

## بررسی تعهد حرفه‌ای دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه بیماران

مهدی فراتی کاشانی<sup>۱</sup>، سهیلا دبیران<sup>۲</sup>، مهشاد نوروزی<sup>۳</sup>، کیارش آرامش\*<sup>۴</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

با توجه به اهمیت تعهد حرفه‌ای در خدمات پزشکی، ارائه‌ی ابزار مناسب جهت سنجش تعهد حرفه‌ای و بررسی تأثیر عواملی هم‌چون آموزش برای آن ضروری است. یکی از بهترین ابزارهای سنجش تعهد حرفه‌ای، پرسشنامه‌ی Wake-Forest است که به منظور سنجش اعتماد بیمار به پزشک مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف این پژوهش معرفی ویراست فارسی این پرسشنامه است. در این مطالعه پس از تهیه‌ی ترجمه‌ی فارسی پرسشنامه و بررسی روایی آن توسط متخصصان این امر و آزمون آن در مطالعه‌ی اولیه، پرسشنامه توسط ۱۵۹ بیمار بستری در بخش‌های داخلی، جراحی و زنان بیمارستان امام خمینی تکمیل شده و نتایج حاصل از آن جهت تعیین نمره‌ی تعهد حرفه‌ای دستیاران و سنجش روایی ساختاری پرسشنامه تحت بررسی قرار گرفت. هم‌چنین تأثیر فاکتورهای دموگرافیک بیماران بر میزان اعتماد آنان به پزشک سنجیده شد.

پرسشنامه از پایایی مناسب برخوردار بود. همبستگی نمره‌ی هر سؤال با امتیاز کل پرسشنامه، و هم‌چنین همبستگی بین سؤالات مناسب بود. میانگین نمره‌ی اعتماد بیماران به دستیاران  $(39/69)$   $(SD = 6/7)$  از حداکثر ۵۰ نمره به دست آمد. توزیع داده‌های حاصل از پرسشنامه از توزیع نرمال تبعیت می‌کرد. بین متغیرهای دموگرافیک بیماران با امتیاز حاصل از پرسشنامه ارتباط معنی‌داری دیده نشد. ویراست فارسی پرسشنامه Wake-Forest از روایی ساختاری مناسبی برخوردار است و می‌تواند جهت سنجش میزان اعتماد بیمار به پزشک و هم‌چنین سنجش سطح تعهد حرفه‌ای پزشکان به کار رود. ادامه‌ی مطالعات جهت هم‌سو سازی این پرسشنامه با فرهنگ کشور توصیه می‌شود.

**واژگان کلیدی:** تعهد حرفه‌ای، پرسشنامه‌ی Wake-Forest، رابطه‌ی پزشک و بیمار، اعتماد

<sup>۱</sup> دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> پزشک عمومی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: kiarasharameh@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

در جهان امروز، تعهد حرفه‌ای (professionalism) در پزشکی معنی و اهمیت ویژه‌ای یافته و معنای گسترده‌ای را در بر می‌گیرد (۱). تعهد حرفه‌ای مجموعه رفتارهایی در نظر گرفته می‌شود که سبب برقراری اعتماد و اطمینان در تعاملات بین پزشک با بیمار و جامعه می‌گردد (۱). ابعاد اصلی تعهد حرفه‌ای را می‌توان در این موارد برشمرد: نوع دوستی (altruism)، وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری (duty and responsibility)، شرافت و درستکاری (honor and integrity)، احترام به دیگران (respect for others)، تعالی شغلی (excellence) و عدالت (justice) (۲).

توانایی‌های پزشک نه تنها به دانش پزشکی، قضاوت بالینی و مهارت او در انجام فرایندهای طبی وابسته است، به اعتقاد ذهنی و عملی او به تعهد حرفه‌ای نیز بستگی تام دارد (۳). اعتماد به این معنی است که فردی با تمایل شخصی اختیار خود را در دست فرد دیگری قرار می‌دهد، با علم به این مطلب که نسبت به عملکرد او آسیب‌پذیر بوده و همچنین توانایی نظارت یا کنترل عملکرد او را ندارد و انتظار دارد که فرد معتمد به نفع اعتمادکننده عمل کند یا حداقل به ضررش کاری انجام ندهد (۴ - ۶). شاید بتوان گفت ایجاد اعتماد اساسی‌ترین عنصر در رابطه‌ی بین پزشک و بیمار محسوب می‌شود، به طوری که می‌تواند بر نتیجه‌ی درمان بیمار نیز مؤثر باشد. برای مثال نشان داده شده که در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ سطح هموگلوبین A<sub>1c</sub> با میزان اعتماد بیمار به پزشک خود مرتبط است (۷).

به کمک ارزیابی است که آموزش‌دهندگان می‌توانند از پیشرفت تعهد حرفه‌ای توسط دانشجویان آگاه شوند و همچنین از موفقیت برنامه‌های آموزشی خود در این زمینه اطمینان حاصل کنند. بنابراین، ارزیابی آموزش‌گیرندگان و برنامه‌های آموزشی تعهد حرفه‌ای، نیازی است که سیستم‌های آموزشی باید در جهت برآورده ساختن آن گام بردارند. قدر

مسلم بدون ابزاری استوار جهت ارزیابی نگرش موجود نسبت به تعهد حرفه‌ای، بحث در مورد چگونگی آموزش رفتار حرفه‌ای امری بی‌فایده به نظر می‌رسد (۳). ارزیابی نگرش به صورت مشاهده‌ی مستقیم امری دشوار است، بنابراین کیفیت نگرش از شواهد قابل اندازه‌گیری برداشت می‌شود؛ شواهدی نظیر بیان عقاید، احساسات یا نیت. به علاوه، شواهد دیگری مانند رفتارهای ظاهری، فیزیولوژیک یا ادراکی برای بررسی نگرش به کار رفته‌اند. اگرچه تحقیقات قبلی با هدف ارزیابی نگرش به تعهد حرفه‌ای بر روی نمایه‌هایی مانند مهارت، رفتار و دیگر موارد منسوب به تعهد حرفه‌ای کار کرده‌اند، اما بر روی ارزیابی اختصاصی نگرش به تعهد حرفه‌ای، تداخلات مؤثر بر آن و همراهی بین نگرش‌های مختلف و رفتار حرفه‌ای تابع آن تمرکز نکرده‌اند (۸).

اگرچه اهمیت اعتماد در رابطه‌ی بین پزشک و بیمار از مدت‌ها قبل وجود داشته است، تنها در سال‌های اخیر اقداماتی در جهت اندازه‌گیری و پردازش نظام‌بندی شده در این حوزه شروع شده است و هیچ اقدامی در این زمینه در کشورهای در حال توسعه صورت نگرفته که این امر می‌تواند ناشی از تأخیر در ارائه‌ی معیاری قابل قبول جهت اندازه‌گیری اعتماد بیمار به پزشک باشد (۹).

اولین اقدام در زمینه‌ی ارائه‌ی وسیله‌ای برای سنجش اعتماد به پزشک در سال ۱۹۷۰ میلادی انجام شد که مورد توجه قرار نگرفت و حتی منتشر نشد (۱۰). اولین مقیاس سنجش منتشر شده به سال ۱۹۹۰ میلادی برمی‌گردد که توسط Anderson و Dedrick تهیه شده است (۱۱). در این مطالعه آمده است که اعتماد بیماران به طور مشخص با تمایل آن‌ها به مشارکت در برنامه‌های درمانی‌شان مرتبط است و موجب رضایت آن‌ها از درمان می‌شود (۱۱). این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ میلادی توسط Thom و همکاران بازبینی و اصلاح شد (۱۲). در این مطالعه اعلام شد که اعتماد بیمار به پزشک موجب افزایش طول مدت مراجعه به پزشک می‌شود و

حرفه‌ای توسط بیماران توصیه شده است و آن را بازخورد مناسبی برای تعهد حرفه‌ای رزیدنت‌ها می‌داند. هم‌چنین پایایی و روایی آن را قابل قبول دانسته و سهولت تکمیل آن توسط بیماران را از نقاط مثبت این پرسشنامه بیان می‌کند (۱۴).

در مقاله‌ای که توسط Hall و همکاران در سال ۲۰۰۶ میلادی در مورد بررسی اعتماد به پزشکان در آمریکا منتشر شده، نویسنده به این مطلب اشاره دارد که پرسشنامه‌ی Wake-Forest (WF) به دلیل عدم وابستگی به تفاوت‌های زبان‌شناسی و فرهنگی و معانی تحت‌اللفظی لغات و متکی بودن به معنای کلی سؤالات، پتانسیل استفاده در بین فرهنگ‌ها و ملیت‌های گوناگون را دارد (۱۰). بر طبق این مقاله تا زمان انتشار آن محققان در چندین کشور غیرانگلیسی زبان مانند آلمان، هلند، سنگاپور، سوئیس و تایوان مشغول ترجمه و به‌کارگیری پرسشنامه‌ی مذکور بوده‌اند (۱۰).

با توجه به ویژگی‌های فوق و نیاز به وجود معیارهای کوتاه و کارآمد برای سنجش تعهد حرفه‌ای در میان فارسی‌زبانان بر آن شدیم که ضمن بررسی ویراست فارسی پرسشنامه‌ی WF، به اندازه‌گیری اعتماد بیماران به دستیاران تخصصی بیمارستان امام خمینی پردازیم و به این وسیله معیار مناسبی را جهت بررسی کمی تعهد حرفه‌ای در ایران معرفی کنیم.

### روش کار

ابتدا پرسشنامه به زبان فارسی برگردانده شد. سپس صحت برگردان فارسی از نظر ترجمه‌ی مناسب، توسط دو متخصص در زمینه‌ی ترجمه‌ی انگلیسی به فارسی بررسی شد. بعد از تدوین ویراست فارسی، پرسشنامه جهت بررسی روایی محتوا از نظر سنجش اعتماد، توسط ۳ نفر از اعضا هیأت علمی دانشگاه، شامل دوفنر از گروه اخلاق پزشکی (با تخصص‌های پزشکی اجتماعی و طب کار) و یک نفر متخصص بالینی از گروه طب داخلی که در عین حال از افراد خبره در زمینه‌ی آموزش پزشکی نیز است، بازخوانی شد. در این مطالعه، اگرچه جهت بررسی روایی محتوای پرسشنامه از نظر صاحب‌نظران در این امر استفاده شد (content

هم‌چنین میزان اعتماد در بیمارانی که پزشک خود را فعالانه انتخاب می‌کنند، افزایش می‌یابد. در نهایت، این مطالعه بیان می‌کند اگرچه اعتماد بیمار به پزشک با رضایت از او تناسب دارد ولی نسبت به آن ماهیت مجزایی داشته و معیاری قابل قبول را جهت ارزیابی کیفیت ارتباط بیمار و پزشک فراهم می‌کند (۱۲). از این زمان به بعد چندین پرسشنامه‌ی دیگر جهت بررسی اعتماد به پزشک ارائه شده‌است.

مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ میلادی توسط Hall و همکاران منتشر شد، که پرسشنامه‌ی Wake-forest را جهت سنجش اعتماد بیماران به پزشک معرفی می‌کرد (۴). بر طبق این مطالعه، اگرچه اعتماد با رضایت (satisfaction) مرتبط است، از آن متمایز می‌باشد. رضایت نتیجه‌ی قضاوت بیمار درباره‌ی تجارب قبلی او با پزشکش می‌باشد در حالی که اعتماد مشخص‌کننده‌ی جنبه‌ای از شخصیت یا صفات رفتاری فرد است که در اصل به آینده جهت می‌دهد. در طراحی سؤالات این پرسشنامه سعی شد که از کلمه‌ی اعتماد یا کلمه‌ی هم‌معنی آن کم‌تر استفاده شود تا برداشت شخصی هر فرد از کلمه‌ی اعتماد در بررسی آن مؤثر نباشد و به عبارت دیگر، اعتماد بر اساس درک غیر وابسته‌ی هر فرد نسبت به معنایی که شخص از هر کلمه در نظر می‌گیرد سنجیده شود. پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۹۳ درصد بوده و هم‌چنین پایایی آزمون مجدد پرسشنامه پس از ۲ ماه ۷۵ درصد گزارش شده است (۴). به منظور بررسی روایی پرسشنامه نیز از پرسشنامه‌ی دیگری که توسط Kao و همکارانش در سال ۱۹۹۸ میلادی تدوین شده بود، استفاده نمودند (۱۳، ۴).

طبق درسنامه‌ای که شورای اعتباربخشی آموزش تخصصی پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> (ACGME) جهت آموزش و ارزیابی تعهد حرفه‌ای برای برنامه‌ریزان و مدرسان آموزش پزشکی در سال ۲۰۰۴ میلادی منتشر کرده است، پرسشنامه‌ی درجه‌بندی اعتماد پزشکان Wake-forest، جهت ارزیابی کمی تعهد

<sup>1</sup> Accreditation Council for Graduate Medical Education

آورده شد.

پرسشنامه جهت مطالعه‌ی پایلوت توسط ۲۰ بیمار که به روش انتخاب آسان گزینش شده بودند از نظر قابل فهم بودن و نحوه‌ی همکاری بیماران مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه در مطالعه‌ی پایلوت بر اساس آلفای کرونباخ ۸۵ درصد بود. اگر چه این میزان از موارد گزارش شده در مطالعه‌ی Hall و همکاران و مطالعه‌ی Bachinger و همکاران در بررسی برگردان هلندی پرسشنامه که به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۸ بودند کم تر است (۱۵، ۴)، هم‌چنان در مقایسه با بسیاری از پرسشنامه‌های معرفی شده برای بررسی اعتماد که طیف پایایی آن‌ها براساس آلفای کرونباخ از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ متغیر گزارش شده است (۹)، از میزان قابل قبولی برخوردار است. در این مطالعه تنها با حذف سؤال دوم میزان پایایی مطالعه افزایش می‌یافت که با توجه به ناچیز بودن این افزایش، نمی‌توان حذف این سؤال را از پرسشنامه توصیه کرد. البته شاید تغییر در نگارش این سؤال بتواند این نقیصه را برطرف کند.

روش مطالعه بررسی مقطعی (cross sectional) بوده و جمعیت مورد مطالعه، بیماران بستری در بخش‌های داخلی، جراحی و زنان بیمارستان امام خمینی شهر تهران بودند. با توجه به نتایج مطالعات قبلی که میانگین ۴۰/۸ و انحراف معیار ۶/۲ برای نمره‌ی اعتماد بیمار به پزشک گزارش شده بود (۴) و با در نظر گرفتن این مطلب که در مطالعات قبلی حدود ۱۵ درصد از بیماران بیمارستان امام خمینی سواد خواندن و نوشتن نداشتند (۱۶)، حجم نمونه ۱۹۵ در نظر گرفته شد. بیماران بالای ۱۸ سال که بیش از ۳ روز غیر تعطیل در بخش بستری بوده و توسط رزیدنت مسؤول ویزیت شده بودند، در این مطالعه وارد شدند. پرسشنامه‌ها در مدت ۲ ماه در سه ماهه‌ی اول سال ۱۳۸۸ تکمیل شدند.

البته در صورتی‌که بیماران سواد خواندن فارسی نداشته و هوشیار نبوده یا توانایی برقراری ارتباط نداشتند، از مطالعه خارج می‌شدند. البته، اگر بیماری در ۲ نوبت مراجعه بر بالین

(validity)، ولی در اصل این پرسشنامه به روایی پرسشنامه‌ی WF تکیه کرده است. با این توجیه، از آنجایی که ترجمه‌ی پرسشنامه مطابق با اصل انگلیسی آن است و پرسشنامه‌ی WF از چندین جهت، مانند بررسی هم‌زمان اعتماد و دیگر مواردی که همراهی آن‌ها با اعتماد به اثبات رسیده است، مانند رضایت بیمار (discriminate validity) و هم‌چنین بررسی اعتماد توسط پرسشنامه‌ی دیگری با روایی مناسب و به‌دست آمدن نتایج مشابه، روایی خود را تأیید کرده است (۹، ۴). این پرسشنامه نیز همانند اصل انگلیسی خود برای بررسی سطح اعتماد بیمار به پزشک، پرسشنامه‌ای روا است. اگرچه با توجه به تفاوت فرهنگ‌ها این موضوع می‌تواند جای بحث داشته باشد، بررسی تطابق فرهنگی پرسشنامه‌ی حاضر و تعیین روایی آن جهت سنجش سطح اعتماد برای فرهنگ کشور ما هدف این مطالعه نبوده و می‌تواند در مطالعات بعدی پاسخ داده شود.

در نهایت، با نظر صاحب‌نظران تغییراتی در قالب سؤالات انجام شد. در پرسشنامه‌ی WF سؤالات به‌صورت نظری از جانب سوم شخص در رابطه با پزشک آمده بود که نام پزشک نیز در متن سؤال ذکر می‌شد. در ترجمه‌ی فارسی این پرسشنامه به جهت پذیرش بهتر مفهوم سؤال از طرف بیمار، هر سؤال به‌صورت بیان نظر از جانب بیمار مطرح شد، به‌عنوان مثال، «پزشکم کاملاً دقیق و حواس جمع است». برای بیان میزان موافقت بیمار با جمله‌ی ذکر شده با توجه به احتمال برداشت اشتباه بیمار، به جای گزینه‌ی بی‌نظر (neutral)، از عبارت «نه موافق، نه مخالف» استفاده شد. بدین ترتیب، پرسشنامه‌ای شامل ۱۰ سؤال تهیه شد که قالب سؤالات به‌صورت بیان نظر از قول خواننده بود و در ادامه پنج گزینه‌ی کاملاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف، جهت بیان میزان موافقت خواننده با جمله‌ی ذکر شده آمده بود. در صفحه‌ی دیگری که روی سؤالات قرار داده شد، علاوه بر توضیح کوتاهی راجع به مطالعه، توضیحات مربوط به اخذ رضایت آگاهانه همراه با سؤالات دموگرافیک

وی، بر روی تختش حضور نداشت نیز از مطالعه خارج می‌شد.

با توجه به مواردی که ذکر شد با مراجعه به دفتر پذیرش، بیماران مورد نظر مشخص شده و با توجه به شماره‌ی تخت بیمار از جدول اعداد تصادفی جهت انتخاب بیمار استفاده شد. سپس نویسنده‌ی اول مقاله، با مراجعه به تخت بیمار، بیمار را از نظر توانایی تکمیل پرسشنامه و مشخصات خروج از مطالعه مورد بررسی قرار می‌داد. در صورتی که بیمار شرایط فوق‌الذکر را دارا بود، توضیحاتی راجع به پژوهش و پرسشنامه به وی داده می‌شد و هم‌چنین در مورد رعایت اصل رازداری در انجام پژوهش و این‌که نتایج به‌صورت کلی و آماری بیان می‌شود و پزشک مربوطه از نتایج آگاه نمی‌شود، به بیمار اطمینان خاطر داده می‌شد. به بیمار توضیح داده می‌شد که منظور از رزیدنت مسؤل، دستیاری است که بعد از ورود به بخش بیمار را ویزیت کرده و هر روز صبح برای ویزیت مجدد بیمار مراجعه می‌کند و از وی خواسته می‌شد که در پاسخ دادن به سؤالات او را در نظر بگیرد. سپس از بیمار جهت همکاری در پژوهش درخواست می‌شد. اگر بیمار توانایی نوشتن نداشت از همراه بیمار درخواست می‌شد که در تکمیل پرسشنامه همکاری نماید. در نهایت، بعد از ۳۰ دقیقه جهت دریافت پرسشنامه‌ی تکمیل شده مجدداً به بالین بیمار مراجعه می‌شد.

داده‌های حاصل از پژوهش پس از ورود اطلاعات به کامپیوتر توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳، با استفاده از شاخص‌های مرکزی، تست‌های آماری غیر پارامتریک (kolmogorove-smirnov) و تست آنالیز واریانس یک طرفه (oneway Anova) و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

از مجموع ۲۱۰ بیمار انتخاب شده برای شرکت در مطالعه، ۳۲ بیمار (۱۵ درصد) سواد خواندن و نوشتن نداشتند و در ۱۷ مورد (۸ درصد) بیماران توانایی جسمی یا ذهنی تکمیل

پرسشنامه را نداشتند. از ۱۶۱ پرسشنامه توزیع شده در بین بیماران، ۱۵۹ بیمار به پرسشنامه پاسخ دادند (response rate: ۹۹%). از بیمارانی که پرسشنامه را تکمیل کردند، ۴۲/۴ درصد مذکر و ۵۷ درصد مؤنث بودند. ۵۵ درصد متأهل بودند. متوسط سن بیماران حدود ۴۰ سال بود که از ۱۸ تا ۸۴ متغیر است ( $SD = ۱۶/۵$ ). اکثر بیماران (۴۷/۳ درصد) تحصیلات زیردیپلم داشتند و ۵۷ درصد آنان ساکن تهران بودند. ۵۶/۳ درصد بیماران سابقه‌ی بستری در بیمارستان را داشتند که از این میان ۶۵ درصد سابقه‌ی بستری قبلی در همین بیمارستان را داشتند.

پرسشنامه به تناسب تعداد بیمار در بخش‌های داخلی، جراحی و زنان توزیع شد که ۲۳/۴ درصد در بخش جراحی، ۶۰/۸ درصد در بخش داخلی و ۱۵/۸ درصد در بخش زنان تکمیل شد. متوسط زمان بستری بیمار در بخش مربوطه ۱۲/۴۵ روز بود که از ۳ تا ۹۰ روز متغیر بود ( $SD = ۱۳/۲$ ).

پزشکان ویزیت کننده‌ی بیماران ۶۳/۹ درصد مرد و ۲۷/۸ درصد زن بودند و در ۸/۳ درصد موارد نیز بیماران به سؤال مذکور پاسخ نداده بودند یا در مورد جنسیت پزشک، هر دو گزینه‌ی مذکر و مؤنث را علامت زده بودند. در این میان در ۶۳ درصد موارد جنسیت بیمار و پزشک یکسان و ۳۷ درصد غیر یکسان بود.

بیش‌ترین میانگین نمره‌ی اعتماد بیمار به پزشک بر حسب گروه‌های سنی از حداکثر نمره‌ی ۵۰، ۴۰/۶۱ ( $SD = ۶/۰۷$ ) بود که به گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال تعلق دارد.

متوسط نمره‌ی اعتماد بیماران مذکر به پزشک ۳۹/۷۳ ( $SD = ۶/۴۸$ ) و بیماران مؤنث ۳۹/۶۲ ( $SD = ۶/۹۷$ ) بود. این عدد برای بیماران مجرد ۴۰/۶۷ ( $SD = ۶/۸$ ) و بیماران متأهل ۳۹/۱۳ ( $SD = ۶/۷۵$ ) بود. در مورد میانگین نمره‌ی اعتماد بیمار به پزشک بر اساس سطح تحصیلات بیمار اختلاف زیادی بین سه سطح تحصیلی در نظر گرفته شده در این مطالعه وجود نداشت.

میانگین نمره‌ی اعتماد بیمار به پزشک برای بیمارانی که

جنس مذکر و مؤنث و برای پزشکان مرد و زن به طور جداگانه بررسی شده است که نتایج مشابهی به دست آمد مگر در مورد میزان نمره‌ی اعتماد بیمار به پزشکان مرد که با افزایش سن بیمار کاهش می‌یابد. میزان ضریب همبستگی پیرسون به دست آمده،  $0/308-$  است. این در حالی است که بین هم‌خوانی جنس پزشک و بیمار با میزان اعتماد بیمار به پزشک خود ارتباط معنی‌داری به دست نیامد.

همبستگی بین سؤالات و امتیاز پرسشنامه طبق معیار همبستگی پیرسون از  $0/551$  تا  $0/763$  متغیر بود که بیش‌ترین همبستگی بین سؤالات ۶ و ۱۰ یافت شد ( $r = 0/596$ ) و کم‌ترین آن بین سؤالات ۲ و ۶ بود ( $r = 0/156$ ). سؤالات پرسشنامه و میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی هر سؤال با نمره‌ی کل به تفصیل در جدول شماره‌ی ۱ آمده است.

سابقه‌ی بستری قبلی در بیمارستان را داشتند  $39/22$  ( $SD = 6/44$ ) به دست آمد که این نمره برای کسانی که در همان بیمارستان بستری بودند  $40/25$  بود، در مقابل این مقدار برای کسانی که سابقه‌ی بستری نداشتند  $40/11$  ( $SD = 7/08$ ) بود. میانگین نمره‌ی اعتماد به پزشکان مذکر  $39/75$  ( $SD = 6/55$ ) و به پزشکان مؤنث  $39/5$  ( $SD = 7/0$ ) بود. در صورتی‌که جنسیت بیمار و پزشک یکسان بود، میانگین امتیاز اعتماد بیمار به پزشک  $40/18$  ( $SD = 6/32$ ) و در صورت غیریکسان بودن جنسیت، این میزان  $39/15$  ( $SD = 6/87$ ) بود.

در کل بین نمره‌ی اعتماد بیماران و هیچ‌کدام از متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و محل سکونت بیمار، جنسیت پزشک و هم‌خوانی آن با جنسیت بیمار و همچنین بخش بستری بیمار و سابقه‌ی بستری قبلی در بیمارستان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این موارد برای

جدول شماره‌ی ۱ - سؤالات پرسشنامه و میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی

ضریب همبستگی	میانگین (انحراف معیار)	پرسشنامه	سؤالات	
۰/۷۰	۴/۳۱ (۰/۸۲)	WF-P*	پزشکم سعی می‌کند تمامی اقداماتی را که برای مراقبت من لازم است، انجام دهد.	۱
۰/۶۶	۴/۴۸ (۰/۶۳)	WF		
۰/۵۵	۳/۴۱ (۱/۲۳)	WF-P	گاهی اوقات، پزشکم بیش‌تر به مسایلی که برای او راحت‌تر است، می‌پردازد تا نیازهای پزشکی من.	۲
۰/۶۳	۴/۱۳ (۰/۸۶)	WF		
۰/۶۰	۳/۵۸ (۱/۲۳)	WF-P	مهارت‌های پزشکی پزشکم در حد آن‌چه باید باشد نیست.	۳
۰/۵۹	۴/۱۷ (۰/۸)	WF		
۰/۷۴	۴/۱۵ (۰/۹۳)	WF-P	پزشکم کاملاً دقیق و حواس جمع است.	۴
۰/۷۳	۴/۳ (۰/۶۸)	WF		
۰/۶۸	۴/۳۱ (۰/۸۱)	WF-P	من کاملاً مطمئن هستم که پزشکم بهترین تصمیم درمانی را برای من اتخاذ می‌کند.	۵
۰/۷۴	۴/۲۲ (۰/۷۸)	WF		
۰/۷۱	۴/۰۱ (۱/۱۲)	WF-P	من کاملاً مطمئن هستم که پزشکم همه‌ی انتخاب‌های درمانی مناسب را برای من اتخاذ می‌کند.	۶
۰/۷۰	۴/۲۹ (۰/۷۱)	WF		
۰/۵۷	۴/۲۰ (۰/۸۸)	WF-P	پزشکم فقط به این می‌اندیشد که چه کاری به نفع من است.	۷

۰/۷۰	۴/۱۸ (۰/۷۱)	WF		
۰/۶۷	۳/۳۱ (۱/۳۰)	WF-P	گاهی اوقات پزشکم به صحبت‌های من توجه کافی ندارد.	۸
۰/۶۸	۴/۰۹ (۰/۸۲)	WF		
۰/۵۷	۴/۰۹ (۱/۰۵)	WF-P	من از سپردن اختیار سلامتی خود به پزشکم نگران نیستم.	۹
۰/۷۶	۴/۱۳ (۰/۸)	WF		
۰/۷۶	۴/۲۷ (۰/۸۹)	WF-P	روی هم رفته من به پزشکم اعتماد کامل دارم.	۱۰
۰/۸۲	۴/۲۳ (۰/۷۲)	WF		

\* منظور ویراست فارسی پرسشنامه‌ی Wake-Forest است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف کاربردی این مطالعه، معرفی برگردان فارسی پرسشنامه WF برای بررسی سطح اعتماد بیماران به پزشک بود که می‌توان از آن به‌عنوان وسیله‌ای جهت سنجش تعهد حرفه‌ای پزشکان استفاده کرد.

میزان همکاری بیماران در تکمیل پرسشنامه‌ی این مطالعه، بسیار بالا بود (99% : response rate) که این میزان در مقایسه با مطالعه‌ی Hall و همکاران و Bachinger و همکاران، بسیار بیش‌تر است (به ترتیب: ۸۵/۹ درصد، ۵۲ درصد). البته با وجود این که، چنین افزایش همکاری می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی باشد، ولی می‌توان دلایل ذیل را برای آن برشمرد:

دلیل اول این که موضوع هیچ‌کدام از این مطالعات، بیماران بستری در بیمارستان نبودند. در مطالعه‌ی Hall و همکاران مصاحبه به‌صورت تلفنی انجام شد و در مطالعه‌ی Bachinger و همکاران پرسشنامه توسط بیماران سرپایی مراجعه کننده‌ی به درمانگاه تکمیل شد. دومین دلیل این است که مطالعات دیگر بیش‌تر دارای پرسش‌هایی درباره‌ی سایر متغیرهای مؤثر بر اعتماد نظیر پرسشنامه‌هایی در زمینه‌ی توصیف وضع سلامتی بیمار یا میزان اعتماد نسبت به شرکت‌های بیمه‌گر بودند و در نتیجه زمان بیش‌تری جهت تکمیل پرسشنامه یا انجام مصاحبه لازم بوده است که می‌تواند میزان مشارکت را کاهش داده باشد. تفاوت در پرسشگر یا

مصاحبه‌کننده نیز می‌تواند در این امر مؤثر باشد.

میانگین نمره‌ی اعتماد به‌دست آمده در این مطالعه، ۳۹/۷ است که از مطالعه‌ی Hall و همکاران (۳۸/۵) بالاتر بوده ولی از مطالعه‌ی Bachinger و همکاران پایین‌تر است (۱۵، ۴). اگر چه این اعداد به میزان اعتماد نسبت داده می‌شود ولی این مطالعات در شرایط متفاوتی انجام شده است. شاید هر چه میزان اعتماد بیمار به پزشکش بیش‌تر باشد، تمایل او برای شرکت در مطالعه افزایش می‌یابد. با در نظر گرفتن این امر، مشارکت ۵۲ درصد افراد در مطالعه‌ی Bachinger و همکاران می‌تواند میانگین بالای نمره‌ی آن را زیر سؤال ببرد. مطلب دیگر این که با توجه به بستری بودن بیماران مورد مطالعه‌ی ما، شاید نگرانی از عدم رعایت اصل رازداری در انجام مطالعه، بر روی نتیجه‌ی پرسشنامه مؤثر بوده است و میزان اعتماد واقعی از میزان گزارش شده کم‌تر باشد. البته این نگرانی در مطالعات دیگر نیز مانند مطالعه‌ی Bachinger و همکاران ذکر شده است ولی می‌تواند در بیماران بستری در بیمارستان بیش‌تر نمایان شود (۱۵).

هم‌چنین امکان دارد برخی از بیماران پرسشنامه را فقط راجع به پزشک مسؤول خود تکمیل نکرده باشند. گواه این مدعی عدم علامت‌زدن جنسیت پزشک و یا علامت‌زدن هر دو گزینه‌ی مذکر و مؤنث در ۸/۳ درصد پرسشنامه‌هاست. بنابراین، این بیماران می‌توانند برای تکمیل پرسشنامه، کلیه‌ی پزشکان ویزیت‌کننده و حتی گروه پرستاری و دیگر

حاضر تنها سؤال دوم از سؤالات ۲، ۳ و ۸ که منفی هستند، همبستگی کمی را نشان می‌دهند. Hall و همکاران هدف خود را از قرار دادن سه سؤال منفی در پرسشنامه جلوگیری از تمایل ناخودآگاه به دادن پاسخ موافق ذکر کرده‌اند (۴). اگرچه پاسخ به سؤالات منفی نیازمند توجه بیشتر است، ولی این نکته که در پرسشنامه‌ی حاضر هر سه سؤال منفی کم‌ترین میزان همبستگی را با نمره‌ی کل پرسشنامه ندارند، می‌تواند نشان‌دهنده‌ی پاسخ آگاهانه‌ی بیماران به سؤالات باشد (۱۵)، (۴).

در مطالعه‌ی Bachinger و همکاران برای قابل قبول بودن سؤالات در پرسشنامه همبستگی بین سؤالات از ۰/۱ تا ۰/۵ در نظر گرفته شده بود. اگرچه در این مطالعه چنین حد تفکیکی قائل نشدیم، تنها در ۷ مورد از ۴۵ مورد میزان همبستگی بین سؤالات، عدد مربوطه از ۰/۵ بالاتر بود و اکثر موارد بین ۰/۲ تا ۰/۴ گزارش شد که نشان‌دهنده‌ی روایی ساختاری مناسب یا حداقل قابل قبولی برای ترجمه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی WF است (۱۵).

در این مطالعه، بین هیچ‌کدام از متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، محل سکونت و سابقه‌ی بستری در بیمار و جنس پزشک و هم‌خوانی بین جنس بیمار و پزشک با نمره‌ی کل پرسشنامه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعات دیگر نیز این موارد بر اعتماد تأثیری ندارند (۱۵، ۵، ۴). البته همراهی جنس خاص یا سن با میزان اعتماد در برخی از مطالعات به صورت بیشتر یا کمتر گزارش شده که به دلیل تناقض در ارائه‌ی این نتایج، اثر متغیرها زیر سؤال می‌رود. بنابراین، متغیرهایی که تأثیر ثابت شده‌ای بر میزان اعتماد بیمار به پزشک ندارند، بر نمره‌ی کلی این پرسشنامه نیز مؤثر نبوده‌اند. این متغیرها برای بیماران و پزشکان به تفکیک جنسیت بررسی شد که نتایج مشابهی به دست آمد، به جز در یک مورد: در بیمارانی که پزشک مذکر داشتند با افزایش سن بیمار میزان اعتماد به پزشک به طور معنی‌داری کاهش می‌یافت (۱۵، ۴). این نتیجه با نتیجه‌ی تأثیر سن بر میزان اعتماد

قسمت‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات در بیمارستان را نیز در نظر گرفته باشند.

در نهایت این تفاوت می‌تواند ناشی از کم‌تر بودن میزان اعتماد بیماران به پزشکان باشد. مواردی چون عدم توانایی انتخاب پزشک در بیمارستان‌های دولتی که در دیگر مطالعات همراهی واضحی با میزان اعتماد دارد، می‌تواند از عوامل کاهش اعتماد باشد. اگر چه انتظار می‌رود در شرایط دریافت خدمات پزشکی از دستیاران در حال آموزش میزان اعتماد کاهش یابد، ولی مطالعه‌ی Bonds و همکاران نشان داده است که حتی در شرایطی که بیماران با توانایی مالی کم‌تر به درمانگاه‌های آموزشی مراجعه می‌کنند نیز می‌تواند میزان اعتماد بالایی وجود داشته باشد (۵).

موضوع دیگر، ارتباط میزان اعتماد بیمار به پزشک با میزان اعتماد بیمار به سیستم ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی است. در مطالعات نشان داده شده که اعتماد بیمار به نظام خدمات درمانی می‌تواند بر اعتماد بیمار به پزشک مؤثر باشد (۹). بنابراین، از دلایل کم‌تر بودن میزان اعتماد در این مطالعه می‌تواند کم‌تر بودن اعتماد به سیستم خدمات درمانی باشد که متأسفانه در مورد میزان اعتماد بیماران به سیستم خدمات درمانی ایران مطالعه‌ای یافت نشد.

در بررسی میزان همبستگی بین سؤالات و امتیاز کل پرسشنامه، همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۱ آمده است، مانند مطالعه‌ی Hall و همکاران، بالاترین همبستگی متعلق به سؤال آخر است (۴). هم‌چنین در مطالعه‌ی Bachinger و همکاران تنها یک سؤال دارای همبستگی بیش‌تر نسبت به سؤال آخر با نمره‌ی کل پرسشنامه می‌باشد (۱۵). در مورد کم‌ترین همبستگی نیز تا حدودی این مطلب صادق است. سؤال دوم در مطالعه‌ی حاضر کم‌ترین همبستگی را دارد. این سؤال در مطالعات Hall و همکاران و Bachinger و همکاران به جز دو سؤال با کم‌ترین همبستگی نسبت به نمره‌ی کل پرسشنامه است (۱۵، ۴). اگرچه در دو مطالعه‌ی دیگر سه سؤال منفی، دارای کم‌ترین همبستگی با نمره‌ی کل هستند، در مطالعه‌ی

گزارش شده از مطالعه‌ی Bonds و همکاران هم‌خوانی دارد (۵).

می‌توان این موضوع را این‌گونه توجیه کرد که با توجه به این‌که هر دو مطالعه در مورد دستیاران انجام شده و اکثر این پزشکان در سنین جوانی قرار دارند، شاید بتوان نزدیکی سن بیمار و پزشک را بر افزایش اعتماد مؤثر دانست. اگر این‌گونه نتیجه بگیریم که بیماران به پزشکانی که بیش‌تر شبیه خود هستند بیش‌تر اعتماد می‌کنند، در این صورت باید بین هم‌خوانی جنس بیمار و پزشک یا افزایش سطح تحصیلات بیمار با میزان اعتماد ارتباط پیدا می‌شد. اگرچه در مطالعه‌ی Bonds و همکاران بین یکسان بودن جنس بیمار و پزشک با افزایش اعتماد ارتباط وجود دارد و در مطالعه‌ی حاضر نیز میانگین اعتماد بین بیمار و پزشک هم‌جنس نسبت به موارد غیر هم‌جنس بیش‌تر است (۴۰/۱ در مقابل ۳۹)، این ارتباط معنی‌دار نیست.

در مورد سطح تحصیلات در مطالعه‌ی کنونی، افزایش آن منجر به کاهش میانگین نمره‌ی اعتماد شده است که این میزان معنی‌دار نیست. اما در مورد این‌که چرا این نتیجه فقط در مورد پزشکان مرد به دست آمده، می‌توان در نظر گرفت که به دلیل ویژگی‌های فرهنگی، میزان اعتماد به پزشکان زن متأثر از متغیرهای دیگری است که تأثیر کاهش میزان اعتماد با افزایش سن را پوشانده است. در این مطالعه اگرچه میزان اعتماد به پزشکان زن نسبت به پزشکان مرد مانند مطالعه‌ی Bonds و همکاران کاهش یافته است (۳۹/۵ در مقابل ۳۹/۷۵)، ولی این میزان معنی‌دار نیست (۵). البته تحقیق در این زمینه در مطالعات بعدی توصیه می‌شود.

در این مطالعه بین طول زمان رابطه‌ی بیمار با پزشک و میزان اعتماد ارتباطی به دست نیامد، در حالی‌که در مطالعات دیگر، افزایش این مدت با افزایش میزان اعتماد همراه بوده است (۱۵، ۵، ۴). توجیهی که می‌توان بیان کرد این است که در بیماران سرپایی افزایش طول زمان آشنایی با پزشک به معنای مراجعه‌ی اختیاری بیمار به پزشک است که خود

می‌تواند نشانگر دو مطلب باشد: یا بیماران به پزشکانی که مدت بیش‌تری می‌شناسند بیش‌تر اعتماد می‌کنند، یا بیماران به پزشکانی که اعتماد بیش‌تر دارند، بیش‌تر مراجعه می‌کنند و تمایلی به تغییر پزشک خود ندارند. در مطالعه‌ی کنونی طول زمان آشنایی بیمار با پزشک به دلیل تمایل بیمار به تحت‌نظر بودن توسط پزشک خود نیست و صرفاً ناشی از طول دوره‌ی بستری بیمار در بیمارستان است که این موضوع تفاوت در نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر را توجیه می‌کند. اگر چه در این مطالعه نیز با افزایش طول دوره‌ی بستری میانگین نمره‌ی اعتماد به صورت ناچیزی افزایش نشان داده است.

در نهایت، از مهم‌ترین ویژگی‌های این مطالعه، توزیع نرمال نتایج آن است. در مطالعات Hall و همکاران و Bachinger و همکاران نتایج به دست آمده از توزیع نرمال پیروی نمی‌کرد. به‌طور کلی، توزیع در پرسشنامه‌هایی که توسط بیماران تکمیل می‌شود اکثراً از توزیع نرمال پیروی نمی‌کند و به سمت چپ متمایل است (۱۵، ۴). از مزیت‌های پرسشنامه‌ی WF نسبت به سایر پرسشنامه‌های سنجش اعتماد بیماران می‌توان به انحراف (skewness) کم‌تر آن و مشابهت بیش‌تر آن به توزیع نرمال اشاره کرد.

در آثار پژوهشی ایران، مطالعه‌ی جهت سنجش سطح اعتماد بیمار به پزشک یافت نشد. اگر به بررسی سطح تعهد حرفه‌ای پردازیم، مطالعات محدودی در این مورد صورت گرفته است. مطالعه‌ی توسط آرامش و همکاران انجام شده و در آن به بررسی برگردان فارسی پرسشنامه‌ی ABIM<sup>۱</sup> جهت سنجش تعهد حرفه‌ای پرداخته است که متوسط نمره‌ی دستیاران (۱۰۶ از ۱۵۰) کم‌تر از این مطالعه بوده است (۲). البته با توجه به تفاوت مقیاس سنجش و حتی افراد تکمیل‌کننده‌ی پرسشنامه که در این مطالعه دستیاران و در مطالعه‌ی ما بیماران بودند، شاید این دو میزان قابل مقایسه نباشد.

با توجه به آن‌چه گفتیم، برگردان فارسی پرسشنامه‌ی WF

<sup>۱</sup> American Board of Intenal Medicine

## منابع

- 1- Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75(6): 612-16.
- 2- Aramesh K, Mohebi M, Jessri M, Sanagou M. Measuring professionalism in residency training programs in Iran. *Med teach* 2009; 31(8): 356-61.
- 3- Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med* 2002; 77(6):502-15.
- 4- Hall M , Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A. Measuring patients trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev* 2002; 59(3): 293-318.
- 5- Bonds DE, Foley KL, Dugan E, Hall MA, Extrom P. An exploration of patients trust in physicians in training. *J Health Care Poor Underserved* 2004; 15(2): 294-306.
- 6- Ahern MM, Hendrix MS. Social capital and trust in providers. *Soc Sci Med* 2003; 57(7): 1195-203.
- 7- Alazri MH, Neal RD. The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med* 2003; 20(6): 486-90.
- 8- Jha V, Bekker HL, Duffy SR, Roberts TE. A systematic review of studies assessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. *Med Educ* 2007; 41(8): 456-67.
- 9- Goudge J, Gilson L. How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. *Soc Sci Med* 2005; 61(7): 1439-51.
- 10- Hall MA. Researching medical trust in the United States. *J Health Organ Manag* 2006; 20(5): 456-67.
- 11- Anderson LA, Dedrick RF. Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient physician relationships. *Psychol Rep* 1990; 67(3 Pt 2): 1091-100.
- 12- Thom DH, Ribisl KM, Steward AL, Luke DA. Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. *Med Care* 1999; 37(5): 510-17.
- 13- Kao AC, Green DC, Zaslavsky Am, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and

از ترکیب داخلی مناسبی جهت بررسی سطح اعتماد بیماران نسبت به پزشکان برخوردار است و می‌تواند جهت بررسی میزان اعتماد و همچنین سطح تعهد حرفه‌ای پزشکان به‌کار رود. البته بهتر است در آینده مطالعات بیش‌تری برای ویرایش این پرسشنامه به منظور تطبیق آن با فرهنگ ایرانی و اثبات روایی آن برای سنجش اعتماد بیماران نسبت به پزشکان صورت گیرد.

همان‌طور که ذکر شد می‌توان از این پرسشنامه در محیط‌های آموزشی استفاده کرد، اما فراموش نکنیم که در ایران آموزش مباحث اخلاق پزشکی به چند واحد مختصر آن در دوره‌ی کارآموزی محدود می‌شود و خلل آموزش در این زمینه در سایر دوره‌های آموزش پزشکی مانند دوره‌ی کارورزی و دستیاری احساس می‌شود که این پرسشنامه می‌تواند جهت سنجش تأثیر آموزش بر میزان تعهد حرفه‌ای پزشکان به‌کار رود.

## تشکر قدردانی

ضمن تشکر و قدردانی از حسن همکاری دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاران محترم در بخش‌های مورد مطالعه‌ی بیمارستان امام خمینی، از سرکار خانم‌ها دکتر اصغری و دکتر مشکانی و همچنین جناب آقای دکتر میرزازاده که ما را در تدوین ویراست پرسشنامه‌ی فارسی و بررسی روایی آن راهنمایی نمودند، تشکر می‌نمایم.

- psychometric properties of the Dutch version of the "Wake Forest Physician Trust Scale". *Patient Educ Couns* 2009; 76 (1):126-131.
- 16- Asghari F, Mirzazadeh A, Fotouhi A. Patient's preferences for receiving clinical information and participating in decision making in Iran. *J Med Ethics* 2008; 34 (5): 345-52.
- patient trust. *JAMA* 1998; 280(19): 1708-14.
- 14- Anonymous. Advancing education in medical professionalism: an educational resource from the AGCME outcome project; 2004 AGCME. [http://www.acgme.org/outcome/implement/profm\\_resource.pdf](http://www.acgme.org/outcome/implement/profm_resource.pdf)
- 15- Bachinger SM, Kolk MA, Smets EM. Patients' trust in their physician-