



## چکیده

مقدمه: هدف این تحقیق تعیین مهم‌ترین عواملی بود که مردم شهر یزد به هنگام بیمار شدن جهت انتخاب پزشک، مدنظر قرار می‌دهند.

روش کار: تعداد ۴۹۳ زن و مرد از گروه‌های سنی و تحصیلی مختلف با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از ۲۵ منطقه شهر یزد، مورد ارزیابی قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از چک لیست ۱۹ عاملی هیل و گارنر (Hill and Garner) به علاوه ۲ عبارت که توسط گروه تحقیق به آن افزوده شده، انجام گرفت. این پرسش‌نامه در ۳ بخش: الف- ویژگی‌های فردی پزشک، ب- عوامل ارتباطی بین پزشک و بیمار و ج- کیفیت ارائه خدمات پزشکی و هر بخش شامل ۷ عبارت، درجه اهمیت در انتخاب پزشک توسط بیماران را مورد بررسی قرار می‌دهد. روش‌های آماری مورد استفاده شامل آمار توصیفی و آزمون‌های ناپارامتری کروسکال والیس و من‌ویتنی بود.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده عوامل یکم تا هفتم عبارت بودند از: دانش زیاد و حاذق بودن (ویژگی فردی پزشک)، اختصاص وقت کافی جهت معاینه (نحوه ارتباط پزشک-بیمار)، اظهار توجه و علاقه خاص به مشکل بیمار (نحوه ارتباط پزشک-بیمار)، استفاده از دستیاران باکفایت (نحوه ارائه خدمات)، عدم انجام کارهای دیگر در هنگام ویزیت (نحوه ارتباط پزشک-بیمار)، ایجاد احساس راحتی در بیمار از طریق یک احوال‌پرسی کوتاه در ابتدای ویزیت (نحوه ارتباط پزشک-بیمار) و ویزیت انفرادی و خصوصی (نحوه ارائه خدمات). این عوامل نمره میانگین اهمیت بالاتر از نقطه برش تعیین شده (۳/۵) داشتند و ضمن قرار گرفتن در یک سوم بالای توزیع، به عنوان مهم‌ترین عوامل انتخاب پزشک بیان شدند. کلیه ویژگی‌های فردی پزشک (غیر از عامل دانش و مهارت) دارای کم‌ترین اهمیت درجه‌بندی شد. در ضمن هر چند بین نظرات زن‌ها و مردها تفاوت معناداری به دست نیامد؛ ولی تفاوت بین گروه‌های سنی و تحصیلی در دو بخش عوامل ارتباطی و کیفیت خدمات معنادار بود ( $p < 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: آگاهی پزشکان از مهم‌ترین عواملی است که بیماران در انتخاب ایشان مدنظر قرار می‌دهند. به ویژه توجه به کفایت علمی، مهارت‌های ارتباطی و عوامل مرتبط با نحوه ارائه خدمات پزشکی، باعث عملکرد موفق‌تر پزشکان و رضایت بیشتر بیماران می‌گردد.

**کل‌واژگان:** انتخاب پزشک، رابطه پزشک-بیمار، کیفیت خدمات پزشکی، ویژگی‌های فردی پزشک.

## مقدمه

خدمات درمانی، ذاتی و نوعی هنر پزشکی<sup>۱</sup> است؛ اما بسیاری نیز آن را یک سلسله مهارت‌های اجتماعی قابل تعلیم می‌دانند (۳). به اعتقاد پیروان مدل زیستی روانی اجتماعی<sup>۲</sup> درک جامع از بیمار و موفقیت درمان متکی بر این است که پزشکان نه تنها باید اطلاعات کافی از وضعیت طبی بیمار داشته باشند، بلکه به نیازهای روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی بیماران خود نیز واقف باشند (۴). در این ارتباط یک آگاهی مهم برای پزشکان، اطلاع از عواملی است که بیماران در انتخاب پزشک خود مدنظر قرار می‌دهند. در مطالعات مختلف، معیارهایی از جمله برخورد و

در روز میلیون‌ها بیمار با مشکلات متفاوت به پزشکانی که هر کدام دارای روش خاص خود در برخورد با بیماران هستند، مراجعه می‌کنند. به نظر می‌رسد نتیجه این طیف گسترده از معاینه و مراقبت همانقدر که وابسته به مشکلات بیماران است تا حد زیادی نیز تحت تأثیر نحوه برخورد و ارتباط بین پزشک و بیمار می‌باشد (۱). به همین دلیل همه متخصصان بالینی بایستی به ماهیت ارتباط خود با بیمار، عوامل مؤثر بر این رابطه (حال چه عوامل درونی مربوط به خودشان و چه عوامل مربوط به بیماران) و شیوه‌ای که منجر به دستیابی به تفاهم با بیمار می‌شود، توجه داشته باشند (۲). علی‌رغم این که بسیاری از محققین معتقدند توانایی پزشک در ایجاد ارتباط مناسب با بیمار و ارائه مطلوب

<sup>1</sup> Art of medicine

<sup>2</sup> Biopsychosocial

ارتباط بین فردی مناسب، معلومات، در دسترس بودن، قابلیت اعتماد، گوش دادن به حرف‌های بیمار، تبادل اطلاعات و ارایه مطلوب خدمات درمانی از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر انتخاب پزشک و ادامه مراجعه به او به دست آمده است (۸-۵). یک گروه تحقیقاتی نیز با تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به بررسی میزان رضایت بیماران از پزشکان دریافتند که در این مورد دو متغیر از اهمیت بیشتری برخوردار است: یکی، رفتار عاطفی توأم با توجه و احترام نسبت به بیمار و دیگری بحث و گفتگو با بیمار در مورد مسایل روانی و اجتماعی مرتبط با بیماری (۹). اما در یک پژوهش گسترده سعی شد عوامل مؤثر بر انتخاب پزشک مورد بررسی قرار گیرد. این تحقیق روی ۲۰۵ مرد و زن سنین مختلف از طبقات اقتصادی-اجتماعی گوناگون در کشور آمریکا به صورت تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه فردی در محل زندگی آزمودنی‌ها انجام شده است (۱۰). در این مطالعه محققین به چهار دسته معیار انتخاب پزشک به ترتیب اهمیت دست یافتند. دسته اول معیارهایی بود که مستقیماً مربوط به درک و اطلاع پزشک از نیازهای طبی بیمار و کفایت او در مراقبت و ابراز توجه به مشکلات بیمار بودند از جمله میزان معلومات، میزان ابراز توجه و علاقه به مشکل بیمار و اختصاص وقت کافی جهت معاینه. دسته دوم مربوط به معیارهایی بود که باعث بالا بردن آسایش بیمار از طریق به حداقل رساندن اضطراب‌های روانی و خطرات جسمی می‌شد از جمله: درمان خصوصی و انفرادی و به کارگیری دستیاران باکفایت. سومین دسته عواملی را در بر می‌گرفت که باعث می‌شد مراجع به آسانی از خدمات پزشک استفاده نمایند از جمله: رعایت مسایل مالی، جلوگیری از معطل شدن بیمار و خودداری از تلف کردن وقت با کارهای دیگر مثل پاسخ به تلفن یا تکمیل سایر پرونده‌ها. بالاخره دسته چهارم مربوط به کم اهمیت‌ترین عوامل یعنی خصوصیات فردی پزشک مثل علاقه به شرکت در فعالیتهای اجتماعی بود. به‌طور خلاصه با توجه به تحقیقات فوق‌الذکر هدف اصلی این تحقیق بررسی نظرات بیماران در مورد مهم‌ترین عوامل مؤثر بر انتخاب پزشک می‌باشد.

## روش کار

در این مطالعه توصیفی طبق برآوردهای آماری انجام شده، نمونه تحقیق شامل ۴۹۳ نفر در نظر گرفته شد. این تعداد با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و  $S=1/2$  معادل شاخص ماکزیمم انحراف معیار رتبه‌های به‌دست آمده در مطالعه مشابه قبلی (۱۰) و  $d=1/12$  بر اساس ضریب واریانس نمونه‌گیری خوشه‌ای نسبت به تصادفی ساده، تعیین شده است. از این تعداد

۲۷۶ نفر زن و ۲۱۷ نفر مرد با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از ۲۵ منطقه در سطح چهارچوب نمونه‌گیری استاندارد ۲۸ منطقه‌ای مرکز بهداشت شهرستان یزد، انتخاب شده بدین ترتیب که از ۱۸ منطقه هر کدام ۲۰ نفر و از ۷ منطقه هر کدام ۱۹ نفر نمونه‌گیری شدند. اطلاعات نیز پس از انتخاب تصادفی منازل در هر محله و انتخاب تصادفی یکی از اعضای هر خانوار از طریق تکمیل پرسش‌نامه به شکل مصاحبه انفرادی، دریافت شده است. جمع‌آوری اطلاعات نیز با استفاده از چک‌لیست هیل و گارنر (۱۰) شامل ۱۹ عبارت و افزودن ۲ عبارت دیگر که پیش‌بینی می‌شد در کشور ما در انتخاب پزشک دارای اهمیت هستند، انجام شده است. به منظور سهولت بیشتر در تجزیه و تحلیل اطلاعات و به ویژه مقایسه گروه‌های مورد مطالعه نیز، ۲۱ عبارت پرسش‌نامه به ۳ بخش ۷ تایی تقسیم شده است. بخش اول مربوط به ویژگی‌های فردی پزشک، بخش دوم مربوط به ویژگی‌های ارتباطی بین پزشک و بیمار و بخش سوم مربوط به ویژگی‌های مرتبط با نحوه ارایه خدمات پزشکی به بیماران می‌باشد.

نمره‌گذاری پرسش‌نامه به شکل یک مقیاس درجه‌بندی ۵ نقطه‌ای انجام شده است. چنان‌چه در قبال هر عبارت برای میزان اهمیت بسیار زیاد ۴ نمره، زیاد ۳ نمره، متوسط ۲ نمره، کم ۱ نمره و هیچ صفر در نظر گرفته شده است. به دست آمدن میانگین بالاتر برای هر عبارت نشانه میزان اهمیت بیشتر معیار مربوط به آن عبارت در انتخاب پزشک تلقی می‌شود. لازم به ذکر است که برای هر معیار کسب نمره میانگین اهمیت، حداقل ۳/۵ به بالا به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شده و معیارهای تحت شمول به عنوان عوامل مهم‌تر، مورد بحث قرار خواهند گرفت. پایایی بخش‌های سه‌گانه پرسش‌نامه با روش بازآزمایی پس از دو هفته روی یک نمونه ۳۰ نفری به ترتیب ۰/۹۲ در بخش ویژگی‌های فردی، ۰/۸۹ در بخش ویژگی‌های ارتباطی و ۰/۸۶ در بخش ویژگی‌های مربوط به نحوه ارایه خدمات به دست آمد. اعتبار محتوای پرسش‌نامه توسط شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد شامل بیش از ۱۵ نفر پزشک و دکترای PhD از تخصص‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. در تحقیق حاضر با نمونه‌گیری تصادفی از گروه‌های مختلف سعی شد تأثیر متغیرهای مزاحم از جمله طبقه اقتصادی، اجتماعی و شغلی تا حد ممکن به حداقل رسانده شود. در ضمن نسبت به اندازه‌گیری متغیرهای مداخله‌گر جنس، سن و تحصیلات نیز اقدام شده است. روش‌های آماری مورد استفاده شامل آمار توصیفی و آزمون‌های ناپارامتری کروسکال والیس و من‌ویتنی می‌باشد.

## نتایج

در رتبه‌های ۸ الی ۲۱ نیز معیارهای خدماتی و ارتباطی در یک سوم میانی توزیع به صورت متناوب دارای اهمیت بیشتر، ارزیابی شدند؛ در حالی که معیارهای مربوط به ویژگی‌های فردی پزشک به جز دانش زیاد و حاذق بودن به علاوه عامل ارتباطی عدم تحمیل نظرات پزشک به بیمار در یک سوم انتهایی توزیع دارای کم‌ترین اهمیت، درجه‌بندی گردیدند. جدول ۲، تفاوت میانگین‌های به دست آمده از پرسش‌نامه تحقیق در گروه مردان و زنان را نشان می‌دهد. این مقایسه بیانگر آن است که در هر سه بخش فردی، ارتباطی و خدماتی بین نظرات مردان و زنان تفاوت معناداری وجود ندارد. جداول ۳ و ۴ نیز تفاوت میانگین‌های به دست آمده در گروه‌های سنی و تحصیلی مختلف را نشان می‌دهد. این مقایسه نیز حاکی از آن است که هر چند بین نظرات گروه‌های مختلف سنی و تحصیلی در بخش اول پرسش‌نامه یعنی ویژگی‌های فردی پزشک تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در بخش‌های دوم و سوم یعنی ویژگی‌های ارتباطی و ویژگی‌های خدماتی بین گروه‌ها تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $p < 0.05$ ).

جدول ۱ نشان‌دهنده توزیع میانگین نمرات مربوط به چک‌لیست ۲۱ عاملی می‌باشد. در این جدول سعی شده تا با دقت مشخص شود از میان عوامل مختلف فردی، ارتباطی و خدماتی، کدام معیارها در رتبه بالاتری قرار گرفته و در نتیجه دارای اهمیت بیشتری در انتخاب پزشک هستند. نتیجه این ارزیابی نشان می‌دهد که به ترتیب عوامل یکم تا هفتم شامل دانش زیاد و حاذق بودن (ویژگی فردی پزشک)، اختصاص وقت کافی جهت معاینه بیمار (نحوه ارتباط پزشک-بیمار)، اظهار توجه و علاقه خاص به مشکلات بیمار (نحوه ارتباط پزشک-بیمار)، استفاده از همکاران باکفایت (نحوه ارائه خدمات)، عدم اختصاص وقت خود به کارهای دیگر در هنگام ویزیت (نحوه ارتباط پزشک-بیمار)، ایجاد احساس راحتی در بیمار با یک احوالپرسی کوتاه در ابتدای ویزیت (نحوه ارتباط پزشک-بیمار) و ویزیت انفرادی و خصوصی و نه در حضور دیگران (نحوه ارائه خدمات)، نمره میانگین اهمیت بیش از نقطه برش تعیین شده یعنی میانگین ۳/۵ به بالا دریافت کرده و به عنوان مهم‌ترین عوامل انتخاب پزشک معرفی شده‌اند.

جدول ۱- توزیع میانگین اهمیت عوامل انتخاب پزشک در جامعه مورد مطالعه براساس پرسش‌نامه ۲۱ عاملی تحقیق (n=۴۹۳)

رتبه	نوع عامل	عامل	میانگین	انحراف معیار
۱	فردی	دانش زیاد و حاذق بودن	۳/۷۳	۰/۶۰
۲	ارتباطی	اختصاص وقت کافی جهت معاینه بیمار	۳/۷۳	۰/۶۰
۳	ارتباطی	اظهار توجه و علاقه خاص به مشکلات بیمار	۳/۷۰	۰/۶۲
۴	خدماتی	استفاده از همکاران باکفایت	۳/۶۶	۰/۶۶
۵	ارتباطی	عدم اختصاص وقت خود به کارهای دیگر در هنگام ویزیت	۳/۶۴	۰/۷۹
۶	ارتباطی	ایجاد احساس راحتی در بیمار با یک احوالپرسی کوتاه در ابتدای ویزیت	۳/۶۳	۰/۶۶
۷	خدماتی	ویزیت انفرادی و خصوصی و نه در حضور دیگران	۳/۵۱	۰/۸۸
۸	خدماتی	ارایه راه‌حل‌های عملی و مقذور	۳/۴۹	۰/۷۲
۹	خدماتی	خوش‌برخورد بودن منشی مطب	۳/۳۹	۰/۵۴
۱۰	خدماتی	جلوگیری از معطل شدن بیماران	۳/۲۸	۰/۹۷
۱۱	ارتباطی	توضیح اقدامات و علت انجام آنها برای بیمار	۳/۲۷	۰/۸۸
۱۲	خدماتی	در صورت لزوم معرفی بیمار به همکاران جهت مشاوره	۳/۳۶	۰/۸۱
۱۳	ارتباطی	رعایت وضع بیمار در دریافت حق‌الزحمه	۳/۳۳	۱/۲
۱۴	خدماتی	سالن انتظار راحت و مناسب	۳/۱۳	۰/۹۶
۱۵	ارتباطی	عدم تحمیل نظرات خود به بیمار	۲/۹۴	۱
۱۶	فردی	مورد تأیید و معرفی شده از طرف آشنایان	۲/۶۹	۱/۲۳
۱۷	فردی	ظاهر آراسته و مرتب	۲/۵۹	۱/۱۹
۱۸	فردی	فارغ‌التحصیل از یک دانشگاه مشهور و معتبر	۲/۲۸	۱/۲۹
۱۹	فردی	فعالیت در امور اجتماعی از جمله مسائل سیاسی	۲/۱۲	۱/۲۸
۲۰	فردی	استاد دانشگاه (عضو هیأت علمی) بودن	۲/۰۸	۱/۲۵
۲۱	فردی	در صورت امکان مرد بودن	۱/۶۲	۱/۱۹

جدول ۲- مقایسه تفاوت میانگین اهمیت عوامل انتخاب سه گانه پزشک در گروه مردان و زنان

عوامل انتخاب پزشک گروه‌ها	ویژگی‌های فردی پزشک	ویژگی‌های ارتباطی پزشک- بیمار	ویژگی‌های نحوه ارائه خدمات
از نظر جنس	میانگین	انحراف معیار	میانگین
مرد (۲۱۷ نفر)	۲/۷۰	۰/۵۳	۲/۲۶
زن (۲۷۶ نفر)	۲/۶۲	۰/۵۶	۳/۲۹
نتیجه آزمون آماری	$p = 0.0003$ (NS)	$p = 0.0002$ (NS)	$p = 0.0002$ (NS)

\* Not Significant

پاییز ۸۶، دوره دهم، شماره سوم

جدول ۳- مقایسه تفاوت میانگین اهمیت عوامل سه‌گانه انتخاب پزشک در گروه‌های سنی مختلف

عوامل انتخاب پزشک		ویژگی‌های فردی پزشک		ویژگی‌های ارتباطی پزشک-بیمار		ویژگی‌های نحوه ارائه خدمات	
گروه‌های سنی		میانگین		انحراف معیار		میانگین	
۱۸-۳۴ سال (۱۹۸ نفر)		۲/۵۹	۰/۵۵	۳/۲۹	۰/۴۳	۳/۲۰	۰/۴۳
۳۵-۴۹ سال (۱۶۸ نفر)		۲/۷۱	۰/۵۷	۳/۳۶	۰/۴۲	۳/۳۲	۰/۴۳
۵۰-۶۴ سال (۶۷ نفر)		۲/۶۴	۰/۵۲	۳/۴۸	۰/۳۴	۳/۴۳	۰/۳۳
۶۵ سال به بالا (۶۰ نفر)		۲/۷۸	۰/۵۲	۳/۴۷	۰/۳۷	۳/۳۴	۰/۴۲
نتیجه آزمون آماری		(NS)=۰/۱۱ p		(S)=۰/۰۰۵ p		(S)**=۰/۰۰۱ p	

\* گروه ۱ با گروه‌های ۲، ۳ و ۴

\* گروه‌های ۱ و ۲ با گروه‌های ۳ و ۴

جدول ۴- مقایسه تفاوت میانگین اهمیت عوامل سه‌گانه انتخاب پزشک در گروه‌های تحصیلی مختلف

عوامل انتخاب پزشک		ویژگی‌های فردی پزشک		ویژگی‌های ارتباطی پزشک با بیمار		ویژگی‌های نحوه ارائه خدمات	
گروه‌های تحصیلی		میانگین		انحراف معیار		میانگین	
بی‌سواد (۵۴ نفر)		۲/۷۲	۰/۵۴	۳/۴۵	۰/۴۷	۳/۴۰	۰/۳۵
خواندن و نوشتن (۴۵ نفر)		۲/۶۵	۰/۶۰	۳/۴۴	۰/۳۴	۳/۴۲	۰/۳۱
ابتدایی (۱۰۳ نفر)		۲/۷۰	۰/۶۱	۳/۴۰	۰/۴۰	۳/۳۹	۰/۴۴
راهنمایی (۷۱ نفر)		۲/۶۶	۰/۴۵	۳/۳۰	۰/۴۷	۳/۲۱	۰/۴۸
دبیرستان (۱۰۶ نفر)		۲/۷۱	۰/۵۷	۳/۳۰	۰/۴۵	۳/۲۱	۰/۴۴
دیپلم و بالاتر (۱۱۴ نفر)		۲/۶۷	۰/۵۱	۳/۲۹	۰/۴۲	۳/۲۴	۰/۴۳
نتیجه آزمون آماری		(NS)=۰/۲۳ p		(S)=۰/۰۲۱ p		(S)=۰/۰۱۳ p	

\* گروه‌های ۱، ۲ و ۳ با گروه‌های ۴، ۵ و ۶

## بحث و نتیجه‌گیری

عاطفی رفتار پزشکان به خصوص میزان نشان دادن همدلی از طریق ابراز توجه و علاقه، همبستگی بالایی با رضایت بیماران از پزشک و انتخاب وی جهت مشاوره دارد (۹). عامل استفاده از همکاران با کفایت در رتبه‌بندی افراد نمونه، مقام چهارم را کسب کرده است. در این مورد اعتقاد بر این است که احساس آرامش و آسایش بیمار و میزان اعتماد و اطمینان او به پزشک تا حد زیادی وابسته به کفایت کسانی است که با او همکاری می‌کنند (۱۰). عدم انجام کارهای دیگر در هنگام ویزیت مثل پاسخ به تلفن، گفتگو با دیگران و تکمیل سایر پرونده‌ها به عنوان عامل پنجم از نظر میزان اهمیت رتبه‌بندی شده است. بدیهی است که بیماران برای وقت ویزیت خود اهمیت قائل هستند و انتظار دارند پزشک به این موضوع توجه داشته باشد. در این مورد هر چند برخی شواهد نشان می‌دهد که این وقت بایستی عمدتاً روی خود بیماری متمرکز شود (۱۵)، اما تحقیقات دیگر حاکی از آن است که به منظور بالا بردن رضایت بیماران، بخشی از این وقت نیز بایستی صرف پرداختن به مسایل روانی-اجتماعی ناشی از بیماری گردد (۱۶). ایجاد احساس راحتی در بیمار از طریق یک احوال‌پرسی کوتاه در ابتدای ویزیت در ردیف ششم اهمیت قرار گرفته است. در این مورد نیز گفته می‌شود برای شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مناسب برقراری تفاهم بین پزشک و بیمار از طریق راهبردهایی مثل ایجاد احساس راحتی در بیمار به طرق مختلف دارای نقش مهمی می‌باشد (۲). انجام ویزیت به صورت خصوصی و انفرادی و نه در حضور دیگران نیز آخرین عاملی است که بالاتر از نقطه برش تعیین شده می‌باشد و در ردیف

بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد برخی معیارها در انتخاب پزشک و در نتیجه مراجعه یا ادامه مراجعه به او دارای اهمیت بیشتری هستند. با توجه به نتایج حاصل از پرسش‌نامه تحقیق (جدول ۱) در میان هفت عامل اول که نمره میانگین اهمیت بیش از نقطه برش تعیین شده یعنی میانگین ۳/۵ دریافت کرده و در یک سوم بالای توزیع قرار گرفته‌اند، معیار دانش زیاد و حاذق بودن به عنوان اولین و مهم‌ترین عامل انتخاب پزشک معرفی شد. این نتیجه با نتیجه تحقیق هیل و گارنر هماهنگی کامل دارد چنانچه در هر دو تحقیق این ملاک مقام اول اهمیت را کسب کرده (۱۰) و با تحقیقات دیگر (۷-۵) نیز هماهنگ است. اختصاص وقت کافی جهت معاینه بیمار رتبه دوم را به دست آورده است. این موضوع نشان می‌دهد که مردم پس از اطمینان از معلومات پزشک به میزان وقت و دقتی که صرف معاینه آنها می‌شود، اهمیت می‌دهند. محدودیت مدت معاینه یک مشکل مهم در مراقبت از بیماران است و ویزیت‌هایی که به طور معمول ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشند از انجام یک معاینه کامل و حاکی از دلسوزی جلوگیری می‌کنند و باعث کاهش میزان رضایت بیماران می‌شوند (۱۲-۱۱). اما در رتبه‌بندی جامعه مورد مطالعه معیار اظهار توجه و علاقه خاص به مشکل بیمار مقام سوم را به خود اختصاص داده است. در این ارتباط شواهد نشان می‌دهد بیمارانی که به اندازه کافی از رفتار توأم با ابراز توجه و علاقه پزشک راضی هستند، خیلی بیشتر با او همکاری کرده و به مراجعات خود ادامه می‌دهند تا آنهایی که از رفتار پزشک راضی نیستند (۱۴-۱۳). همچنین تأثیرات

معیارهای ارتباطی و کفایت پزشک در ابراز توجه به بیمار یعنی رفتار و برخورد مناسب پزشک با بیمار دارای اهمیت بیشتری است. بالاخره معیارهای خدماتی که به بالا بردن آسایش و آرامش جسمی و روانی بیمار مربوط می‌شود، در مرتبه بعد قرار می‌گیرد. در ضمن ویژگی‌های فردی پزشک به جز دانش زیاد و حاذق بودن نیز، دارای کم‌ترین اهمیت در انتخاب پزشک است. در خاتمه خاطر نشان می‌شود اگر آنچه که بیماران جهت انتخاب پزشک مدنظر دارند مورد توجه قرار نگیرد، نه تنها ادامه مراجعه به پزشک و ارتباط بین پزشک و بیمار صدمه خواهد دید بلکه خطر مسایل و مشکلاتی همچون عدم رضایت بیمار از پزشک (۱۹) و شکایت از پزشک به مراجع رسمی و قانونی (۲۰) بالا خواهد رفت. لذا پیشنهاد می‌شود با گسترش چنین تحقیقاتی بر روی گروه‌های دیگر از جمله خود پزشکان، کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و بیماران مبتلا به بیماری‌های مختلف و در نتیجه دارای نیازهای متفاوت، موجبات رشد عملکرد فردی و سازمانی پزشکان در مطب‌های خصوصی و مراکز دولتی و در نتیجه ارتقای نظام سلامت فراهم گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات خانم‌ها صباغ، پورفرزین، نظری، حیدرپور و بروئیان که در جمع‌آوری اطلاعات همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### References

- Porter M, Alder B, Abraham C. Psychology and sociology, applied to Medicine. 1st ed. London: Churchill livingstone; 1999: 86-87.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th Ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003: 1-6.
- Burman P. Effective communication skills for health professionals. 1st ed. London: Chapman & Hall; 1992: 72-73.
- Engle GL. The Clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137: 535-544.
- Crane FG, Lynch JE. Consumer selection of physicians and dentists: An examination of choice criteria and cue usage. J Health Care Marketing 1988; 8; 16-19.
- Macstravic RS. Manageable evidence in medical care marketing. J Health Care Marketing 1987; 7: 5- 15.
- Ong, LML, Dehaes, JCJM, Hoos AM, et al. Doctor- patient communication: a review of the literature. J Adolescent Health 1995; 15: 427-434.
- Gochman DS, Studenborg GT, Feler A. The ideal physician: implications for contemporary hospital marketing. J Health Care Marketing 1985; 6: 17-25.
- Bensing J, Schreurs K, Derijk A. The role of the general practitioner's affective behavior in medical encounters. Psychol Health 1996; 11(6): 825-838.
- Hill CJ, Garner SJ. Factors influencing physician choice. Hosp Health Services Admin 1991; 36(4): 491-503.
- Stevens L, Rodin I. Psychiatry: an illustrated colour text. 1st Ed Edinburgh: Churchill livingstone; 2001: 46-47.
- Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. J Health Soc Behav 1987; 28: 375-388.
- Pitts M. The medical consultation, In: Pitts M, Phillips K. The psychology of health. 2nd ed. Routledge: New York; 1999: 87-91.
- Dimatteo MR, Reiter RC, Gambone JC. Enhancing Medication adherence through communication and informed collaborative choice. Health Commun 1994; 6(4): 253-265.
- Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patient's satisfaction: a controlled study. Br Med J 1990; 301: 968-970.
- Howie JGR, Hopton JL, Heaney DJ, et al. Attitudes to medical care, the organization of work and stress among general practitioners. Br J Gen Practice 1987; 48: 181-185.
- General Medical Council (UK). Duties of a doctor. GMC: London. 1995: 4-5.
- Strain JJ, Horne DJ del. Management of Medical and surgical patients: Consultation-Liaison (C-L) Psychiatry and Clinical Health Psychology. In: Milgrom J, Burrows GD. Psychology and psychiatry: integrating medical practice. 1st Ed. Chichester: Wiley; 2001: 110-117.
- Richard T. Chasms in communication. Br Med J 1990; 301: 1407-1408.
- Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, et al. A survey of Sued and nonsued physicians and suing patients. Arch Intern Med 1989; 149:2190-2196.

