده و راهکاری برای آن پیدا کند. سپس، با بیمار بر سر این که چه راهکاری منجر به التیام بیماری و گرفتن نتیجه‌ی دلخواه می‌شود گفتگو کند. این‌ها همه درست و فیهی‌دنی است ولی این روند بیشتر دچار گرفتاری می‌شود گاهی در ارتباط بین آنها، گاهی در استدلال پزشک، گاهی در تصمیم‌گیری از جانب پزشک و در برخی هنگام در مذاکره‌ی بین دو طرف.

مشاوره‌ی بالینی برپایه جستار مرگ و زندگی است، فهم نادرست از هر یک از این گستره‌ها می‌تواند منجر به پیامد ناگوار شود. برای به کمینه رساندن اشتباه، هر کدام از طرفین باید تلاش کند آن چه را که دیگری در اندیشه‌ی خود دارد، بفهمد (۱). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند ۶۰-۷۰ درصد تشخیص‌های پزشکی و نیز درصد همانندی از تصمیم‌های

رابطه‌ی پزشک و بیمار، محور پزشکی است. در یک گفت و گو دو طرف تلاش می‌کنند آن چه را که هرکدام بر زبان می‌آورند تفسیر کرده و دریابند در مخیله‌ی مخاطبشان چه می‌گذرد. بیمار آن چه را احساس می‌کند به سخن در می‌آورد که شامل احساس جسمی است که در طی ناخوشی‌اش آزموده است (۱). پزشک سعی در تفسیر بازگویه‌های بیمار کرده، روشن‌گری آسیب‌شناختی برای آن جست و جو می‌کند سپس به برداشت آن چه موجب آسیب شده می‌پردازد. اگر پزشک با حساسیت به بیمار گوش کند، بیمار "ناخوشی" را آن گونه که برای او معنی می‌دهد توضیح داده، چگونگی تاثیر بیماری بر کار و زندگی اجتماعی و ترسی که از بیماری احتمالی دارد و این که در حقیقت از مشاوره چه می‌خواهد را بیان خواهد کرد.

۱. گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، گیلان، ایران

۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران ۲۵

است که پزشک و بیمار با همکاری یکدیگر درباره طرح‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند (۸). بهترین نمونه درباره این مدل ارتباط، موقعیت‌هایی است که بیمار، دچار بیماری مزمن است. در چنین موقعیت‌هایی برای آن‌که تصمیم دلخواه گرفته شود، نیازمند مهارت پزشک از یک سو و تجربه شخصی بیمار نسبت به بیماری، از سوی دیگر است (۴).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیمارانی که سبک ارتباطی پدرمآبانه (فعال- منفعل)، را تجربه می‌کنند از رضایت کمتری در ارتباط با پزشک خود برخوردارند و سبک ارتباطی دوسویه- مشارکت، منجر به برآیند مطلوب‌تری از جمله رضایت بیشتر در بیماران می‌شود.

در سال‌های اخیر رابطه‌ی پزشک - بیمار را به عنوان عاملی اثرگذار در تحقق هدف‌های درمانی - بهداشتی ارزیابی کرده‌اند. از نظر کابوت، مای و استوکل (۹)، برآیند ارتباط خوب پزشکان با بیمارانشان، شامل درک و فهم دیدگاه بیماران و محقق ساختن اعتماد دو طرف و در نهایت دستیابی به اهداف درمانی و مشاوره است.

پندلتون و دیگران (۱۰) بر این باورند که بیماران با ایده، چشم‌داشت و دلبستگی‌هایی وارد رابطه مشاوره با پزشک خود می‌شوند. پیامد مشاوره عبارت است از: سطح درک، رضایت و علاقه به تعهد به طرح درمان، پیروی از معالجه، سلامت بیمار و اعتماد بیمار به پزشک روتر (۱۱) در مطالعه‌ای دریافت دستیارانی که در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباطی آموزش دیده بودند، بیشتر پرسش‌های باز پرسیده و کمتر پرسش‌های هدایت‌کننده مطرح کرده، نکته‌های ریشه‌ای را بیشتر جمع‌بندی کرده، بیشتر مشاوره روانی- اجتماعی انجام می‌دادند و توسط بیماران فرضی به عنوان دارندگان مهارت‌های ارتباطی بهتر درجه‌بندی می‌شدند.

هدینگ، مالوک و سلنکلیز (۱۲) در پژوهش‌های مروری بر رضایت بیماران سرطانی نشان داده شد که کیفیت مطلوب رابطه میان پزشک- بیمار با رضایت‌مندی بیمار رابطه‌ی معنی‌دار دارد. در مطالعه پیتس (۱۳) هم نشان داده شد بیمارانی که به اندازه کافی از رفتار همراه با ابراز توجه و دلبستگی پزشک راضی بودند خیلی بیشتر با او همکاری کرده و به مراجعه ادامه می‌دادند. این نتایج، در مطالعه کرس و دیگران

درمانی، برپایه داده‌های مصاحبه‌های پزشکی انجام می‌شود. به‌راستی مصاحبه‌ی پزشکی، واحد زمان پزشکی است و چند دقیقه‌ی بحرانی که پزشکان بیمارانشان را در زمینه‌ی مشکلاتشان یاری می‌کنند. پایه‌ی مصاحبه پزشکی ارتباط است و مصاحبه پزشکی خود پایه‌ی فعالیت پزشکی است (۲). ارتباط با بیمار فقط به معنی خوش‌اخلاق بودن نیست بلکه برای هم بیمار و هم پزشک پایه مصاحبه‌ای کارسازتر است. ارتباط موثر، درستی کارایی و پشتیبانی مصاحبه‌ی پزشکی را افزایش می‌دهد و در نتیجه باعث رضایت و اعتماد بالاتر و پایبندی به پیشنهادها درمانی بیشتر و در نتیجه سلامت موثرتر برای بیماران می‌شود (۳).

منظور از سبک‌های ارتباطی، الگوهای مختلف رابطه بین پزشک و بیمار است که برپایه میزان همکاری دو طرف در درمان طرح‌های درمانی شکل می‌گیرد (۴). سبک‌های ارتباطی پدرمآبانه (فعال- منفعل) و دوسویه- مشارکت دو نوع سبک ارتباطی ارائه شده در نظریه ساز و هولندر (۵) هستند که یکی از کهن‌ترین چارچوب‌های ارائه شده در روابط پزشک- بیمار پس از تالکوت پارسونز (۶) است. منظور از سبک رابطه پدرمآبانه (فعال- منفعل)، موقعیتی است که در آن پزشک به دلیل آشفتگی و ناآگاهی بیمار، کنترل بیشتری در درمان مشاوره یا درمان در مقایسه با بیمار دارد. نخستین مدل تعامل پزشک - بیمار، مدل پدرمآبانه است. در این مدل که گاهی، مدل پدر و فرزندی یا مدل کشیشی نیز خوانده می‌شود، پزشک به عنوان سرپرست بیمار عمل می‌کند و آنچه که فکر می‌کند به سود بیمار است انجام می‌دهد. از این‌رو، پزشکان، آنچه را که به بهترین شیوه منافع بیمار را تأمین می‌کند و البته با مشارکت محدود بیمار، تعیین خواهند کرد (۴). از نظر امانوئل و امانوئل (۷)، در این مدل، تعامل پزشک - بیمار تضمین می‌کند که بیماران مداخله‌هایی را دریافت می‌کنند و سلامتی و بهزیستی آنها به بهترین نحو تأمین می‌شود. به این منظور، پزشکان، از مهارت خود در تعیین و تعریف شرایط پزشکی بیمار و گام وی در روند بیماری استفاده کرده و آزمایش‌ها و درمان‌های پزشکی را که می‌توانند سلامت بیمار را به وی برگردانند یا درد او را تسکین بخشد شناسایی می‌کنند. منظور از سبک رابطه دوسویه - مشارکت، موقعیتی

(۱۴) نیز تکرار شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با استفاده از دو شیوه پیمایشی و مشاهده‌ای انجام شد جامعه آماری شامل دو بخش بود.

نخست پزشکان که شامل همه پزشکانی بودند که در درمانگاه خانواده و بیمارستان حضرت زهرا مرضیه و نیز در مطب‌های برگزیده شهر اصفهان، اشتغال به درمان داشتند. جامعه آماری دوم کلیه بیمارانی بودند که در دو ماه (آذر و دی‌ماه ۱۳۹۱) به مراکز یاد شده برای درمان مراجعه کرده بودند. با نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر از پزشکان که حاضر به همکاری شده بودند و نیز ۲۰۰ نفر از بیماران انتخاب شدند. معیار ورود بیماران، داشتن پیشینه دست کم ۲ نشست دیدار با پزشک منتخب بود.

نخست مقیاس سنجش رابطه پزشک - بیمار (۲۰) انتخاب شد. این مقیاس که به صورت نوار ویدئویی تنظیم شده بود شامل یک چک لیست برای سنجش سبک رابطه پزشک - بیمار بود که پس از تماشای فیلم‌های ضبط شده توسط مشاهده‌گران تکمیل می‌شد. به دلیل مخالفت مسئولان با روش ضبط ویدیویی، محققان ناچار شدند از روش مشاهده به جای ضبط ویدیویی استفاده کنند. و محققان افزون بر گفتگو با پزشکان و بیماران و جلب نظر آن‌ها، در اتاق معاینه حضور پیدا کردند. سپس، ضمن مشاهده‌ی شیوه‌ی برخورد پزشک با بیمار، براساس شاخص‌هایی که سبک‌های مختلف رابطه‌ی پزشک - بیمار را می‌سنجد، کیفیت رابطه‌ی پزشک - بیمار را تکمیل می‌کردند. پس از آن به روش مشاهده، داده‌ها استخراج و با شاخص‌های رابطه‌ی پزشک - بیمار (۱۳) و الگوی تقسیم‌بندی سبک‌های ارتباط ساز و هولندر (۵)، سبک‌های ارتباطی به دو سبک فعال - منفعل (پدرمآبانه) و سبک ارتباطی دوسویه - مشارکت تقسیم شد.

در گام پس از آن، در اتاق انتظار مطب‌های منتخب و نیز بیمارستان‌ها برآیند سبک‌های مختلف رابطه‌ی پزشک - بیمار، توسط پرسشگر دیگر که در اتاق انتظار حضور داشت و استفاده از پرسشنامه رضایت بیمار سنجیده شد. بیمارانی که رضایت آنها از رابطه با پزشک ارزیابی شد همان بیمارانی بودند که در اتاق معاینه حضور داشتند.

برای سنجش سبک‌های ارتباطی پزشک - بیمار از مقیاس

آماک (۱۵) نشان داد که از ۴ پیامد ارتباط پزشک - بیمار یعنی افزایش رابطه پزشک - بیمار، تجربه‌های بالینی خوشایندتر، افزایش دقت تشخیص و افزایش پیروی از درمان، رضایت بیمار مهم‌ترین پیامد این ارتباط بوده‌است. همچنین، در پژوهش مورتی (۱۶) بیماران با وجود امکانات و سازویرگ بهداشتی ابراز نارضایتی کرده بودند و علت آن را بی‌احترامی کارکنان بهداشتی - درمانی اعلام کردند. بکر و همکاران (۱۷) در تحقیقشان نشان دادند که درصد چشمگیری از شکایت‌های بیماران به پزشک نه به دلیل بی‌کفایتی پزشک بلکه به دلیل مشکل ارتباط بوده‌است. تاسو (۱۸) نشان داد، پزشکی که فاصله‌ی معینی را با بیمار حفظ می‌کند و به جلو مایل می‌شود و نیز با بیمار تماس چشمی دارد، از سوی بیمار به عنوان پزشک هم‌دل تعریف شده و این پزشکان رضایتمندی بالایی در بیماران ایجاد می‌کنند.

به‌طور چکیده، نتایج تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که ناتوانی کادر درمانی بویژه پزشکان و پرستاران در ایجاد رابطه مناسب با بیماران نه تنها هزینه زیاد به بار می‌آورد بلکه موجب می‌شود که بیماران از روند درمان نیز ناخشنود بوده، به دستورکارهای درمانی پزشک درمانگر عمل نکرده، به پزشک خود اعتماد نکنند، تصمیم به جایگزینی پزشک بگیرند و به‌طور کلی نسبت به درمان و سازمان‌های بهداشتی و درمانی نگرش منفی پیدا کنند (۱۹). اکثر پژوهش‌های انجام شده در ایران درباره رضایت بیماران، بر زمینه رضایت بیماران از چگونگی خدمات پزشکی از سوی مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت متمرکز بوده‌اند. در این میان، مطالعات اندکی در ایران درباره تأثیر سرشت و کیفیت رابطه ایجاد شده بین پزشک و بیمار بر رضایت بیمار انجام شده‌است. این در حالی است که کیفیت رابطه بین پزشک و بیمار، نتایج مهمی بر تندرستی و بهبود بیمار داشته و مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده پیروی از درمان بشمار می‌رود. بنابراین، با توجه به اهمیت برآیند ناشی از سبک‌های گوناگون رابطه پزشک - بیمار، این مطالعه با هدف پاسخگویی به این پرسش بنیادی انجام شد که "آیا بیماران با سبک‌های مختلف رابطه پزشک - بیمار سطوح متفاوتی از رضایت را تجربه می‌کنند"

(۲ ماده)، ارتباطات (۲ ماده)، جنبه‌های مالی (۲ ماده)، زمان سپری شده با پزشک (۲ ماده)، دسترسی و راحتی (۴ ماده) را می‌سنجد. همه ماده‌های این مقیاس، بر اساس گستره پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، متوسط، مخالفم، کاملاً مخالفم) درجه‌بندی و ماده‌های این مقیاس، از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) بارم‌بندی شده بود. دامنه نمره‌های این مقیاس بین ۱۸ تا ۹۰ است. نمرات بالا، نشانگر رضایت بیشتر در هر یک از مؤلفه‌های رضایت بیمار و نقطه برش، ۵۴ است. بدین معنی که نمره کلی پایین‌تر از آن نشانگر رضایت کم و نمره بالاتر از ۵۴ نشانگر رضایت بیمار است. سازندگان مقیاس هماهنگی درونی پرسش‌نامه‌ی رضایت بیمار از پزشک را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ گزارش کردند. در مطالعه حاضر، ابتدا مقیاس رضایت بیمار از پزشک به پاریسی برگردانده شد. سپس، اعتباری و پایایی درونی آن بررسی شد. با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و روش چرخش واریماکس به روش تأییدی بر ۱۸ ماده، ۷ عامل با عنوان: رضایت عمومی، کیفیت امکانات، رفتار بین فردی، ارتباطات، جنبه مالی، زمان سپری شده، دسترسی و راحتی استخراج شدند. ضریب پایایی و همسانی درونی کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های رضایت بیمار، کیفیت امکانات، رفتار بین فردی، ارتباطات، جنبه مالی، زمان سپری شده، دسترسی و راحتی، به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۶ محاسبه شد که در سطح بسیار مطلوبی قرار داشتند.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. ابتدا برای تعیین پایایی درونی و اعتبار ساختار عاملی مقیاس‌های رابطه غیرکلامی پزشک- بیمار و رضایت بیمار از پزشک، از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و از آزمون t مستقل برای مقایسه تفاوت بین سبک‌های ارتباطی پزشک- بیمار از نظر رضایت بیمار از پزشک، استفاده شد. همچنین، روش تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه برای تعیین سهم متغیر سبک رابطه در تبیین واریانس متغیر رضایت بیمار بکار رفت. این آزمون‌ها در سطح معنی‌دار $\alpha < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

رابطه غیرکلامی پزشک- بیمار (۲۰) استفاده شد. این مقیاس، مرکب از ۳۴ ماده است که به منظور اندازه‌گیری ابعاد ارتباط غیرشفاهی تعامل پزشک - بیمار طراحی شده‌است. و چهار مؤلفه‌ی خودمانی بودن، آرامش، تشریفات و سلطه را می‌سنجد. همه ماده‌های این مقیاس، بر اساس یک گستره هفت درجه‌ای (به شدت موافقم، موافقم، تا حدودی موافقم، مطمئن نیستم، تا حدودی مخالفم، مخالفم، بشدت مخالفم) درجه‌بندی شده‌اند. هر ماده، از ۱ تا ۷ بارم‌بندی شده‌است. دامنه نمره‌های این مقیاس، ۳۴ الی ۲۳۸ بود. سازندگان این مقیاس در طی یک دوره سه ساله این مقیاس را درباره رابطه پزشک - بیمار مورد سنجش قرار دادند. در سال اول، ۱۹ ماده از ۳۴ تای این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار بودند. همچنین، در سال سوم ۲۶ ماده سطوح پذیرفتنی از پایایی بدست آوردند. آن‌ها، هماهنگی درونی ماده‌های مقیاس ارتباط غیرکلامی پزشک- بیمار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه کردند (۲۰). در این مطالعه، ابتدا مقیاس رابطه غیرکلامی پزشک- بیمار به پاریسی برگردانده شد، سپس اعتبار ساختاری و پایایی درونی آن بررسی شد. با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و روش چرخش واریماکس بر ۳۴ ماده، ۲ عامل مشخص شد (جدول ۱). این عوامل با مدل ساز و هولندر (۵)، و عناوین سبک ارتباطی فعال - منفعل (پدرمآبانه) و سبک ارتباطی دوسویه - مشارکت نام‌گذاری شدند. نمره برش در این مقیاس، ۱۰۲ است. یعنی پزشکانی که نمره پایین‌تر از ۱۰۲ گرفتند، سبک ارتباطی فعال - منفعل (پدرمآبانه) و پزشکانی که نمره بالاتر از ۱۰۲ دریافت کرده بودند، در گروه پزشکان با سبک رابطه دوسویه - مشارکت قرار گرفتند. میزان پایایی و همسانی درونی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌های سبک رابطه دوسویه - مشارکت و سبک رابطه فعال - منفعل (پدرمآبانه) به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۷۸ محاسبه شد که در سطح بسیار دلخواهی قرار داشت.

برای سنجش رضایت بیمار از مقیاس ۱۸ ماده‌ای رضایت بیمار (۲۱) استفاده شد. این مقیاس در بردارنده ۱۸ ماده است که ۷ مورد پس از رضایت بیمار با سرنویس‌های رضایت عمومی (۲ ماده)، کیفیت امکانات (۴ ماده)، رفتار بین فردی

جدول ۱. ابعاد مقیاس‌های سبک‌های ارتباطی و رضایت بیمار همراه با مقدار واریانس تبیین شده و آلفای هر مولفه

مقیاس	فاکتور	تعداد ماده	میانگین	انحراف معیار (SD)	درصد واریانس تبیین شده	آلفای کرونباخ
مقیاس سبک‌های ارتباطی	فعال - منفعل (پدرمآبانه)	۲۱	۳۱/۶۶	۴/۰۶	۵۴/۷۹	۰/۸۲
پزشک - بیمار	دوسویه - مشارکت	۹	۶۴/۵۳	۱۱/۲۸	۶/۴۰	۰/۷۸
رضایت بیمار	رضایت عمومی	۲	۶/۰۹	۱/۴۳	۴۰/۸۸	۰/۸۴
	کیفیت امکانات	۴	۱۲/۶۲	۲/۶۷	۱۰/۳۶	۰/۸۴
	رفتار بین فردی	۲	۷/۵۵	۱/۵۹	۸/۵۹	۰/۸۳
	ارتباطات	۲	۶/۴۹	۱/۴۹	۵/۹۹	۰/۸۳
	جنبه مالی	۲	۵/۲۴	۱/۸۵	۵/۷۵	۰/۸۷
	زمان سپری شده	۲	۱/۱۹	۱/۷۶	۴/۶۹	۰/۸۳
	دسترسی و راحتی	۲	۵/۷۸	۱/۵۰	۳/۹۴	۰/۸۶

نتایج

۲۰۰ بیمار و ۴۰ پزشک بررسی شدند، ۱۰۷ بیمار (۵۱/۵٪) مرد و ۹۷ نفر (۴۸/۵٪) زن بودند. میانگین سنی بیماران ۱۳/۵ ± ۳۷/۵ سالگی بود. ۴۳ نفر (۲۱/۵٪) مجرد، ۱۵۱ نفر (۷۵/۵٪) متأهل و ۶ نفر (۳٪) بی همسر بر اثر فوت یا طلاق بودند. از نظر قومیت، ۱۱/۵٪ بیماران، لر، ۵٪ ترک، ۷۹/۵٪ فارس، ۱٪ عرب، و ۳٪ جز سایر قومیت‌ها بوده‌اند. ۳/۵٪ بیماران، بی‌سواد بودند ۵٪ تحصیلات ابتدایی، ۹/۵٪ راهنمایی، ۲۷٪ دبیرستان، ۴۷٪ کارشناس، و ۶٪ کارشناس ارشد و بالاتر داشتند. همچنین، میانگین سنی پزشکان، ۸/۲ ± ۴۳ سالگی بود. ۳۶ نفر (۹۰٪) متأهل و ۴ نفر (۱۰٪) مجرد یا سایر بودند. همه پزشکان (۱۰۰٪) دکترای تخصصی بودند.

مقایسه رضایتمندی بیماران با توجه به دو سبک ارتباطی نتایج با استفاده از آزمون t مستقل (جدول ۲)، تفاوت معنی‌داری بین سبک‌های مختلف ارتباطی پزشک - بیمار از نظر رضایت بیمار به‌طور کلی ($P < ۰/۰۵$)، $t(198) = 2/55$ نشان داد. به عبارتی سبک‌های مختلف ارتباطی، تفاوت معنی‌داری در زمینه رضایت بیمار با یکدیگر داشتند. از سوی دیگر، تفاوت معنی‌داری بین سبک‌های ارتباطی مختلف پزشک - بیمار با توجه به مولفه‌های کیفیت امکانات، رفتار بین فردی، ارتباطات و زمان سپری شده از سازه رضایت بیمار از پزشک دیده شد. به بیان دیگر، میزان کیفیت امکانات، میزان رفتار بین فردی، میزان ارتباطات و میزان زمان سپری شده در سبک ارتباطی متقابل - مشارکت، بیشتر از سبک ارتباطی پدرمآبانه بود. سبک‌های ارتباطی دوسویه - مشارکت، میانگین بالاتری بر خرده مقیاس‌های میزان کیفیت امکانات، رفتار بین فردی،

ارتباط و زمان سپری شده از سازه رضایت بیمار داشتند. در حالی که این بررسی، تفاوت معنی‌داری بین سبک‌های ارتباطی پزشک - بیمار با مولفه‌های رضایت عمومی، جنبه‌های مالی و دسترسی و راحتی نشان نداد و افراد با سبک‌های متفاوت ارتباطی (فعال - منفعل و دوسویه - مشارکت)، میانگین نمره یکسانی در ماده‌های مربوط به سه مولفه رضایت عمومی، جنبه‌های مالی و دسترسی و راحتی بدست آوردند.

تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر رضایت بیمار برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی و سبک‌های رابطه میان پزشک و بیمار، در تبیین واریانس متغیر ملاک رضایت بیمار از پزشک، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه سلسله مراتبی در دو مرحله انجام شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد (جدول ۳) که متغیرهای دسته اول (اجتماعی - جمعیت‌شناختی) که در مرحله اول وارد مدل شده بودند با مقدار ($R^2 \text{Adj} = ۰/۰۶۷$)، $P < ۰/۰۵$ ، $F(6,131) = 2/645$ توانستند ۱۰/۸ درصد واریانس رضایت بیمار از پزشک را تبیین کنند. از بین این متغیرها، متغیر سن بیمار با مقدار ($\beta = -۰/۲۳۸$)، $P < ۰/۰۵$ ، وضعیت تاهل ($\beta = ۰/۲۲۵$)، $P < ۰/۰۵$ و وضعیت اقتصادی - اجتماعی ($\beta = -۰/۲۲۵$)، $P < ۰/۰۵$ سهم معنی‌داری در تبیین واریانس رضایت بیمار داشت. در مرحله دوم، مولفه سبک رابطه بیمار - محور، وارد مدل شد. این مولفه‌ها با مقدار ($R^2 \text{Adj} = ۰/۴۴۲$)، $P < ۰/۰۱$ ، $F(1,130) = 127/818$ ، $F(1,130) = 44/2$ درصد از واریانس متغیر رضایت بیمار را تبیین کردند. رویهم رفته، مدل موفق شد ۵۲/۶ درصد از واریانس رضایت بیمار را تبیین کند. نتایج تحلیل واریانس یکطرفه ($F(1,130) = 22/72$)، $P < ۰/۰۱$ نیز

نشان داد که مدل رگرسیون معنی دار است.

جدول ۲. مقایسه رضایت مندی بیماران در دو سبک ارتباطی پزشک - بیمار

متغیر	سبک های ارتباطی		t	P
	دوسویه - مشارکت	فعال - منفعل		
	(n=146) M±SD	(n=54) M±SD		
رضایت عمومی	6/13±1/48	5/94±1/27	0/906	0/367
کیفیت امکانات	12/85±2/61	11/88±2/63	2/302	0/024*
رفتار میان فردی	7/77±1/42	6/94±1/87	3/326	0/001**
ارتباطات	6/68±1/50	5/96±1/33	3/268	0/001**
جنبه مالی	5/30±1/98	5/07±1/47	0/785	0/433
زمان سپری شده	6/35±1/74	5/74±1/75	2/192	0/031*
دسترسی و راحتی	5/84±1/39	5/68±1/73	0/655	0/513
رضایت کل	51/01±9/33	47/24±9/21	2/55	0/012*

*P < 0/05; **P < 0/01

جدول ۳. رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر رضایت بیمار

مرحله	متغیر	β	T	P	R ²	R ² تنظیم شده	F تغییر یافته	P-value
۱	اجتماعی - جمعیت شناختی							
	سن	0/238	2/36	0/019*				
	وضعیت تأهل	0/225	2/17	0/032				
۲	جایگاه اجتماعی - اقتصادی	0/225	1/97	0/051	0/108	0/067	2/64	0/019*
	سبک رابطه پزشک - بیمار	0/677	11/3	0/000**	0/550	0/526	127/82	0/000**

*P < 0/05; **P < 0/01

Total R² = 0/550; R²Adj = 0/526; F_(13,1) = 22/72, P < 0/01

نتیجه گیری

نتایج ما تفاوت معنی داری بین سبک های ارتباطی پزشک - بیمار از نظر میزان رضایت بیمار از پزشک نشان داد. بیمارانی که در یک رابطه دوسویه - مشارکت یا رابطه دوسویه با پزشک قرار گرفته بودند رضایت بیشتری از پزشک داشتند. این بیماران، رضایت عمومی بالاتری در زمینه بیشتر مولفه های رضایت از تأمین کننده مراقبت پزشکی در مقایسه با بیمارانی که در یک رابطه یکسویه فعال - منفعل یا پدرمآبانه قرار داشتند گزارش کردند.

در ارتباط با هفت مولفه رضایت بیمار از پزشک، نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین سبک های ارتباطی دوسویه - مشارکت و رابطه مبتنی بر فعال - منفعل یا پدرمآبانه از نظر رضایت از کیفیت امکانات ارائه شده از سوی پزشک وجود دارد. بیماران با رابطه دوسویه - مشارکت یا دوسویه، رضایت بیشتری از کیفیت خدمات، دقت پزشک در معاینه و تشخیص

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی برآیندهای اجتماعی - روانی و پزشکی سبک های مختلف رابطه پزشک - بیمار انجام شد. تمرکز مطالعه، تأثیر شکل و سبک رابطه پزشک و بیمار بر یکی از برآیندهای عمده آن، یعنی رضایت بیمار بوده است. پژوهش های پیشین نشان دادند چگونگی رابطه پزشک - بیمار در محیط درمانی، پیامد مهمی بر تندرستی و بهبود بیمار دارد. برای مثال، رابطه ضعیف بین پزشک - بیمار، رضایت بیمار را کاهش می دهد (۲۲) و کاهش رضایت بیمار ممکن است پیامدهای منفی زیادی به همراه داشته باشد. از جمله پیروی نکردن از درمان است. پژوهش ها نشان داده اند که بیماران راضی، پیروی بیشتری از طرح درمان در مقایسه با بیماران ناراضی نشان می دهند (۲۳). و بیماران ناراضی ممکن است رهنمودهای پزشکی درباره کاهش وزن، تغییر رژیم غذایی، مصرف به هنگام دارو، ورزش و سایر رفتارهای سالم را جدی

خودمانی باشد، برآیند مثبت‌تری از جمله رضایت بیمار را بدنبال خواهد داشت.

به‌طور کلی، یافته‌های ما با نتایج پژوهش‌های بسیاری از محققان (۹، ۱۱، ۱۲، ۱۸ و ۱۹) که به نتایج بهتر مدل‌های ارتباطی دوسویه و مشارکتی میان پزشک و بیمار معتقد بودند هماهنگی دارد. این محققان نشان دادند که رابطه خوب با بیمار، منجر به افزایش رضایت آنها شده و برآیند این رضایت، درک و فهم بالاتر گفتگوهای دو طرف، افزایش اعتماد بیمار به پزشک، نرخ بالاتر پیروی بیمار از توصیه‌های پزشکی، تداوم رابطه دوطرف، تجربه‌های بالینی خوشایندتر و افزایش دقت در تشخیص می‌شود. در مقابل، بیمارانی که در یک رابطه یک‌سویه و پدرمآبانه مشارکت دارند، کاهش رضایت، پایبند نبودن به توصیه‌های پزشکی، بی‌اعتمادی و تصمیم به تغییر پزشک و خاتمه رابطه و شکل‌گیری نگرش منفی نسبت به درمان و نظام ارائه‌کننده مراقبت‌های سلامت دارند.

گسترش نتایج مطالعه حاضر به دلیل برخی محدودیت‌ها باید با احتیاط صورت پذیرد. مهم‌ترین محدودیت پژوهش، استفاده نکردن از روش‌های سنجش مستقیم رابطه پزشک و بیمار با روش ویدئو تیپ برای به کمینه رساندن اثر سوگیری و نیز تأثیر حضور محقق و نزدیک‌تر کردن نتایج تحقیق به واقعیت بوده‌است. با وجود تلاش فراوان محققان، با صدور مجوز فیلم‌برداری از رابطه رو در رو پزشک و بیمار مخالفت شد. محدودیت دوم پژوهش حاضر، تعداد نمونه کمابیش اندک پزشکان بوده‌است. این محدودیت به دلیل موافقت نکردن برخی پزشکان از حضور محقق در درمان معاینه بیماران بوجود آمد. بنابراین، به محققان بعدی پیشنهاد می‌شود تا حد امکان این کاستی را رفع کرده و مطالعه را بر تعداد بیشتری از پزشکان انجام دهند.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کارکنان دو بیمارستان خانواده و زهراى مرضیه‌ی اصفهان در گردآوری اطلاعات مربوط به این پژوهش سپاسگزاری کنند. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

پزشک در مقایسه با بیماران با رابطه مبتنی بر فعال - منفعل یا پدرمآبانه داشتند. تفاوت معنی‌داری بین بیماران با سبک‌های ارتباط دوسویه - مشارکت یا دوسویه و رابطه مبتنی بر فعال - منفعل یا پدرمآبانه از نظر رفتار میان‌فردی دیده شد. بیماران تحت رابطه دوسویه - مشارکت یا دوسویه رضایت بالاتری از رفتار میان پزشک و خود در مقایسه با بیماران با رابطه برپایه فعال - منفعل یا پدرمآبانه گزارش کردند و بیشتر بیماران با رابطه پدرمآبانه، رفتار پزشک معالج خود را دوستانه و مودبانه توصیف کردند. بین بیماران با مدل رابطه دوسویه - مشارکت یا دوسویه و رابطه مبتنی بر فعال - منفعل یا پدرمآبانه از نظر کیفیت ارتباط نیز تفاوت وجود داشت. بیماران با رابطه دوسویه رضایت بیشتری در مقایسه با بیماران با رابطه پدرمآبانه از نظر توجه پزشک به صحبت‌های بیمار و توضیح سرشت بیماری یا نتایج آزمایش‌ها گزارش کردند. همچنین، میزان رضایت بیماران در مدل ارتباطی دوسویه - مشارکت از نظر زمان اختصاص داده شده برای رایزنی یا معاینه از سوی پزشک، بالاتر از بیماران با رابطه مبتنی بر فعال - منفعل بدست آمد. بیمارانی که در رابطه یک‌سویه یا پدرمآبانه قرار داشتند براین باور بودند که پزشک بسیار شتاب زده بیماران را معاینه کرده و زمان کافی برای این کار اختصاص نمی‌دهد.

نتایج پژوهش ما یافته‌های هدینگ، مالوک و سینکلیر (۱۲) و رواء، وینبرگر و کرونگ (۲۴) را تأیید می‌کند که نشان داده‌اند رضایت بیماران ارتباط معنی‌داری با نوع رابطه پزشک - بیمار دارد. آنها دریافتند هر چه میزان مشارکت بیمار در درمان مشاوره و انتخاب درمان بیشتر باشد، رضایت بیمار افزایش می‌یابد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش پارسا یکتا و همکاران (۲۵) مبنی بر تفاوت معنی‌دار بین دو سبک رابطه برقراری ارتباط بین گروه بیماران جراحی قلب باز و شاهد، از نظر میزان رضایت‌مندی، همخوان است. همین‌طور با پژوهش ابراهیمی و همکاران (۲۶)، عامریون و همکاران (۲۷) و شاکری‌نیا (۲۸) هماهنگی دارد. آنها نشان دادند هر چهقدر رابطه شکل گرفته میان پزشک و بیمار بیشتر دو طرفه و

1. Charles C, Whelant T, Gafni A. What do We Mean by Partnership in Making Decisions About Treatments. *British Medical Journal* 1999; 319: 780-782.
2. Ghadiri F. Doctor – Patient Communication. Tehran; Kooshir Publication, 2008. [Text in Persian].
3. Silverman J, Kurtz S, Drapper J. Skills for Communication with Patient. Radcliff Medical Press. Abingdon, Oxon, 1998.
4. Masoudnia E. Medical Sociology. Tehran; University of Tehran Press, 2010. [Text in Persian].
5. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med* 1956; 97(5): 585-92
6. Parsons T. The Social system. 1th Edition. London: Routledge & Kegan Paul Ltd; 1951: 288-323.
7. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of Physician-patient Relationship. *JAMA* 1992; 276(16): 2221-2226.
8. Meldrum H, Hardy ML. Provider-patient Relationship, Boston: Butterworth-heinman, 2001.
9. Cabot RC, May LA, Stoeckle JD. Richard Cabot on Practice, Training, and the Doctor-patient Relationship. 2th Edition. Oceanside NY: Dabor Science Publications, 1977: 138-143.
10. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The Consultation: an Approach to Learning and Teaching. Oxford; Oxford University Press, 1984.
11. Roter D. The Effects of a Continuing Medical Education Programme in Interpersonal Communication Skills on Doctor Practice and Patient Satisfaction in Trinidad and Tobago. *Medical Education* 1998; 32:181-9.
12. Heading G, Mallock AN, Sinclair S. Cancer Patient Satisfaction Survey. Sydney; Cancer Institute NSW, 2009.
13. Pitts M. The Medical Consultation. In: Pitts M, Phillips k, (eds), *The psychology of Health* Editon. New York; Routledge, 1999.
14. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician Compliance: A Primary Care Investigation. *Ann Fam Med* 2004; 2(5):455-61.
15. Amack LO. Enhancing Physician-Patient Rapport Available from URL/ www. Law Info Come/ forum/ Physician-Patient/html. Page4. 1995.
16. Murthy N. the Quality of Family Welfare Services in Rural Maharashtra. In: MA Koenig, ME Khan, (eds). *Improving Quality of Care in Indias Family welfare Programme: the Challenge Ahead*. New York: Population Council, 1999.
17. Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed R, Bennett J. Patient-health Care Provider Communication During Chemotherapy Treatment: the Perspectives of Women With Breast Cancer. *Patient Educ Couns* 2007; 43(1): 67-71.
18. Tasso K. Attributes of Patient-physician Relationship in a Teaching Hospital: An Emergent Model of Interactions. A Dissertation Presented to the Graduate School of the University of Floriden in Partial in fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, University of Florida, 2004.
19. Ley P. Communication with Patients: Improving Communication, Satisfaction and Compliance. Satisfaction and Compliance. London; Croom Helm, 1988.
20. Timothy J, Gallagher P, Hartung J, Gerzina H, Stanford W, Gregory JR, Merolla, D. Further analysis of a Doctor-patient Nonverbal Communication Instrument. *Patient Education and Counseling* 2005; 57: 262-271.
21. Marshal GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short-form (PSQ-18). Santa Monica, CA, RAND Publication; 1994: 7865.
22. Servellen GV. Communication Skills for The Health Care Professional: Concepts and Techniques, Gaithersburg; Aspen Publishers, 1997.
23. Col SA, Bird J. The Medical Interview: The The Three-function Approach. St. Louis; Mosby, 2008.
24. Roa JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit Specific Expectations and Patient-centered Outcomes. *Arch Med* 2000; 9:1148-55.
25. Parsa-Yekta Z, Sharifi-Neiestanak ND, Mehran A, Imani-Pour M. Quasi Experimental Research on Anxiety and Satisfaction of Patients Undergoing Open Cardiac Surgery Having Intubation. *HAYAt*, 2002; 8(3): 5-12 [Text in Persian].
26. Afkham Ebrahimi A, Nasr Esfahani M, Saghaei N. Patients' Expectations and Satisfaction with their Treating Physician. *Razi Journal of Medical Sciences*; 2004; 11 (41):367-375. [Text in Persian].
27. Amerion A, Ebrahimi M, Karimi Zarchi A, Tofighi SH, Zaboli R, Rafati H. Inpatient and Outpatient Satisfaction of a Military Hospital. *Journal of Military Medicine* 2009; 301 (3): 37-44 [Text in Persian].
28. Shakerinia I. Physician-Patient Relationship and Patient's Satisfaction. *IJME* 2009; 2 (3): 9-16. [Text in Persian]

A Comparative Survey of Patients Satisfaction with two Styles of Doctor-Patient Relationship in Consultation and Treatment Processes

*Masoudnia E (PhD)¹ - Zamani AR (PhD)² - Esfahanian F (MA)³

*Corresponding Address: Social Sciences Department, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Guilan, Iran

E-mail: masoudnia@guilan.ac.ir

Received: 05 Mar/2014 Accepted: 12 Jul/2014

Abstract

Introduction: Doctor-patient communication style is one of the most important effective variables in treatment process. Patient satisfaction in one of the most important styles in this communication.

Objectives: The aim of this study was to compare the activity-passivity and mutual-participation communication styles with regard to patients satisfaction.

Materials and Methods: This study was conducted using survey and observational method. Data were collected from 40 doctors and 200 patients in two hospitals and twenty private clinics in Isfahan, between December and January 2012. The subjects were selected using available sampling method. The instruments used for gathering data were Doctor-Patient Nonverbal Communication Instrument (D-PNCI) and Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-18). Principle component analysis (PCA) method and T-test for independent groups were used for data analysis.

Results: Significant differences were found between activity-passivity and mutual-participation communication styles of doctor-patient communication, with regard to general satisfaction in general ($P<0.05$), and with regard to components of technical quality ($P<0.05$), interpersonal manner ($P<0.01$), communication ($P<0.01$), and time spent with doctor ($P<0.05$). Hierarchical regression analysis showed that doctor-patient relationship style explained for 52.6% of the variance of patients satisfaction.

Conclusion: Doctor-patient communicational style was found to be an effective factor of patients satisfaction. Mutual-participation relationship style resulted in higher patient satisfaction, compared with activity-passivity communication style. So paying attention to creating and strengthening mutual-participation communication model to increase patients satisfaction seems to be necessary.

Conflict of interest: non declared

Keyword: Counseling/ Patient Satisfaction/ Physician- Patient Relations

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 92, Pages: 25-33

Please cite this article as: Masoudnia E, Zamani AR, Esfahanian F. A Comparative Survey of Patients Satisfaction with two Styles of Doctor-Patient Relationship in Consultation and Treatment Processes. J of Guilan University of Med Sci 2014; 28: 25- 33[Text in Persian]

1. Social Sciences Department, Faculty of Humanities, University of Guilan, Rasht, Guilan, Iran

2. Social Medicine Department, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. Sociology Department, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran