

Accepted Manuscript

Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)

Title: The Status and Associated Factors of Doctor-Patient Communication from Older Adult's Perspective in the City of Tehran in 2023

Authors: Hamideh Esmaeili¹, Yadollah Abolfathi Momtaz^{1,*}, Marjan Haghi¹, Mahshid Foroughan¹

1. *Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*

***Corresponding Author:** Yadollah Abolfathi Momtaz, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. Email: yabolfathi@gmail.com

To appear in: **Salmand: Iranian Journal of Ageing**

Received date: 2024/04/05

Revised date: 2024/07/29

Accepted date: 2024/07/29

First Online Published: 2024/09/27

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Salmand: Iranian Journal of Ageing provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Esmaili H, Abolfathi Momtaz Y, Haghi M, Foroughan M. [The Status and Associated Factors of Doctor-Patient Communication from Older Adult's Perspective in the City of Tehran in 2023 (Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3874.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3874.1>

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با رابطه پزشک - بیمار از دیدگاه سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۲

نویسندگان: حمیده اسماعیلی^۱، یداله ابوالفتحی ممتاز^{۱*}، مرجان حقی^۱، مهشید فروغان^۱

^۱ . مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** یداله ابوالفتحی ممتاز، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

ایمیل: yabolfathi@gmail.com

نشریه: سالمند: مجله سالمندی ایران

تاریخ دریافت: 1403/01/17

تاریخ ویرایش: 1403/05/08

تاریخ پذیرش: 1403/05/08

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه سالمند گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده‌سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این‌گونه استناد شود:

Esmaeili H, Abolfathi Momtaz Y, Haghi M, Foroughan M. [The Status and Associated Factors of Doctor-Patient Communication from Older Adult's Perspective in the City of Tehran in 2023 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3874.1>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3874.1>

Abstract

Objectives: Studies have shown that the doctor-patient communication has a significant impact on the health and adherence to treatment of older people. However, there are inconsistencies between different studies regarding the associated factors with the doctor-patient communication. Therefore, this study was conducted to determine the status and associated factors of doctor-patient communication from older adult's perspective in the city of Tehran in 2023.

Materials and methods: The present study was conducted in a cross-sectional method in the clinics of Tehran. A total of 382 people aged 60 and over were selected by multi-stage cluster random sampling. In order to collect data, a checklist of personal characteristics and a physician communication questionnaire were used. The data have been analyzed using statistical tests.

Results: The mean age of the older people participants in the study was 69.79 with a standard deviation of 6.86 and about 66% of them were women. Most participants (88.2%) reported their relationship with their doctor as good. There was a significant relationship between educational level, autoimmune diseases, other uncommon diseases of old age, gender of doctors, specialization of the doctors, accepting insurance booklet as one of the components of the method of choosing a doctor, duration of being under the supervision of a doctor, and duration of the visit with the doctor-patient communication ($P \leq 0.05$). The results of multiple linear regression analysis showed that the doctor-patient communication variable was significantly predicted by the variables of education, recommendation of another doctor and duration of visit.

Conclusion: Although the results of this study showed that most of older people participants in the study reported their relationship with their doctor as good, it is necessary to consider the variables of educational level, and recommendation of another doctor and duration of visit to improve the doctor-patient communication.

Keywords: Doctor-patient communication; Older adult; Tehran

چکیده

اهداف: مطالعات نشان می دهد که رابطه پزشک - بیمار بر سلامتی و تبعیت از درمان سالمندان تاثیر ویژه ای دارد. در عین حال بین عوامل مرتبط با رابطه پزشک - بیمار در مطالعات مختلف، مغایراتی وجود دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت و عوامل مرتبط با رابطه پزشک - بیمار از دیدگاه سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

ابزار و روش ها: مطالعه حاضر به روش مقطعی در درمانگاه های شهر تهران انجام شد. در مجموع ۳۸۲ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از چک لیست مشخصات فردی و پرسشنامه ارتباط پزشک - بیمار استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون های آماری متناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۶۹.۷۹ با انحراف معیار ۶.۶۸ که حدود ۶۶ درصد آنان زن بودند. اکثر شرکت کنندگان (۸۸.۲ درصد) رابطه خود با پزشک را خوب گزارش کردند. بین سطح تحصیلات، بیماری های خود ایمنی، سایر بیماری های غیر شایع دوران سالمندی، جنسیت پزشکان، تخصص پزشک، پذیرفتن دفترچه بیمه، مدت زمان تحت نظر پزشک و مدت زمان ویزیت با رابطه پزشک - بیمار ارتباط معناداری مشاهده شد ($P \leq .05$). نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد، متغیر رابطه پزشک - بیمار توسط متغیرهای سطح تحصیلات، مدت زمان ویزیت و توصیه پزشک دیگر به صورت معناداری توسط مدل پیش بینی می شود.

نتیجه گیری: اگرچه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اکثر سالمندان مورد مطالعه، رابطه خود با پزشک را خوب گزارش کردند. اما به منظور ارتقا سطح رابطه پزشک - بیمار لازم است، متغیرهای سطح تحصیلات، توصیه پزشک دیگر و مدت زمان ویزیت مورد توجه قرار گیرند.

کلید واژه ها: رابطه پزشک - بیمار؛ سالمندان؛ تهران

سالخوردگی جمعیت، فرآیندی است که در طی آن، سهم جمعیت جوان از کل جمعیت کاهش می یابد و در مقابل بر سهم جمعیت سالخورد افزوده می شود (۱). با توجه به بررسی های اجمالی اخیر سال به سال تعداد سالمندان افزایش یافته است؛ بطوریکه پیش بینی می شود، جمعیت افراد سالمند جهان از ۹.۳ درصد در سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش می یابد (۲). در واقع سالخوردگی جمعیت، به عنوان پدیده ای فراگیر همه کشورها را با شدت و ضعف فرا خواهد گرفت و کشور ایران نیز یکی از سریعترین کشورهای جهان در زمینه رشد جمعیت سالمندی است که در سال ۱۳۹۵ حدود ۹.۳ درصد جمعیت ایران، ۶۰ سال و بالاتر سن داشتند و در سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان ایران به بیش از ۲۰ درصد افزایش می یابد (۳، ۴).

سالمندی با مشکلاتی از قبیل اختلال عملکرد جسمانی، کاهش ایمنی، ضعف عضلانی و ناتوانی همراه می باشد (۵). (۶). بنابراین به دنبال افزایش مشکلات دوران پیری، سالمندان نسبت به گروه های دیگر با بیماری های بیشتری مواجه می شوند که بیماری های مزمن سهم بزرگی از بار بیماری های آنها را تشکیل می دهد و دلیل اصلی مراجعه افراد مسن، به مراقبت های پزشکی است (۷). از طرفی ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان ها و ۸۹ درصد از تخت های موسسات به افراد بالای ۶۵ سال اختصاص دارد. در نتیجه توجه به نیازهای درمانی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است (۶). از آنجا که رابطه پزشک - بیمار نیز یکی از ارکان اساسی مراقبت شناخته شده است لذا باید به کیفیت این ارتباط توجه عمیقی داشت (۷، ۸).

برآورد شده است که ۶۰ تا ۸۰ درصد از تشخیص های پزشکی و نیز نسبت مشابهی از تصمیمات درمانی بر اساس اطلاعات به دست آمده از مصاحبه های پزشکی گرفته می شود (۹). از این رو درمان بیماری ها، وابستگی زیادی به تعامل پزشک و بیمار دارد و نتیجه همکاری بیمار با پزشک، درمانی سریع و موفق است (۱۰).

مدل های مختلفی در رابطه ی پزشک - بیمار مطرح شده است. برخی از این مدل ها عبارتند از: ۱. پدرسالارانه: این نوع ارتباط، ارتباطی نامتقارن و پزشک محور است. بطوریکه در این مدل پزشک قییم تمام عیار بیمار در امور

درمانی می باشد و تصمیم گیری ها صرفاً بر عهده پزشک می باشد و بیمار نقشی منفعل و دریافت کننده دارد. ۲. ارتباط دو طرفه: در یک ارتباط دو طرفه، در هنگام مشاوره، فعالیت بیماران به نسبت برابر با پزشکان است. تصمیم گیری ها به صورت مشارکتی و با همکاری و تعامل پزشک و بیمار صورت می گیرد. در این مدل مهم است که بر هم کنش ها بر اساس رضایت برابر، استقلال و داشتن قدرت مساوی شکل گیرد. ۳. مدل آگاهاننده: در این مدل پزشک فراهم کننده اطلاعات تخصصی است و بیمار بر آن اساس مداخله درمانی مد نظرش را انتخاب می نماید. ۴. مدل قراردادی: این نوع ارتباط در یک موقعیت رقابتی در بازار رخ می دهد. بطوریکه پزشکی دیگر یک حرفه نیست بلکه یک تجارت است و بیماران نقش مشتریان را دارند. (۱۱، ۱۲).

یکی از دلایل متعددی که ارتباط بین فردی در زمینه مراقبت های بهداشتی و درمانی اهمیت دارد به دلیل پیامدها و اثرات آن ارتباط است (۱۳). لذا اگر رابطه پزشک - بیمار خوب باشد، منجر به افزایش اعتماد و رضایت بیماران و در نتیجه تبعیت از درمان می شود (۱۴، ۱۵). در غیر این صورت ارتباط نامناسب و ضعیف بین پزشک و بیمار می تواند مشکلات و نیاز های بیماران را در این حوزه پنهان کند. همچنین منجر به خطاهای پزشکی، بی اعتمادی، افزایش هزینه های درمانی، افت سلامتی و کاهش کیفیت زندگی می شود (۹، ۱۵).

اگرچه این مسائل ممکن است به همه بیماران مرتبط باشد اما به ویژه برای گروه سالمندان، اهمیت بیشتری دارد. در دوره ی سالمندی تغییراتی از جمله از دست دادن حواس، کاهش حافظه و پردازش کندتر اطلاعات رخ می دهد. بنابراین هنگام برخورد با افراد مسن برای اطمینان از رضایت و دستیابی به بهترین نتایج، شکل خاصی از ارتباط مورد نیاز است (۸).

بر اساس نتایج حاصل از مطالعات مختلف مشخص شد که در مطالعات انجام شده، مغایراتی بین عوامل موثر بر رابطه پزشک - بیمار وجود دارد (۱۳، ۱۹-۱۶). نتایج یکی از این مطالعات نشان داد که بیماران با سطح تحصیلات پایین تر در مقایسه با بیماران با سطح تحصیلات بالاتر رضایت کمتری را گزارش کردند (۱۷) که با یافته های مطالعه ی کواتس و همکاران (۲۰۱۸) موافق است (۱۹). در صورتیکه بر اساس یافته های مطالعه ی لیانگ و

همکاران (۲۰۱۳) مشخص شد که رابطه پزشک - بیمار با سطح تحصیلات بیماران ارتباطی نداشت (۱۸). مطابق با یافته های مطالعه ای مشخص شد که پزشکان زن کمتر صحبت بیماران را قطع می کنند و زمان بیشتری را صرف ویزیت های پزشکی می کنند (۱۶). درحالیکه مطالعه ای دیگر نشان داد که جنسیت پزشکان تاثیر معناداری بر رابطه پزشک - بیمار نداشته است (۱۳).

علی رغم اهمیت این موضوع، تا بحال هیچ پژوهشی در خصوص رابطه پزشک - بیمار سالمند در ایران یافت نشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت و عوامل مرتبط با رابطه پزشک - بیمار از دیدگاه سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. این مطالعه می تواند از طریق بررسی این ارتباط، دانش ما را درباره ی رابطه پزشک - بیمار سالمند افزایش دهد. همچنین با آموزش های مرتبط بر اساس یافته های چنین مطالعاتی میتوان به بهبود رابطه پزشک - بیمار کمک کرد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی بوده است که بر روی افراد ۶۰ سال و بالاتر شهر تهران انجام شد. جامعه آماری در این مطالعه کلیه ی افراد ۶۰ سال و بالاتر مراجعه کننده به درمانگاه های دولتی و خصوصی شهر تهران بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۰ سال و بالاتر، داشتن رضایت شرکت در مطالعه ، سابقه تجربه بیماری و مراجعه به پزشک، توانایی برقراری ارتباط و پاسخ دادن به سوالات و معیار های خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه ی شرکت در حین مطالعه، ایجاد مشکل یا بیماری حاد در هنگام تکمیل پرسشنامه و مخدوش بودن پرسشنامه های جمع آوری شده بود.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول $N = \frac{z^2 \delta^2}{d^2}$ استفاده شد. با توجه به مطالعه گذشته (۲۰) انحراف معیار ۹.۹۸ ، با خطای ۱ واحد در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۳۸۲ نفر محاسبه شد.

روش کار بدین صورت بوده است که پس از اخذ مجوزهای لازم برای اجرای طرح از کمیته اخلاق و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، با کد اخلاق IR.USWR.REC.1402.020، بر اساس روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای، در ابتدا کلان شهر تهران به چهار ناحیه شمال (مناطق ۱ تا ۳)، جنوب (مناطق ۱۵ تا ۲۰)، شرق (مناطق ۴، ۸، ۱۳، ۱۴)، غرب (مناطق ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۲۱، ۲۲) تقسیم بندی شد تا در نمونه گیری مطالعه، تنوع لازم از نظر منطقه جغرافیایی لحاظ شود (۲۱). سپس مناطق (۱ و ۲، ۱۵ و ۲۰، ۴ و ۱۳، ۵ و ۶) به ترتیب از شمال، جنوب، شرق و غرب تهران به صورت تصادفی انتخاب شد و با توجه به فهرست بیمارستان های دولتی و خصوصی مناطق شهر تهران، در مجموع ۱۶ بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب شد که ۱۳ مرکز تمایل به همکاری داشتند. بیمارستان شهدای تجریش از منطقه ۱ و بیمارستان میلاد از منطقه ۲، بیمارستان شهدای گمنام از منطقه ۱۵ و بیمارستان شهدای هفتم تیر از منطقه ۲۰، بیمارستان بوعلی از منطقه ۱۳، بیمارستان پیامبران از منطقه ۵ و بیمارستان امام خمینی (ره) از منطقه ۶ به عنوان نمونه ای از مراکز منتخب از هر منطقه هستند. در ادامه از هر بیمارستان تعدادی از درمانگاه ها را انتخاب کردیم و از بین سالمندان مراجعه کننده به درمانگاه ها، تعدادی از افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند و در سالن انتظار حضور داشتند، انتخاب شدند.

بعد از کسب رضایت از سالمند و معرفی خود، با سالمندان مصاحبه کرده و هدف از تحقیق به صورت کامل و شفاف توضیح داده شد و با تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط سالمندان به آنها اطمینان داده که اطلاعات درج شده فقط برای مطالعه حاضر مورد استفاده قرار بگیرد و همچنین پرسشنامه فاقد نام بوده و اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. سپس سوالات مشخصات فردی و پرسشنامه ارتباط پزشک - بیمار توسط پژوهشگر برای سالمند قرائت شد و با انتخاب گزینه مورد نظر بر اساس پاسخ سالمند تکمیل شد.

به منظور بررسی متغیرهای مربوط به عوامل مرتبط با رابطه پزشک - بیمار، علاوه بر مشخصات جمعیت شناختی سالمندان از سوالاتی همچون وضعیت سلامت (داشتن یا نداشتن بیماری مزمن) سالمندان، جنسیت و تخصص

پزشکان، تعداد دفعات مراجعه به پزشک، نحوه انتخاب پزشک، مدت زمان تحت نظر پزشک بودن، حضور داشتن همراه و مدت زمان ویزیت استفاده شد.

پرسشنامه ارتباط پزشک - بیمار (DPC) در سال ۲۰۱۸ توسط ساسترسیک و همکاران، با استفاده از چندین مقیاس دیگر طراحی شد و روان سنجی آن با ورود ۱۸۹ بزرگسال انجام شد که ۸۵ نفر آنها زیر ۴۰ سال بودند و ۷۷ نفر آنها ۴۰ سال و بالاتر بودند و سالمندان نیز در این مطالعه حضور داشتند. نتایج مطالعه نشان داد که پرسشنامه ی مذکور از همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ^۱ ۰.۹۴) و روایی بیرونی خوبی برخوردار است (۲۲). مطالعه ای در ایران در سال ۱۴۰۰ توسط اکبری لاکه و همکاران بر روی ۳۸۰ بیمار انجام شد که طی آن، این پرسشنامه به فارسی ترجمه و استاندارد سازی شد. نتایج نشان داد که ابزار از روایی و پایایی مناسبی در ایران برخوردار است (۲۰).

این پرسشنامه دارای ۱۵ گویه که براساس مقیاس لیکرت چهارتایی (خیر= ۱، تا حدودی خیر= ۲، تا حدودی بله= ۳، بله= ۴) است و حداکثر نمره به دست آمده ۶۰ است که نشان دهنده نتایج مثبت است و حداقل نمره به دست آمده ۱۵ است. نمرات مطابق فرمول $\frac{\text{حداقل نمره مورد انتظار} - \text{حداکثر نمره مورد انتظار}}{4} \approx 11$ به چهار دسته (۲۶-۱۵)، (۳۷-۲۷)، (۴۸-۳۸) و (۶۰-۴۹) تقسیم بندی شدند و بر اساس پاسخ سالمندان شرکت کننده در مطالعه اگر نمره به دست آمده از پرسشنامه در دسته ۴۹-۶۰ قرار بگیرد، رابطه پزشک - بیمار خوب گزارش شده است.

کلید داده ها از نظر مقادیر گمشده^۲ و مقادیر پرت مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به اینکه محقق در فرآیند جمع آوری داده ها نهایت دقت را داشتند، داده گمشده یا پرتی وجود نداشت. داده های گردآوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح آمار توصیفی نتایج با جداول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و درصد ارائه شد و در سطح آمار

¹ Cronbach's Alpha

² Missing Data

استنباطی ابتدا جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۳ استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد که داده های متغیر رابطه پزشک - بیمار از توزیع نرمال تبعیت نمی کند. لذا جهت تصحیح داده ها از LG10 استفاده شد. در نتیجه پس از اعمال LG10 توزیع نرمال بودن داده ها حاصل شد. در ادامه با توجه به اهداف مطالعه از آزمون های آماری پیرسون^۴، تی مستقل^۵، آنالیز واریانس^۶ و رگرسیون خطی چندگانه^۷ استفاده شد.

یافته ها

در مجموع ۳۸۲ نفر سالمند، ۳۴.۳ درصد مرد و ۶۵.۷ درصد زن با دامنه سنی ۶۰-۹۱ سال (69.79 ± 6.86 سال) در این پژوهش شرکت نمودند. نتایج نشان داد که بیشترین تعداد شرکت کنندگان در زیرگروه سنی ۶۰-۷۴ سال (۷۵.۶ درصد) و کمترین تعداد شرکت کنندگان در زیر گروه سنی ۹۰+ سال (۳ درصد) بودند. از مجموع سالمندان مورد بررسی در این پژوهش، بیشترین درصد متعلق به سالمندان زن با ۶۵.۷ درصد بود. اکثریت شرکت کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر (۳۶.۱ درصد) و کمترین آنها دارای سطح تحصیلات متوسطه (۲.۱ درصد) بودند. بیشترین سالمندان شرکت کننده از قومیت فارس (۶۸.۳ درصد) و کمترین آنها لر (۵.۸ درصد) بودند. زبان فارسی با ۹۶.۶ درصد پرتکرارترین نوع زبان را به خود اختصاص داد. نتایج نشان داد که سالمندان شرکت کننده در مطالعه حاضر از نظر وضعیت اقتصادی درک شده در ۳ زیر گروه ضعیف (۳۶.۹ درصد)، متوسط (۴۹.۰ درصد) و خوب و عالی (۱۴.۱ درصد) قرار دارند. همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر مشخص شد که از بین بیماری های مزمن مورد بررسی، بیماری های مربوط به عضلات و استخوان ها (۱۹.۹ درصد) و بیماری های قلبی- عروقی

³ Kolmogorov-Smirnov test

⁴ Pearson Correlation

⁵ T-test

⁶ ANOVA

⁷ Multiple linear regression

(۱۹.۱ درصد) شایعترین بیماری های مزمن سالمندان شهر تهران بودند. جدول شماره ی ۱، توصیف متغیرهای جمعیت شناختی و وضعیت سلامتی سالمندان را نشان می دهد.

نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

جدول ۱ توصیف متغیر های جمعیت شناختی و وضعیت سلامتی سالمندان

درصد	فراوانی	طبقه	متغیر
۷۵.۶	۲۸۹	۶۰-۷۴ سال	طبقه بندی سن
۲۴.۱	۹۲	۷۵-۹۰ سال	
.۳	۱	۹۰+ سال	
۶۵.۷	۲۵۱	زن	جنسیت بیماران
۳۴.۳	۱۳۱	مرد	
۲۴.۳	۹۳	بی سواد	سطح تحصیلات
۲۸.۰	۱۰۷	ابتدایی	
۹.۴	۳۶	راهنمایی	
۲.۱	۸	متوسطه	
۳۶.۱	۱۳۸	دیپلم و بالاتر	
۱۹.۶	۷۵	ترک	قومیت
۵.۸	۲۲	لر	
۶.۳	۲۴	کرد	
۶۸.۳	۲۶۱	فارس	
۹۶.۶	۳۶۹	فارسی	زبان
۱.۶	۶	ترکی	
۱.۰	۴	لری	
.۵	۲	کردی	
.۳	۱	بلوچی	
۳۶.۹	۱۴۱	ضعیف	وضعیت اقتصادی درک شده
۴۹.۰	۱۸۷	متوسط	
۱۴.۱	۵۴	خوب و عالی	
۱۹.۱	۷۳	بیماری های قلبی - عروقی	نوع بیماری
۳.۱	۱۲	بیماری های تنفسی	
۶.۵	۲۵	بیمار های گوارشی	
۱.۶	۶	بیماری های کبدی	
۴.۵	۱۷	بیماری های کلیوی	
۱۹.۹	۷۶	بیماری های مربوط به عضلات و استخوان ها	
۳.۱	۱۲	بیماری های خود ایمنی	
۲.۴	۹	سرطان ها	
۸.۹	۳۴	دیابت	
.۵	۲	اختلالات روانی	
۲.۱	۸	بیماری های عفونی	
۵.۸	۲۲	بیماری های مغز و اعصاب	
۲۲.۵	۸۶	سایر بیماری ها	

از مجموع تعداد سالمندان شرکت کننده در پژوهش، بیشترین مراجعات به پزشکان مرد (۷۲.۸ درصد) بود. بر حسب نوع تخصص پزشکان، ۸.۶ درصد سالمندان به پزشک عمومی و ۳.۷ درصد آنها به متخصص طب سالمندی و ۸۷.۷ درصد سالمندان به سایر متخصصین مراجعه داشتند. اکثر افراد (۸۴.۰ درصد) دومین ملاقات و یا ملاقات های بیشتری را با پزشک خود داشتند. مشارکت کنندگان بیشتر بر اساس نزدیک بودن به محل زندگی (۲۷.۲ درصد) با پزشک خود آشنا شدند. بر اساس مدت زمان تحت نظر پزشک، ۴۷.۹ درصد افراد ۱۲ ماه یا کمتر، ۱۴.۹ درصد ۱۳-۲۵ ماه و ۳۷.۲ درصد سالمندان بیشتر از ۲ سال با پزشک خود ارتباط داشتند. در ادامه نتایج توصیفی، مشخص شد که اکثریت شرکت کنندگان بدون همراه (۷۴.۳ درصد) به پزشک مراجعه کردند. در نهایت، نتایج نشان داد که مدت زمان ویزیت بیماران به طور متوسط 7.53 ± 13.46 دقیقه است. جدول شماره ۲ توصیف متغیرهای مربوط به ویژگی های پزشک و ویزیت را نشان می دهد.

جدول ۲ توصیف متغیرهای مربوط به ویژگی های پزشک و مولفه های مربوط به ویزیت

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
جنسیت پزشکان	زن	۱۰۴	۲۷.۲
	مرد	۲۷۸	۷۲.۸
تخصص پزشکان	پزشک عمومی	۳۳	۸.۶
	متخصص طب سالمندی	۱۴	۳.۷
	سایر تخصص ها	۳۳۵	۸۷.۷
تعداد دفعات مراجعه به پزشک	اولین مراجعه	۶۱	۱۶.۰
	دومین مراجعه یا مراجعات بیشتر	۳۲۱	۸۴.۰
نحوه انتخاب پزشک	نزدیک بودن به محل زندگی	۱۰۴	۲۷.۲
	توصیه دوستان و آشنایان	۹۶	۲۵.۱
	شهرت پزشک	۴۰	۱۰.۵
	توصیه پزشک دیگر	۲۵	۶.۵
	پذیرفتن دفترچه بیمه	۹۰	۲۳.۶
	داشتن آشنای شاغل در کلینیک	۲۷	۷.۱
مدت زمان تحت نظر پزشک	۱۲-۰ ماه	۱۸۳	۴۷.۹
	۱۳-۲۵ ماه	۵۷	۱۴.۹
	۲۵+ ماه	۱۴۲	۳۷.۲
حضور همراه	بله	۹۸	۲۵.۷
	خیر	۲۸۴	۷۴.۳

بر اساس نتایج به دست آمده مشخص شد که اکثر شرکت کنندگان (۸۸.۲ درصد) رابطه خود با پزشک را به صورت خوب، ۵.۵ درصد آنها وضعیت رابطه خود با پزشک را تا حدودی خوب، ۴.۵ درصد تا حدودی بد و ۱.۸ درصد از مشارکت کنندگان وضعیت رابطه خود با پزشک را بد گزارش کردند.

به منظور بررسی ارتباط متغیر رابطه پزشک - بیمار با متغیرهای دموگرافیک سالمندان اعم از سن، جنسیت، سطح تحصیلات، قومیت و وضعیت اقتصادی درک شده از آزمون های آماری پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد.

بین متغیرهای سن، جنسیت، قومیت و وضعیت اقتصادی درک شده با رابطه پزشک - بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P > .05$) اما بین متغیر سطح تحصیلات با رابطه پزشک - بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد ($P = .032$). نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

به منظور بررسی ارتباط متغیر رابطه پزشک - بیمار با متغیرهای وضعیت سلامتی و ویژگی های مربوط به پزشک و مولفه های مربوط به ویزیت از آزمون های آماری پیروسون، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد.

با توجه به بیماری های مورد بررسی، بین بیماری های خود ایمنی ($P = .001$) و سایر بیماری های غیر شایع با رابطه پزشک - بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد ($P = .043$). نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

بین جنسیت پزشکان ($P = .016$)، تخصص پزشکان ($P = .002$)، پذیرفتن دفترچه بیمه به عنوان یکی از مولفه های نحوه انتخاب پزشک ($P = .012$)، مدت زمان تحت نظر پزشک ($P = .011$) و مدت زمان ویزیت ($P = .001$) با رابطه پزشک - بیمار ارتباط معناداری وجود داشت. اما بین متغیر های تعداد دفعات مراجعه به پزشک و حضور همراه بیمار با رابطه پزشک - بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P > .05$). نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

متغیرهایی که برای رگرسیون انتخاب شدند بر اساس سه اصل، یک) متغیرهایی که در مرحله ی تحلیل های دوتایی معنادار بودند، ۲) متغیرهایی که سطح معناداری آن ها کمتر از ۰.۰۵ بود ولی معنادار نبودند، ۳) متغیرهایی که به لحاظ منطقی لازم بود مورد بررسی قرار گیرند از جمله سن سالمندان شرکت کننده، وارد مدل شدند.

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که متغیر رابطه پزشک - بیمار توسط متغیرهای سطح تحصیلات، مدت زمان ویزیت و توصیه پزشک دیگر به صورت معناداری توسط مدل پیش بینی می شود. نتایج این مدل نشان داد که ۱۹ درصد از واریانس رابطه پزشک - بیمار توسط این مدل توصیف می شود. مطابق با نتایج

حاصل از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، افراد بی سواد و دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی از ارتباط خود با پزشک رضایت بیشتری داشتند. با توجه به نتایج مشخص شد که توصیه پزشک دیگر منجر به کاهش رضایت سالمندان از ارتباط با پزشک می شود. همچنین بر اساس نتایج مشخص شد، هرچه مدت زمان ویزیت بیشتر باشد سالمندان از ارتباط خود با پزشک رضایت بیشتری دارند. با توجه به مقادیر بتا، متغیر مدت زمان ویزیت در مقایسه با سایر متغیرها بیشترین تاثیر را در وضعیت رابطه پزشک - بیمار دارد. جدول شماره ی ۶ این نتایج را نشان می دهد.

جدول ۳ ارتباط پزشک - بیمار با متغیرهای دموگرافیک سالمندان

متغیر	طبقه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	مقدار p
جنسیت	زن	۲۵۱	.۳۴	.۴۸	t= ۱.۱۱	.۲۶۵
	مرد	۱۳۱	.۴۰	.۴۹		
سطح تحصیلات	بی سواد	۹۳	.۳۳	.۴۶	F= ۲.۶۶	.۰۳۲
	ابتدایی	۱۰۷	.۲۸	.۴۵		
	راهنمایی	۳۶	.۲۹	.۴۴		
	متوسطه	۸	.۴۹	.۴۳		
	دیپلم و بالاتر	۱۳۸	.۴۶	.۵۱		
قومیت	فارس	۲۶۱	.۳۸	.۴۹	F= ۱.۱۲	.۳۴۰
	ترک	۷۵	.۲۷	.۴۳		
	لر	۲۲	.۳۸	.۵۵		
	کرد	۲۴	.۳۹	.۴۹		
وضعیت اقتصادی درک شده	ضعیف	۱۴۱	.۴۰	.۵۳	Welch= ۱.۴۲	.۲۴۳
	متوسط	۱۸۷	.۳۵	.۴۶		
	خوب و عالی	۵۴	.۲۸	.۴۱		

جدول ۴ ارتباط پزشک - بیمار با وضعیت سلامتی سالمندان

مقدار p	مقدار تی مستقل	انحراف معیار	میانگین	تعداد	طبقه	متغیر
.۱۷۷	۱.۳۵	.۴۴	.۲۹	۷۳	بله	بیماری های قلبی - عروقی
		.۴۹	.۳۸	۳۰۹	خیر	
.۶۰۳	.۵۲	.۵۴	.۲۹	۱۲	بله	بیماری های تنفسی
		.۴۸	.۳۶	۳۷۰	خیر	
.۵۶۲	-.۵۸	.۵۵	.۴۱	۲۵	بله	بیماری های گوارشی
		.۴۸	.۳۶	۳۵۷	خیر	
.۳۰۳	-۱.۰۳	.۶۲	.۵۶	۶	بله	بیماری های کبدی
		.۴۸	.۳۶	۳۷۶	خیر	
.۶۱۷	-.۵۰	.۵۷	.۴۲	۱۷	بله	بیماری های کلیوی
		.۴۸	.۳۶	۳۶۵	خیر	
.۴۴۴	-.۷۶	.۴۸	.۴۰	۷۶	بله	بیماری های مربوط به عضلات و استخوان ها
		.۴۸	.۳۵	۳۰۶	خیر	
.۰۰۱	۵.۹۸	.۱۵	.۰۶	۱۲	بله	بیماری های خود ایمنی
		.۴۸	.۳۷	۳۷۰	خیر	
.۲۷۸	۱.۰۸	.۳۹	.۱۹	۹	بله	سرطان ها
		.۴۸	.۳۶	۳۷۳	خیر	
.۷۸۰	.۲۷	.۴۸	.۳۴	۳۴	بله	دیابت
		.۴۸	.۳۶	۳۴۸	خیر	
.۵۲۲	.۶۶	.۲۸	.۲۹	۸	بله	بیماری های عفونی
		.۴۸	.۳۶	۳۷۴	خیر	
.۵۲۷	.۶۳	.۴۹	.۳۰	۲۲	بله	بیماری های مغز و اعصاب
		.۴۸	.۳۶	۳۶۰	خیر	
.۰۴۳	-۲.۰۳	.۵۰	.۴۵	۸۶	بله	سایر بیماری ها
		.۴۷	.۳۳	۲۹۶	خیر	

جدول ۵ ارتباط پزشک - بیمار با متغیرهای مربوط به ویژگی های پزشک و مولفه های مربوط به ویزیت

مقدار p	آماره آزمون	انحراف معیار	میانگین	تعداد	طبقه	متغیر
.۰۱۶	t= ۲.۴۲	.۴۲	.۲۷	۱۰۴	زن	جنسیت پزشکان
		.۵۰	.۳۹	۲۷۸	مرد	
.۰۰۲	Welch= ۷.۴۳	.۳۸	.۲۳	۳۳	پزشک عمومی	تخصص پزشک
		.۲۹	.۰۹	۱۴	متخصص طب سالمندی	
		.۴۹	.۳۸	۳۳۵	سایر تخصص ها	
.۷۶۷	t= .۲۹	.۴۸	.۳۷	۱۰۴	بله	نزدیکی به محل زندگی
		.۴۸	.۳۶	۲۷۸	خیر	
.۵۲۹	t= -.۶۳	.۴۸	.۳۳	۹۶	بله	توصیه دوست و آشنا
		.۴۸	.۳۷	۲۸۶	خیر	
.۱۰۶	t= -۱.۶۴	.۴۲	.۲۵	۴۰	بله	شهرت پزشک
		.۴۹	.۳۷	۳۴۲	خیر	
.۱۷۱	t= -۱.۴۰	.۳۶	.۲۶	۲۵	بله	توصیه پزشک دیگر
		.۴۹	.۳۷	۳۵۷	خیر	
.۰۱۲	t= ۲.۵۵	.۵۳	.۴۸	۹۰	بله	پذیرفتن دفترچه بیمه
		.۴۶	.۳۲	۲۹۲	خیر	
.۲۵۱	t= -۱.۱۴	.۴۱	.۲۶	۲۷	بله	داشتن آشنا شاغل در کلینیک
		.۴۹	.۳۷	۳۵۵	خیر	
.۲۴۷	t= ۱.۱۶	.۵۵	.۴۳	۶۱	اولین مراجعه	دفعات مراجعه به پزشک
		.۴۷	.۳۵	۳۲۱	دومین مراجعه یا مراجعات بیشتر	
.۰۱۱	Welch= ۴.۶۸	.۵۱	.۴۴	۱۸۳	۰-۱۲ ماه	مدت زمان تحت نظر پزشک
		.۴۵	.۳۱	۵۷	۱۳-۲۵ ماه	
		.۴۴	.۲۸	۱۴۲	۲۵ ماه +	
.۲۸۴	t= -۱.۰۷	.۴۷	.۳۱	۹۸	بله	حضور همراه
		.۴۸	.۳۸	۲۸۴	خیر	

جدول ۶ نتایج مدل رگرسیون خطی چند متغیره جهت پیش بینی متغیر ارتباط پزشک - بیمار

متغیر	B	Beta	T	P
سن سالمندان	.۰۰۱	.۰۵	۱.۱۹	.۲۳۲
بی سواد در مقابل تحصیلات دیپلم و بالاتر	.۱۳	.۱۲	۲.۲۹	.۰۲۲
تحصیلات ابتدایی و راهنمایی در مقابل تحصیلات دیپلم و بالاتر	.۱۵	.۱۵	۲.۹۶	.۰۰۳
جنسیت پزشکان (زن بودن در مقابل مرد بودن)	.۰۹	.۰۸	۱.۸۰	.۰۷۲
تخصص پزشک (متخصصان در مقابل پزشک عمومی)	-.۱۲	-.۰۷	-۱.۴۴	.۱۴۸
بیماری های قلبی - عروقی) داشتن بیماری در مقابل نداشتن (بیماری)	.۰۵	.۰۴	.۹۳	.۳۵۱
بیماری های خود ایمنی(داشتن بیماری در مقابل نداشتن بیماری)	.۲۳	.۰۸	۱.۷۳	.۰۸۴
سایر بیماری ها(داشتن بیماری در مقابل نداشتن بیماری)	-.۰۷	-.۰۶	-۱.۲۴	.۲۱۳
شهرت پزشک(داشتن شهرت در مقابل نداشتن)	-.۱۰	-.۰۶	-۱.۳۴	.۱۷۹
توصیه پزشک دیگر (توصیه پزشک در مقابل عدم توصیه)	-.۱۸	-.۰۹	-۱.۹۰	.۰۵۰
پذیرفتن دفترچه بیمه(پذیرش دفترچه در مقابل عدم پذیرش)	.۰۶	.۰۵	۱.۱۳	.۲۵۷
مدت زمان تحت نظر پزشک) بیشتر از دو سال در مقابل کمتر (از دو سال)	.۰۵	.۰۵	۱.۱۴	.۲۵۴
مدت زمان ویزیت	.۰۱	.۳۰	۶.۲۲	.۰۰۱

(F (۱۳, ۳۶۸) = ۶.۷۹, p = .۰۰۱ , R² = .۱۹)

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با رابطه پزشک - بیمار از دیدگاه سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که ۸۸.۲ درصد از سالمندان شرکت کننده در مطالعه رابطه خود با پزشک را خوب گزارش کردند. با توجه به یافته های مطالعه دیوارد و همکاران که رابطه پزشک عمومی با بیمار مورد بررسی قرار گرفت، مشخص شد که ۶۶.۳ درصد افراد درک خوبی از رابطه پزشک - بیمار داشتند و در نتیجه رضایت بیشتر بیماران از رابطه پزشک - بیمار را در پی داشت (۲۳). همچنین یافته های مطالعه معین و همکاران نشان داد که افراد ۶۰ سال و بالاتر دومین گروه سنی با رضایت بالا از رابطه پزشک - بیمار هستند (۲۴). نتایج مطالعه ای دیگر نیز نشان داد که بیماران مسن تر نسبت به بیماران جوان تر از برخوردهای پزشکی رضایت بیشتری دارند (۲۵). این موضوع که تعداد زیادی از سالمندان شرکت کننده در مطالعه ارتباط خود با پزشک را خوب گزارش کردند، می تواند به این دلیل باشد که افراد مسن انتظارات و سطح توقعات کمتری دارند. از طرفی صبر و تحمل سالمندان بیشتر است و با گذشت زمان نیز تحمل آنها در مقابل ناملايمات بیشتر شده است. همچنین گاهی اوقات بیماران مسن بسیاری از بیماری ها را ناشی از سن می دانند، بنابراین هرگونه خدماتی را ارزشمند می پندارند.

نتایج این مطالعه نشان داد که سالمندان با سطح تحصیلات پایین تر نسبت به سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر ارتباط بهتری با پزشکان دارند. هر چند نتایج متناقض در خصوص ارتباط سطوح تحصیلات با رابطه پزشک - بیمار وجود دارد (۱۸، ۲۶)، اما یافته های مطالعه کوتاس و همکاران نشان داد که این امکان وجود دارد که سالمندان با سطح تحصیلات پایین تر انتظارات کمتری برای تجربه کلی مراقبت های بهداشتی و رابطه پزشک - بیمار که به عنوان بخشی از مراقبت ها است داشته باشند (۱۹). در این مطالعه از میان بیماری های مختلف، بین رابطه پزشک - بیمار با بیماری های خود ایمنی و سایر بیماری ها که جز بیماری های شایع دوران سالمندی نیست ارتباط معناداری وجود داشت. اما با دیگر بیماری های ذکر شده ارتباط معناداری مشاهده نشد. با توجه به

پژوهش های صورت گرفته مشخص شد که در این زمینه مطالعات زیادی انجام نشده است. به نظر می رسد بیماران مبتلا به بیماری های خود ایمنی به دلیل طولانی بودن دوره درمان، ارتباط بهتری با پزشک خود دارند. مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان از پزشکان زن رضایت بیشتری دارند. که با نتایج مطالعه ویلیامس (۱۶) همسو و با نتایج مطالعه معین و همکاران (۲۴)، شانتیایی و همکاران (۱۳) و لیانگ و همکاران (۱۸) ناهمسو است. در مطالعه ای اشاره شده است که پزشکان زن کمتر صحبت بیماران خود را قطع می کنند و زمان بیشتری را صرف ویزیت های پزشکی می کنند. ممکن است پزشکان زن به دلیل واکنش های احساسی، سعی کنند با بیماران ارتباط بهتری برقرار کنند و زمان بیشتری با آنها صحبت کنند (۲۷) که این می تواند یکی از دلایل رضایت بیشتر از پزشکان زن در مطالعه حاضر نیز باشد. از دیگر نتایج مطالعه حاضر این بود که سالمندان با متخصصان طب سالمندی ارتباط بهتری دارند. به نظر می رسد که متخصصان طب سالمندی به دلیل آشنا بودن با ویژگی های دوران سالمندی و داشتن دانش کافی در مورد دوران سالمندی ارتباط بهتری را با سالمندان برقرار کنند .

در این مطالعه بین رابطه پزشک - بیمار و حضور داشتن همراه بیمار ارتباط معناداری وجود نداشت. نتایج مطالعه با یافته های مطالعه اسپیکوا و همکاران (۹)، گرین و همکاران (۲۵)، آدلمن و همکاران ناهمسو است (۲۸). بر اساس این مطالعات حضور همراه در رابطه پزشک - بیمار نقش دارد. همراه به عنوان نماینده بیمار به جای بیمار صحبت می کند و ارتباط او جایگزین بخشی از صحبت های بیمار می شود و ممکن است تبادل اطلاعات و ایجاد رابطه خوب بین پزشک - بیمار را محدود کند (۲۵، ۲۸، ۲۹).

نتایج این مطالعه نشان داد که هر چه مدت زمان تحت نظر پزشک بیشتر باشد رابطه پزشک - بیمار بهتری صورت می گیرد. تحقیقات مرتبط با رابطه پزشک - بیمار نیز نتایج مشابهی را نشان می دهند (۳۰). بیمارانی که ارتباط طولانی مدت با پزشک خود داشتند بیشتر احتمال داشت که درباره ی پزشک خود نظرات مثبت داشته باشند. همچنین ارتباط طولانی مدت باعث کاهش هزینه های مراقبت های درمانی می شود (۳۱).

از نتایج دیگر مطالعه این بود که ارتباط معنادار و مستقیم بین رابطه پزشک - بیمار و مدت زمان ویزیت وجود دارد، بدین معنی که هر چه مدت زمان ویزیت بیشتر باشد رابطه پزشک - بیمار بهتر است. این یافته ها با یافته های مطالعه گرین و همکاران همسو است (۲۵). هنگامی که افراد فرصت کافی برای صحبت داشته باشند احساس می کنند شنیده می شوند و در نتیجه از ویزیت خود راضی هستند. در واقع طول ویزیت نشانگر مراقبت پزشک است (۲۵). بطوریکه محدودیت مدت معاینه یک مشکل مهم در مراقبت از بیماران است و ویزیت های با طول مدت ویزیت کم از انجام یک معاینه کامل و حاکی از دلسوزی جلوگیری می کند و باعث کاهش میزان رضایت بیماران میشود (۳۲، ۳۳).

نتیجه گیری نهایی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۸۸.۲ درصد مراجعین اظهار کردند که نحوه ارتباطشان با پزشک مطلوب است. از سویی بین رابطه پزشک - بیمار با سطح تحصیلات، بیماری های خود ایمنی، سایر بیماری های غیر شایع دوران سالمندی، جنسیت پزشکان، تخصص پزشکان، پذیرفتن دفترچه بیمه به عنوان یکی از مولفه های نحوه انتخاب پزشک، مدت زمان تحت نظر پزشک و مدت زمان ویزیت ارتباط معناداری مشاهده شد. از آنجا که رابطه پزشک - بیمار قلب طبابت و محور همه اقدامات بالینی است و اکثر تشخیص های پزشکی و تصمیمات درمانی بر مبنای اطلاعاتی است که از مصاحبه های پزشکی به دست می آید. بنابراین عدم رضایت بیمار و در نتیجه عدم تبعیت از دستورات پزشک منجر به متحمل شدن هزینه های سنگین برای بیمار و نظام سلامت می شود. لذا اتخاذ تدابیری جهت ارتقای مهارت های ارتباطی پزشکان ضروری به نظر می رسد. یکی از محدودیت های این مطالعه مقطعی بودن نوع مطالعه است در نتیجه نمی توان روابط علیتی را با قاطعیت بیان کرد. یکی دیگر از محدودیت های مطالعه حاضر این است که یافته ها ممکن است تحت تاثیر سوگیری پاسخ

دهند ها باشد. با توجه به تنوع فرهنگی و قومیتی در ایران پیشنهاد می شود پیمایش های مبتنی بر جمعیت های سالمندان در سطوحی وسیع تر و به تفکیک استان های کشور انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با کد اخلاق IR.USWR.REC.1402.020 به تصویب رسیده است. همچنین با رعایت کدهای ۳۱ گانه اخلاق در پژوهش انجام شده است.

حامی مالی

این مقاله حاصل پایان نامه نویسنده اول در مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است و حامی مالی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در آماده سازی مطالعه مشارکت داشته اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که در اجرای این مطالعه ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References:

1. Avazeh M, Babaei N, Farhoudi S, Kalteh E, Gholizadeh B. The study of self-care and related factors in the elderly with chronic diseases in 2018. *Journal of Health and Care*. 2019;21(2):135-44.
2. Pashazadeh H, Abolfathi Momtaz Y, Delbari A. Prevalence of Caregiver Abuse by the Elderly in Nursing Homes of Tehran and its Related Factors. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022;17(2):262-75.
3. Mofrad ZP, Jahantigh M, Arbabisarjou A. Health promotion behaviors and chronic diseases of aging in the elderly people of Iranshahr*-IR Iran. *Global journal of health science*. 2016;8(3):139.
4. Rahimi AA, Ahmadi K, Farid AAA. Assessing the status of mental health indices in Iranian elderly people. *Journal of psychological science*. 2019;18(77):529-38.
5. Qin Y, Li X, Wu J, Yu K. A management method of chronic diseases in the elderly based on IoT security environment. *Computers Electrical Engineering*. 2022;102(14).
6. Sadeghiyan F, Raei M, Hashemi M, Amiri M, Chaman R. Elderly and Health Problems: A Cross Sectional Study in the Shahroud Township. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2011;6(2):0-.
7. Turabian JAFMGP. Doctor-patient relationship and multimorbidity: the more extraordinary a case seems, the easier it is to solve it. *Archives of Family Medicine and General Practice*. 2019;4(1):82-9.
8. Turabian J. Differential characteristics in communication and relationship of the general practitioner with the elderly patient. *Journal of Family Medicine Forecast*. 2019;2.
9. Eskandari M, Hosseini F, Razjouyan K, Abadi A. Examining doctor-patient communication skills among senior medical students based on calgary cambridge observation guide. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2021;35(1):913-8.
10. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patient's satisfaction. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;2(3):9-16.
11. 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.
12. Karami Z, Keyvanara M. Models of Relationship between Physicians and Patients Referring to the Clinic of Isfahan Shahid Beheshti Hospital 2007. *Strides in Development of Medical Education*. 2010;6(2):149-56.
13. Shantiaei M. Patient-Physician Communication During Medical Visits: Senior Adults' Perspectives, Expectations, and Experiences. *Fortune Journal of Health Sciences*. 2021;4(2):324-45.
14. Daba-Buzoianu C, Cârțiță-Buzoianu C, Amalancei BM. Exploring physician-older patient communication. A qualitative analysis of communication between older patients and general practitioners. *Romanian Journal of Communication Public Relations*. 2018;20(1):47-56.
15. Puscas L, Kogan JR, Holmboe ES. Assessing interpersonal and communication skills. *Journal of Graduate Medical Education*. 2021;13(2s):91-5.
16. Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clinical interventions in aging*. 2007;2(3):453.
17. Greene MG, Adelman R, Charon R, Hoffman S. Ageism in the medical encounter: An exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. *Language & Communication*. 1986;6(1-2):113-24.
18. Liang C-Y, Wang K-Y, Hwang S-J, Lin K-C, Pan H-H. Factors affecting the physician-patient relationship of older veterans with inadequate health literacy: an observational study. *British Journal of General Practice*. 2013;63(610):e354-e60.
19. Coats H, Downey L, Sharma RK, Curtis JR, Engelberg RA. Quality of communication and trust in patients with serious illness: an exploratory study of the relationships of race/ethnicity, socioeconomic status, and religiosity. *Journal of pain and symptom management*. 2018;56(4):530-40. e6.

20. Akbarilakeh M, Shouaybi S. Psychometric properties of Persian version of Doctor-Patient Communication (DPC) Scale for skill assessment in acute and critical conditions in Iran. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2021;20(5):628-19.
21. Gashtasebi A, Montazeri A, Vahdani Nia MS, Rahimi Froshani A, Mohamad K. Self-reported health and socioeconomic status: results from a population-based study in Tehran, Iran. *Payesh (Health Monitor) Journal*. 2003;2(3):187-93.
22. Sustersic M, Gauchet A, Kernou A, Gibert C, Foote A, Vermorel C, et al. A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192306.
23. de Waard CS, Poot AJ, den Elzen WP, Wind AW, Caljouw MA, Gussekloo J. Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2018;36(2):189-97.
24. Moin A, Davaty A, Jahangard Z. Evaluation of patients satisfaction from patient-physician communication and factors influencing it among outpatients of Tehran hospital. *JOURNAL OF MEDICAL ETHICS AND HISTORY OF MEDICINE*. 2019;12(1):276-86.
25. Greene MG, Adelman RD, Friedmann E, Charon R. Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Social Science & Medicine*. 1994;38(9):1279-88.
26. Peck BM. **Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction** *Current gerontology geriatrics research*. 2011;2011.
27. Williams A, Giles H. Sociopsychological perspectives on older people's language and communication. *Ageing & Society*. 1991;11(2):103-26.
28. Adelman RD, Greene MG, Charont R. Issues in physician—elderly patient interaction. *Ageing & Society*. 1991;11(2):127-48.
29. Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T. Physician—elderly patient—companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Social science medicine*. 2005;60(10):2307-20.
30. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of general internal medicine*. 2005;20(3):226-33.
31. 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. *American journal of public health*. 1996;86(12):1742-7.
32. Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of health and social behavior*. 1987:375-88.
33. Stevens L, Rodin I. *Psychiatry E-Book: An Illustrated Colour Text: Elsevier Health Sciences*; 2010.