

شناخت مؤلفه‌های مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان در ایران

امیراحمد شجاعی^{۱*}، میرسعید یکانی نژاد^۲، سیما امینی^۳

تاریخ دریافت: 98/5/28

تاریخ پذیرش: 98/6/13

تاریخ انتشار: 98/10/8

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اعتماد مهم‌ترین عنصر برقراری روابط بین‌فردی است و به‌خصوص در ارتباط پزشک و بیمار نقشی کلیدی و محوری پیدا می‌کند. برای شناخت و اندازه‌گیری اعتماد، لازم است عوامل مؤثر بر آن را که در جوامع گوناگون متفاوت هستند بشناسیم و معیار واحدی برای سنجش آن‌ها فراهم آوریم؛ یعنی به ابزاری نیازمندیم که بتواند این عوامل مختلف را در بستر فرهنگ و شرایط جامعه بسنجد؛ بنابراین، هدف از این مطالعه، تعیین عواملی است که بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان مؤثرند و می‌توانند گویه‌های لازم را برای ساخت ابزاری مناسب جهت اندازه‌گیری اعتماد عمومی مردم نسبت به پزشکان در ایران فراهم کنند. در گام اول طی مطالعه‌ای کتابخانه‌ای عوامل شناخته‌شده‌ای که بر اعتماد بیماران به پزشکان تأثیر می‌گذارند بررسی شدند؛ سپس با استفاده از اطلاعات کسب‌شده در طی مصاحبه‌ها و جلسات بحث متعدد، نوزده عامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان تهیه شد و بیست متخصص اخلاق، این عوامل را از نظر شفافیت و مرتبط‌بودن و اهمیت ارزیابی کردند. شاخص‌های نسبت روایی محتوا (CVR) و ایندکس روایی محتوا (CVI) استفاده شد. میزان عددی CVR برای هر نوزده مؤلفه بیش از ۰/۴۲ بود؛ لذا روایی محتوای ابزار در سطح $P < 0.05$ معنادار بود. مقدار عددی CVI، ۰/۹۴۴ به دست آمد که نشان می‌دهد روایی محتوای مقیاس تأیید شده است. عوامل اثرگذار بر «اعتماد عمومی مردم به پزشکان» در ایران، شامل نوزده عامل استخراج‌شده طی این تحقیق است و می‌توانند به‌عنوان گویه‌های ابزار سنجش اعتماد عمومی مردم به پزشکان در ایران به کار گرفته شوند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، اعتماد، رابطه‌ی پزشک و بیمار، عوامل مؤثر بر اعتماد

1. استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، گروه آموزشی اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

2. متخصص اپیدمیولوژی و آمار زیستی، تهران، ایران.

3. دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۲، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱.

در صورتی که به آن‌ها عمل شود، اعتماد محقق می‌شود.

اندازه‌گیری اعتماد

از آنجاکه اعتماد را از زوایای مختلف می‌توان تعریف کرد، عوامل مؤثر بر آن نیز متفاوت می‌شوند؛ بنابراین لازمی شناخت و اندازه‌گیری اعتماد، بررسی دقیق و سنجش این عوامل است. بسیاری از این عوامل در جوامع گوناگون یکسانند و برخی از آن‌ها بر اساس ضرورت‌های فرهنگی و اجتماعی متفاوت خواهند بود و از آنجاکه نگارندگان در پژوهش حاضر به دنبال ارزیابی کردن «اعتماد عمومی مردم به پزشکان» از منظر جامعه هستند، لازم است عوامل مؤثر بر شکل‌گیری اعتماد در بستر فرهنگ و شرایط جامعه سنجیده شود. این نوع اعتماد که بیانگر نگاه عموم مردم جامعه به پزشکان همان جامعه است، «اعتماد اجتماعی» نامیده می‌شود (۷). به عبارت دیگر در ابتدا باید دو نوع اعتماد را از هم جدا کنیم: اول اعتمادی که یک بیمار به یک پزشک دارد و حاصل عواملی است که در رابطه‌ی درمانی آن بیمار با همان پزشک حاصل می‌شود و نوع دیگر، اعتماد عمومی مردم به کل پزشکان کشور است. اعتماد عمومی مردم به پزشکان در گرو دو گونه عوامل است: یکی عوامل درونی پزشکان که مربوط به رفتار پزشکان است و در عمل مجموع نگرش‌های عمومی مردم نسبت به پزشکان است و دیگری عوامل بیرونی که مربوط به رفتار پزشکان نیست و به عوامل بیرونی نظیر نقش سازمان‌ها و همچنین «اعتماد تعمیم‌یافته» مردم به پزشکان بستگی دارد. اعتماد تعمیم‌یافته در واقع اعتمادی است که مردم یک جامعه به یک گروه خاص دارند (۸).

در این مقاله در پی بیان عوامل درونی مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان هستیم.

بررسی وضعیت موجود

اعتماد مهم‌ترین عنصر برقراری روابط بین‌فردی است و به‌ویژه در ارتباط پزشک و بیمار نقشی کلیدی و محوری پیدا

مقدمه

امروزه اعتماد را مهم‌ترین عنصر برقراری ارتباط مؤثر میان پزشک و بیمار می‌دانند؛ در صورتی که اعتماد وجود داشته باشد هم اثربخشی درمان بیشتر می‌شود، هم پیگیری درمان بهتر صورت می‌گیرد و هم رضایتمندی بیمار و پزشک بالاتر می‌رود (۱). عده‌ای اعتماد را از مؤلفه‌های سلامت کامل می‌دانند (۲) و برخی با افزایش روزافزون هزینه‌های درمان، جای خالی اعتماد را گوشزد می‌کنند (۲). برخی اندیشمندان نیز کاهش اعتماد مردم به جامعه‌ی پزشکی را تهدیدی بزرگ قلمداد می‌کنند (۳).

تعریف اعتماد

اعتماد در زبان فارسی به معنای تکیه کردن، متکی شدن به کسی، کاری را بی‌گمان به او سپردن و واگذاشتن کار به کسی و اطمینان، وثوق و باور و اعتقاد است (۴). اعتماد از نظر عملی نیز به « اطمینان داشتن، متوقع تضمین بودن، اطمینان کردن، مسئولیت را به عهده‌ی کسی گذاشتن و تشخیص قابل اطمینان و بدون شبهه بودن» تعریف شده است (۵). فرهنگ جامع آمریکایی نیز اعتماد را به معنای اطمینان، تضمین اعتقاد راسخ و یقین و قطعیت آورده است (۶).

عده‌ای از دانشمندان اعتماد را رابطه‌ای عاطفی و از سنخ گرایش و احساس قلمداد می‌کنند و بر این اساس اعتماد بیماران به پزشکان یک نوع احساس است که بیماران نسبت به پزشکان دارند و گویای تأییدشدن یا نشدن آن‌ها از سوی بیماران است. عده‌ای اعتماد را از سنخ باور و اعتقاد می‌دانند و بر این اساس ممکن است اعتماد برخی مردم به پزشکان جزئی از باور آن‌ها باشد.

عده‌ای اعتماد را انتظار رفتار از طرف ارتباط قلمداد می‌کنند که با این بیان اعتماد با عمل کردن به وظایف و مسئولیت‌پذیری قرین می‌شود و در هر ارتباط چندین وظیفه و مسئولیت‌پذیری به وجود می‌آید که باید برشمرده شوند و

طراحی شود. این عوامل از منظر اندیشمندان مختلف مطرح شده و ابزار اندازه‌گیری آن را نیز ساخته‌اند؛ اما طبعاً هیچکدام مناسب فرهنگ و جامعه‌ی ایران نیستند. به چند مورد از این عوامل اشاره می‌کنیم؛ آندرسون^۱ و ددریک^۲ اعتماد بیمار به پزشک را در گرو هشت عامل زیر می‌دانند:

الف. مراقبت واقعی پزشکان از بیماران؛

ب. توجه پزشک به نیازهای بیمار و در اولویت قرار دادن آن‌ها؛

ج. وضعیت اعتماد کلی مردم جامعه به پزشکان؛

د. حقیقت‌گو بودن پزشک؛

ه. انجام‌دادن اقدامات درست و کامل توسط پزشک؛

و. تخصص‌داشتن و حاذق‌بودن پزشک؛

ز. پذیرش مسئولیت خطا توسط پزشک؛

ح. رازداری و حفظ اسرار بیماران (۱۰).

سافرون^۳ و همکاران اعتماد بیمار به پزشک را در گرو هفت عامل زیر می‌دانند:

الف. بیمار بتواند همه‌ی مسائل را با پزشک در میان بگذارد؛

ب. پزشک به دانستن همه چیز تظاهر نکند؛

ج. اعتماد کلی بیمار به پزشک؛

د. توجه پزشک به بیمار بیش از منافع مادی باشد؛

ه. حقیقت‌گویی پزشک؛

و. بیان خطای پزشکی توسط خود پزشک؛

ز. ارائه‌ی مراقبت‌های باکیفیت از طرف پزشکان (۱۱).

کائو^۴ و همکاران نیز از ده عامل زیر به‌عنوان عوامل مؤثر بر اعتماد بیمار به پزشک یاد می‌کنند:

الف. اولویت‌داشتن سلامت و رفاه بیمار بر برنامه‌های بهداشتی؛

ب. حساس‌بودن نسبت به حریم خصوصی و اسرار بیماران؛

می‌کند و چنانچه آن را نادیده بگیریم، رابطه‌ی پزشک و بیمار از هم خواهد پاشید (۹). در دهه‌های گذشته، هزینه‌ی خدمات درمانی، به دلیل پیشرفت و تنوع آن‌ها افزایش چشمگیر داشته که نه‌تنها تهدیدی جدی و حیاتی برای اعتماد بیمار به پزشک و ادامه‌ی درمان او محسوب می‌شود، بلکه موجب کاهش اخلاق اعتمادآفرین و افزایش درمان‌های اشتباه و درمان‌های نالازم و سوءاستفاده‌های درمانی شده است (۸).

در یک نگاه سنتی، خیلی از بیماران بر این باورند که اعتماد آن‌ها به پزشک و پذیرش تصمیمات او به نفع خودشان است و بهتر است به پزشکشان اعتماد کنند؛ اما امروزه با توسعه‌ی دانش پزشکی و حوزه‌های تشخیصی و درمانی آن، موضوع اعتماد پیچیده‌تر شده و به‌سادگی گذشته‌ها نخواهد بود و به عواملی مختلف مرتبط شده که همان مؤلفه‌های اعتماد مردم به پزشکان است (۹).

در ایران نیز وضعیت اعتماد مردم به پزشکان وارد فصلی جدید شده و گزارش‌های پراکنده حاکی از آن است که این اعتماد رو به افول نهاده و لازم است به‌صورت جدی بازسازی و ترمیم شود؛ اما علی‌رغم اهمیتی که دارد، به آن توجه نشده و برای شناخت و سنجش آن، فعالیت منسجمی صورت نگرفته است.

اولین برنامه‌ی استراتژیک اخلاق پزشکی کشور نیز کاهش اعتماد عمومی به جامعه‌ی پزشکی را تهدیدی مهم دانسته و متذکر شده است که برای جبران این بی‌اعتمادی پیش‌آمده باید به دنبال استراتژی‌هایی مناسب باشیم. این نظر خود حاکی از آن است که اعتماد رو به افول گذاشته و لازم است علل و دلایل آن به‌درستی شناخته شود و با ابزاری مناسب سنجش شود تا وضعیت آن را در جامعه بدانیم و برنامه‌های لازم برای اصلاح آن را تدبیر کنیم (۱).

بنابراین برای شناخت دقیق وضعیت اعتماد عمومی به پزشکان در وهله‌ی اول باید عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی به پزشکان را بشناسیم و سپس بر اساس آن‌ها ابزار مناسب

1. Anderson
2. Dedrick
3. Safran
4. Kao

- ج. دادن اطلاعات کافی و مناسب به بیماران؛
- د. ارجاع به موقع بیمار به متخصصان؛
- ه. پذیرش به موقع در بیمارستان؛
- و. اتخاذ مناسب‌ترین تصمیم برای بیمار، بدون اعتنا به قواعد و دستورالعمل‌ها؛
- ز. بهره‌مندی پزشک از قدرت لازم برای تصمیم‌گیری درباره‌ی بیمار؛
- ح. انجام دادن آزمایش‌ها و پاراکلینیک مناسب و لازم برای بیمار؛
- ط. تجویز مراقبت‌های پزشکی باکیفیت؛
- ی. انجام دادن پروسیجرهای لازم (۱۲).
- و همچنین حال^۱ و همکاران که اعتماد بیمار به پزشک را در گرو ۲۳ عامل می‌دانند:
- الف. پزشک همه گونه مراقب سلامت بیمار باشد؛
- ب. پزشک هر کاری که برای سلامت بیمار لازم باشد، انجام دهد؛
- ج. منافع مالی پزشک بر تصمیم‌های او تأثیر نگذارد؛
- د. پزشک برای استفاده از خدماتی که تحت پوشش بیمه‌هاست، تلاش کند؛
- ه. پزشک تصمیم‌های نادرست نگیرد؛
- و. پزشک منافع بیمار را بر نتایج پژوهشی اولویت دهد؛
- ز. پزشک به مشکلات بهداشتی بیمار توجه کند؛
- ح. پزشک از مهارت درمانی لازم برخوردار باشد؛
- ط. پزشک به حوزه‌ی تخصصی کار خود تسلط داشته باشد؛
- ی. پزشک موقعیت‌های مختلف را به‌خوبی مدیریت کند؛
- ک. پزشک به بیمار فرصت مناسب برای گفت‌وگو بدهد؛
- ل. پزشک واقعاً با دقت باشد؛
- م. بیمار به شکل کلی به پزشک اعتماد داشته باشد؛
- ن. پزشک داروی غلط تجویز نکند؛
- س. پزشک راست‌گو باشد و همه‌ی راه‌های درمانی را صادقانه توضیح دهد؛
- ع. پزشک به دانستن آنچه نمی‌داند، وانمود نکند؛
- ف. پزشک به بهترین انتخاب برای بیمار فکر کند؛
- ص. پزشک به سخنان بیمار توجه کافی کند؛
- ق. پزشک هرگز اسرار بیمار را فاش نکند؛
- ر. پزشک نهایت مهارت خود را برای بیمار مبدول کند؛
- ش. بیمار از اینکه جان خود را دست پزشک بدهد واهمه نداشته باشد؛
- ت. پزشک هرگز بیمار را به اشتباه راهنمایی نکند؛
- ث. حتی اگر بیمار نتواند هزینه‌ها را پرداخت کند، باز هم پزشک از او کاملاً مراقبت کند.
- لذا با توجه به اینکه
- الف. اعتماد مهم‌ترین عنصر در برقراری رابطه‌ی بیمار و پزشک به حساب می‌آید؛
- ب. در شرایط کنونی با توجه به تخصصی‌شدن حوزه‌های سلامت، اعتماد به موضوع پیچیده‌ای تبدیل شده است؛
- ج. بر اساس گزارش‌های پراکنده به نظر می‌رسد اعتماد مردم به پزشکان در ایران رو به افول و سستی گذاشته است؛
- د. ابزار موجود برای سنجش اعتماد عمومی مردم به پزشکان در ایران طراحی نشده است.
- نخست لازم است عوامل شکل‌دهنده‌ی اعتماد عمومی به پزشکان شناسایی شوند تا در گام‌های بعدی بتوان ابزار مناسب برای سنجش اعتماد عمومی مردم به پزشکان طراحی شود؛ لذا در این مطالعه به روش کیفی، به جست‌وجوی عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان پرداخته شده است.

روش کار

این مطالعه، به دو روش کتابخانه‌ای و کیفی انجام گرفته است. نخست واژگان اعتماد، پزشک، بیمار و پرسش‌نامه در میان منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی جست‌وجو شده و عوامل مؤثر بر اعتماد مردم به پزشکان مطالعه و پرسش‌نامه‌های

تهران مراجعه کرده‌اند، ده نفر انتخاب شدند و با آنان مصاحبه شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

جمع‌آوری داده‌ها به دو شیوه‌ی زیر انجام گرفت:

الف. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و با سؤال باز بود. مجری طرح، پس از کسب اجازه از مصاحبه‌شونده‌ها، مصاحبه‌ها را ضبط کرد و آن‌ها را عیناً نوشت؛ همچنین مجری متعهد شد فایل‌های صوتی بلافاصله پس از پیاده‌شدن امحا شوند و البته این‌گونه شد. زمان جلسات معمولاً بین یک ساعت و سی دقیقه تا دو ساعت بود و در ابتدای همه‌ی جلسات مجری توضیحی کافی و مبسوط از طرح پیش رو می‌داد که مشتمل بر اهمیت اعتماد و ضرورت استخراج مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی اعتماد عمومی به پزشکان بود؛ سپس بر اساس محورهای پرسش‌گری گفت‌وگو آغاز می‌شد.

ب. جلسات بحث متمرکز گروهی یا FGD. مدیریت و تسهیل‌گری همه‌ی این جلسات به عهده‌ی مجری طرح بود و یک نفر نیز مطالب را یادداشت می‌کرد. همه‌ی جلسات با کسب اجازه از حضار ضبط شدند و پس از پیاده‌سازی مطالب، فایل‌های صوتی پاک شدند. در ابتدای همه‌ی جلسات مجری از طرح پیش رو و اهداف آن توضیحاتی مبسوط می‌داد و سقف جلسه را دو ساعت اعلام می‌کرد و یادآور می‌شد چنانچه مطالبی ناگفته بماند، جلسه‌ی دوم تشکیل خواهد شد. در همه‌ی جلسات این‌گونه شد و در عمل با هر گروه دو جلسه‌ی FGD دو ساعته برگزار شد.

کفایت جمع‌آوری داده‌ها نیز بر اساس اشباع اطلاعات مشخص شد.

محورهای پرسش‌گری

همه‌ی محورها با ذکر این جمله که قرار است درباره‌ی جامعه‌ی ایران و وضعیت فرهنگی و اجتماعی حاکم صحبت کنیم، پرسیده می‌شدند.

موجود به دقت بررسی شده‌اند. در روش کیفی نیز، داده‌ها از طریق مصاحبه‌ها و جلسات بحث متمرکز گروهی جمع‌آوری و تحلیل محتوا شده‌اند؛ سپس عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان استخراج شده و مورد سنجش روایی محتوا قرار گرفته‌اند.

جامعه‌ی پژوهش

داده‌های این مطالعه از سه گروه مختلف پزشکان، متخصصان غیرپزشک و بیماران جمع‌آوری شد. هر سه گروه به شکل هدفمند و از میان جامعه‌ی در دسترس محقق، یعنی دوستان و آشنایان در شهر تهران انتخاب شدند و در مصاحبه‌ها و جلسات بحث متمرکز گروهی شرکت کردند.

الف. پزشکان. این گروه که از ۳۵ پزشک تشکیل شد عبارت بودند از:

- هجده پزشک از رشته‌های تخصصی داخلی و جراحی و اطفال و چشم‌پزشکی و گوش و حلق و بینی و پوست و زنان و توان‌بخشی و عمومی، هر تخصص دو نفر (یک مرد و یک زن) که با آن‌ها مصاحبه شد.

- پنج متخصص اخلاق پزشکی که با آنان نیز مصاحبه شد.
- هفت پزشک از تخصص‌های گوناگون که در دو جلسه‌ی FGD حضور یافتند.

- پنج متخصص اخلاق پزشکی که در دو جلسه‌ی FGD حاضر شدند.

ب. متخصصان غیرپزشک. این گروه، متشکل از نوزده نفر با حداقل تحصیلات لیسانس بود که از میان کارمندان مراکز درمانی و دانشگاه‌ها با پراکندگی آقا و خانم انتخاب شدند. پنج نفر از این افراد روان‌شناس و استاد دانشگاه بودند. با نُه نفر از آنان مصاحبه شد و ده نفر از ایشان به دو گروه پنج نفره تقسیم شدند و با هر گروه، دو FGD (در کل چهار عدد FGD) برگزار شد.

ج. بیماران. برای این گروه نیز، از میان بیمارانی که طی یک ماه گذشته به بیمارستان یا مطب یا درمانگاه‌های شهر

پژوهشی که از نظر محتوایی با یکدیگر شباهت داشتند، در هم ادغام و در قالب جمله‌ای واحد نوشته شدند. در واقع این ۱۱۲ واحد پژوهشی (جمله) بیانگر دیدگاه و نگرش آزمودنی‌ها درباره‌ی عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان بودند؛ سپس ۱۱۲ جمله‌ی یافت‌شده به روش تحلیل محتوا بررسی شدند. تحلیل محتوا روشی است که به کمک آن از متن، کدهایی استخراج می‌کنیم که پیام خاصی در بر داشته باشند. در این روش، پایه‌ی کار بر اساس کدگذاری مفاهیم است. در این تحقیق واحد کدگذاری «گزاره» بود. به عبارت دیگر، این کدها یا گزاره‌ها باید نماینده‌ی نظرات مورد توافق شرکت‌کنندگان باشند.

پژوهشگر و یک تیم تخصصی هفت‌نفره متشکل از چهار صاحب‌نظر حوزه‌ی پزشکی و دو روان‌شناس آگاه به جامعه‌شناسی و یک متخصص اخلاق پزشکی تحلیل محتوای داده‌ها را انجام دادند. طی تحلیل محتوا، جملات تکراری که فحوای موضوعی یکسانی داشتند در هم آمیخته شدند و پژوهشگر و گروه تخصصی، جملات حاصل را بارها مطالعه و مقایسه کردند و از میان آن‌ها کدها (یا گزاره‌های بیانگر موضوع و فحوای جملات) استخراج شدند. به سخن دیگر، طی فرایند تحلیل محتوا موضوع و فحوای جملات در قالب کد نوشته شدند. در نهایت از تحلیل ۱۱۲ جمله، نوزده کد یا گزاره حاصل شد.

سنجش روایی محتوایی عوامل

الف. تعیین دامنه‌ی محتوایی پرسش‌نامه. در ابتدای کار، دامنه‌ی محتوایی پرسش‌نامه^۲ تعیین شد. لاوشی^۳ پیشنهاد می‌کند دامنه‌ی محتوایی ابزار، قبل از تعیین روایی و قابلیت اعتماد آن شناسایی شود (۱۰). روش‌های مختلفی برای تعیین روایی ابزار استفاده می‌شود که عبارت‌اند از: روایی ظاهر، روایی محتوا، روایی هم‌زمان، روایی پیش‌بین و روایی سازه.

۱. به نظر شما چه عواملی بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان در ایران اثر می‌گذارد؟
۲. به نظر شما چه ویژگی‌هایی از پزشکان بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان اثر می‌گذارد؟ یعنی موجب تضعیف یا قوت آن می‌شود؟
۳. به نظر شما عملکرد کدام سازمان‌ها بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان ایران اثر می‌گذارد؟
۴. به نظر شما هر پزشکی چه باید بکند که اعتماد عمومی مردم به پزشکان در ایران بیشتر شود؟ آیا تاکنون چنین کرده‌اند؟
۵. به نظر شما اگر بخواهیم اعتماد عمومی مردم به پزشکان را در ایران بسنجیم، چه سؤالاتی باید از مردم بپرسیم؟

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های شفاهی و دیداری و نوشتاری با هدف تهیه‌ی دانش و درک پدیده، از روش تحلیل محتوا^۱ استفاده شد. تحلیل محتوا شامل سه مرحله‌ی اصلی است:

- الف. تهیه‌ی داده با انتخاب واحدهای آنالیز؛
- ب. سازمان‌بندی داده‌ها با کدگذاری باز، ایجاد طبقات و انتزاع و...؛
- ج. در نهایت گزارش نتایج.

داده‌های جمع‌آوری‌شده طی مصاحبه‌ها و جلسات بحث متمرکز گروهی در قالب جملات نوشته شدند که در مجموع، ۲۷۰ جمله به دست آمد. هر یک از این جملات، یک واحد پژوهشی محسوب شدند. داده‌های حاصل، فارغ از تخصص مصاحبه‌شوندگان و بیمار یا پزشک‌بودن آن‌ها، پس از حذف جملات تکراری و تلخیص جمله‌های طولانی و ترکیب جمله‌های مشابه که توسط محقق صورت گرفت به ۱۱۲ جمله کاهش یافتند. به عبارت دیگر، آن دسته از واحدهای

2. Content Domain
3. Lawshe

1. Content Analysis

جدول شماره ۱ - امتیاز به موارد اعتبار بخشی

| | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|
| مرتبط بودن | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| شفافیت | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| اهمیت | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ج. ورود داده‌ها. قضاوت‌های افراد گروه پانل وارد رایانه شد و محاسبات ریاضی و آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گردید.

د. نحوه کمی‌سازی آرای اعضای گروه پانل از طریق محاسبه‌ی CVR و CVI. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI)، استفاده شد. CVI به صورت تجمیع امتیازات موافق برای هر مؤلفه که امتیاز «مرتبط اما نیاز به بازبینی» و «کاملاً مرتبط» را کسب کرده‌اند، تقسیم بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد. برای تمامی مؤلفه‌ها CVI محاسبه و میانگین آن‌ها به صورت CVI تعریف شد. در صورتی که نمره‌ی CVI از $0/79$ بالاتر باشد، روایی محتوای مقیاس تأیید شده است. برای تعیین CVR از متخصصان درخواست شد تا هر مؤلفه را بر اساس طیف سه قسمتی «ضروری است»، «مفید است ولی ضرورت ندارد» و «ضرورت ندارد» بررسی کنند؛ سپس پاسخ‌های آنان مطابق فرمول زیر محاسبه شد:

$$CVR = \frac{n_F - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

در این رابطه nE تعداد متخصصانی است که به گزینه‌ی «ضرورت دارد» پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصان است. بر اساس جدول تصمیم‌گیری CVR اگر مقدار محاسبه‌شده از مقدار $0/42$ بزرگ‌تر باشد اعتبار محتوای آن مؤلفه پذیرفته می‌شود (۴).

یافته‌ها

اطلاعات حاصل از مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و مصاحبه‌ها و FGDها، پس از تحلیل محتوا به نوزده عامل رسید که به زعم

این روش‌ها هر کدام با اهدافی مشخص استفاده می‌شوند. روایی ظاهر برای بررسی ظاهری ابزار، روایی محتوا به منظور تطابق محتوایی ابزار، روایی هم‌زمان هنگامی که پرسش‌نامه‌ای استاندارد در اختیار باشد، روایی پیش‌بین برای پیش‌بینی پدیده‌ای در آینده و روایی سازه جهت انطباق ساختاری ابزار با نظریه‌های قبلی به کار می‌رود. معمولاً در طراحی پرسش‌نامه، نخست برای انطباق ظاهری و تعیین دامنه‌ی محتوایی پرسش‌نامه از روش روایی ظاهر و روایی محتوا استفاده می‌شود. در این مطالعه از روایی محتوا استفاده شد؛ چراکه روایی محتوا اعتبار بیشتری نسبت به روایی ظاهری دارد (۱).

ب. شناسایی اعضای پانل تعیین روایی. در این مرحله نیاز بود که افراد گروه پانل شناسایی شوند. معمولاً اعضای گروه پانل ارزیابی روایی باید از متخصصانی تشکیل شوند که در حوزه‌ی دامنه‌ی محتوایی پرسش‌نامه فعالیت داشته باشند تا امکان قضاوت دقیق و صحیح فراهم شود. این اعضا بنا بر اهداف از پیش تعیین‌شده‌ی مطالعه انتخاب شدند. بدین ترتیب که ابتدا افرادی محدود به عنوان سرگروه در حوزه‌ی دامنه‌ی محتوایی مطالعه انتخاب شدند و از این افراد در شناسایی سایر اعضای گروه پانل کمک گرفته شد. اگرچه روش پیشنهادی لاووشی حداقل تعداد اعضا را چهار نفر اعلام می‌کند، تصمیم بر آن شد که تا حد امکان از اعضای بیشتری در این مطالعه استفاده شود. این تصمیم ضمن غلبه بر محدودیت‌های آتی نظیر انصراف افراد در شرکت در مطالعه و عدم برگشت پرسش‌نامه، باعث افزایش قابلیت اطمینان نتایج می‌شد.

تعداد ۲۵ متخصص اخلاق انتخاب شدند و به‌طور حضوری پرسش‌نامه در اختیار ایشان قرار گرفت و در نهایت تعداد بیست پرسش‌نامه‌ی کاملاً تکمیل‌شده در اختیار پژوهشگران قرار گرفت. سپس، گزاره‌ها به منظور بررسی شفافیت و اهمیت و مرتبط‌بودن ارزیابی شدند. برای هر گزاره این سه عامل (شفافیت و اهمیت و مرتبط‌بودن) از یک تا پنج نمره‌بندی شدند:

نتایج محاسبات روایی محتوا

ابتدا پژوهشگر و تیم تخصصی هفت نفره متشکل از چهار نفر از صاحب‌نظران پزشکی و دو روان‌شناس آگاه به جامعه‌شناسی و یک متخصص اخلاق پزشکی، طی جلسات متعدد، برای هر عامل یک گویه نوشتند؛ سپس گویه‌ها در قالب پرسش‌نامه در اختیار پانل تخصصی متشکل از ۲۵ متخصص اخلاق پزشکی قرار گرفت و در نهایت بیست پرسش‌نامه تکمیل شد و به پژوهشگر بازگردانده شد. این پرسش‌نامه‌ها زمینه‌ی سنجش روایی محتوا قرار گرفتند.

جدول شماره ۲ - CVR

| ردیف | مؤلفه‌ها | CVR |
|------|--|-----|
| 1 | پزشکان از دانش و مهارت و تجربه‌ی کافی برای طبابت برخوردار باشند. | 0/9 |
| 2 | پزشکان در برابر وظایف خود برای درمان بیماران، مسئولیت‌پذیر باشند. | 1 |
| 3 | پزشکان در برابر آنچه در ارتباط با بیمار انجام می‌دهند، پاسخ‌گو باشند. | 0/8 |
| 4 | پزشکان وضعیت بیمار را درک و با او همدلی کنند. | 0/8 |
| 5 | پزشکان با حوصله و دقت به بیماران خود گوش فرا دهند. | 0/8 |
| 6 | پزشکان با بیماران خود فقط رابطه‌ی درمانی برقرار کنند و از روابط شخصی بپرهیزند. | 0/7 |
| 7 | پزشکان با بیماران خود رفتار محترمانه داشته باشند. | 1 |
| 8 | پزشکان رازدار بیماران خود باشند. | 1 |
| 9 | پزشکان در برابر بیماران خود صادق و راست گو باشند. | 0/9 |
| 10 | پزشکان به حریم خصوصی بیماران خود احترام بگذارند. | 1 |
| 11 | پزشکان سلامت بیماران را بر منافع خویش ترجیح دهند. | 0/8 |
| 12 | پزشکان برای ویزیت بیماران وقت کافی صرف کنند. | 0/9 |

این پژوهش، هر یک به طریقی سبب‌ساز اعتماد عمومی مردم به پزشکان خواهند شد. برخی از این نوزده عامل در مقالات مرتبط با اعتماد آمده‌اند و برخی در ابزارهای موجود سنجش «اعتماد بیمار به پزشک» استفاده شده‌اند؛ اما هیچ مقاله و ابزاری یافت نشد که همه‌ی این عوامل را به‌صورت منسجم جمع‌آوری کرده باشد. همچنین همان‌گونه که در ابتدای همه‌ی محورهای پرسش‌گری گفته شد، این عوامل که مبتنی بر اوضاع فرهنگی و اجتماعی ایران هستند، عبارت‌اند از: الف. حاذق بودن (برخورداری از دانش به‌روز و مهارت کافی)؛ ب. مسئولیت‌پذیری؛

ج. پاسخ‌گویی در برابر مسئولیت‌های خود در قبال بیماران؛

د. پرهیز از روابط رمانتیک و کاری و اداری با بیمار
ه. همدلی؛

و. گوش دادن به سخنان بیمار با حوصله و دقت؛
ز. احترام؛

ح. رازداری نسبت به بیماران؛

ط. صداقت و راست‌گویی؛

ی. ترجیح منافع بیماران بر منافع خود؛

ک. مراعات حریم خصوصی بیماران؛

ل. دادن اطلاعات کافی و قابل فهم درباره‌ی بیماری و تجویزهای ممکن به بیماران؛

م. مشارکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری برای درمانشان؛

ن. اختصاص وقت کافی برای ویزیت بیماران؛

س. دقت لازم برای ویزیت بیماران؛

ع. رعایت نوبت و اهمیت دادن به وقت بیماران؛

ف. پرهیز از اقدامات تشخیصی و درمانی غیرضروری (آزمایش و رادیولوژی و سونوگرافی و نوار...)

ص. دریافت نکردن پول زیرمیزی؛

ق. ابراز صادقانه‌ی خطای پزشکی صورت‌گرفته در خصوص بیمار.

عمومی مردم به جامعه‌ی پزشکی است.

ب. مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی

توضیحات افراد این‌گونه بود که مسئولیت‌پذیری یعنی پزشک وظایف خود را در برابر بیمار بداند و نسبت به درست انجام‌دادن آن‌ها متعهد باشد؛ همچنین مسئولیت هر اقدامی را که انجام می‌دهد، بپذیرد. پاسخ‌گویی نیز یعنی اینکه بابت مسئولیت‌های خود برای بیمار توضیحات کافی بدهد و به او نشان دهد که بابت مسئولیت‌هایش پاسخ‌گوست و چنانچه به هر دلیل از انجام مسئولیت‌هایش خودداری کرد، توضیح دهد یا جبران کند.

ج. پرهیز از روابط رمانتیک و کاری و اداری با بیمار

گزاره‌های حاکی از این عامل بسیار کم بود و تعداد کمی از افراد به آن اشاره کردند؛ از این‌رو، در ابتدا جزء زیرمجموعه‌های مسئولیت‌پذیری قرار گرفت؛ اما چون همگان به اهمیت اثر آن بر اعتماد عمومی مردم به جامعه‌ی پزشکی صحنه گذاشتند، به‌عنوان عاملی مجزا در نظر گرفته شد.

گزاره‌ها از این قرار بودند که

- برخی پزشکان با بیمارانی که سمت و عنوانی دارند یا ثروتمندند یا حرفه‌ای خاص دارند، رابطه‌ای متفاوت برقرار می‌کنند و به اصطلاح آن‌ها را حسابی تحویل می‌گیرند و خارج از نوبت آنان را می‌بینند و مداوایشان می‌کنند.

- برخی پزشکان مرد، با بیماران خانم رفتاری متفاوت نشان می‌دهند و به اصطلاح چشم ناپاکی می‌کنند و درصد برقراری رابطه‌ای رمانتیک و سوءاستفاده از آنان برمی‌آیند.

- برخی پزشکان لیستی از بیماران و شغل‌هایشان تهیه کرده‌اند و در مواقع لزوم از آن‌ها استفاده می‌کنند.

در مجموع، همه‌ی گزاره‌های پیش‌گفته بر اعتماد عمومی مردم به جامعه‌ی پزشکی تأثیر سوء می‌گذارند.

| ردیف | مؤلفه‌ها | CVR |
|------|---|-----|
| 13 | پزشکان برای ویزیت بیماران دقت کافی اعمال نمایند. | 0/8 |
| 14 | پزشکان درباره‌ی بیماری، تشخیص و درمان های ممکن آن، به بیماران اطلاعات کافی و قابل فهم ارائه کنند. | 0/8 |
| 15 | پزشکان، بیماران را در تصمیم‌گیری درمانی مشارکت دهند. | 0/8 |
| 16 | پزشکان به وقت بیماران احترام بگذارند. | 0/8 |
| 17 | پزشکان از تجویز اقدامات تشخیصی و درمانی غیرضروری و پرهزینه خودداری کنند. | 0/8 |
| 18 | پزشکان در صورت بروز خطای پزشکی، آن را صادقانه به بیمار بگویند و مسئولیت آن را بپذیرند. | 0/9 |
| 19 | پزشکان پول زیرمیزی و غیرمعمول از بیماران دریافت نکنند. | 0/9 |

با توجه به آنکه حداقل مقدار روایی برای تعداد بیست متخصص، ۰/۴۲ است و نیز برای هر نوزده مؤلفه مقدار CVR محاسبه‌شده بیش از این مقدار است، مطالعه‌ی جاری از روایی محتوایی بالایی برخوردار است. میانگین CVI نیز ۰/۹۴۴ به دست آمد که از عدد ۰/۷۹ بالاتر است و روایی محتوای مقیاس را تأیید می‌کند.

در ادامه به بیان یافته‌های مرتبط با هر یک از عوامل می‌پردازیم:

الف. حاذق بودن

عموم مردم اعتماد به پزشکان را در وهله‌ی اول، با دانش و مهارت ایشان مرتبط می‌دانند و سپس عوامل دیگر را دخیل می‌کنند. تقریباً همه گروه‌ی ب و ج و برخی از گروه الف متذکر شدند که امروزه سطح دانش و مهارت پزشکان در جامعه به شکل کلی کاهش و تعداد پزشکان کم‌معلومات و غیرحاذق افزایش یافته که نتیجه‌ی آن کاسته‌شدن از اعتماد

د. همدلی

صاحب‌نظران روان‌شناسی در گروه ب و صاحب‌نظران اخلاق پزشکی در گروه الف، واژه‌ی «همدلی» را برای این مؤلفه در پژوهش حاضر به کار گرفتند؛ این در حالی است که سایر شرکت‌کنندگان پژوهش با اینکه به شیوه‌های مختلف گزارشگر همدلی بودند، هرگز از واژه‌ی همدلی استفاده نکردند؛ البته عملاً متذکر معنا و محتوای آن بودند:

- پزشکان عموماً وضعیت بیمار را درک نمی‌کنند و خود را جای او نمی‌گذارند.

- رفتار پزشکان با بیماران به گونه‌ای است که هرگز حاضر نمی‌شوند با خودشان کسی آن‌گونه رفتار کند.

- پزشکان غالباً نمی‌دانند که مردم با چه گرفتاری‌هایی نوبت می‌گیرند و از راه دور می‌آیند و خرج می‌کنند تا بلکه دردشان درمان شود.

- پزشکان عموماً با بی‌توجهی به وضعیت روحی و روانی بیمار، به او خبرهای بد می‌دهند.

- برخی پزشکان معمولاً رفتاری مکانیکی و خشک با بیمار دارند؛ انگار نه انگار مشغول حرف‌زدن با یک انسان هستند، انگار نه انگار که طرف آن‌ها احساس دارد.

- پزشکان عموماً از موضع بالاتر با بیماران صحبت می‌کنند و آنان را نصیحت می‌کنند؛ همچنین انتظار دارند همه چیز آن‌گونه که می‌خواهند انجام شود؛ درحالی‌که بیماران ویژگی‌های روانی و اجتماعی و اقتصادی خاصی دارند که در تصمیماتشان دخیل است اما پزشک هرگز نمی‌خواهد آن شرایط را بشنود و بداند و شرایط بیمار را درک کند.

- وقتی نگرانی‌های بیمار برای پزشک بی‌اهمیت باشد، احساس بی‌اعتمادی در وجود بیمار شکل می‌گیرد.

ه. احترام

احترام پزشک به بیمار از عواملی است که همه با استفاده از این جمله که پزشکان باید به بیماران احترام بگذارند، اذعان

کرده‌اند که این عامل نقشی مهم در ایجاد اعتماد میان مردم و پزشکان خواهد داشت. اینکه بی‌احترامی به بیماران امر شایعی شده است، گزاره‌ای بود که همه‌ی شرکت‌کنندگان پژوهش در هر سه گروه عیناً بر آن تأکید کردند و متذکر شدند که بی‌احترامی به بیماران، به‌خصوص در محیط‌های دولتی شایع‌تر است؛ حتی برخی پزشکان به بیماران توهین هم می‌کنند.

نکته‌ی شایان توجه اینکه همه‌ی شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که پزشکان هیچ‌گاه نباید به بیماران توهین کنند و برخی از شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که احترام‌گذاشتن پزشک به بیمار نباید مشروط به رفتار بیمار شود و پزشکان باید همیشه مبادی آداب و احترام باشند.

و. گوش‌دادن به بیمار

همه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش بر این گویه تأکید کردند که گوش‌دادن یک مهارت است و عموم پزشکان در ارتباط با بیمار از این مهارت استفاده نمی‌کنند و این عامل برای بیماران بسیار برخورنده و دغدغه‌آمیز است و موجب کم‌شدن اعتماد عمومی به پزشکان کشور هم شده است.

ز. رازداری

جملات زیر نمونه‌ای از گزاره‌های مؤید نقش رازداری در اعتماد عمومی مردم به پزشکان بود و هیچ‌کس نظری جز این نداشت: همیشه پزشکان محرم اسرار بیماران بوده و هستند؛ یعنی بیماران به راحتی اسرار خود را به پزشکان می‌گویند؛ اما اگر پزشکان از این اسرار محافظت نکنند، اعتماد عمومی به جامعه‌ی پزشکی از بین می‌رود. متأسفانه به نظر می‌رسد که خیلی از پزشکان نمی‌دانند که همه‌ی اطلاعات بیمار راز اوست و باید از آن محافظت شود. خیلی از پزشکان حتی نمی‌دانند که رازداری پزشکی چیست. در مجموع اینکه محافظت‌نکردن از اسرار بیماران در جامعه‌ی ایران شایع شده و اعتماد عمومی مردم به پزشکان را بسیار مخدوش کرده است.

معاینه به ایشان می‌سپارند و همه اطلاعات لازم را در اختیار ایشان می‌گذارند به این دلیل است که به آن‌ها اعتماد دارند؛ پس پزشکان نیز باید به حریم خصوصی بیماران احترام بگذارند تا اعتماد محفوظ ماند. این عامل چنان بدیهی بود که بی‌هیچ چالشی از عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان منظور شد.

ک. دادن اطلاعات کافی و قابل فهم درباره‌ی بیماری و

تجویزهای ممکن به بیماران

این موضوع را که متخصصان اخلاق پزشکی گروه الف مطرح کردند، محل بحث‌ها و چالش‌های فراوان قرار گرفت. برخی از شرکت‌کنندگان گروه الف که عمدتاً از پزشکان بودند، اذعان داشتند که پزشک نباید وقت خود را صرف آموزش بیمار کند و برخی می‌گفتند که آگاهی‌افزایی بیمار امری دست‌وپاگیر برای پزشک است و از انجام بهترین کار برای او جلوگیری می‌کند. برخی جمله‌های مرتبط، حاکی از این بودند که امروزه مردم دانستن و اشراف نسبت به خود را از حقوق مدنی خود می‌دانند و سطح درک و دانش بالاتری از قبل دارند و راحت‌تر توضیحات پزشکان را متوجه می‌شوند. و ماحصل بحث‌های گروهی این‌گونه بود که آگاه‌ساختن بیمار به تشخیص و درمان پیش‌رو:

- به مشارکت او در تصمیم‌سازی کمک می‌کند؛

- موجب می‌شود نسبت به مهارت و حاذق‌بودن پزشک

اطمینان حاصل کند؛

- موجب می‌شود از دستورات پزشک بهتر تبعیت کند؛

- موجب اعتماد بیشتر او به پزشک خواهد شد.

ل. مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری برای درمان

مشارکت‌دادن بیمار در تصمیم‌سازی درمانی با اخذ

مناسب‌ترین تصمیم منافات دارد؛ اما با توضیحات متخصصان

اخلاق پزشکی، عموم شرکت‌کنندگان گروه الف مجاب شدند

ح. صداقت و راست‌گویی

صداقت عاملی است که نبودنش در ارتباط بیمار با پزشک به بی‌اعتمادی سریع می‌انجامد و در درازمدت جامعه را نیز متأثر می‌کند. در اینکه صداقت عاملی مهم در شکل‌گیری و تداوم اعتماد عمومی مردم به پزشکان است شکی وجود ندارد و مصادیق بی‌صداقتی فراوانی بیان شد که موجبات کم‌شدن اعتماد عمومی مردم به پزشکان را در شرایط کنونی رقم زده است؛ مصادیقی از قبیل اینکه

- پزشکان حقیقت بیماری را به بیمار نمی‌گویند.

- برخی پزشکان وقتی موضوعی را نمی‌دانند، صادقانه اقرار نمی‌کنند بلکه به طرق مختلف بیمار را سردرگم می‌کنند تا نفهمد که نمی‌دانستند.

- پزشکان برای منافع خودشان خیلی اوقات حرف‌های دروغ می‌زنند و از عملکرد خود دفاع می‌کنند.

- خیلی‌ها را با استفاده از دروغ مجاب می‌کنند که جراحی شوند یا سزارین شوند.

- دیرآمدن به مطب را با دروغ توجیه می‌کنند.

- در توضیح شدت بیماری اغراق می‌کنند که گونه‌ای دروغ است.

- در توجیه خطای خود دروغ می‌گویند.

- در پرونده‌ی بیمار دروغ می‌نویسند.

ط. ترجیح منافع بیمار بر منافع خود

همه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش تقریباً بر این امر متفق بودند که این عامل، از جمله اصلی‌ترین انتظاراتی است که از یک پزشک داریم و به تبع آن، از جامعه‌ی پزشکی نیز چنین انتظاری می‌رود و بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان تأثیر مستقیم خواهد داشت.

ی. مراعات حریم خصوصی بیماران

اگر بیماران به پزشکان اعتماد می‌کنند و خود را برای

که امروزه عصر پدرسالاری در حوزه‌ی سلامت به پایان رسیده و بهتر است اتونومی بیمار لحاظ شود تا اعتماد عمومی مردم به پزشکان قوام بیشتری یابد.

خلاصه بحث‌های گروه الف که مؤید تأثیر این عامل بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان بود به قرار زیر است:

- سلامت وجوه روانی و اجتماعی هم دارد و خیلی اوقات برخی از این وجوه را پزشک نمی‌داند و باید طی روند مشارکت در تصمیم‌سازی متوجه شود.

- خیلی اوقات راه‌های تشخیصی و درمانی فراوانی وجود دارد که از نظر پزشک چندان تفاوتی ندارند؛ اما از نظر بیماران متفاوت به نظر می‌رسند.

- خوب است بیمار در تصمیم‌گیری مشارکت کند تا شرایط اقتصادی خود را در تصمیم دخیل کند.

- همه‌ی دنیا امروزه به این نتیجه رسیده‌اند که اتونومی بیمار و مشارکت او در درمان به بهترین نتایج منجر می‌شود و موجب افزایش اعتماد عمومی مردم به پزشکان خواهد شد.

شرکت‌کنندگان گروه ب با اعتقاد به این اصل، به تأثیر آن بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان اذعان داشتند و بر این باور بودند که پزشکان نباید به جای بیمار تصمیم بگیرند و نباید اختیار بیمار را سلب کنند و اتفاقاً باید آن قدر اطلاعات به بیمار بدهند که بتواند در روند تصمیم‌سازی، مشارکت فعال داشته باشد؛ تنها چالش بر سر مواردی بود که بیمار تصمیم می‌گیرد اختیار خود را سلب کند و تصمیم‌گیری را به پزشک واگذار کند که عملاً در مواقعی اتفاق می‌افتد که اعتماد میان بیمار و پزشک برقرار باشد. اغلب شرکت‌کنندگان در پژوهش، بر ضرورت این عامل توافق داشتند؛ البته برخی همچنان موافق نبودند و می‌گفتند که جامعه‌ی ایران آماده‌ی پذیرش این مؤلفه نیست و تعادل موجود میان پزشک و بیمار را بر هم خواهد زد. با این حال، در بحث‌های نهایی تصمیم بر آن شد که این عامل جزء عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان

قرار گیرد.

م. اختصاص وقت کافی و دقت لازم برای ویزیت بیماران

شاید از جمله اصلی‌ترین دغدغه‌های شرکت‌کنندگان گروه ب و متخصصان اخلاق پزشکی گروه الف همین دو موضوع مرتبط با هم بود و این اعتقاد کلی وجود داشت که پس از حاذق بودن پزشک، این دو موضوع بیشترین اهمیت را دارند؛ البته برخی پزشکان گروه اول علی‌رغم پذیرش تأثیر این دو عامل بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان، به مبلغ اندک حق‌الزحمه‌ی ویزیت در ایران اشاره می‌کردند که چنانچه این دو عامل در شرایط کنونی در کانون توجه قرار داده شوند، چون عموماً از جانب پزشکان رعایت نمی‌شود، بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان تأثیر نامطلوب می‌گذارد. لکن وزن جملات حاکی از تأثیر این سه عامل بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان به گونه‌ای بود که طی بحث‌های نهایی مقرر شد هر سه مؤلفه، جزء عوامل مؤثر بر اعتماد مردم به پزشکان باشند و تحت سه عامل مجزا از هم نیز نگاشته شوند.

ن. رعایت نوبت و اهمیت دادن به وقت بیماران

بی‌هیچ چالشی، همگی اذعان داشتند که رعایت نوبت و اهمیت دادن به وقت بیماران عاملی مهم در اعتماد عمومی مردم به پزشکان است. لکن گزاره‌های زیر هم عنوان شد:

- برخی پزشکان به وقت بیماران اعتنا نمی‌کنند و معطل شدن بیهوده‌ی بیماران برایشان مهم نیست.

- بی‌اعتنایی پزشکان به وقت قبلی و نوبت‌دهی به معنای بی‌اهمیت انگاشتن دیگران است.

- برخی پزشکان از قصد بیماران را معطل می‌کنند تا مطبشان شلوغ شود و اسباب شهرتشان گردد.

س. پرهیز از تقاضاهای تشخیصی غیرضروری و

انجام دادن جراحی‌های غیرضروری

نظر اغلب افراد این بود که تقاضای پاراکلینیک تشخیصی امروزه خیلی زیاد شده است و خیلی اوقات بی‌دلیل و

گزارش همه‌ی شرکت‌کنندگان حاکی از آن بود که عموماً پزشکان مسئولیت خطای خود را نمی‌پذیرند و روند پیگیری در سازمان نظام پزشکی و دادگستری هم بسیار طولانی و خسته‌کننده است. این امر موجب بی‌اعتمادی به پزشکان می‌شود؛ لذا با توجه به شفافیت گزاره‌های شرکت‌کنندگان خطای پزشکی از عوامل اثرگذار بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان به شمار می‌رود و خود شامل چند موضوع است: افزایش خطای پزشکی در جامعه، کتمان‌کردن آن از بیماران، عدم پذیرش خطای صورت‌گرفته توسط پزشکان، حمایت‌نکردن سازمان نظام پزشکی از بیماران، طولانی‌بودن روند پیگیری قضایی در کشور.

بحث و نتیجه‌گیری

اعتماد یکی از مهم‌ترین عوامل شکل‌گیری رابطه بین پزشکان و بیماران است و سنجش و اندازه‌گیری آن در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های حوزه‌ی سلامت نقشی مهم خواهد داشت. در این تحقیق، نتایج حاصل از مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و مصاحبه‌ها و FGDها، پس از تحلیل محتوا به نوزده عامل منجر شد که به زعم این پژوهش، هر یک به طریقی سبب فراهم‌شدن اعتماد عمومی مردم به پزشکان خواهند شد. برخی از این نوزده عامل در مقالات مرتبط با اعتماد آمده‌اند و برخی در ابزارهای موجود سنجش اعتماد بیمار به پزشک استفاده شده‌اند؛ اما هیچ مقاله و ابزاری یافت نشد که همه‌ی این عوامل را یک‌جا جمع‌آوری کرده باشد و همان‌گونه که پیش از این گفته شد، این عوامل مبتنی بر اوضاع فرهنگی و اجتماعی ایران است؛ به سخن دیگر، نوزده عامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان که در این تحقیق برشمرده شده، کاملاً بومی و منطبق با شرایط کنونی ایران است.

بسیاری از این عوامل به ارتباط فردی پزشک و بیمار

غیرضروری است و می‌تواند به دلایلی چون: کم‌سوادی پزشکان، کوتاهی‌کردن در معاینه‌ی بیمار، کم‌حوصلگی پزشک، وقت‌نگذاشتن و گوش‌ندادن به بیمار، دریافت سود از مراکز پاراکلینیک، پزشکی دفاعی^۱ باشد.

گزارش‌های شرکت‌کنندگان حاکی از آن بود که امروزه انجام جراحی‌های غیرضروری نظیر سزارین‌های غیرضروری و جراحی دیسک کمر و تعویض مفاصل و اعمال جراحی مربوط به سینوس‌ها و انحرافات بینی و اعمال جراحی ترمیمی و زیبایی و... بسیار افزایش یافته است. با وجود آنکه بسیاری از اوقات روش‌های غیرجراحی وجود دارد، پزشکان به دلایل منفعت‌طلبانه اقدام به جراحی می‌کنند و این امر به اعتماد عمومی مردم به پزشکان لطمه زده است.

ع. دریافت نکردن پول زیرمیزی

دریافت پول زیرمیزی گرچه مصداق منفعت‌طلبی و زیاده‌خواهی است، چون به شکلی اختصاصی و با همین عنوان مطرح شد و همه‌ی افراد به آن اشاره کردند و هیچ چالشی بر سر آن نبود، به‌عنوان عاملی تأثیرگذار بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان در نظر گرفته شد.

ف. ابزار صادقانه‌ی خطای پزشکی

گزارش هر سه گروه الف و ب و ج حاکی از آن بود که چنانچه پزشکان دچار خطا شوند و صادقانه نگویند و پنهان کنند، بر بی‌اعتمادی مردم می‌افزایند. بنا بر گزارش گروه الف، پزشکان بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی‌های زیادی مرتکب می‌شوند که بر بی‌اعتمادی عمومی اثر می‌گذارد. گزارش گروه ب و ج نیز حاکی از آن بود که امروزه گزارش‌های بیشتری از خطای پزشکان می‌شنویم و این موضوع شاید به دلیل زیادشدن خطای پزشکی یا بیشتر آگاه‌شدن مردم از خطای پزشکان باشد؛ از این رو، بی‌اعتمادی به پزشکان هم بیشتر شده است.

1. Defensive Medicine

در این تحقیق از عوامل اثرگذار بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان دانسته شده‌اند. این عوامل در تحقیقات دیگر دیده نمی‌شوند و به واقع مایه‌ی تعجب و ناراحتی است که پزشکان به بیماران بی‌احترامی کنند و با درک نکردن آنان، سبب معطل شدن و سردرگمی آنان شوند.

در شرایط کنونی، هم خطای پزشکی بیشتر شده و هم پزشکان مسئولیت آن را نمی‌پذیرند و درصدد جبران آن بر نمی‌آیند؛ از این رو، بیماران برای آنکه حقوق خود را بستانند ناچار می‌شوند شکایت کنند؛ از سوی دیگر، سازمان نظام پزشکی در عوض حمایت از بیمار، از پزشکان حمایت می‌کند؛ طولانی بودن فرایند دادرسی در دادگاه‌ها از دیگر سو، موجب می‌شود بین بیماران و پزشکان فاصله افتد و نگاه منفی بیماران به پزشکان شدت یابد که بی‌گمان به بی‌اعتمادی بیشتر دامن می‌زند.

در گزارش محققان پیشین آمده است که چنانچه پزشک منفعت بیمار را بر منافع خود ترجیح دهد موجب افزایش اعتماد خواهد شد (۳). نتیجه‌ی این تحقیق نیز حاکی از آن است که منفعت‌طلبی و زیاده‌خواهی پزشکان موجب بی‌اعتمادی عمومی مردم به ایشان شده است؛ در حقیقت، برخی پزشکان، بیماران را چونان کالایی برای رسیدن به سود شخصی می‌نگرند و بیماران هم اغلب به همین دلیل به پزشکان بی‌اعتماد شده‌اند

موضوع پول زیرمیزی از موضوعات عجیبی است که به ادعای این تحقیق به اعتماد عمومی مردم به پزشکان بسیار لطمه زده است و حکایت از آن دارد که پزشکان جراح به حق و حقوق قانونی خود راضی نیستند و چندین برابر آن را از بیماران دریافت می‌کنند.

نتیجه‌ی نهایی آنکه شرکت‌کنندگان این پژوهش عمدتاً با مرور خاطرات و تجربیات حاکی از بی‌اعتمادی، به ذکر نظرات و جملات خود می‌پرداختند و علی‌رغم آنکه

بازمی‌گردند و در تحقیقات قبلی نیز آمده‌اند که به‌عنوان مثال می‌توان به مؤلفه‌های حاذق بودن (برخورداری از دانش به‌روز و مهارت کافی)، با حوصله و دقت گوش‌دادن به سخنان بیمار، رعایت اخلاق پزشکی، رازداری نسبت به بیماران، صداقت و راست‌گویی، ترجیح منافع بیماران بر منافع خود، احترام به حریم خصوصی بیماران، دادن اطلاعات کافی و قابل فهم درباره‌ی بیماری و تجویزهای ممکن به بیماران، مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری برای درمان، اختصاص وقت کافی برای ویزیت بیماران، دقت لازم برای ویزیت بیماران و اعتماد تعمیم‌یافته اشاره کرد.

البته برخی یافته‌های این تحقیق در تحقیقات قبلی نیامده‌اند؛ از قبیل مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی در برابر مسئولیت‌های خود در قبال بیماران، پرهیز از برقراری رابطه‌ای به‌جز رابطه‌ی درمانی (پزشک - بیمار)، همدلی، احترام به وقت بیماران، پرهیز از تقاضاهای تشخیصی غیرضروری (آزمایش و رادیولوژی و سونوگرافی و نوار...)، پرهیز از انجام‌دادن جراحی‌های غیرضروری و پرهیز، چشم‌پوشی از منفعت‌طلبی و زیاده‌خواهی، دریافت نکردن پول زیرمیزی و نقش خطای پزشکی.

در این تحقیق شرکت‌کنندگان از شرایط کنونی حاکم بر جامعه نیز صحبت کردند؛ اینکه پزشکان عموماً مسئولیت‌پذیر و پاسخ‌گوی اعمال خود نیستند؛ در نتیجه بیماران احساس می‌کنند بی‌اهمیت هستند و پزشکان اموری مهم‌تر از آن‌ها دارند. چنین نمونه‌هایی به بی‌اعتمادی به پزشکان دامن می‌زند. شرکت‌کنندگان در این تحقیق بر این باور بودند که پزشکان رابطه با بیمار را صرفاً برای سلامت و منفعت بیمار نمی‌خواهند؛ بلکه به دنبال استفاده‌ی شخصی و حتی سوءاستفاده از بیمار نیز هستند.

همدلی نکردن با بیمار، احترام‌نگذاشتن به بیمار، بی‌اعتنایی به وقت بیماران و معطل کردن آن‌ها، از دیگر مقولاتی است که

اکنون با معلوم شدن عوامل مؤثر بر اعتماد عمومی مردم به پزشکان و روایی محتوایی قبول کردنی برای آن‌ها، پیشنهاد می‌شود که این سرمایه‌ی اجتماعی طی تحقیقات بعدی سنجیده و اندازه‌گیری شود تا وضعیت کنونی و روند رشد یا افول آن معلوم شود.

پژوهشگر در پی کشف عوامل مؤثر بر اعتماد بود، شرکت‌کنندگان عمدتاً به عواملی اشاره می‌کردند که موجب بی‌اعتمادی بیماران به جامعه‌ی پزشکی شده است. در واقع، علی‌رغم تلاش پژوهشگر برای پرسش از عوامل مؤثر بر اعتماد، آن‌ها مجدداً از عوامل موجب بی‌اعتمادی می‌گفتند. این امر برای پژوهشگر نشانه‌ی خوبی نبود و چنین تداعی می‌کرد که گویی همه‌ی شرکت‌کنندگان وضعیت غالب را بی‌اعتمادی مردم به پزشکان می‌دانستند و پژوهشگر به این فرضیه رسید که شاید بی‌اعتمادی مردم به پزشکان از حد بحرانی^۱ گذر کرده است؛ لذا با وجود آنکه همواره پزشکان حاذق و معتمد بسیاری بوده و هستند که با تمام وجود برای سلامت مردمان زحمت می‌کشند و هیچ‌کس نیست که قدردان اخلاص آن‌ها نباشد، باز هم اعتماد عمومی مردم به پزشکان در شرایطی بحرانی قرار دارد و لازم است فکری برای آن شود و مداخلاتی اساسی صورت بگیرد تا این سرمایه‌ی مهم اجتماعی حفظ شود و احیا گردد.

1. Critical Mass

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

منابع

- 1- Amirahmad Sh, Fereshteh N. Trust realization in physician-patient relationship . Medical Ethics and History of Medicine 2015; 5(5): 76-91.
- 2- Bourne PA, Francis CG, Kerr-Campbell MD. Patient care: Is interpersonal trust missing?. North American journal of medical sciences. 2010; 2(3): 126.
- 3- Larijani B. [Pezeshk va Molahezate Akhlaghi]. V1. Tehran: Barayeh Farda; 1383. [in Persian]
- 4- Amid H. [Farhang Amid]. Tehran: Amirkabir; 1369. p201. [in Persian]
- 5- Shojaei A, Abolhasani Niaraki F. Criteria of trust in the physician-patient relationship. Medical Ethics and History of Medicine. 2013; 5(7): 79-90. [in Persian]
- 6- Beckers K, Côté I, Faßbender S, Heisel M, Hofbauer S. A pattern-based method for establishing a cloud-specific information security management system. Requirements Engineering. 2013; 18(4): 343-95.
- 7- Goold SD. Money and trust: Relationships between patients, physicians, and health plans. Journal of Health Politics, Policy and Law. 1998; 23(4): 687-95.
- 8- Mirfardi A, Hakim A. [Barressi RabeteH Gerayesh Digarkhahaneh va Etemad Ejtemaei dar Ravabete Bein Shakhsi, Moredeh Motaleh Sakenan 18 Sal be BalayehSshahr-e Yasooj]. Jameeashenasi Karbordi. 2017; 27(4): 27-46. [in Persian]
- 9- Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. Jama. 1996; 275(21): 1693-7.
- 10- Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychological Reports. 1990; 67(3):1091-100.
- 11- Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The primary care assessment survey: Tests of data quality and measurement performance. Medical care. 1998; 728-39.
- 12- Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. Jama. 1998; 280(19): 1708-14.
- 13- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel psychology. 1975; 28(4): 563-75.

Investigating the Factors Affecting Public Trust in Doctors in Iran

Amir Ahmad Shojaee^{*1}, Mirsaeed Yekaninejad², Sima Amini³

¹Assistant Professor, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Epidemiology & Biostatistics, Tehran, Iran.

³MD, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

The most important factor in interpersonal relationships is trust. Trust in the physician-patient relationship is key and essential. Understanding the factors that affect trust is a prerequisite for trust. These factors vary in different societies. So we need to identify these factors and provide a single criterion for measuring them. Therefore, because we need a tool to measure these different factors in the context of culture and society, the purpose of this study is to determine the factors that influence public confidence in physicians to provide the necessary evidence for making appropriate instruments in Iran. The first step was to investigate the factors affecting patients' confidence in physicians during a library study. Then, during interviews and numerous discussion sessions, nineteen factors influencing public confidence in physicians were provided. Then, to determine the content validity, twenty experts evaluated the transparency, relevance and importance of the factors. Content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) were measured. CVR value for each of nineteen factors was 0.42, therefore content validity of the tool was significant with P.value 0.05. CVI value was 0.944 and content validity of the tool was confirmed. Factors affecting public confidence in physicians in Iran include 19 factors extracted during this study and can be used as factors for assessment of public confidence in physicians. Factors affecting public confidence in physicians in Iran include 19 factors extracted during this study.

Keywords: Medical ethics, Trust, Physician-Patient relationship, Factors affecting trust

* Corresponding Author: dramirahmadsh@yahoo.com