

Research Paper

The Doctor-Patient Relationship Status and the Associated Factors in Older Adults from Tehran, Iran

Hamideh Esmaili¹, *Yadollah Abolfathi Momtaz¹, Marjan Haghi¹, Mahshid Foroughan¹

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



Citation Esmaili H, Abolfathi Momtaz Y, Haghi M, Foroughan M. [The Doctor-Patient relationship Status and the Associated Factors in Older Adults from Tehran, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2025; 20(2):226-241. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3874.1>

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

ABSTRACT

Objectives Studies have shown that the doctor-patient relationship has a significant impact on the health and adherence to treatment in older adults. However, there are inconsistencies between different studies regarding the associated factors. Therefore, this study aims to determine the doctor-patient relationship status and the associated factors from the perspective of older adults in Tehran, Iran.

Methods & Materials This is a descriptive-analytical study with a cross-sectional design conducted in 2023. A total of 382 people aged 60 or higher were selected by a multi-stage cluster random sampling method from among those referred to clinics in Tehran. In order to collect data, a sociodemographic checklist and the doctor-patient communication (DPC) scale were used. The collected data were analyzed in SPSS software, version 26.

Results The mean age of participants was 69.79±6.86 years, and about 66% of them were women. Most participants (88.2%) perceived their relationship with their doctor as good. There was a significant difference the doctor-elderly patient relationship based on educational level (P=0.032), autoimmune diseases (P=0.001) and other uncommon diseases in old age (P=0.043), gender of doctors (P=0.016), specialty of doctors (P=0.002), acceptance of insurance as one of criteria for choosing a doctor (P=0.012), duration of being under the doctor's supervision (P=0.011) and duration of visit (P=0.001). The results of multiple linear regression analysis showed that the doctor-patient relationship variable was significantly predicted by the patients' educational level, recommendation of another doctor for choosing a doctor, and duration of visit.

Conclusion Most of elderly patients in Tehran have a good relationship with their doctor. It is recommended to consider the elderly patient's educational level, the recommendation of another doctor, and the duration of the doctor's visit to improve the doctor-elderly patient relationship.

Keywords Doctor-patient relationship, Older adults, Tehran

Article Info:

Received: 05 Apr 2024

Accepted: 29 Jul 2024

Available Online: 01 Jul 2025

*** Corresponding Author:**

Yadollah Abolfathi Momtaz, Associate Professor.

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

Tel: +98 (21) 22180154

E-mail: yabolfathi@gmail.com

Copyright © 2025 The Author(s).
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Despite the importance of the doctor-elderly patient relationship due to the impact of poor communication between them on the health and quality of life of the elderly, no research has been conducted in this field in Iran, especially in Tehran city, which has the largest elderly population. On the other hand, there are differences in the doctor-patient relationship between young and older patients. Based on various studies, it has been found that the doctor-patient relationship has a special impact on the treatment costs, health, and compliance with treatment of the elderly [9]. However, there are inconsistencies among different studies regarding factors related to the doctor-patient relationship, such as age, gender, education level, and economic status of patients and gender of doctors [13, 16-18]. The present study aimed to determine the doctor-patient relationship status and factors related to the doctor-patient relationship from the perspective of older adults in Tehran, Iran.

Methods

This is a descriptive-analytical study with a cross-sectional design conducted on people aged ≥ 60 referred to governmental or private clinics in Tehran, Iran. Inclusion criteria were age 60 years or higher, consent to participate in the study, history of illness and doctor visits, and ability to communicate and answer questions. Exclusion criteria were unwillingness to continue participating in the study, developing an acute illness during the study, and the incomplete responses to questionnaires. Eligible individuals were selected using a multi-stage cluster random sampling method. Data were collected using a sociodemographic checklist and the doctor-patient communication (DPC) scale. Then, the collected data was analyzed using SPSS software, version 26. Descriptive statistics were presented using frequency, mean, standard deviation, and percentage. The Kolmogorov-Smirnov test was used to check the normality of the data, which showed that the data related to the doctor-patient relationship was not normal. Therefore, LG10 was used to correct the data. Then, Pearson's correlation test, independent t-test, analysis of variance, and multiple linear regression were used.

Results

Participants were 382 older people, aged 60-91 years, with a mean age of 69.79 ± 6.68 years. The highest number of participants was in the 60-74 age group (75.6%)

and the lowest number of participants was in the >90 age group (0.3%). Among participants, 251 were women (65.7%) and 131 were men (34.3%). Most participants (88.2%) perceived their relationship with their doctor as good. There was a significant difference in the doctor-elderly patient relationship based on educational level ($P=0.032$), autoimmune diseases ($P=0.001$) and other uncommon diseases in old age ($P=0.043$), gender of doctors ($P=0.016$), specialty of doctors ($P=0.002$), acceptance of insurance as one of criteria for choosing a doctor ($P=0.012$), duration of being under the doctor's supervision ($P=0.011$) and duration of visit ($P=0.001$). Regarding the factors of age, gender, ethnicity, perceived economic status of patients, other criteria of physician choice, common diseases in old age, frequency of physician visits, and presence of a companion with the patient, no significant difference in doctor-elderly patient relationship was found ($P>0.05$).

The results of multiple linear regression analysis showed that the doctor-elderly patient relationship was significantly predicted by the educational level of patients, duration of visit, and recommendation from another doctor to choose a doctor. These factors explained 19% of the variance in the doctor-elderly patient relationship ($F_{(13, 368)}=6.79$, $P=0.001$, $R^2=0.19$). The illiterate people ($\beta=0.12$, $P=0.022$) and those with primary and secondary education ($\beta=0.15$, $P=0.003$) were more satisfied with their relationship with the doctor. It was also found that the recommendation of another doctor leads to a decrease in the elderly patient's satisfaction with the communication with the doctor ($P=0.050$, $\beta=-0.09$). Moreover, the longer the visit, the more satisfied the elderly were with their relationship with the doctor ($P=0.001$, $\beta=0.30$).

Conclusion

The results of the present study showed that most of the elderly patients in Tehran (88.2%) have a good relationship with their doctor. The doctor-elderly patient relationship can significantly be predicted by the educational level of patients, duration of visit, and recommendation from another doctor to choose the doctor, among which the visit duration has the greatest impact. Therefore, in order to improve the doctor-elderly patient relationship, it is necessary to consider the patients' education level, recommendation from another doctor, and duration of visit.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) (Code: IR.USWR.REC.1402.020). All ethical principles were considered in this study.

Funding

This article was extracted from the master's thesis of Hamideh Esmacili at the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#). This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors' contributions

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all seniors who participated in this study for their cooperation.



مقاله پژوهشی

بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با رابطه پزشک-بیمار از دیدگاه سالمندان شهر تهران

حمیده اسماعیلی^۱، یداله ابوالفتحی ممتاز^۱، مرجان حقی^۱، مهشید فروغان^۱

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



Citation Esmaeili H, Abolfathi Momtaz Y, Haghi M, Foroughan M. [The Doctor-Patient relationship Status and the Associated Factors in Older Adults from Tehran, Iran (Persian)] *Iranian Journal of Ageing*. 2025; 20(2):226-241. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2024.3874.1>

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

حکیده

اهداف مطالعات نشان می‌دهند رابطه پزشک-بیمار بر سلامتی و تبعیت از درمان سالمندان تأثیر ویژه‌ای دارد. درعین حال بین عوامل مرتبط با رابطه پزشک-بیمار در مطالعات مختلف، مغایرت‌هایی وجود دارد. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین وضعیت و عوامل مرتبط با رابطه پزشک-بیمار از دیدگاه سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها مطالعه حاضر به روش مقطعی در درمانگاه‌های شهر تهران انجام شد. در مجموع ۳۸۲ نفر از افراد ۶۰ سال و بالاتر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک‌لیست مشخصات فردی و پرسش‌نامه ارتباط پزشک-بیمار استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری متناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه ۶۹/۷۹ با انحراف معیار ۶/۶۸ بود و حدود ۶۶ درصد آنان زن بودند. اکثر شرکت‌کنندگان (۸۸/۲ درصد) رابطه خود با پزشک را خوب گزارش کردند. بین سطح تحصیلات، بیماری‌های خودایمنی، سایر بیماری‌های غیرشایع دوران سالمندی، جنسیت پزشکان، تخصص پزشک، پذیرفتن دفترچه بیمه، مدت‌زمان تحت نظر پزشک بودن و مدت‌زمان ویزیت با رابطه پزشک-بیمار ارتباط معناداری مشاهده شد ($P \leq 0/05$). نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد متغیر رابطه پزشک-بیمار توسط متغیرهای سطح تحصیلات، مدت‌زمان ویزیت و توصیه پزشک دیگر به صورت معناداری توسط مدل پیش‌بینی می‌شود.

نتیجه‌گیری اگرچه نتایج پژوهش حاضر نشان داد اکثر سالمندان مورد مطالعه، رابطه خود با پزشک را خوب گزارش کردند، اما به‌منظور ارتقای سطح رابطه پزشک-بیمار لازم است، متغیرهای سطح تحصیلات، توصیه پزشک دیگر و مدت‌زمان ویزیت مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها رابطه پزشک - بیمار، سالمندان، تهران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۷ فروردین ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۸ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:

دکتر یداله ابوالفتحی ممتاز

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، مرکز تحقیقات سالمندی.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۲۲۱۸۰۱۵۴

پست الکترونیکی: yabolfathi@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

پزشکی دیگر یک حرفه نیست، بلکه یک تجارت است و بیماران نقش مشتریان را دارند. [۱۱، ۱۲].

یکی از دلایل اهمیت ارتباط بین فردی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی پیامدها و اثرات ارتباط است [۱۳]. بنابراین اگر رابطه پزشک‌بیمار خوب باشد، منجر به افزایش اعتماد و رضایت بیماران و در نتیجه تبعیت از درمان می‌شود [۱۴، ۱۵]. در غیر این صورت ارتباط نامناسب و ضعیف بین پزشک و بیمار می‌تواند مشکلات و نیازهای بیماران را در این حوزه پنهان کند. همچنین منجر به خطاهای پزشکی، بی‌اعتمادی، افزایش هزینه‌های درمانی، افت سلامتی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود [۹، ۱۵].

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

بر اساس نتایج حاصل از مطالعات مختلف مشخص شد در مطالعات انجام‌شده، مغایرت‌هایی بین عوامل مؤثر بر رابطه پزشک‌بیمار وجود دارد [۱۳، ۱۶-۱۹]. نتایج یکی از این مطالعات نشان داد بیماران با سطح تحصیلات پایین‌تر در مقایسه با بیماران با سطح تحصیلات بالاتر رضایت کمتری را گزارش کردند [۱۷] که با یافته‌های مطالعه کوآتس و همکاران همسواست [۱۹]. در صورتی که براساس یافته‌های مطالعه لیانگ و همکاران مشخص شد رابطه پزشک‌بیمار با سطح تحصیلات بیماران ارتباطی نداشت [۱۸]. مطابق با یافته‌های مطالعه‌ای مشخص شد پزشکان زن کمتر صحبت بیماران را قطع می‌کنند و زمان بیشتری را صرف ویزیت‌های پزشکی می‌کنند [۱۶]. در حالی که مطالعه‌ای دیگر نشان داد جنسیت پزشکان تأثیر معناداری بر رابطه پزشک‌بیمار نداشته است [۱۳].

علی‌رغم اهمیت این موضوع، تا به حال هیچ پژوهشی در خصوص رابطه پزشک‌بیمار سالمند در ایران یافت نشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت و عوامل مرتبط با رابطه پزشک‌بیمار از دیدگاه سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. این مطالعه می‌تواند از طریق بررسی این ارتباط، دانش ما را درباره رابطه پزشک‌بیمار سالمند افزایش دهد. همچنین با آموزش‌های مرتبط براساس یافته‌های چنین مطالعاتی می‌توان به بهبود رابطه پزشک‌بیمار کمک کرد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی بود که بر روی افراد ۶۰ سال و بالاتر شهر تهران انجام شد. جامعه آماری در این مطالعه کلیه افراد ۶۰ ساله و بالاتر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دولتی و خصوصی شهر تهران بودند.

سالخوردگی جمعیت، فرایندی است که در طی آن، سهم جمعیت جوان از کل جمعیت کاهش می‌یابد و در مقابل بر سهم جمعیت سالخورده افزوده می‌شود [۱]. باتوجه به بررسی‌های اجمالی اخیر سال به سال تعداد سالمندان افزایش یافته است. به طوری که پیش‌بینی می‌شود، جمعیت افراد سالمند جهان از ۹/۳ درصد در سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش می‌یابد [۲]. در واقع سالخوردگی جمعیت، به‌عنوان پدیده‌ای فراگیر همه کشورها را با شدت و ضعف فراخواهد گرفت و کشور ایران نیز یکی از سریع‌ترین کشورهای جهان در زمینه رشد جمعیت سالمندی است. در سال ۱۳۹۵ حدود ۹/۳ درصد جمعیت ایران، سن ۶۰ سال و بالاتر داشتند. در سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان ایران به بیش از ۲۰ درصد افزایش می‌یابد [۳، ۴].

سالمندی با مشکلاتی از قبیل اختلال عملکرد جسمانی، کاهش ایمنی، ضعف عضلانی و ناتوانی همراه است [۵، ۶]. بنابراین به دنبال افزایش مشکلات دوران پیری، سالمندان نسبت به گروه‌های دیگر با بیماری‌های بیشتری مواجه می‌شوند که بیماری‌های مزمن سهم بزرگی از بار بیماری‌های آن‌ها را تشکیل می‌دهد. این بیماری‌ها دلیل اصلی مراجعه افراد مسن، به مراقبت‌های پزشکی است [۷]. از طرفی ۳۴ درصد از معالجات سرپایی در بیمارستان‌ها انجام می‌شود و ۸۹ درصد از تخت‌های مؤسسات به افراد بالای ۶۵ سال اختصاص دارد. در نتیجه توجه به نیازهای درمانی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است [۶]. از آنجاکه رابطه پزشک‌بیمار نیز یکی از ارکان اساسی مراقبت شناخته شده است، باید به کیفیت این ارتباط توجه عمیقی داشت [۷، ۸].

برآورد شده است که ۶۰ تا ۸۰ درصد از تشخیص‌های پزشکی و نیز نسبت مشابهی از تصمیمات درمانی براساس اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه‌های پزشکی است [۹]. از این‌رو درمان بیماری‌ها، وابستگی زیادی به تعامل پزشک و بیمار دارد و نتیجه همکاری بیمار با پزشک، درمانی سریع و موفق است [۱۰].

مدل‌های مختلفی در رابطه پزشک‌بیمار مطرح شده است. برخی از این مدل‌ها در ادامه معرفی شده‌اند. ۱. پدرسالارانه: این نوع ارتباط، ارتباطی نامتقارن و پزشک‌محور است. به طوری که در این مدل پزشک قیم تمام‌عیار بیمار در امور درمانی است و تصمیم‌گیری‌ها صرفاً برعهده پزشک است و بیمار نقشی منفعل و دریافت‌کننده دارد. ۲. ارتباط دوطرفه: در یک ارتباط دوطرفه، در هنگام مشاوره، فعالیت بیماران به نسبت برابر با پزشکان است. تصمیم‌گیری‌ها به‌صورت مشارکتی و با همکاری و تعامل پزشک و بیمار صورت می‌گیرد. در این مدل مهم است که برهم‌کنش‌ها براساس رضایت برابر، استقلال و داشتن قدرت مساوی شکل گیرد. ۳. مدل آگاهاننده: در این مدل پزشک فراهم‌کننده اطلاعات تخصصی است و بیمار بر آن اساس مداخله درمانی مدنظرش را انتخاب می‌کند. ۴. مدل قراردادی: این نوع ارتباط در یک موقعیت رقابتی در بازار رخ می‌دهد. به طوری که

حضور داشتن همراه و مدت زمان ویزیت استفاده شد.

پرسش‌نامه ارتباط پزشک-بیمار^۱ (DPC) در سال ۲۰۱۸ توسط ساسترسیک و همکاران، با استفاده از چندین مقیاس دیگر طراحی و روان‌سنجی 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 پرسش‌نامه مذکور از همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ ۰/۹۴) و روایی بیرونی خوبی برخوردار است [۲۲]. مطالعه‌ای 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 استانداردسازی شد. نتایج نشان داد ابزار از روایی و پایایی مناسبی در ایران برخوردار است [۲۰].

این پرسش‌نامه دارای ۱۵ گویه است که براساس مقیاس لیکرت ۴ تایی (خیر= ۱، تا حدودی خیر= ۲، تا حدودی بله= ۳، بله= ۴) است و حداکثر نمره به‌دست‌آمده ۶۰ است که نشان‌دهنده نتایج مثبت است و حداقل نمره به‌دست‌آمده ۱۵ است. نمرات مطابق فرمول کوکران ≈ 11 به ۴ دسته ۱۵ تا ۲۶، ۲۷ تا ۳۷، ۳۸ تا ۴۸ و ۴۹ تا ۶۰ تقسیم‌بندی شدند و براساس پاسخ سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه اگر نمره به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه در دسته ۴۹ تا ۶۰ قرار بگیرد، رابطه پزشک-بیمار خوب است.

کلیه داده‌ها از نظر مقادیر گمشده^۲ و مقادیر پرت مورد بررسی قرار گرفتند. باتوجه به اینکه محقق در فرایند جمع‌آوری داده‌ها نهایت دقت را داشت، داده گمشده یا پرتی وجود نداشت. داده‌های گردآوری‌شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از ۲ 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 استنباطی ابتدا جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد داده‌های متغیر رابطه پزشک-بیمار از توزیع نرمال تبعیت نمی‌کند. بنابراین جهت تصحیح داده‌ها از LG10 استفاده شد. در نتیجه پس از اعمال LG10 توزیع نرمال بودن داده‌ها حاصل شد. در ادامه باتوجه به اهداف مطالعه از آزمون‌های آماری پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۸۲ نفر سالمند، شامل ۳۴/۳ درصد مرد و ۶۵/۷ درصد زن با دامنه سنی ۶۰ تا ۹۱ سال (۶۹/۷۹±۶/۸۶ سال) در این پژوهش شرکت کردند. نتایج نشان داد بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در زیرگروه سنی ۶۰ تا ۷۴ سال (۷۵/۶ درصد) و کمترین تعداد شرکت‌کنندگان در زیرگروه سنی ۹۰+ سال (۰/۳ درصد) بودند. از مجموع سالمندان مورد بررسی در این

معیارهای ورود به مطالعه: سن ۶۰ سال و بالاتر، داشتن رضایت از شرکت در مطالعه، سابقه تجربه بیماری و مراجعه به پزشک، توانایی برقراری ارتباط و پاسخ دادن به سؤالات.

معیارهای خروج از مطالعه: عدم تمایل به ادامه شرکت در حین مطالعه، ایجاد مشکل یا بیماری حاد در هنگام تکمیل پرسش‌نامه و مخدوش بودن پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری‌شده.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. باتوجه به مطالعه گذشته [۲۰] و انحراف معیار ۹/۹۸، با خطای ۱ واحد در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه ۳۸۲ نفر محاسبه شد.

روش کار بدین صورت بود که پس از اخذ مجوزهای لازم برای اجرای طرح از کمیته اخلاق و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، براساس روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، در ابتدا کلان‌شهر تهران به ۴ ناحیه شمال (مناطق ۱ تا ۳)، جنوب (مناطق ۱۵ تا ۲۰)، شرق (مناطق ۴، ۸، ۱۳، ۱۴) و غرب (مناطق ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، ۲۱، ۲۲) تقسیم‌بندی شد تا در نمونه‌گیری 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 به‌صورت تصادفی انتخاب شد و باتوجه به فهرست بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مناطق شهر تهران، در مجموع ۱۶ بیمارستان به‌صورت 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 به‌عنوان نمونه‌ای از مراکز منتخب از هر منطقه هستند. در ادامه از هر بیمارستان تعدادی از درمانگاه‌ها را انتخاب کردیم و از بین سالمندان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها، 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 به‌صورت کامل و شفاف توضیح داده شد و با تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط سالمندان به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات درج‌شده فقط برای مطالعه حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد و همچنین پرسش‌نامه فاقد نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. سپس سؤالات مشخصات فردی و پرسش‌نامه ارتباط پزشک-بیمار توسط پژوهشگر برای سالمند قرائت شد و با انتخاب گزینه مورد نظر براساس پاسخ سالمند تکمیل شد.

به‌منظور بررسی متغیرهای مربوط به عوامل مرتبط با رابطه پزشک - بیمار، علاوه بر مشخصات جمعیت‌شناختی سالمندان از سؤالاتی همچون وضعیت سلامت (داشتن یا نداشتن بیماری مزمن) سالمندان، جنسیت و تخصص پزشکان، تعداد دفعات مراجعه به پزشک، نحوه انتخاب پزشک، مدت‌زمان تحت نظر پزشک بودن،

1. Doctor-Patient Communication (DPC)

2. Missing Data

جدول ۱. توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و وضعیت سلامتی سالمندان

متغیر	طبقه	تعداد (درصد)
طبقه‌بندی سن	۶۰-۷۴ سال	۲۸۹(۷۵/۶)
	۷۵-۹۰ سال	۹۲(۲۴/۱)
	۹۰+ سال	۱(۰/۳)
جنسیت بیماران	زن	۲۵۱(۶۵/۷)
	مرد	۱۳۱(۳۴/۳)
سطح تحصیلات	بی سواد	۹۳(۲۴/۳)
	ابتدایی	۱۰۷(۲۸/۰)
	راهنمایی	۳۶(۹/۴)
	متوسطه	۸(۲/۱)
قومیت	دیپلم و بالاتر	۱۳۸(۳۶/۱)
	ترک	۷۵(۱۹/۶)
	لر	۲۲(۵/۸)
	کرد	۲۴(۶/۳)
زبان	فارس	۲۶۱(۶۸/۳)
	فارسی	۳۶۹(۹۶/۶)
	ترکی	۶(۱/۶)
	لری	۴(۱/۰)
	کردی	۲(۰/۵)
وضعیت اقتصادی درک‌شده	بلوچی	۱(۰/۳)
	ضعیف	۱۴۱(۳۶/۹)
	متوسط	۱۸۷(۴۹/۰)
نوع بیماری	خوب و عالی	۵۴(۱۴/۱)
	بیماری‌های قلبی عروقی	۷۳(۱۹/۱)
	بیماری‌های تنفسی	۱۲(۳/۱)
	بیمارهای گوارشی	۲۵(۶/۵)
	بیماری‌های کبدی	۶(۱/۶)
	بیماری‌های کلیوی	۱۷(۴/۵)
	بیماری‌های مربوط به عضلات و استخوان‌ها	۷۶(۱۹/۹)
	بیماری‌های خودایمنی	۱۲(۳/۱)
	سرطان‌ها	۹(۲/۴)
	دیابت	۳۴(۸/۹)
	اختلالات روانی	۲(۰/۵)
	بیماری‌های عفونی	۸(۲/۱)
	بیماری‌های مغز و اعصاب	۲۲(۵/۸)
سایر بیماری‌ها	۸۶(۲۲/۵)	

جدول ۲. توصیف متغیرهای مربوط به ویژگی‌های پزشک و مؤلفه‌های مربوط به ویزیت

متغیر	طبقه	تعداد (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 تخصص‌ها	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)
مدت‌زمان تحت نظر پزشک بودن	۰-۱۲ 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)

سالمند

از مجموع تعداد سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش، بیشترین مراجعات به پزشکان مرد (۷۲/۸ درصد) بود. برحسب 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 ملاقات‌های بیشتری را با پزشک خود داشتند. مشارکت‌کنندگان بیشتر براساس نزدیک بودن به محل زندگی (۲۷/۲ درصد) با پزشک خود آشنا شدند. براساس مدت‌زمان تحت نظر پزشک بودن، ۴۷/۹ درصد افراد ۱۲ ماه یا کمتر، ۱۴/۹ درصد ۱۳ تا ۲۵ ماه و ۳۷/۲ درصد سالمندان بیشتر از ۲ سال با پزشک خود ارتباط داشتند. در ادامه نتایج توصیفی، مشخص شد اکثریت شرکت‌کنندگان بدون همراه (۷۴/۳ درصد) به پزشک مراجعه کردند. در نهایت، نتایج نشان داد مدت‌زمان ویزیت بیماران به‌طور متوسط (۱۳/۴۶±۷/۵۳) دقیقه است. **جدول شماره ۲** توصیف متغیرهای مربوط به ویژگی‌های پزشک و ویزیت را نشان می‌دهد.

پژوهش، بیشترین درصد متعلق به سالمندان زن با ۶۵/۷ درصد بود. اکثریت شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر (۳۶/۱ درصد) و کمترین آن‌ها دارای سطح تحصیلات متوسطه (۲/۱ درصد) بودند. بیشترین سالمندان شرکت‌کننده 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 سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر از نظر وضعیت اقتصادی درک‌شده در ۳ زیرگروه ضعیف (۳۶/۹ درصد)، متوسط (۴۹/۰ درصد) و خوب و عالی (۱۴/۱ درصد) قرار دارند. همچنین براساس نتایج مطالعه حاضر مشخص شد از بین بیماری‌های مزمن موردبررسی، بیماری‌های مربوط به عضلات و استخوان‌ها (۱۹/۹ درصد) و بیماری‌های قلبی-عروقی (۱/۱ درصد) شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سالمندان شهر تهران بودند. **جدول شماره ۱**، توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و وضعیت سلامتی سالمندان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ارتباط پزشک-بیمار با متغیرهای جمعیت‌شناختی سالمندان

متغیر	طبقه	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	آماره آزمون	P
جنسیت	زن	۲۵۱	۰/۳۴ \pm ۰/۴۸	t=۱/۱۱	۰/۲۶۵
	مرد	۱۳۱	۰/۴۰ \pm ۰/۴۹		
سطح تحصیلات	بی سواد	۹۳	۰/۳۳ \pm ۰/۴۶	F=۲/۶۶	۰/۰۳۲
	ابتدایی	۱۰۷	۰/۲۸ \pm ۰/۴۵		
	راهنمایی	۳۶	۰/۲۹ \pm ۰/۴۴		
	متوسطه	۸	۰/۴۹ \pm ۰/۴۳		
	دیپلم و بالاتر	۱۳۸	۰/۴۶ \pm ۰/۵۱		
قومیت	فارس	۲۶۱	۰/۳۸ \pm ۰/۴۹	F=۱/۱۲	۰/۳۴۰
	ترک	۷۵	۰/۲۷ \pm ۰/۴۳		
	لر	۲۲	۰/۳۸ \pm ۰/۵۵		
	کرد	۲۴	۰/۳۹ \pm ۰/۴۹		
وضعیت اقتصادی درک شده	ضعیف	۱۴۱	۰/۴۰ \pm ۰/۵۳	Welch=۱/۴۲	۰/۲۴۳
	متوسط	۱۸۷	۰/۳۵ \pm ۰/۴۶		
	خوب و عالی	۵۴	۰/۲۸ \pm ۰/۴۱		

سالمند

به منظور بررسی ارتباط متغیر رابطه پزشک-بیمار با متغیرهای وضعیت سلامتی و ویژگی‌های مربوط به پزشک و مؤلفه‌های مربوط به ویزیت از آزمون‌های آماری پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد.

باتوجه به بیماری‌های مورد بررسی، بین بیماری‌های خودایمنی ($P=۰/۰۰۱$) و سایر بیماری‌های غیرشایع با رابطه پزشک-بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد ($P=۰/۰۴۳$). نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

بین جنسیت پزشکان ($P=۰/۰۱۶$)، تخصص پزشکان ($P=۰/۰۰۲$)، پذیرفتن دفترچه بیمه به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های نحوه انتخاب پزشک ($P=۰/۰۱۲$)، مدت زمان تحت نظر پزشک ($P=۰/۰۱۱$) و مدت زمان ویزیت ($P=۰/۰۰۱$) با رابطه پزشک-بیمار ارتباط معناداری وجود داشت. اما بین متغیرهای تعداد دفعات مراجعه به پزشک و حضور همراه بیمار با رابطه پزشک-بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$). نتایج در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

بر اساس نتایج مشخص شد اکثر شرکت‌کنندگان (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 مشارکت‌کنندگان وضعیت رابطه خود با پزشک را بد گزارش کردند.

به منظور بررسی ارتباط متغیر رابطه پزشک-بیمار با متغیرهای جمعیت‌شناختی سالمندان اعم از سن، جنسیت، سطح تحصیلات، قومیت و وضعیت اقتصادی درک شده از آزمون‌های آماری پیرسون^۳، تی مستقل^۴ و آنالیز واریانس^۵ استفاده شد.

بین متغیرهای سن، جنسیت، قومیت و وضعیت اقتصادی درک شده با رابطه پزشک-بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$)، اما بین متغیر سطح تحصیلات با رابطه پزشک-بیمار در سالمندان مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد ($P=۰/۰۳۲$). نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

3. Pearson correlation coefficient
4. Independent Samples T-Test
5. Analysis of Variance (ANOVA)

جدول ۴. ارتباط پزشک-بیمار با وضعیت سلامتی سالمندان

متغیر	طبقه	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	تی مستقل	P
بیماری‌های قلبی عروقی	بله	۷۳	0.29 ± 0.44	۱/۳۵	۰/۱۷۷
	خیر	۳۰۹	0.38 ± 0.49		
بیماری‌های تنفسی	بله	۱۲	0.29 ± 0.54	۰/۵۲	۰/۶۰۳
	خیر	۳۷۰	0.36 ± 0.48		
بیماری‌های گوارشی	بله	۲۵	0.41 ± 0.55	-۰/۵۸	۰/۵۶۲
	خیر	۳۵۷	0.36 ± 0.48		
بیماری‌های کبدی	بله	۶	0.56 ± 0.62	-۱/۰۳	۰/۳۰۳
	خیر	۳۷۶	0.36 ± 0.48		
بیماری‌های کلیوی	بله	۱۷	0.42 ± 0.57	-۰/۵۰	۰/۶۱۷
	خیر	۳۶۵	0.36 ± 0.48		
بیماری‌های مربوط به عضلات و استخوان‌ها	بله	۷۶	0.40 ± 0.48	-۰/۷۶	۰/۴۴۴
	خیر	۳۰۶	0.35 ± 0.48		
بیماری‌های خودایمنی	بله	۱۲	0.06 ± 0.15	۵/۹۸	۰/۰۰۱
	خیر	۳۷۰	0.37 ± 0.48		
سرطان‌ها	بله	۹	0.19 ± 0.39	۱/۰۸	۰/۲۷۸
	خیر	۳۷۳	0.36 ± 0.48		
دیابت	بله	۳۴	0.34 ± 0.48	۰/۲۷	۰/۷۸۰
	خیر	۳۴۸	0.36 ± 0.48		
بیماری‌های عفونی	بله	۸	0.29 ± 0.28	۰/۶۶	۰/۵۲۲
	خیر	۳۷۴	0.36 ± 0.48		
بیماری‌های مغز و اعصاب	بله	۲۲	0.30 ± 0.49	۰/۶۳	۰/۵۲۷
	خیر	۳۶۰	0.36 ± 0.48		
سایر بیماری‌ها	بله	۸۶	0.45 ± 0.50	-۲/۰۳	۰/۰۴۳
	خیر	۲۹۶	0.33 ± 0.47		

سالمند

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد متغیر رابطه پزشک-بیمار توسط متغیرهای سطح تحصیلات، مدت‌زمان ویزیت و توصیه پزشک دیگر به‌صورت معناداری توسط مدل پیش‌بینی می‌شود. نتایج این مدل نشان داد ۱۹ درصد از آرایانس رابطه پزشک-بیمار توسط این مدل توصیف می‌شود. مطابق با نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، افراد بی‌سواد و دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی از ارتباط خود

متغیرهایی که برای رگرسیون انتخاب شدند براساس ۳ اصل وارد مطالعه شدند: ۱. متغیرهایی که در مرحله تحلیل‌های ۲ تایی معنادار بودند. ۲. متغیرهایی که سطح معناداری آن‌ها کمتر از ۰/۲ بود، ولی معنادار نبودند. ۳. متغیرهایی که به لحاظ منطقی لازم بود مورد بررسی قرار گیرند، از جمله سن سالمندان شرکت‌کننده.

جدول ۵. ارتباط پزشک-بیمار با متغیرهای مربوط به ویژگی‌های پزشک و مولفه‌های مربوط به ویزیت

متغیر	طبقه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	P																																																																																																																			
جنسیت پزشکان	زن	۱۰۴	۰/۲۷±۰/۴۲		t=۲/۴۲	۰/۰۱۶																																																																																																																			
	مرد	۲۷۸	۰/۳۹±۰/۵۰				تخصص پزشک	پزشک عمومی	۳۳	۰/۲۳±۰/۳۸		Welch=۷/۴۳	۰/۰۰۲	متخصص طب سالمندی	۱۴	۰/۰۹±۰/۲۹		سایر تخصص‌ها	۳۳۵	۰/۳۸±۰/۴۹		نزدیکی به محل زندگی	بله	۱۰۴	۰/۳۷±۰/۴۸		t=۰/۲۹	۰/۷۶۷	خیر	۲۷۸	۰/۳۶±۰/۴۸		توصیه دوست و آشنا	بله	۹۶	۰/۳۳±۰/۴۸		t=-۱/۶۳	۰/۵۲۹	خیر	۲۸۶	۰/۳۷±۰/۴۸		شهرت پزشک	بله	۴۰	۰/۲۵±۰/۴۲		t=-۱/۶۴	۰/۱۰۶	خیر	۳۴۲	۰/۳۷±۰/۴۹		توصیه پزشک دیگر	بله	۲۵	۰/۲۶±۰/۳۶		t=-۱/۴۰	۰/۱۷۱	خیر	۳۵۷	۰/۳۷±۰/۴۹		پذیرفتن دفترچه بیمه	بله	۹۰	۰/۴۸±۰/۵۳		t=۲/۵۵	۰/۰۱۲	خیر	۲۹۲	۰/۳۲±۰/۴۶		داشتن آشنا شاغل در کلینیک	بله	۲۷	۰/۲۶±۰/۴۱		t=-۱/۱۴	۰/۲۵۱	خیر	۳۵۵	۰/۳۷±۰/۴۹		دفعات مراجعه به پزشک	اولین مراجعه	۶۱	۰/۴۳±۰/۵۵		t=۱/۱۶	۰/۲۴۷	دومین مراجعه یا مراجعات بیشتر	۳۲۱	۰/۳۵±۰/۴۷		مدت زمان تحت نظر پزشک	۱۲-۰ ماه	۱۸۳	۰/۴۴±۰/۵۱		Welch=۴/۶۸	۰/۰۱۱	۱۳-۲۵ ماه	۵۷	۰/۳۱±۰/۴۵		۲۵ ماه +	۱۴۲	۰/۲۸±۰/۴۴		حضور همراه	بله	۹۸	۰/۳۱±۰/۴۷		t=-۱/۰۷	۰/۲۸۴	خیر
تخصص پزشک	پزشک عمومی	۳۳	۰/۲۳±۰/۳۸		Welch=۷/۴۳	۰/۰۰۲																																																																																																																			
	متخصص طب سالمندی	۱۴	۰/۰۹±۰/۲۹																																																																																																																						
	سایر تخصص‌ها	۳۳۵	۰/۳۸±۰/۴۹																																																																																																																						
نزدیکی به محل زندگی	بله	۱۰۴	۰/۳۷±۰/۴۸		t=۰/۲۹	۰/۷۶۷																																																																																																																			
	خیر	۲۷۸	۰/۳۶±۰/۴۸																																																																																																																						
توصیه دوست و آشنا	بله	۹۶	۰/۳۳±۰/۴۸		t=-۱/۶۳	۰/۵۲۹																																																																																																																			
	خیر	۲۸۶	۰/۳۷±۰/۴۸																																																																																																																						
شهرت پزشک	بله	۴۰	۰/۲۵±۰/۴۲		t=-۱/۶۴	۰/۱۰۶																																																																																																																			
	خیر	۳۴۲	۰/۳۷±۰/۴۹																																																																																																																						
توصیه پزشک دیگر	بله	۲۵	۰/۲۶±۰/۳۶		t=-۱/۴۰	۰/۱۷۱																																																																																																																			
	خیر	۳۵۷	۰/۳۷±۰/۴۹																																																																																																																						
پذیرفتن دفترچه بیمه	بله	۹۰	۰/۴۸±۰/۵۳		t=۲/۵۵	۰/۰۱۲																																																																																																																			
	خیر	۲۹۲	۰/۳۲±۰/۴۶																																																																																																																						
داشتن آشنا شاغل در کلینیک	بله	۲۷	۰/۲۶±۰/۴۱		t=-۱/۱۴	۰/۲۵۱																																																																																																																			
	خیر	۳۵۵	۰/۳۷±۰/۴۹																																																																																																																						
دفعات مراجعه به پزشک	اولین مراجعه	۶۱	۰/۴۳±۰/۵۵		t=۱/۱۶	۰/۲۴۷																																																																																																																			
	دومین مراجعه یا مراجعات بیشتر	۳۲۱	۰/۳۵±۰/۴۷																																																																																																																						
مدت زمان تحت نظر پزشک	۱۲-۰ ماه	۱۸۳	۰/۴۴±۰/۵۱		Welch=۴/۶۸	۰/۰۱۱																																																																																																																			
	۱۳-۲۵ ماه	۵۷	۰/۳۱±۰/۴۵																																																																																																																						
	۲۵ ماه +	۱۴۲	۰/۲۸±۰/۴۴																																																																																																																						
حضور همراه	بله	۹۸	۰/۳۱±۰/۴۷		t=-۱/۰۷	۰/۲۸۴																																																																																																																			
	خیر	۲۸۴	۰/۳۸±۰/۴۸																																																																																																																						

سالمند

بحث

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 ۸۸/۲ درصد از سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه رابطه خود با پزشک را خوب گزارش کردند. باتوجه به یافته‌های مطالعه دیوارد و همکاران که در آن

با پزشک رضایت بیشتری داشتند. باتوجه به نتایج مشخص شد توصیه پزشک دیگر منجر به کاهش رضایت سالمندان از ارتباط با پزشک می‌شود. همچنین براساس نتایج مشخص شد هرچه مدت‌زمان ویزیت بیشتر باشد سالمندان از ارتباط خود با پزشک رضایت بیشتری دارند. باتوجه به مقادیر بتا، متغیر مدت‌زمان ویزیت در مقایسه با سایر متغیرها بیشترین تأثیر را در وضعیت رابطه پزشک-بیمار دارد. **جدول شماره ۶** این نتایج را نشان می‌دهد.

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

متغیر	B	Beta	T	P
سن سالمندان	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۱/۱۹	۰/۲۳۲
بی‌سواد در مقابل تحصیلات دیپلم و بالاتر	۰/۱۳	۰/۱۲	۲/۲۹	۰/۰۲۲
تحصیلات ابتدایی و راهنمایی در مقابل تحصیلات دیپلم و بالاتر	۰/۱۵	۰/۱۵	۲/۹۶	۰/۰۰۳
جنسیت پزشکان (زن بودن در مقابل مرد بودن)	۰/۰۹	۰/۰۸	۱/۸۰	۰/۰۷۲
تخصص پزشک (متخصصان در مقابل پزشک عمومی)	-۰/۱۲	-۰/۰۷	-۱/۴۴	۰/۱۴۸
بیماری‌های قلبی عروقی (داشتن بیماری در مقابل نداشتن بیماری)	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۹۳	۰/۳۵۱
بیماری‌های خودایمنی (داشتن بیماری در مقابل نداشتن بیماری)	۰/۲۳	۰/۰۸	۱/۷۳	۰/۰۸۴
سایر بیماری‌ها (داشتن بیماری در مقابل نداشتن بیماری)	-۰/۰۷	-۰/۰۶	-۱/۲۴	۰/۲۱۳
شهرت پزشک (داشتن شهرت در مقابل نداشتن)	-۰/۱۰	-۰/۰۶	-۱/۳۴	۰/۱۷۹
توصیه پزشک دیگر (توصیه پزشک در مقابل عدم توصیه)	-۰/۱۸	-۰/۰۹	-۱/۹۰	۰/۰۵۰
پذیرفتن دفترچه بیمه (پذیرش دفترچه در مقابل عدم پذیرش)	۰/۰۶	۰/۰۵	۱/۱۳	۰/۲۵۷
مدت‌زمان تحت نظر پزشک (بیشتر از ۲ سال در مقابل کمتر از دو سال)	۰/۰۵	۰/۰۵	۱/۱۴	۰/۲۵۴
مدت زمان ویزیت	۰/۰۱	۰/۳۰	۶/۲۲	۰/۰۰۱

(F (۱۳/۳۶۸) = ۶/۷۹, P=۰/۰۰۱, R²=۰/۱۹)

سالمند

برای تجربه کلی مراقبت‌های بهداشتی و رابطه پزشک-بیمار که به‌عنوان بخشی از مراقبت‌ها است داشته باشند [۱۹]. در این مطالعه از میان بیماری‌های مختلف، بین رابطه پزشک-بیمار با بیماری‌های خودایمنی و سایر بیماری‌ها که جزو بیماری‌های شایع دوران سالمندی نیست ارتباط معناداری وجود داشت. اما با دیگر بیماری‌های ذکر شده ارتباط معناداری مشاهده نشد. باتوجه به پژوهش‌های صورت گرفته مشخص شد در این زمینه مطالعات زیادی انجام نشده است. به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به بیماری‌های خودایمنی به دلیل طولانی بودن دوره درمان، ارتباط بهتری با پزشک خود دارند.

مطالعه حاضر نشان داد 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 مطالعه‌ای اشاره شده است که پزشکان زن کمتر صحبت بیماران خود را قطع می‌کنند و زمان بیشتری را صرف ویزیت‌های پزشکی می‌کنند. ممکن است پزشکان زن به دلیل واکنش‌های احساسی، سعی کنند با بیماران ارتباط بهتری برقرار کنند و زمان بیشتری با آن‌ها صحبت کنند [۲۷] که این می‌تواند یکی از دلایل رضایت بیشتر از پزشکان زن در مطالعه حاضر نیز باشد. از دیگر نتایج مطالعه حاضر این بود

رابطه پزشک عمومی با بیمار مورد بررسی قرار گرفت، مشخص شد 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 [۲۲]. همچنین یافته‌های مطالعه معین و همکاران نشان داد افراد ۶۰ ساله و بالاتر دومین گروه سنی با رضایت بالا از رابطه پزشک-بیمار هستند [۲۴]. نتایج مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داد بیماران مسن‌تر نسبت به بیماران جوان‌تر از برخورد‌های پزشکی رضایت بیشتری دارند [۲۵]. این موضوع که تعداد زیادی از سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه ارتباط خود با پزشک را خوب گزارش کردند، می‌تواند 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 بیماری‌ها را ناشی از سن می‌دانند، بنابراین هرگونه خدماتی را ارزشمند می‌پندارند.

نتایج این مطالعه نشان داد سالمندان با سطح تحصیلات پایین‌تر نسبت به سالمندان با سطح تحصیلات بالاتر ارتباط بهتری با پزشکان دارند. هرچند نتایج متناقض در خصوص ارتباط سطوح تحصیلات با رابطه پزشک-بیمار وجود دارد [۱۸، ۲۶]، اما یافته‌های مطالعه کوانس و همکاران نشان داد این امکان وجود دارد که سالمندان با سطح تحصیلات پایین‌تر انتظارات کمتری

بنابراین عدم رضایت بیمار و در نتیجه عدم تبعیت از دستورات پزشک منجر به متحمل شدن هزینه‌های سنگین برای بیمار و نظام سلامت می‌شود. بنابراین اتخاذ تدابیری جهت ارتقای مهارت‌های ارتباطی پزشکان ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه مقطعی بودن نوع مطالعه بود. در نتیجه نمی‌توان روابط علیتی را با قاطعیت بیان کرد. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که یافته‌ها ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهنده‌ها باشد. با توجه به تنوع فرهنگی و قومیتی در ایران پیشنهاد می‌شود پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت‌های سالمندان در سطوحی وسیع‌تر و به تفکیک استان‌های کشور انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

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

حامی مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه حمیده اسماعیلی در مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی سالمندانی که در این مطالعه شرکت کردند، به خاطر همکاری‌شان تشکر و قدردانی می‌کنند.

که سالمندان با متخصصان طب سالمندی ارتباط بهتری دارند. به نظر می‌رسد متخصصان طب سالمندی به دلیل آشنا بودن با ویژگی‌های دوران سالمندی و داشتن دانش کافی در مورد دوران سالمندی ارتباط بهتری را با سالمندان برقرار کنند.

در این مطالعه بین رابطه پزشک‌بیمار و حضور داشتن همراه بیمار ارتباط معناداری وجود نداشت. نتایج مطالعه با یافته‌های مطالعه اسپهکاو و همکاران [۹]، گرین و همکاران [۲۵]، آدلن و همکاران ناهمسو است [۲۸]. براساس این مطالعات حضور همراه در رابطه پزشک‌بیمار نقش دارد. همراه به‌عنوان نماینده بیمار به‌جای بیمار صحبت می‌کند و ارتباط او جایگزین بخشی از صحبت‌های بیمار می‌شود و ممکن است تبادل اطلاعات و ایجاد رابطه خوب بین پزشک‌بیمار را محدود کند [۲۵، ۲۸، ۲۹].

نتایج این مطالعه نشان داد هرچه مدت‌زمان تحت نظر پزشک بودن بیشتر باشد رابطه پزشک‌بیمار بهتری صورت می‌گیرد. تحقیقات مرتبط با رابطه پزشک‌بیمار نیز نتایج مشابهی را نشان می‌دهند [۳۰]. بیمارانی که ارتباط طولانی‌مدت با پزشک خود داشتند بیشتر احتمال داشت درباره پزشک خود نظرات مثبت داشته باشند. همچنین ارتباط طولانی‌مدت باعث کاهش هزینه‌های مراقبت‌های درمانی می‌شود [۳۱].

از نتایج دیگر مطالعه این بود که ارتباط معنادار و مستقیم بین رابطه پزشک‌بیمار و مدت‌زمان ویزیت وجود دارد، بدین معنی که هرچه مدت‌زمان ویزیت بیشتر باشد رابطه پزشک‌بیمار بهتر است. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه گرین و همکاران همسو است [۲۵]. هنگامی که افراد فرصت کافی برای صحبت داشته باشند احساس می‌کنند شنیده می‌شوند و در نتیجه از ویزیت خود راضی هستند. در واقع طول ویزیت نشانگر مراقبت پزشک است [۲۵]، به‌طوری‌که محدودیت مدت معاینه یک مشکل مهم در مراقبت از بیماران است و ویزیت‌های با طول مدت ویزیت کم از انجام یک معاینه کامل و حاکی از دلسوزی جلوگیری می‌کند و باعث کاهش میزان رضایت بیماران می‌شود [۳۲، ۳۳].

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۸۸/۲ درصد مراجعین اظهار کردند که نحوه ارتباطشان با پزشک مطلوب است. از سویی بین رابطه پزشک‌بیمار با سطح تحصیلات، بیماری‌های خودایمنی، سایر بیماری‌های غیرشایع دوران سالمندی، جنسیت پزشکان، تخصص پزشکان، پذیرفتن دفترچه بیمه به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های نحوه انتخاب پزشک، مدت‌زمان تحت نظر پزشک بودن و مدت‌زمان ویزیت ارتباط معناداری مشاهده شد.

از آنجاکه رابطه پزشک‌بیمار قلب طبابت و محور همه اقدامات بالینی است و اکثر تشخیص‌های پزشکی و تصمیمات درمانی بر مبنای اطلاعاتی است که از مصاحبه‌های پزشکی به دست می‌آید.

References

- [1] Avazeh M, Babaei N, Farhoudi S, Kalteh EA, Gholizadeh B. [The study of self-care and related factors in the elderly with chronic diseases in 2018 (Persian)]. *Journal of Health and Care*. 2019; 21(2):135-44. [DOI:10.29252/jhc.21.2.135]
- [2] Pashazadeh H, Abolfathi Momtaz Y, Delbari A. [Prevalence of caregiver abuse by the elderly in nursing homes of Tehran and its related factors (Persian)]. *Salmamd: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 17(2):262-75. [DOI:10.32598/sija.2022.3191.1]
- [3] Pishkar Mofrad Z, 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*. 2015; 8(3):139-45. [DOI:10.5539/gjhs.v8n3p139] [PMID]
- [4] Rahimi AA, Ahmadi K, Asgharnejad Farid AA. [Assessing the status of mental health indices in Iranian elderly people (Persian)]. *Journal of Psychological Science*. 2019; 18(77):529-38. [Link]
- [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). [DOI:10.1016/j.compeleceng.2022.108188]
- [6] Sadeghiyan F, Raei M, Hashemi M, Amiri M, Chaman R. [Elderly and health problems: A cross sectional study in the Shahroud township (Persian)]. *Salmamd: Iranian Journal of Ageing*. 2011; 6(2):26-30. [Link]
- [7] Turabian J. 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. [DOI:10.36959/577/487]
- [8] Turabian JL. Differential characteristics in communication and relationship of the general practitioner with the elderly patient. *Journal of Family Medicine Forecast*. 2019; 2: 1017. [Link]
- [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; 35:122. [DOI:10.47176/mjiri.35.122] [PMID]
- [10] Shakerinia I. [Physician-patient relationship and patient's satisfaction (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 2(3):9-16. [Link]
- [11] Asemani O. [A review of the models of physician-patient relationship and its challenges (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5(4):36-50. [Link]
- [12] Karami Z, Keyvanara M. [Models of relationship between physicians and patients referring to the clinic of Isfahan Shahid Beheshti Hospital 2007 (Persian)]. *Strides in Development of Medical Education*. 2010; 6(2):149-56. [Link]
- [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. [DOI:10.26502/fjhs025]
- [14] Daba-Buzoianu C, Cărtită-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. [Link]
- [15] Puscas L, Kogan JR, Holmboe ES. Assessing interpersonal and communication skills. *Journal of Graduate Medical Education*. 2021; 13(S 2):91-5. [DOI:10.4300/JGME-D-20-00883.1] [PMID]
- [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):453-67. [PMID]
- [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. [DOI:10.1016/0271-5309(86)90010-8] [PMID]
- [18] Liang CY, Wang KY, Hwang SJ, Lin KC, Pan HH. Factors affecting the physician-patient relationship of older veterans with inadequate health literacy: An observational study. *The British Journal of General Practice*. 2013; 63(610):e354-60. [DOI:10.3399/bjgp13X667222] [PMID]
- [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. [DOI:10.1016/j.jpain-symman.2018.07.005] [PMID]
- [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 (Persian)]. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2021; 20(5):628-19. [DOI:10.52547/payesh.20.5.619]
- [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 (Persian)]. *Payesh*. 2003; 2(3):187-93. [Link]
- [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. [DOI:10.1371/journal.pone.0192306] [PMID]
- [23] de Waard CS, Poot AJ, den Elzen WPJ, Wind AW, Caljouw MAA, 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. [DOI:10.1080/02813432.2018.1459229] [PMID]
- [24] Moin A, Davaty A, Jahangard Z. [Evaluation of patients' satisfaction from patient-physician communication and factors influencing it among outpatients of Tehran'hospitals (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2019; 12:276-86. [Link]
- [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. [DOI:10.1016/0277-9536(94)90191-0] [PMID]
- [26] Peck BM. Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 2011; 2011:137492. [DOI:10.1155/2011/137492] [PMID]
- [27] Williams A, Giles H. Sociopsychological perspectives on older people's language and communication. *Ageing & Society*. 1991; 11(2):103-26. [DOI:10.1017/S0144686X00003962]

- [28] Adelman RD, Greene MG, Charont R. Issues in physician-elderly patient interaction. *Ageing & Society*. 1991; 11(2):127-48. [[DOI:10.1017/S0144686X00003974](https://doi.org/10.1017/S0144686X00003974)]
- [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. [[DOI:10.1016/j.socscimed.2004.08.071](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.071)] [[PMID](#)]
- [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. [[DOI:10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x)] [[PMID](#)]
- [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. [[DOI:10.2105/AJPH.86.12.1742](https://doi.org/10.2105/AJPH.86.12.1742)] [[PMID](#)]
- [32] Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*. 1987; 28(4):375-88. [[DOI:10.2307/2136791](https://doi.org/10.2307/2136791)] [[PMID](#)]
- [33] Stevens L, Rodin I. *Psychiatry e-book: An illustrated colour text*. 2th ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2010. [[Link](#)]

This Page Intentionally Left Blank