

مجله اخلاق پزشکی

دوره پانزدهم، شماره چهل و ششم، ۱۴۰۰

<https://doi.org/10.22037/mej.v15i46.36791>

Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/me>



دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی

زمینه کاوی اجتماعی اعتماد بیماران به پزشکان و راه های بهبود و ارتقای آن: یک مطالعه فراترکیب

مهشید صفایی^۱، مقصود فراستخواه^{۲*}، احسان شمسی گوشکی^۳

۱. دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه برنامه ریزی آموزش عالی، مؤسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی، تهران، ایران.

۳. گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: فهم این وضعیت چالش انگیز مستلزم پژوهش های علمی است تا بتوان از نتایج آن برای سیاست گذاری اجتماعی، آموزشی و بهداشتی استفاده کرد. هدف پژوهش حاضر شناسایی مؤلفه های اعتماد بیمار به پزشک و فهم چگونگی بهبود «اعتماد» بیماران به پزشکان بود.

مواد و روش ها: روش این پژوهش کیفی از نوع فراترکیب است. طراحی، اجرا و نتیجه گیری این پژوهش در بازه زمانی ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ انجام شده است. پایگاه های علمی داخلی و بین المللی (Science، Scopus، SID، MagIran، Normagz و Direct) و پایگاه نشریات با دسترسی آزاد مراجع اصلی استخراج متون بود. منطق با رویکرد هفت مرحله ای Sandelowski و Barroso (۲۰۰۷ م) و با راهبرد جستجوی هدفمند، ۱۱۰ مقاله انتخاب شدند. برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز در خصوص پرسش های مطالعه، از واژگان کلیدی اصلی از قبیل «اعتماد به پزشک»، «رابطه پزشک و بیمار»، «اعتماد بین بیمار و پزشک» و «Trust to Patient»، «Trust between Patient and Physician» و «Relationship between Patient and Physician» استفاده شد. به لحاظ معیار ورود و خروج، انتخاب مقالات بر اساس شباهت های روش شناختی و فراهم ساختن پوشش عمیق و جامع از ویژگی های مورد نظر و مؤثر بر نتایج بود. با قیاس عنوان، چکیده، روش و یافته های پژوهش مرحله به مرحله تعدادی مقاله از دایره مطالعاتی حذف شد و در نهایت ۵۴ مقاله مبنای کدگذاری و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: در مراحل مختلف طراحی، گردآوری و تحلیل داده و یافته های پژوهش از اصول و موازین اخلاق در پژوهش از قبیل وفاداری به متن، ارجاع دهی به منابع و رعایت اصول نگارش علمی تبعیت شده است.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که اعتماد بیمار به پزشک رابطه ای پیچیده، دوسویه و متأثر از مؤلفه های متنوعی است. طبق یافته های این پژوهش عوامل اعتمادساز رابطه بیمار و پزشک در سه سطح کلان (اجتماعی - فرهنگی)، سطح میانی (قانونی - اخلاقی)، سطح خرد (حرفه ای - تخصصی، فردی - روان شناختی) طبقه بندی شد. افزون بر آن، زیرطبقه های این پژوهش شامل «اعتماد اجتماعی، رضایت اجتماعی، آموزش فرهنگی، مدیریت و محیط درمان، حقوق قانونی، اصول اخلاقی، امکانات درمان و بهداشت، محرمانگی، اخلاق علمی، حقوق قانونی، اصول اخلاقی، تعهد شغلی محرمانگی، دانش بالینی - تخصصی، مهارت کلامی - ارتباطی، باورمندی، آگاهی و تجربه درمانی بیمار و متغیرهای دموگرافیک» هستند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش، بهبود رابطه مبتنی بر اعتماد میان بیمار و پزشک مستلزم فراهم نمودن شرایط و زمینه های اجتماعی و حرفه ای متنوعی است که در این میان مدیریت درمان (افزایش برابری در فرصت های دسترسی و با کیفیت برای همه و ساخت و تجهیز فضای درمانی بیمارمحور)، یادگیری درمان (آموزش آگاهی بخش و تقویت مهارت های ادراکی و انسانی پزشکان و کادر درمان) و مدیریت محیط درمان (آموزش مهارت ارتباطی، همزبانی با بیماران و فاصله گرفتن از جایگاه اقتدارگرایانه برای کلیه کادر پزشکی و درمان بر اساس نوع ارتباط)، از ضروریات زیرساختی آن تلقی می شود.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۳/۰۸

واژگان کلیدی:

اعتماد به پزشک

رابطه پزشک و بیمار

فرهنگ اجتماعی

زمینه کاوی اجتماعی

نویسنده مسؤول: مقصود فراستخواه

آدرس پستی: ایران، تهران، مؤسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی، گروه برنامه ریزی آموزش عالی.

کد پستی: ۱۹۱۵۶۷۳۴۸۱

پست الکترونیک:

m_farasatkah@yahoo.com

۱. مقدمه

اعتماد در سه رهیافت فکری جامع ابتدا به منزله ویژگی فردی افراد، عاملی در ارتباطات اجتماعی و در نهایت به عنوان ویژگی نظام اجتماعی با تأکید بر رفتار مبنی بر تعاملات و سوگیری‌ها در سطح فردی مفهوم‌سازی شده است (۱). به اعتقاد فراستخواه اعتماد تنها در ساختارهای باز، شفاف و دارای نهادهای جاافتاده مدنی و محیط حقوقی توسعه‌یافته رشد می‌کند و نیازمند توسعه مدنی، فرهنگی، توسعه در زیست اجتماعی، هنجارها و الگوهای ادراکی و رفتاری است (۲).

اعتماد، عنصر اصلی و کانونی سرمایه اجتماعی است (۳). فرسایش سرمایه اجتماعی و عدم مطلوبیت شاخص‌های آن اعتماد را به عنوان هسته اصلی سرمایه اجتماعی و منبعی که شامل قواعد رفتاری، ارزشی و اخلاقی است و رفتار افراد را مقید می‌کند، دچار تهدید کرده است (۴).

عوامل گسترده‌ای بر وضعیت اعتماد بیماران به پزشکان تأثیر دارند. رابطه و نسبت مستقیم و تنگاتنگی بین سرمایه اجتماعی و افزایش اعتماد بیماران به پزشکان وجود دارد. یکی از عواملی که می‌تواند موجب خدشه‌دار شدن اعتماد به پزشکان شود، قصور پزشکی است. با افزایش آمار قصور پزشکی در ایران اعتماد به پزشکان دچار خدشه شده است. قصور پزشکی و به دنبال آن شکایت بیمار از پزشک یک مسأله اجتماعی در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت است که بخش مهمی از آن را می‌توان برآیند تضاد در رابطه پزشک و بیمار تلقی کرد. مطالعه گلباغی (۱۳۹۷ ش.) نشان می‌دهد، مسأله قصور پزشکی برآیند تضاد تو در تو و قرارداشتن تضادهای سطح خرد در بطن تضادهای سطح کلان است که رابطه پزشک - بیمار را تحت تأثیر قرار داده است. در واقع تقابل بیمار و پزشک در مسأله قصور پزشکی حاکی از برآمدن تضاد منافع فردی از بستر تضادهای اجتماعی و ساختار اقتصادی - اجتماعی نابرابر است که «سلامت» موضوع شناسای آن واقع شده است (۵).

جامعه ایران به عنوان یک جامعه در حال گذار، با گذاری ناقص و نامنظم دچار تعارض‌ها، چالش‌های اجتماعی، فرهنگی و بحران‌هایی نظیر بحران هویت، برهم‌زدن تعادل سنتی جامعه و ضعف هنجاری شده است. همچنین تحولات سیاسی، بی‌قاعده و ناپایدار سبب شده است محیط مناسب نهادی برای شکوفایی و رشد اخلاقی، توسعه، اجتماعی‌شدن، مسئولیت‌پذیری، هنجارپذیری و مشارکت‌گرایی فراهم نشود. تحولات نهادی دیگر در اقصی نقاط جهان باعث می‌شود هنجارها، ارزش‌ها و تلقی‌های متعارف در این جامعه نتوانند نفوذ و کارایی داشته باشد. این فضای نامساعد سرمایه‌های اجتماعی مانند اعتماد، مشارکت، پیوند، همدلی و... را تحت تأثیر قرار داده است (۶).

در کنار اعتماد به عنوان جز جدایی‌ناپذیر ارتباطات مؤثر و درست اجتماعی انسان، «حسن و قبح اخلاقی» نیز از اولین مسائل فکری بشر بوده است (۷). رعایت‌نکردن اخلاق حرفه‌ای توسط پزشکان و کادر درمانی و عدم تعامل مناسب از مسائلی است که می‌تواند موجب خدشه‌دار شدن اعتماد به پزشکان در ایران باشد (۸). پرونده‌های قضایی بسیاری در باب تخلفات پزشکی وجود دارد که منجر به مشکلات بسیار برای بیمار شده‌اند (۹). در کنار عوامل بسیاری که رابطه اعتماد را مورد حمله قرار می‌دهد پیشرفت تکنولوژی در دهه‌های اخیر و به تبع آن تعامل قابل توجه صنایع با پزشکان و ورود چشم‌گیر ارتباطات مالی به صحنه پزشکی، حرفه طبابت در معرض تهدید تبدیل‌شدن به یک کسب و کار قرار گرفته است. از سوی دیگر سایر عوامل مانند وجود تعارض منافع در مواردی که پزشک از مراکز تشخیصی - درمانی یا سایر پزشکان منفعت مالی دریافت کند می‌تواند ارتباط و اعتماد بین پزشک و بیمار را دچار آسیب سازد (۱۰).

مطالعه و پژوهش در خصوص اعتماد میان بیمار و پزشک موضوعی کلیدی و تأثیرگذار در نظام سلامت بوده و در اثربخشی درمان و رضایت بیمار و پزشک از اصلی‌ترین عوامل به حساب

پژوهش «مؤلفه‌های محوری اعتماد میان بیمار و پزشک کدامند؟ و چگونه می‌توان اعتماد متقابل را بهبود بخشید؟» طراحی و انتخاب شد. پایگاه‌های داخلی و بین‌المللی Science Direct, Scopus, SID, MagIran, Normagz (Open Access Journals) پایگاه نشریات با دسترسی آزاد (Open Access Journals) مراجع اصلی استخراج منابع بوده‌اند. با راهبرد جستجوی هدمند، ۱۱۰ مقاله انتخاب و طی پنج مرحله با قیاس عنوان، چکیده، روش و یافته‌های پژوهش مرحله به مرحله تعدادی مقاله از دایره مطالعاتی حذف شد و ۵۴ مقاله مبنای کار قرار گرفت. با توجه به اینکه این پژوهش منطبق با رویکرد هفت مرحله‌ای Sandelowski و Barroso (۲۰۰۷ م.) انجام شده است (۱۱)، خلاصه گام‌بندی و مراحل طراحی و انجام این پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است. در ادامه، اقدامات و فعالیت‌های مربوط به گام‌بندی هفت‌گانه به تفصیل آمده است.

۳-۱. گام نخست: طراحی پرسش‌های پژوهش: در این پژوهش، پرسش‌های جدول ۱ مورد مطالعه و تحلیل قرار گرفته است.

۳-۲. گام دوم: بررسی منابع: در این گام، برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز در خصوص پرسش‌های مطالعه، پژوهشگران با استفاده از واژگان کلیدی «اعتماد به پزشک»، «رابطه پزشک و بیمار»، «اعتماد بین بیمار و پزشک» و «Trust to Patient»، «Trust between patient and Physician» و «Relationship between Trust between patient and Physician» در پایگاه‌های علمی داخلی و بین‌المللی Science Direct, Scopus, SID, MagIran, Normagz پایگاه نشریات با دسترسی آزاد در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ و ۱۳۷۰ تا ۱۴۰۰ مورد بررسی و کنکاش قرار گرفت. به لحاظ معیار ورود و خروج (و تنوع و تعداد)، مقالات به گونه‌ای انتخاب شدند که اولاً شباهت‌های روش‌شناختی بالایی داشته باشند؛ دوماً پوشش عمیق و جامعی از ویژگی‌های مورد نظر و

می‌آید. اهمیت و ضرورت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که موضوع اعتماد به پزشک در دهه‌های اخیر به دلیل افزایش هزینه خدمات پزشکی، فرسایش سرمایه اجتماعی و عواملی از این قبیل دچار تهدید شده است. فهم این وضعیت چالش‌انگیز مستلزم پژوهش‌های عمیق است. با توجه به خلأ موجود در خصوص پژوهش‌های عمیق و منسجم در زمینه اعتماد میان بیماران و پزشکان در ایران، در این پژوهش با اتخاذ یک روش پژوهش کیفی از نوع فراترکیب (Meta-Synthesis) تلاش شده است این شکاف پر شده تا از نتایج آن برای سیاست‌گذاری اجتماعی، آموزشی و بهداشتی استفاده شود.

موضوع این پژوهش شناسایی تجارب، تفاسیر و مؤلفه‌های مؤثر بر اعتماد متقابل بیماران و پزشکان و تبیین راهبردهای بهبود اعتماد بیماران به پزشکان است. این پژوهش تلاش کرده است به این پرسش محوری پاسخ دهد که «مؤلفه‌های محوری اعتماد میان بیمار و پزشک کدامند و چگونه می‌توان این اعتماد متقابل را بهبود بخشید.» به زبان دقیق‌تر این پژوهش تلاش کرده است نشان دهد، چگونه اخلاق پزشکان و پایبندی به اصول اخلاق حرفه‌ای می‌تواند احساس اعتماد در میان افراد ایجاد کند؟ راهبردهای افزایش کیفیت اعتماد میان بیماران و پزشکان کدامند؟

۲. ملاحظات اخلاقی

در مراحل مختلف طراحی، گردآوری و تحلیل داده و یافته‌های پژوهش از اصول و موازین اخلاق در پژوهش از قبیل وفاداری به متن، ارجاع‌دهی به منابع و رعایت اصول نگارش علمی تبعیت شده است.

۳. مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع فراترکیب است. با توجه به اینکه هدف از پژوهش حاضر مطالعه یافته‌های علمی و پژوهشی در خصوص اعتماد بیمار به پزشک بود، پرسش محوری این

مؤثر بر نتایج را فراهم نماید. این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری داده و اطلاعات ادامه یافت.

۳-۳. گام سوم: جستجو و انتخاب منابع: در این مرحله، پژوهشگران در بازبینی‌های مختلف به غربالگری پرداخته تا در نهایت خالص مقالات مورد مطالعه و تحلیل به دست آمد. فلوجارت جستجوی منابع و فرایند بازبینی مقالات در شکل ۲ قابل مشاهده است. همانطور که مشاهده می‌شود، در نهایت پژوهشگران از میان ۴۴۰ مقاله به ۵۴ مقاله برای تجزیه و تحلیل اطلاعات نایل شدند. اعضای تیم غربال‌کننده محققان آموزش‌دیده‌ای هستند که دانش حرفه‌ای برای انجام این پژوهش دارند. افزون بر آن، قبل از شروع به گردآوری داده‌ها و انتخاب اسناد، در جلسات توجیهی توافقاتی روی چگونگی کار و انتخاب عناوین و واژگان کلیدی برای جستجو صورت گرفت. همچنین قبل از کدگذاری یا تحلیل نیز اقدام به تهیه کد بوک یا دفترچه کد شد که در آن روی نحوه کدگذاری مشترک توافق حاصل شد.

۴-۳. گام چهارم: پالایش منابع و استخراج اطلاعات: در این مرحله پس از انتخاب و گزینش منابع نهایی، کدهای مرتبط از متون مقاله‌ها و منابع استخراج شدند؛ در این مطالعه در حدود ۳۰۰ کد استخراج شد.

۵-۳. گام پنجم: تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی: در این مرحله، هر یک از مفاهیم و گزاره‌های مرتبط با موضوع و مسأله پژوهش از مقالات و منابع منتخب به عنوان کدهای باز استخراج شدند، سپس هر یک از کدهای باز شناسایی‌شده بر حسب میزان تشابه با کدهای دیگر، در یک مفهوم، دسته‌بندی‌شده شدند. در نهایت مفاهیم بر ساخته در قالب مقوله‌های محوری پژوهش شکل گرفتند؛ خلاصه فعالیت‌های مربوط به تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی در جدول ۳ آورده شده است.

۶-۳. گام ششم: کنترل کیفیت: در این مرحله، برای سنجش دقت و اعتبار یافته‌های پژوهشی، مقوله‌های

استخراج‌شده با هدایت و نظارت دو تن از استادان و پژوهشگران حوزه علوم اجتماعی مورد بازبینی قرار گرفت و مفاهیم و مؤلفه‌های تکراری ادغام یا حذف شدند. برای سنجش قابلیت اعتبار (Credibility) و معتبر بودن داده‌ها و تفسیر یافته‌ها در این پژوهش تلاش شد مقالات علمی با حداکثر تنوع و تجربیات در بافتارهای اجتماعی مختلف انتخاب شوند و گردآوری و گزینش مقالات تا رسیدن داده‌ها به حد اشباع ادامه یافت (۱۲).

۴. یافته‌ها

همانطور که در شکل ۳ به شکل خلاصه دسته‌بندی و ارائه شده است، اهم یافته‌های این پژوهش به شرح ذیل می‌باشد.

۴-۱. عوامل اعتمادساز سطح کلان: عوامل اعتمادساز سطح کلان به زمینه‌ها و زیرمؤلفه‌های اجتماعی - فرهنگی اشاره دارد. طبق یافته‌های این پژوهش سه عامل «اعتماد اجتماعی»، «رضایت اجتماعی»، و «آموزش فرهنگی» بالاترین تأثیر را در رابطه مبتنی بر اعتماد بین بیمار و پزشک دارد. به سخن دیگر عواملی نظیر اعتماد بیمار به پزشک، پرستاران، کادر درمانی و کارکنان بیمارستان در کیفیت اعتماد اجتماعی - فرهنگی ریشه دارد که بستر رابطه بین بیمار و پزشک است. متغیرهایی نظیر «احساس امنیت بیمار در مواجهه با پزشک عمومی» و «دگرخواهی و نوع‌دوستی پزشک و کارکنان درمان» نقش به سزایی در اعتماد میان فردی بین بیمار و پزشک دارد. افزون بر آن، رضایت بیماران از برخوردها و ارتباط با پزشک و کارکنان درمان و احترام و حرمت‌گذاری مراکز درمانی به مردم منجر به رضایت عمومی از خدمات مراکز درمانی و اعتماد بین بیمار و پزشک می‌شود. طبق یافته‌های این پژوهش، متغیرهایی نظیر «تغییر شرایط فرهنگی از طریق آموزش عمومی و دسترسی همگانی به اطلاعات و آگاهی مربوط به سلامت»، «ترویج الگوی رابطه متقابل و مشارکتی بین بیمار و پزشک»، «آموزش آکادمیک مهارت‌های ارتباطی به جامعه

مراکز درمانی منجر به افزایش اعتماد عمومی و اجتماعی به فرایند ارتباطی و تعامل مبتنی بر اعتماد بین بیمار و پزشک می‌شود. مزید بر آن، رابطه غیر مشارکتی و درمان‌محور بیشتر در بیمارستان‌های دولتی ایران و کمتر در مطب‌ها حاکم است. عواملی نظیر «ویزیت گروهی»، «محدودیت زمانی»، «تعداد زیاد بیماران»، «عدم آمادگی بیماران»، «رفتار اجتنابی پزشکان»، «ناتوانی در ایجاد رابطه مناسب»، «ارتباط صمیمی - غیر صمیمی پزشک»، «راهنمایی حفظ قدرت پزشکان»، «گرایش بیمار به رابطه نابرابر»، «اقتدار در گفتگو»، «اقتدار در لحظه انتخاب درمان»، «اقتدار حین عمل» و «اقتدار سازمانی پزشک» همگی رابطه را به سمت رابطه‌ای پدرسالارانه و مدیریت اقتدارگرایانه می‌کشاند.

۴-۳. عوامل اعتمادساز سطح خرد: عوامل اعتمادساز سطح خرد به زمینه‌ها و زیرمؤلفه‌های حرفه‌ای، تخصصی، فردی و روان‌شناختی اشاره دارد. همان‌گونه که پژوهش حاضر نشان می‌دهد، حاذق‌بودن و برخورداری از دانش به روز و مهارت کافی توسط پزشک و صلاحیت و شایستگی تخصصی وی موجب اعتماد بیشتر بیماران به پزشک می‌شود. در کنار مهارت‌های بالینی و تخصصی پزشک، باورمندی خود بیمار به صلاحیت و سواد تخصصی پزشک و اطمینان از درمان توسط پزشک آثار عمیق‌تری بر روابط همراه با اعتماد بین پزشک و بیمار دارد. افزون بر آن، ارتباط کلامی مؤثر پزشک با بیمار به ویژه تخصیص زمان بیشتر برای ویزیت و گفتگو با بیمار نقش مهمی در افزایش اعتماد فیما بین دارد. این پژوهش نشان می‌دهد زیرمتغیرهای به ظاهر ساده‌ای نظیر رعایت نوبت و اهمیت‌دادن به وقت بیماران، گوش‌دادن به سخنان بیمار با حوصله و با دقت، ترجیح منافع بیمار بر منافع خود و محترم داشتن دیدگاه بیمار در برقراری ارتباط همراه با اعتماد بسیار مؤثر هستند. در کنار این متغیرها، عواملی نظیر پرهیز از اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری هزینه‌بر و زمان‌بر مانند آزمایش‌های تکمیلی و رادیولوژی و سونوگرافی و نوار

پزشکی و جامعه بیماران» و از همه مهم‌تر «روش‌های آموزش ایجاد اعتماد متقابل به پزشک و بیمار» از راهکاری تقویت رابطه مبتنی بر اعتماد بین بیمار و پزشک است. همچنین «افزایش آگاهی بیمار از وضعیت سلامتی خود و تشویق او برای مشارکت در روند درمان»، «آموزش‌محورشدن فرایند درمان» و برگزاری کارگاه‌های آموزشی و توانمندسازی کادر درمانی راه‌های کلیدی برای توسعه اعتماد بین بیمار و پزشک است.

۴-۲. عوامل اعتمادساز سطح میانی: عوامل اعتمادساز سطح میانی به زمینه‌ها و زیرمؤلفه‌های قانونی - حقوقی، اخلاقی، محیطی و مدیریتی اشاره دارد. طبق یافته‌های این پژوهش اثر شرایط محیطی درمان به ویژه مطب و بیمارستان در افزایش اعتماد بیمار به پزشک حیاتی است. وجود نظم در ارائه خدمات و بسترسازی حقوقی درمان نظیر بیمه و عملکرد دولت در زمینه حقوق بیمار و درمان نقش محوری در افزایش اعتماد متقابل بین بیمار و پزشک دارد. به عنوان نمونه، قوانین و آیین‌های مصوب درمان و برخورداری از پرونده الکترونیکی سلامت و آگاهی بیمار از آن در اعتماد بیمار به پزشک اثرگذار است، ضمن اینکه گسترش نگرش مثبت به درمان و سازمان‌های بهداشتی و جایگزین‌کردن مدل سنتی پزشکی زیستی با الگوهای ارتباطی بیمارمدار از مؤلفه‌های مهم در یافته‌های این پژوهش تلقی می‌گردد. به لحاظ مدیریتی، توزیع عادلانه منابع و امکانات محدود درمان و تسهیل تعقیب حق شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان و حق پی‌جویی قضایی و انتظامی بیمار حائز اهمیت فراوان هستند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، اخلاق حرفه‌ای ایجاب می‌کند پزشک از روابط احساسی، تعاملات کاری و اداری با بیمار پرهیز کند. عوامل محیطی و مدیریتی دیگری نظیر تجهیزات پزشکی و داشتن امکانات رفاهی بیشتر در مطب، اهمیت‌دادن به انسان و زیست جهان بیمار در مراقبت‌های پزشکی و بهره‌گیری از الگوهای درمان و مشاوره بیمارمحور به جای الگوهای پزشک‌محور در

۵. بحث

اعتماد اجتماعی یکی از مفاهیم کلیدی سرمایه اجتماعی است این مقوله منشأ و عامل ارتباط و تعامل معنادارتر میان گروه‌های مختلف اجتماعی و شهروندان جامعه است. «اعتماد می‌تواند روابط بین افراد را در سطوح خرد و کلان تسهیل نماید» (۱۳). سویه دیگر قضیه این است که فقدان اعتماد اجتماعی موجب اختلال در ارکان سایر بخش‌های زندگی اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی و حرفه‌ای شهروندان می‌شود. شناسایی مؤلفه‌های اثرگذار بر اعتماد میان پزشک و بیمار و فهم چگونگی ایجاد و ارتقای «اعتماد» میان پزشک و بیمار هدف اصلی این پژوهش بود. با اتخاذ رویکرد روش کیفی از نوع فراترکیب تلاش گردید تا مقوله‌های کلیدی و مفاهیم اصلی در بهبود و تقویت اعتماد میان بیمار و پزشک شناسایی شود. به عبارتی، با جستجو در پایگاه‌های علمی داخلی و بین‌المللی، این پژوهش درصدد برآمد تا مؤلفه‌های ارتباطی میان پزشک و بیمار و فهم چگونگی ایجاد و یا تقویت «اعتماد» میان پزشک و بیمار را شناسایی کند.

همانطور که بیان شد و بر اساس یافته‌های این پژوهش اعتماد بیماران به پزشکان متأثر از عوامل اعتمادساز سطح کلان، میانی و خرد است. این سه سطح در ارتباط تنگاتنگ و تو در تو با هم قرار داشته و ضعف در یک سطح تهدیدی برای سطوح دیگر رابطه مبتنی بر اعتماد خواهد بود.

عوامل اعتمادساز سطح کلان شامل اعتماد اجتماعی، رضایت اجتماعی و آموزش فرهنگی است. اینکه اعتماد بیمار یا اطرافیان او به شغل پزشکی و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بهداشت چگونه است و اینکه بیماران تا چه حد پزشکان و کادر درمان را نوع دوست و دگرخواه تصور می‌کنند و در مواجهه با آن‌ها و در طول روند درمان احساس امنیت داشته و بر این اساس به دستورات و توصیه‌های درمانی پزشک وفادارند. این اعتماد و ذهنیت مثبت اجتماعی به حرفه پزشکی می‌تواند با آموزش فرهنگی شامل آموزش آکادمیک و غیر

و... در ایجاد اعتماد بیمار به پزشک اثرگذار است. این پژوهش همچنین نشان داد که وظیفه‌شناسی پزشک از قبیل به عهده گیری کامل مسؤولیت درمان و پاسخگویی در برابر مسؤولیت‌های خود در قبال بیماران و از همه مهم‌تر مشارکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری برای درمانشان در کیفیت اعتماد میان بیمار و پزشک مؤثر هستند.

زیرمؤلفه‌های فردی و روان‌شناختی همچون وفاداری بیمار به دستورات و نسخه پزشک ارتباط معناداری با میزان اعتماد بیمار به پزشک دارد. افزون بر آن، خوش اخلاقی و برخورد خوب پزشک با بیمار و ظاهر مرتب و منظم پزشک، گوش‌دادن به بیمار و توضیح کافی راجع به بیماری نقش به سزایی در گسترش رابطه اخلاق‌گرا در درمان و افزایش اعتماد بیمار به پزشک دارد. یکی از مؤلفه‌های اثرگذار و کلیدی در تعامل مبتنی بر اعتماد میان بیمار و پزشک، آگاهی بیمار و تجربه درمان بیمار است. طبق یافته‌های این پژوهش، جستجوی اینترنتی بیماران روی دریافت و درک آن‌ها از سطح اطلاعات و دانش آن‌ها در زمینه اعتماد به پزشک نقش دارد. افزایش اطلاعات بهداشتی مبتنی بر وب بیمار و معرفی منابع اطلاعاتی معتبر و وبسایت‌های با کیفیت بالاتر به بیماران در تعامل مبتنی بر اعتماد بیمار و پزشک مؤثر است. این پژوهش نشان می‌دهد که سطح آگاهی و سواد پایین‌تر همراهان و والدین بیماران در اعتماد میان بیمار و پزشک مؤثر است. یافته‌های این پژوهش به این موضوع اشاره دارد که نه تنها باید به تجربه درمانی بیمار توجه داشت، بلکه باید روی افزایش سطح آگاهی بیمار نیز کوشید، ضمن اینکه در تعامل میان بیمار و پزشک دلداری و همدردی و حمایت عاطفی از بیمار بسیار مفید است، در کنار این متغیرها، عوامل دموگرافیک نظیر سن پزشک، رابطه طولانی‌تر پزشک و بیمار، مدت زمان ویزیت، سن بیمار، در اقلیت یا اکثریت بودن بیمار، پایگاه اجتماعی بیمار و سطح تحصیلات و ویژگی‌های خاص بیمار نقش اثرگذار در رابطه و تعامل بین بیمار و پزشک دارد.

دوره‌های آموزشی مهارت‌محور برای پزشکان مانند آموزش نحوه برقراری ارتباط، همدلی، مسؤولیت‌پذیری و شفقت‌درمانی) به عنوان زیرمؤلفه سطوح اعتمادساز سطح کلان است.

عوامل اعتمادساز سطح میانی شامل اخلاق علمی، حقوق قانونی، اصول اخلاقی، تعهد شغلی، محرمانگی و مدیریت محیط و درمان است. اختصاص وقت کافی، توجه و دقت لازم برای ویزیت بیماران، رعایت نوبت و اهمیت‌دادن به وقت آن‌ها، ترجیح منافع بیمار بر منافع خود، رعایت استقلال فردی بیمار، به کارگیری واژه‌های امیدبخش و دریافت رضایت آگاهانه از بیمار مؤلفه‌های اخلاق حرفه‌ای است که در کنار تعهد شغلی و محرمانگی پزشک معنا می‌یابد و آن هم مشتمل بر مشارکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری برای درمانشان، پرهیز از اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری (آزمایش و رادیولوژی و سونوگرافی و نوار...)، دریافت نکردن وجه زیرمیزی، ابراز صادقانه خطای پزشکی صورت گرفته، اشتراک‌گذاری آزادانه اطلاعات، رازداری پزشک نسبت به اطلاعات شخصی بیمار است. حقوق قانونی بیمار نیز همچون حق شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان با برقراری اصول اخلاقی و تهیه قوانین و آیین‌نامه‌های اخلاقی مربوط به رابطه پزشک و بیمار میسر است. عملکرد دولت در زمینه حقوق بیمار و درمان نقشی اساسی در مدیریت محیط و درمان دارد که در کنار تبعیت از قوانین و آیین‌های مصوب درمان توسط پزشک و بیمارستان، بنانهادهن یک مدل ارتباطی درمان‌محور مقتضی جامعه و فرهنگ، تجهیزات پزشکی و داشتن امکانات رفاهی بیشتر در مطب و نظارت دقیق‌تر بر ویژگی‌های منشی کارساز خواهد بود.

شجاعی و همکاران (۱۳۹۸ ش.) در پژوهش خود به عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان در ایران دست یافتند. این عوامل که به عنوان مؤلفه‌های اعتماد عمومی مردم به پزشکان تلقی می‌شوند، شامل حاذق بودن (برخورداری از دانش به روز و مهارت کافی)، مسؤولیت‌پذیری، پاسخگویی در برابر

آکادمیک برای پزشکان و بیماران در جهت آگاهی بیماران از بیماری و وضعیت سلامتی‌شان و توانمندسازی پزشکان و کادر درمان و همچنین مقابله با اعتمادزدایی و شایعه از نظام سلامت در رسانه‌های اجتماعی تقویت شود.

افخم ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۳ ش.) در پژوهش خود بر سطح کلان اعتمادساز و شناخت انتظارات و رضایت بیماران از پزشک تأکید داشتند (۱۴). یافته‌های آن‌ها نشان می‌دهد رضایت بیماران با برآورده شدن خواسته آن‌ها «توجیه‌شدن» میسر می‌شود و بین رضایت و پیروی از دستورات دارویی و تغییر پزشک همبستگی معناداری وجود دارد، در نتیجه آگاهی پزشکان از انتظارات بیماران و عواملی که روی رضایت آن‌ها مؤثر است، موجب بهبود روابط پزشک - بیمار و کیفیت مراقبت بهداشتی می‌شود که هدف نهایی سیستم بهداشتی است. میرزازاده و همکاران (۱۳۸۹ ش.) نیز در پژوهش خود تفاوت محسوس دیدگاه بیماران و پزشکان را در خصوص الگوی ارتباط پزشک - بیمار مشاهده کردند و آموزش فرهنگی (برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار برای اعضای هیأت علمی بالینی) را پاسخگویی به خواست اجتماعی برای تغییر در نوع رابطه پزشک و بیمار دانستند (۱۵).

پژوهش شاکری‌نیا (۱۳۸۸ ش.) بر رضایتمندی بیماران از فرایند درمان متمرکز است، اما تعامل بین پزشک و بیمار در درمان را راه رسیدن به این هدف کلان می‌بیند (۱۶). افزون بر آن در این پژوهش از عوامل اعتمادساز سطح خرد نیز بهره گرفته شده است که مهم‌ترین آن مهارت‌های کلامی - ارتباطی پزشک شامل توانایی برقراری ارتباط با بیمار و تخصیص زمان مناسب برای گفتگو است و راهکار مناسب را باز در سطوح کلان اعتمادساز (تدوین و اجرای برنامه آموزش مهارت‌های ارتباطی به کادر بهداشتی و درمانی) می‌یابد. سیداحمدی و همکاران (۱۳۹۹ ش.) در پژوهش خود به همبستگی مثبت و معنادار هوش اخلاقی پزشکان و رضایتمندی بیماران دست یافتند (۱۷). توصیه پژوهش آن‌ها نیز آموزش فرهنگی (ایجاد

مسئولیت‌های خود در قبال بیماران، پرهیز از روابط احساسی، کاری و اداری با بیمار، همدلی، گوش‌دادن به سخنان بیمار با حوصله و با دقت، احترام، رازداری نسبت به بیماران، صداقت و راستگویی، ترجیح منافع بیمار بر منافع خود، مراعات حریم خصوصی بیماران، دادن اطلاعات کافی و قابل فهم درباره بیماری و تجویزهای ممکن به بیماران، مشارکت‌دادن بیماران در تصمیم‌گیری برای درمانشان، اختصاص وقت کافی برای ویزیت بیماران، دقت لازم برای ویزیت بیماران، رعایت نوبت و اهمیت‌دادن به وقت بیماران، پرهیز از اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری (آزمایش و رادیولوژی و سونوگرافی و ... نوار...)، دریافت نکردن پول زیرمیزی، ابراز صادقانه خطای پزشکی صورت گرفته در خصوص بیمار است (۱۸). یافته‌های این پژوهش بیشتر در سطح عوامل میانی اعتمادساز هستند، هرچند در برخی موارد عوامل اعتمادساز سطح خرد را نیز دربر می‌گیرد. پژوهش رحیم‌پور (۱۳۹۲ ش.) به عوامل اعتمادساز سطح میانی مانند تعهد شغلی (وظیفه‌شناسی، صلاحیت، درستکاری) و محرمانگی (رازداری پزشک) که موجب اعتماد و به تبع آن رضایت بیمار از فرایند درمان است، اشاره دارد (۱۹)، هرچند در این پژوهش عوامل اعتمادساز سطح خرد همچون آگاهی و تجربه درمانی بیمار (مدت مراجعه به پزشک، مدت بیماری) و متغیرهای دموگرافیک (سن بیمار، جنسیت بیمار) نیز در شکل‌گیری این اعتماد به میزان کمتری دخالت دارند.

آسمانی (۱۳۹۱ ش.) در پژوهش خود بر عوامل اعتمادساز سطح میانی (مدیریت و محیط درمان) متمرکز است و به مجموعه‌ای از مدل‌های مرتبط میان پزشک و بیمار از جمله مدل عملکردی یا نقش‌محور (بیماری‌محور)، مدل آگاهاننده (بیمارمحور)، مدل تفسیری (بیمارمحور)، مدل مشورتی (بیمارمحور)، مدل ابزاری (هدف‌محور)، مدل پدرسالارانه (پزشک‌محور)، مدل مشارکت دوجانبه (بیمارمحور)، مدل قراردادی (تجاری یا کالامحور)، مدل تفضلی یا اصولی (پزشک

محور) دست یافته است (۲۰). افزون بر آن در این پژوهش ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف مدل‌های مطرح در روابط پزشک - بیمار به این نتیجه می‌رسد که هر جامعه مدل ارتباطی خاص خود را دارد و هر ارتباط بین پزشک - بیمار با توجه به سیاق و هدف ارتباط، کارامدی هر بار مواجهه بین پزشک و بیمار و انتظارات خاص طرفین ارتباط از یکدیگر، منحصر به فرد است و هر یک از این ابعاد در فرهنگ‌ها و برهه‌های زمانی مختلف تغییرپذیرند. شفعتی (۱۳۹۱ ش.) در پژوهش خود، الگوی ارتباطی غالب میان پزشک و بیمار را «غیر مشارکتی و درمان‌محور» معرفی می‌کند و شرایط علی این الگو را «ویزیت گروهی»، «محدودیت زمانی»، «بار بالای بیماران»، «عدم آمادگی بیماران» و «رفتار اجتنابی پزشکان» می‌داند (۲۱). این مؤلفه‌ها از عوامل اعتمادساز میانی و تهدیدی برای اعتماد اجتماعی به پزشکان هستند.

پژوهش لباف و دیگران (۱۳۹۷ ش.) مؤلفه‌های اعتماد به پزشک اورژانس را مورد بررسی قرار می‌دهد و دو دسته اصلی عوامل مرتبط با پزشک اورژانس (رفتار حرفه‌ای، مهارت بالینی و ویژگی‌های فردی) و عوامل غیر مرتبط با پزشک اورژانس (باور قبلی بیماران، عوامل مرتبط با بیمارستان و عوامل مرتبط با بیمار) را جستجو می‌کند (۲۲). این پژوهش نشان می‌دهد، اعتماد به پزشک اورژانس در مقایسه با سایر پزشکان بیشتر تحت تأثیر عوامل اعتمادساز سطح میانی همچون شرایط محیطی به ویژه عوامل مرتبط با بیمارستان است.

عوامل اعتمادساز سطح خرد شامل متغیرهای دموگرافیک، آگاهی و تجربه درمانی، باورمندی، دانش بالینی - تخصصی و مهارت‌های کلامی - ارتباطی است. بیماران با توجه به سن، جنسیت، سطح تحصیلات، تصور از وضعیت سلامتی، تعالیم و آموزه‌های دینی، سبک زندگی، تجربیات قبلی ارتباط با پزشکان و مراکز درمانی نگرش و ارزیابی متفاوتی در خصوص جایگاه و پایگاه اجتماعی پزشکان دارند و این بینش که تحت تأثیر عوامل اعتمادساز سطح کلان نیز هست، در کنار آگاهی

هایی مبتنی بر وب و تجربه زیسته اقوام و آشنایان از پزشک متخصص مورد نیاز بیماران، موجب انتخاب آن پزشک می‌شود، هرچند مؤلفه‌هایی نظیر سن، جنسیت، تبحر، برخورداری از دانش روز و سطح تحصیلات پزشک نیز در این انتخاب دخیل هستند. پس از آن ارزیابی جدیدی در تداوم رابطه و شناخت بیمار رخ می‌دهد. اینکه پزشک چه ظاهر و رفتاری دارد، باوجدان و وظیفه‌شناس باشد، زمانی که برای ویزیت بیمار و شنیدن او می‌گذارد، مناسب شرح‌دهی احوال بیمار باشد، چقدر حمایتگر و همدل و دلسوز است و اینکه چه روش‌های پرداختی را برای بیمار استفاده می‌کند، تداوم اعتماد بیمار به پزشک را موجب می‌شود و نقش مثبت بیمار در این رابطه دوسویه اعتمادی، پیگیری برنامه‌های درمانی و قدرت برقراری ارتباط است.

شجاعی و نیارکی (۱۳۹۱ ش.) در پژوهش خود و در خصوص مؤلفه‌های شکل‌گیری اعتماد در رابطه پزشک و بیمار بیشتر عوامل اعتمادساز سطح خرد را مد نظر داشتند. الگوی آن‌ها بر طرفین اعتماد، یعنی اعتمادکننده (بیمار) و اعتمادشونده (پزشک) متکی بود. مؤلفه‌های تحقق خارجی اعتماد برخی مربوط به شخص بیمار و به شکل یکسویه درون او شکل می‌گیرد، نظیر نیاز و تمایل بیمار به اعتمادکردن. برخی مربوط است به بیمار و با توجه به آگاهی بیمار از ویژگی‌های پزشک شکل می‌گیرند، نظیر آگاهی بیمار از دانش و تجربیات پزشک. دو دسته دیگر از مؤلفه‌ها مربوط است به پزشک که یک دسته از آن‌ها با توجه به ویژگی‌های خود پزشک شکل می‌گیرد، نظیر وظیفه‌شناسی پزشک (عامل اعتمادساز میانی) و ظاهر او؛ دسته آخر نیز مؤلفه‌هایی هستند که مربوط است به پزشک، ولی در ارتباط پزشک با بیمار شکل می‌گیرند، نظیر رفتار ارتباطی پزشک با بیمار (۲۳). معین و مرتاض (۱۳۹۲ ش.) در پژوهش خود به دنبال ویژگی‌های یک پزشک خوب از دیدگاه بیماران بودند. این پژوهش نشان می‌دهد ۶۹/۳۳ درصد بیماران بیمارستان‌های شهر تهران ویژگی یک پزشک خوب را

خوش اخلاقی و برخورد خوب، ۲۹/۳۳ سطح علمی بالا و باسوادبودن، ۲۴/۷۵ باتجربه‌بودن و مهارت بالا، ۱۵/۶۶ صبوری، ۱۶/۵۸ باوجدان‌بودن و وظیفه‌شناسی، ۱۴/۶۶ دادن توضیح کافی راجع به بیماری، ۱۴/۸۳ دلسوزی و خیرخواهی، ۱۳/۹۱ گوش‌دادن و توجه به بیمار، ۱۳/۳۳ احترام‌گذاشتن، ۱۳/۰۸ وقت‌شناسی و منضبط‌بودن، ۱۱/۸۳ دقیق‌بودن در کار، ۷/۵۸ درصد وقت کافی برای بیمارگذاشتن، ۷ درصد توجه کمتر به مادیات، ۵/۷۵ درصد باایمان و خداشناس‌بودن و در نهایت ۵/۲۵ درصد درک بیمار و همدردی با او بیان کردند (۲۴). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد مهم‌ترین صفات یک پزشک خوب از دیدگاه بیماران در سطوح اعتمادساز خرد (مهارت‌های ارتباطی - کلامی و سپس دانش بالینی - تخصصی) است.

دهقانفرد (۱۳۹۵ ش.) در پژوهش خود، میزان اعتماد بیماران به پزشک خانواده را در حد خوب ارزیابی می‌کند و مؤلفه‌های اعتمادساز سطح خرد شامل مهارت‌های ارتباطی پزشک، آگاهی و تجربه درمانی گذشته بیمار و متغیرهای دموگرافیک (تحصیلات، تأهل، جنسیت) را در رابطه معنی‌داری با اعتماد به پزشک خانواده معرفی می‌کند (۲۵).

با ابتدا بر یافته‌های پژوهش‌های ذکرشده و با توجه به اینکه پژوهش حاضر جمع‌بندی از پژوهش‌های پیشین با هدف کشف موضوعات و استعاره‌های جدید در این حوزه است. این پژوهش اعتماد بیماران به پزشکان را تحت تأثیر عوامل اعتمادساز کلان «زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی»، میانی «زمینه‌های قانونی - حقوقی» و خرد «زمینه‌های حرفه‌ای - تخصصی و فردی - روان‌شناختی» می‌داند که تقویت این ۳ بعد و مؤلفه‌هایش می‌تواند اعتماد میان بیماران و جامعه پزشکان را بهبود بخشد.

۶. نتیجه گیری

هدف این پژوهش شناسایی مؤلفه‌های اعتماد بین بیمار و پزشک و فهم چگونگی بهبود و تقویت «اعتماد» به پزشکان، با روش کیفی فراترکیب بود. یکی از خروجی‌های پژوهش فراترکیب ارائه راهکارهای سیاستی است. بر اساس یافته‌های این پژوهش و بحث مرتبط، پیشنهادات سیاستی و اجرایی متنوعی را بر اساس سه دسته عوامل اصلی مدیریتی، آموزشی و بالینی برای سیاستگذاری‌های مربوط به درمان می‌توان ارائه داد.

۱-۶. راهکارهای مدیریتی (مدیریت درمان): - ایجاد محیط و فضای درمانی بیمارمحور با حفظ حریم خصوصی بیمار.

- نظارت مستمر بر فرایندهای اعتمادساز در زمان ویزیت و معاینه در مطب‌های پزشکی (مثلاً تجهیز مطب‌های پزشکی به نحوی که صدای بیمار بیرون نیاید، و یا نورپردازی‌های استرس آور وجود نداشته باشد و از این قبیل).

- تعریف سازوکارهای مدیریتی تکریم پزشک معتمد (از قبیل جشنواره‌های ملی یا سازمانی) برای تجلیل و تشویق پزشکان و کادر درمانی که اعتماد را در شبکه بهداشت و درمان ترویج و نهادینه می‌کنند.

- تدوین سازوکار نظارتی هدفمند مبنی بر اینکه هر چند سال یکبار (دوره‌های زمانی میان مدت) پروانه‌های طبابت بر اساس نشانگرهای اعتمادساز بازبینی و بازاریابی شوند.

- نظارت مستمر و چندگانه بر سوابق، تخلفات و رفتارهای نابهنجار در پرونده پزشکان.

- سیاستگذاری برای حذف تعارض منافع و از بین بردن منافع غیر متعارف پزشکان برای انجام عمل، آزمایشات و از این قبیل.

- بازنگری و افزایش استانداردهای کیفیت خدمات سلامت و درمان برای طبقات پایین اقتصادی و مناطق کمتر برخوردار.

- ایجاد و افزایش برابری در فرصت‌های دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی «باکیفیت برای همه».

۲-۶. راهکارهای آموزشی (یادگیری درمان): - آموزش

آگاهی‌بخش به پزشکان و کادر درمان در خصوص لزوم رعایت حقوق درمانی - بهداشتی بیماران به مثابه بخشی از حقوق شهروندی آن‌ها.

- برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای آموزش شایستگی‌های دانشی و نگرشی و تقویت مهارت‌های ادراکی و انسانی پزشکان و کادر درمان.

- تبلیغات مثبت در رسانه‌ها و تبدیل کردن حرفه پزشکی به یک حرفه یگانه و مقدس برای ایجاد احساس تعلق میان مردم با نشان دادن جانفشانی‌ها و دلسوزی‌های پزشکان و پررنگ کردن مسائل اخلاقی که در حرفه پزشکی توصیه می‌شود.

- آگاهی‌بخشی عمومی در خصوص مکانیسم بهداشت و درمان و متوازن کردن امید و انتظار از پزشکان.

- تدوین ضوابط آموزش و اطلاع‌رسانی توسط سازمان نظام پزشکی و صیانت جامعه پزشکی در معرض اتهام، تهدید و بی اعتمادی.

- برگزاری کارگاه‌های آموزشی مستمر برای پزشکان در چارچوب بسترسازی اجتماعی - فرهنگی برای ترویج آموزش‌های عمومی در اجتماع پزشکان.

- آموزش و باورمندسازی پزشکان به رعایت اصول اخلاقی، آموزش حریم خصوصی به مردم و پزشکان در جامعه و اطلاع رسانی در فضای مجازی در خصوص جزئیات قوانین پزشکی و بیمارستانی.

- رعایت استانداردها و نشانگرهای جهانی و بومی «تضمین کیفیت» برای ارزیابی و نظارت روشمند در آموزش پزشکی.

- انجام پژوهش‌های بنیادی و پشتیبانی از پژوهش کاربردی در خصوص تقویت امر اعتماد میان بیماران و اجتماع پزشکان و جامعه درمان.

- انتشار نشریات، مجلات و کتاب‌هایی در خصوص تجربه زیسته پزشکان و بیماران در ارتباط با هم.

تجزیه، تحلیل و ترکیب یافته‌های کیفی و کنترل کیفیت یافته‌های پژوهش توسط نویسندگان به صورت مشترک انجام شده است. تمامی نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بوده و مقاله نهایی را مطالعه کرده‌اند.

۹. تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع در این مطالعه وجود ندارد.

۳-۶. **راهکارهای بالینی (محیط درمان):** - فرهنگ‌سازی و فرایندسازی در خصوص جدی‌گرفتن فرم رضایت آگاهانه و توضیح دادن عوارض درمان توسط پزشک و کادر درمان به بیماران.

- بازنگری در سیاست‌های اجرایی مربوط به بیمه‌های درمانی و قطع فرایند رابطه مادی بین پزشک و بیمار.

- اطمینان‌بخشیدن به بیمار از اینکه نهادهای قضایی و رسیدگی و نظارتی مثل پزشکی قانونی نظارتی عادلانه و بی طرف بر روی نهادهای درمانی دارند.

- کنترل نهادهای نظارتی در جهت به روزرسانی معلومات و دانش پزشکان مجموعه‌های درمانی.

- صیانت از اعتماد به پزشکان و حرفه پزشکی توسط سازمان نظام پزشکی.

- ایجاد شبکه‌های اجتماعی مشورتی میان بیمار و پزشک.

- تعریف مکانیسم دسترسی آسان بیمار به پزشک و مراکز درمان عمومی.

- آموزش مهارت ارتباطی هم‌زبانی با بیماران و فاصله‌گرفتن از جایگاه اقتدارگرایانه برای کلیه کادر پزشکی و درمان بر اساس نوع ارتباط.

۷. تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری جامعه‌شناسی فرهنگی با عنوان «اعتماد به پزشکان؛ زمینه کاوی اجتماعی و اخلاقی (مطالعه بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ارائه خدمات سلامت شهر تهران در سال ۱۴۰۰)» می‌باشد که در زمستان ۱۴۰۰ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات دفاع گردیده است.

۸. سهم نویسندگان

کلیه موارد مقاله از جمله طراحی پرسش‌های پژوهش، بررسی منابع، جستجو، انتخاب و پالایش منابع، استخراج اطلاعات،

جدول ۱: پرسش‌های پژوهش

پرسش‌ها	شاخص‌ها
مؤلفه‌های اصلی اعتماد بین بیمار و پزشک کدامند؟	چه چیزی؟ (What?)
مفاهیم کلیدی اعتماد بین بیمار و پزشک کدامند؟	
چگونه و با چه شیوه‌هایی اعتماد میان بیماران و جامعه پزشکان بهبود و افزایش می‌یابد؟	چگونه؟ (How?)

جدول ۲: شاخص‌های پالایش پژوهش

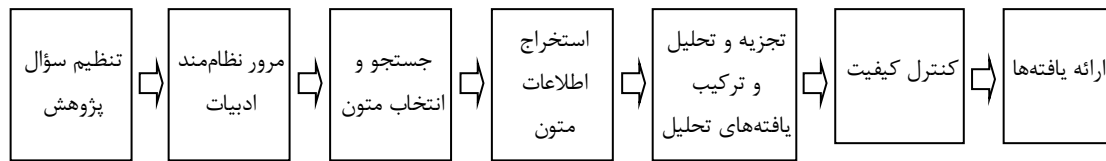
موضوع پذیرش	معیارهای پذیرش	معیار عدم پذیرش
بازه زمانی	منابع به زبان لاتین: بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰	قبل از ۱۹۹۰
	منابع به زبان فارسی: ۱۳۷۰ تا ۱۴۰۰	قبل از ۱۳۷۰
روش‌شناسی	کیفی / آمیخته	کاملاً کمی
هدف	استخراج مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های اعتماد بین بیمار و پزشک و شناسایی شیوه‌های بهبود و تقویت اعتماد متقابل	نامرتبط با موضوع اعتماد میان بیمار و پزشک
حوزه‌های مطالعاتی	اخلاق پزشکی، جامعه‌شناسی پزشکی، مطالعات فرهنگی، سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی	دارای ارتباط ضعیف با اعتماد از انواع آن به ویژه اعتماد بین بیمار و پزشک
نوع	مقاله‌های علمی، کتب، گزارش‌های علمی	کتب و مقالات غیر پژوهشی

جدول ۳: فرایند کدگذاری مربوط به عوامل سه گانه مؤثر بر اعتماد میان بیمار و پزشک

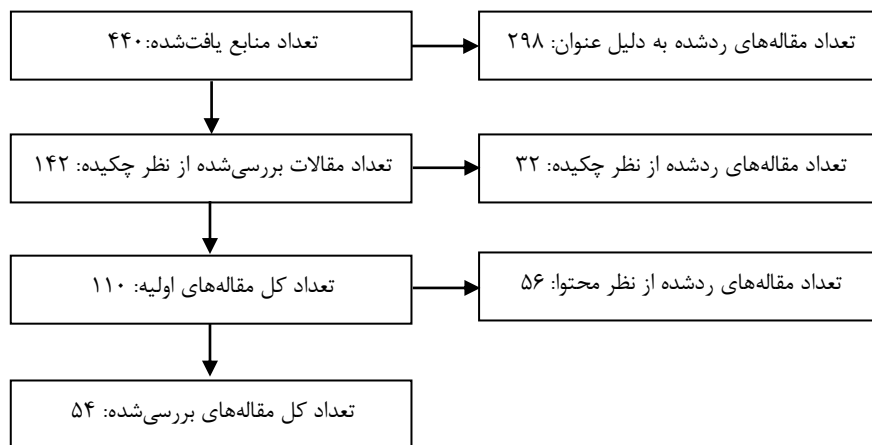
مقوله‌ها	مفاهیم	نمونه کدها
عوامل اعتمادساز سطح کلان	اعتماد اجتماعی	اعتماد بیمار به کادر درمانی و کارکنان بیمارستان/ اعتماد بیمار به پرستاران، بهیاران و کارکنان اتاق عمل/ اعتماد بیمار به پزشکان اورژانس/ احساس امنیت بیمار در مواجهه با پزشک عمومی/ هم‌نوع دوستی و دگرخواهی پزشک و کارکنان درمان/ اعتماد به شغل پزشکی/ اعتماد به فرایند درمان/ اعتماد جامعه به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بهداشت/ اعتماد دیگران و اطرافیان به خدمات مراکز درمانی و توصیه به بیمار/ مقابله با اعتمادزدایی از نظام سلامت در رسانه‌های اجتماعی/ مقابله با شایعات مربوط به نظام سلامت در جامعه شبکه‌ای/ موقعیت‌مند بودن اعتماد به پزشکان و مراکز درمانی/ اعتماد بیمار به پزشک و رعایت رژیم‌های دارویی.
	رضایت اجتماعی	رضایت بیماران از برخوردها و ارتباط با پزشک و کارکنان درمان/ احترام و حرمت‌گذاری مراکز درمانی به مردم/ رضایت عمومی و اجتماعی از جامعه پزشکان/ وجود ذهنیت مثبت اجتماعی به حرفه پزشکی/ برقرار بودن صداقت و راستگویی میان بیمار و پزشک/ برقراری عدالت در فرایند درمان و مواجهه با بیماران/ توجه به اهمیت نگرش‌ها و رفتارهای بیمار/ تمایل به پیروی از نظر و توصیه پزشک/ رضایت بیمار از کارکنان درمان/ توجه و رضایت بیمار و تبعیت از نسخه دارویی پزشک/ رضایت‌مندی پزشک/ اعتماد بیمار و پایبندی و تبعیت از دستورات پزشک/ وفاداری بیمار به دستورات پزشک.
	آموزش فرهنگی	جذب اعتماد بیماران و تغییر شرایط فرهنگی از طریق آموزش/ برخورداری و دسترسی همگانی از اطلاعات و آگاهی/ آگاهی بیمار از دانش و تجربیات پزشک/ آموزش ضوابط اخلاقی ارتباط با بیمار به کارکنان درمان/ افزایش آگاهی بیمار از وضعیت سلامتی خود و تشویق او برای مشارکت در روند درمان/ برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار برای اعضای هیأت علمی بالینی/ آموزش مناسب پزشکان/ آموزش و توانمندسازی کادر درمانی/ آموزش محوری فرایند درمان/ آموزش نحوه برقراری ارتباط به پزشک و کادر درمان/ تلاش در تحصیل علوم و کسب مهارت و تشخیص بیماری/ آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران، از جمله برخورد با بیماران مشکل/ ترویج الگوی رابطه متقابل و مشارکتی بین بیمار و پزشک/ آموزش آکادمیک مهارت‌های ارتباطی به جامعه پزشکی و جامعه بیماران.
عوامل اعتمادساز سطح میانی	اخلاق علمی	اختصاص وقت کافی برای ویزیت بیماران/ توجه و دقت لازم برای ویزیت بیماران/ رعایت نوبت و اهمیت‌دادن به وقت بیماران/ گوش‌دادن به سخنان بیمار با حوصله و با دقت/ ترجیح منافع بیمار بر منافع خود/ رعایت استقلال فردی بیمار و ضرر نرساندن/ محترم داشتن دیدگاه بیمار/ استقلال رای بیمار/ حفظ شأن و حرمت بیمار/ وقت‌شناسی و منضبط بودن، دقیق بودن در کار، وقت کافی برای بیمار گذاشتن/ مراعات اخلاق حرفه‌ای در همه مراحل تشخیص و درمان/ به کارگیری واژه‌های امیدبخش/ دقت در امر معاینات/ شنیدن سخن بیماران/ رضایت آگاهانه بیمار/ به شمار آوردن حق بیمار به مثابه دریافت‌کننده خدمات درمانی/ مقابله با اقتصاد شایعه و رقابت‌های حرفه‌ای/ کدهای اخلاقی و حقوقی متداول (مانند سوگند بقراطی یا قابلیت انتقال و استفاده از بیمه درمانی، و یا قانون پاسخگویی).
	حقوق قانونی	بهبود دسترسی به خدمات عمومی پزشکی/ توزیع عادلانه منابع محدود به مناطق مختلف/ تسهیل اجرای طرح شکایت از پزشک/ مرگ بیماران صعب‌العلاج (اتانازی یا مرگ خوب)/ مرگ توافقی و آسان بیماران توسط پزشک/ حق شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان/ حق پی‌جویی قضایی و انتظامی بیمار.
	اصول اخلاقی	تهیه قوانین و آیین‌نامه‌های اخلاقی مربوط به رابطه پزشک و بیمار/ رعایت اصول اخلاقی ارتباط با بیمار توسط کارکنان درمان/ توجه به هوش اخلاقی پزشکان/ تقابل بیمار و پزشک در مسأله قصور پزشکی و تضاد منافع فردی/ پرهیز از روابط احساسی، کاری و اداری با بیمار.

ابراز صادقانه خطای پزشکی صورت گرفته/ پرهیز از اقدامات تشخیصی و درمانی غیر ضروری (آزمایش و رادیولوژی و سونوگرافی و نوار...)/ دریافت نکردن پول زیرمیزی/ جبران منصفانه خسارت بیمار توسط پزشک و مراکز درمانی/ آگاهی از وضعیت روحی و روانی بیمار/ توجه به شکایت بیماران/ پرهیز از شتابزدگی در معاینه بیمار/ وظیفه شناسی/ به عهده گیری مسؤولیت/ نحوه عملکرد پزشکان در چارچوب تعهدات مراقبت های بهداشتی/ پاسخگویی در برابر مسؤولیت های خود در قبال بیماران/ مشارکت دادن بیماران در تصمیم گیری برای درمانشان/ اصول اظهار خطای پزشکی/ آگاهی از تشخیص سایر پزشکان و کمک به درمان زودتر و بهتر/ محافظت از منافع افراد بیمار/ وظیفه شناسی پزشک و ظاهر او/ وظیفه شناسی پزشک و کارکنان درمان/ پاسخگویی به خواست اجتماعی برای تغییر در نوع رابطه با بیمار/ اثر وظیفه حرفه ای پزشک بر رابطه بین بیمار و پزشک/ روحیه همکاری گروهی پزشک و بیمار/ تعهد گروهی کارکنان بیمارستان/ عدالت اجتماعی/ چسبندگی هنجاری/ قوم مداری/ اعتماد از طریق مدیریت تعارضات منافع/ کم رنگ تر شدن عنصر تقصیر در امر پزشکی/ اتحاد کاری در مراقبت های پزشکی.	تعهد شغلی	
رازداری پزشک نسبت به پرونده بیمار/ رازداری پزشک و کارکنان نسبت به اطلاعات شخصی بیمار/ مراعات حریم خصوصی بیماران/ اشتراک گذاری آزادانه اطلاعات/ محافظت از رازداری/ مدیریت حریم خصوصی و رازداری به معنای پیمایش بین نیاز به خودمختاری و نیاز به ارتباط با دیگران/ حفظ حریم خصوصی/ مضرات اعتماد خیلی کم یا خیلی زیاد به محرمانگی پزشک/ اعتماد به محرمانگی پزشک.	محرمانگی درمان	
اثر شرایط محیطی به ویژه بیمارستان در افزایش اعتماد بیمار/ نظارت دقیق تر بر ویژگی های انشی/ اهمیت پرونده الکترونیکی سلامت در اعتماد بیمار به پزشک/ عملکرد دولت در زمینه حقوق بیمار و درمان/ تبعیت از قوانین و آیین های مصوب درمان توسط پزشک و بیمارستان/ گسترش طرح پزشک خانواده/ گسترش اعتماد به مثابه یک ساختار/ اعتماد به محیط پزشکی/ ایجاد نگرش مثبت به درمان و سازمان های بهداشتی و درمانی/ افزایش مدیریت نظام سلامت در زمینه تغییر نظام رسانه ای و به تبع نظم اجتماعی به سمت نظم شبکه ای/ نظام ارائه مراقبت سلامت کیفیت سازمان درمان/ عوامل ساختاری مؤثر بر شکل گیری مسأله قصور پزشکی/ بیمه خصوصی و اعتماد پایین تر بیمار به پزشک/ گذاری از مدل پزشکی زیستی خطی به مدل چند بعدی زیستی - روانی - اجتماعی/ جایگزین کردن مدل سنتی پزشکی زیستی با الگوهای ارتباطی بیمارمدار/ بهره گیری از الگوهای مشاوره بیمار محور در مطب/ پرهیز از الگوهای مشاوره ای پزشک محور در مراکز درمانی/ بهره گیری پزشک از مدل ارتباطی بیمار محور/ بنانهادن یک مدل ارتباطی درمان محور مقتضی جامعه و فرهنگ/ توانایی برقراری ارتباط با بیمار/ تعاملات اظهار می بین بیمار و پزشک/ سلسله مراتب ارتباط با پزشک در بیمارستان و ارتباط با دانشجوی - پزشک/ از بین بردن رابطه نابرابر پزشک و بیمار/ پرهیز الگوهای ارتباطی پدرسالارانه و مصرف گرا/ اختلال ارتباطی میان پزشک و بیمار/ تجهیزات پزشکی و داشتن امکانات رفاهی بیشتر در مطب.	مدیریت و محیط درمان	

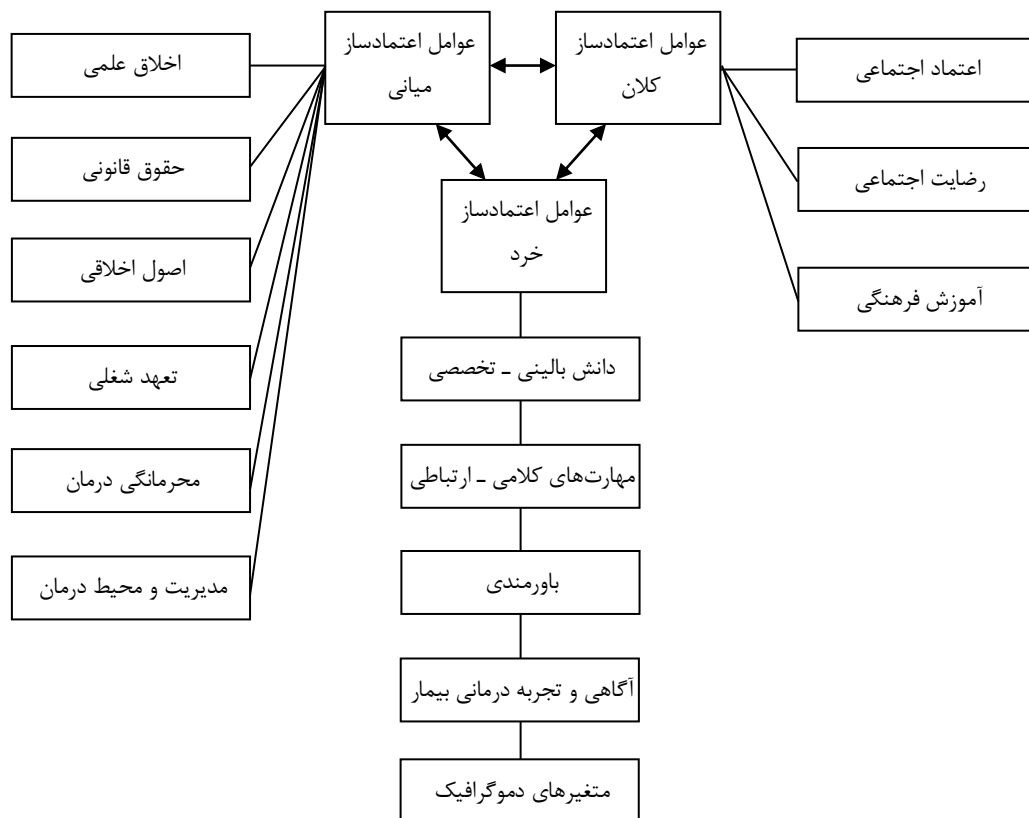
مقوله‌ها	مفاهیم	نمونه کدها
عوامل اعتمادساز سطح خرد	دانش بالینی - تخصصی	حاذق بودن و برخورداری از دانش به روز و مهارت کافی/ صلاحیت و شایستگی تخصصی پزشک/ سطح علمی و تخصصی بالای پزشک/ باتجربه بودن و مهارت بالا/ مهارت‌های بالینی پزشک.
	مهارت‌های کلامی - ارتباطی	خوش خلقی و برخورد خوب پزشک با بیمار/ ظاهر مرتب و منظم پزشک/ گوش دادن به بیمار و توضیح کافی راجع به بیماری/ اخلاق نیکو و برخورد خوب/ درستکاری و برخورد مناسب با بیمار/ گسترش رابطه اخلاق‌گرا در درمان/ برخورد با چالش‌های اخلاقی میان پزشک و بیمار/ کاهش کنش‌های عاطفی و رو در رو و هراس از انگ اجتماعی؛ نیاز و تمایل بیمار به اعتماد/ دلداری و همدردی با بیمار/ حمایت عاطفی بیمار/ همدلی و شفقت درمانی/ موقعیت‌مندی اعتماد میان فردی بیمار و پزشک/ همدلی و توافق میان پزشک و بیمار/ ارتباط کلامی مؤثر پزشک با بیمار/ توسعه روابط میان انجمن‌های تخصصی/ حفظ و تداوم رابطه مناسب پزشک با بیماران/ دادن اطلاعات کافی و قابل فهم درباره بیماری و تجویزهای ممکن به بیماران/ رفتار کلامی پزشک در هنگام مواجهه با بیمار/ آگاهی پزشک از انتظارات بیمار/ اختصاص مدت زمان بیشتر برای ویزیت/ تخصیص زمان بیشتر برای گفتگو با بیمار/ اهمیت دادن به مفهوم انسانی‌تر و کارآمدتر جهان زیست بیمار در مراقبت‌های پزشکی - درمانی و مناسبات متقابل پزشک و بیمار.
	باورمندی	دینداری مردم در جامعه، مذهب/ باایمان و خدانشناس بودن پزشک/ باوجدان بودن و وظیفه‌شناسی/ شکیبایی و صبوری پزشک در مواجهه با بیمار/ تعلیم و آموزه‌های دینی بیمار و پزشک/ خودسازی و تمرین بردباری/ ایثار پزشک بر اساس آموزه‌های دینی/ تقوای پزشکی/ پرهیز از اقتدارگرایی ایدئولوژیک در درمان/ باورهای بیماران در مورد سودمندی درمان (سودمندی ادراک شده)/ عقاید بیماران در مورد توانایی تبعیت از درمان (باور به خودکارآمدی)/ عزت نفس/ باور بیمار به صلاحیت تخصصی پزشک و اطمینان از درمان.
	آگاهی و تجربه درمانی بیمار	اثر جستجوی اینترنتی روی دریافت و درک بیماران از سطح اطلاعات و دانش آن‌ها در زمینه اعتماد به پزشک/ سلامت خودابراز (خودارزیایی شده) بیمار و پاسخ درمانی (معاینه پزشک)/ پیگیری بیماران از برنامه درمانی (پایبندی)/ افزایش اطلاعات بهداشتی مبتنی بر وب/ معرفی منابع قابل اطلاعاتی اعتمادتر و وبسایت‌های با کیفیت بالاتر به بیماران/ طراحی و تسهیل دسترسی به سامانه‌های مسئولیت پزشکی مرتبط با قصور پزشکی/ سطح سواد پایین‌تر والدین بیماران کودک و اعتماد کمتر به پزشک/ تبادل اطلاعات بین پزشک و بیمار/ اثر تجربه درمانی گذشته بیمار بر اعتماد/ احساس شراکت بیمار در درمان بیماری خود/ تجربه بیمار از بیماری و بیمارستان/ اثر سبک زندگی متفاوت افراد بر پیامدهای سلامتی و فرایند درمان/ خودارزیایی مثبت از وضعیت سلامتی خود/ کیفیت درک بیمار از نابرابری‌ها در دسترسی به امکانات و نتایج مراقبت‌های بهداشتی/ تجربیات قبلی بیماران با پزشکان/ باور قبلی بیماران درباره عوامل مرتبط با بیمارستان/ بهره‌گیری از الگوی مشارکت متقابل در درمان/ دستورالعمل‌های درمانی پزشک معالج.
متغیرهای دموگرافیک		سن پزشک/ رابطه طولانی‌تر پزشک و بیمار/ جنسیت بیمار/ مدت زمان ویزیت و تجربه بیمار از بیماری/ مدت زمان آشنایی بیمار و پزشک و دفعات ویزیت/ روش پرداخت به پزشک/ روش انتخاب پزشک/ طول رابطه بیمار و پزشک/ سن بالاتر، در اقلیت بودن، سطح تحصیلات بیمار، وضعیت سلامت/ ویژگی‌های خاص بیمار، پزشک و سیستم مراقبت‌های بهداشتی/ طبقه و پایگاه اجتماعی پزشک/ جایگاه پزشکان در ساختار اجتماعی و اقتصادی.



شکل ۱: گام‌بندی پژوهش فراترکیب



شکل ۲: فرایند جستجو و انتخاب منابع



شکل ۳: عوامل و مقولات مؤثر بر اعتماد میان بیمار و پزشک

References

1. Ghadimi M. Investigating the Level of Social Trust and Factors affecting it among Students of Zanjan Universities, Tehran: *Human Sciences*. 2007; 53: 325-356. [Persian]
2. Farasatkah M. The need to strengthen social capital to counter the corona. Tehran: Iran Newspaper; 2020.
3. Share Pour M. Social capital is eroding. *Book of the Month*. 2000; 36 and 37: 15-17. [Persian]
4. Firozjyian Galoguah AA, Majidi M. Erosion of social capital and disorder among Tehranian Citizen. *Journal of Strategic Research on Social Problems in Iran University of Isfahan*. 2018; 7(2): 1-18. [Persian]
5. Kazemi Golbaghi S. Sociological analysis of the physician-patient relationship with emphasis on medical malpractice. Master Thesis. Mazandaran: Mazandaran University, Faculty of Humanities and Social Sciences; 2018. [Persian]
6. Farasatkah M. We Iranians, Historical and Social Mining of Iranian Creatures. 24th ed. Tehran: Ney Publishing; 2021. [Persian]
7. Bakhtiar Nasrabadi HA, Heidari MH, Behravan HR. The Relationship between Critical Rationality and Social Morality. *Journal of Rahbord*. 2011; 20(59): 139-165. [Persian]
8. Salahshour B. Non-observance of professional ethics is the most important reason for increasing medical complaints. Tehran: Islamic Republic News Agency; 2019. [Persian]
9. Aminifard M. Good and Bad Investigation of Medical Violations in General Court. Tehran: Mehr News Agency; 2015. [Persian]
10. Larijani B. Physician and Ethical Considerations, translated by Kiarash Aramesh. Tehran: Publications for Tomorrow; 2013. Vol.1. [Persian]
11. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.
12. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc; 1985.
13. Mohseni Tabrizi A, Moeidfard S, Golabi F. A Survey of Social Trust with a Generational View of Society. *Applied Sociology*. 2011; 22(1): 41-70. [Persian]
14. Afkham Ebrahimi A, Nasr Isfahani M, Saghafi N. Patients' expectations and satisfaction with their treating physician. *RJMS*. 2004; 11(41): 367-375. [Persian]
15. Mirzazadeh A, Jahanian I, Shahi F, Jafari S, Krupat E. Comparative Study of Opinions of Patients and Clinical Faculty Members of Babol University of Medical Sciences on Patient-Centeredness in Doctor-Patient Relationship Using Patient-Practitioner Orientation Scale. *JBUMS*. 2010; 12(1): 19-25. [Persian]
16. Shakerinia I. Physician-patient relationship and patients' satisfaction. *IJME*. 2008; 2(3): 9-16. [Persian]
17. Seyed Ahadi SM, Molaei B, Ayadi N, Molavi P, NadarMohammadi M. The role of moral intelligence emergency physicians in predicting satisfaction of patients. *Journal of Medical Ethics*. 2020; 13(45). [Persian]
18. Shojae AA, Yekani Nejad M, Amini S. Investigating the factors affecting public trust in Doctors in Iran. *IJME*. 2019; 12(1): 297-313. [Persian]
19. Rahimpour L. Investigating the relationship between patient trust in physician and satisfaction with the treatment process among patients in Kerman. Master Thesis. Kerman: Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Literature and Humanities; 2013. [Persian]
20. Asemani O. A review of the models of physician-patient relationship and its challenges. *IJME*. 2012; 5(4): 36-50. [Persian]
21. Shafati M. Sociological study of physician-patient relationship (qualitative study in Ahvaz). Master Thesis. Payame Noor University, Faculty of Humanities; 2012. [Persian]
22. Labbaf A, Asghari F, Mirkarimi T. Evaluation of factors that affect patients' trust in emergency physicians; A Qualitative Study in Imam Khomeini Hospital Complex. *IJME*. 2018; 11(1): 376-387. [Persian]
23. Shojaei AA, AbulHassani Anaraki F. Trust realization in physician-patient relationship. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5(5): 70-83. [Persian]
24. Moin A, Mortaz S. Good physicians from the perspective of their patients. *Journal of Ethics in Science and Technology*. 2014; 9(1). [Persian]
25. Dehghanfard J. Measuring the level of patient trust in family physicians in Pasargad city in 2016. Master Thesis. Marvdasht: Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Faculty of Basic Sciences; 2016. [Persian]



Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2021; 15(46): e29

<https://doi.org/10.22037/mej.v15i46.36791>
Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



ORIGINAL ARTICLE

Open Access

The Social Context-Mining of Patients Trust in Physicians and Recommendations for Improvement and Promotion: A Meta-Synthesis Analysis

Mahshid Safaei¹ , Maghsoud Farasatkah^{2*} , Ehsan Shamsi Gooshki³

1. Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Higher Education Planning, Institute for Research and Planning in Higher Education, Tehran, Iran.

3. Department of Medical Ethics, Medical School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 21 September 2021

Accepted: 08 March 2022

Published online: 29 May 2022

Keywords:

Trust in Physician

Physician-Patient Relationship

Social Culture

Social Context Mining

ABSTRACT

Background and Aim: Trust between patient and physician has been challenged by overt and covert factors such as eroding social capital and increasing the cost of medical services in the community. To understand such a challenging situation, scientific research needs to be done so that the results of which can be used for making social, education and health policies. This study aimed to identify the components of trust between patient and physician as well as understand how to strengthen "trust" in physicians.

Materials and Methods: A meta-synthesis was used to evaluate systematically the results of previous research regarding trust in physicians. This study has been designed, implemented and concluded from 2019 to 2021. Domestic and international scientific databases such as Normags, MagIran, SID, Scopus, Science Direct and open-access databases were the main sources for extracting text. 110 articles were selected based on the seven-step approach of Sandelowski and Barroso (2007) and focused search strategy. Key terms of "trust in patient", "trust between patient and physician", "physician-patient relationship", "trust between patient and physician" was used to obtain information about questionnaires. The criteria for selecting articles were methodological similarities and comprehensive coverage of the desired features affecting the results. By comparing the title, abstract, method and findings of the research, some articles were excluded from the study and finally, 54 articles were used as final sources for coding and analyzing.

Ethical Considerations: The research ethical principles such as fidelity to the text, reference to sources and observance of the principles of scientific writing have been adhered to by the researchers in different stages of the research design, data collection, analysis and conclusion.

Findings: The results of this study showed that the patients trust in the physician is a complex, two-way relationship and is affected by a variety of components. Based on the results, the confidence-building factors of the patient-physician relationship were classified into three levels of macro (socio-cultural), meso (legal-moral) and micro (professional-specialized, individual-psychological). In addition, the sub-components of this study include social trust, social satisfaction, cultural education, management and treatment environment, legal rights, ethical principles, treatment and health facilities, scientific ethics, legal rights, ethical principles, job commitment, confidentiality, clinical-specialized knowledge, verbal-communication skills, credibility, patient knowledge and therapeutic experience and demographic variables.

Conclusion: Based on the findings of this study, improving the trust-based relationship between the patient and physician requires the provision of various social conditions and circumstances, including treatment management (increasing equality in access to high-quality educational opportunities as well as building and equipping patient-centered treatment spaces), treatment learning (educating, informing and strengthening the perceptual and human skills of physicians and treatment staff) and treatment environment management (communication skills training, communicating with patients and distancing oneself from an authoritarian position for all medical staff and treatment based on the type of communication), considered as its infrastructural requirements.

Corresponding Author: Maghsoud Farasatkah

Address: Department of Higher Education Planning, Institute for Research and Planning in Higher Education, Tehran, Iran.

Postal Box: 1915673481

Email: m_farasatkah@yahoo.com

Cite this article as:

Safaei M, Farasatkah M, Shamsi Gooshki E. The Social Context-Mining of Patients Trust in Physicians and Recommendations for Improvement and Promotion: A Meta-Synthesis Analysis. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2021; 15(46): e29.

This open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).