

## Original Article

### Communication Apprehension and Fear of Physician in the Patients Referring to the Clinics of Rafsanjan University of Medical Sciences

Zahra Hashemi<sup>1\*</sup>, Maryam Hadavi<sup>2</sup>, Mina Valinejad<sup>3</sup>

1. Instructor, Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author) Email: zhashemi2005@yahoo.com
2. Instructor, PhD candidate, Molecular Medicine Research Center, Paramedical faculty, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
3. MA in Library and Information Sciences, Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Received: 7 Mar 2016 Accepted: 13 Jul 2016

#### Abstract

**Background and Aim:** A good and effective communication between physician and patient is the backbone of desirable medical care. This study aimed to determine the fear of physician and communication apprehension in the patients referring to the clinics of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2015.

**Materials and Methods:** 150 patients were selected through Quota sampling method to participate in this study. Data gathering was done by a questionnaire which consisted of three parts: demographic information; Personal Report of Communication Apprehension questionnaire (PRCA 24); and the fear of physician (FOP) questionnaire. The data were analyzed using T Test, Fisher and Chi square tests by SPSS software version 18.

**Ethical Considerations:** patients consent for research participation was obtained and confidentiality was observed.

**Findings:** The mean age of the participants was  $31.31 \pm 9.78$ . The youngest participant was 13 and the oldest participant reported to be 63. 68% of the respondents were female and 32% were male and overall 30.7% of the participants were single. Regarding the job status, 31.1% of the participants had jobs in the governmental sections while 4.1% were unemployed. The rest were either self-employed or were farmers or laborers. The mean score of the communication apprehension was in medium level ( $71.3 \pm 6.46$ ). The communication apprehension in 95.3% of the patients was medium but in 4.7% of the patients was high. The mean score of FOP was  $12.97 \pm 2.99$ . The fear of physician in 64.6% of the patients was medium and in 35.4% of the patients was high.

**Conclusion:** Effective treatment requires effective communication between physician and patient. So it is necessary for the patients to feel comfortable talking with the doctor. The patients should see themselves as a partner in the treatment process in order to receive the best care.

**Keywords:** Patients; Physicians; Communication Apprehension; Fear

**Please cite this article as:** Hashemi Z, Hadavi M, Valinejad M. Communication Apprehension and Fear of Physician in the Patients Referring to the Clinics of Rafsanjan University of Medical Sciences. *Med Ethics J* 2016; 10(37): 37-47.

## بررسی میزان ارتباط‌گریزی و ترس از پزشک در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

زهرا هاشمی\*<sup>۱</sup>، مریم هادوی<sup>۲</sup>، مینا ولی‌نژاد<sup>۳</sup>

۱. مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: zhashemi2005@yahoo.com

۲. مربی، گروه بیهوشی، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات پزشکی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۳. کارشناس ارشد علم اطلاعات و دانش‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۲۳

### چکیده

**زمینه و هدف:** ارتباط خوب بین پزشک و بیمار سنگ بنای مراقبت مطلوب پزشکی است. این مطالعه با هدف تعیین میزان ارتباط‌گریزی و ترس از پزشک، در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۴ انجام گردیده است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی، ۱۵۰ نمونه به صورت سهمیه‌ای از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های ارتباط‌گریزی (PRCA24) و ترس از پزشک (FOP) استفاده شد. داده‌ها توسط آزمون‌های تی مستقل، فیشر و مجذور کای و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شد.

**ملاحظات اخلاقی:** رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش اخذ گردیده و محرمانگی اطلاعات رعایت گردید.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه  $31/31 \pm 9/78$  سال بود (حداقل سن ۱۳ و حداکثر ۶۳ سال) که از این تعداد ۶۸٪ را زنان و ۳۲٪ را مردان تشکیل می‌دادند. ۳/۷ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد، ۳۱٪ کارمند و ۱/۴ درصد آن‌ها بیکار بودند. نمره میانگین ارتباط‌گریزی در حد متوسط ( $71/30 \pm 6/46$ ) بود. میزان اضطراب در ۹۵/۳ درصد از بیماران در حد متوسط و در ۴/۷ درصد از بیماران در حد شدید بود. میانگین و انحراف معیار نمره کلی ترس از پزشک  $12/97 \pm 2/99$  به دست آمد. ترس از پزشک در ۶۴/۶ درصد از بیماران متوسط و در ۳۵/۴ درصد از بیماران بالا بود.

**نتیجه‌گیری:** ارتباط کلامی مؤثر با کاهش اضطراب بیمار، زمینه‌ای برای درمان مؤثر را فراهم می‌آورد، لذا در هنگام گرفتن شرح حال، پزشکان باید سؤالاتی را نه تنها درباره بیماری، بلکه درباره وضعیت روحی و روانی بیمار طرح کنند. همچنین بیماران باید خود را یک شریک مؤثر و فعال در درمان بیماری بدانند تا سیر و نوع درمان به برنامه درمانی مؤثرتری تبدیل گردد.

**واژگان کلیدی:** بیمار؛ پزشک؛ ارتباط‌گریزی؛ ترس از پزشک

## مقدمه

ارتباط خوب بین پزشک و بیمار، سنگ زیر بنای مراقبت‌های مطلوب پزشکی است. تحقیقات نشان می‌دهند که بیشتر تشخیص‌های پزشکی و تصمیم‌های درمانی براساس اطلاعات به دست‌آمده از مصاحبه حضوری است. مصاحبه پزشکی اساس ارتباط به شمار می‌آید (۱)، به طوری که ۶۰-۸۰ درصد از تشخیص‌های پزشکی و نیز درصد مشابهی از تصمیمات درمانی بر مبنای اطلاعات به دست‌آمده از مصاحبه پزشکی می‌باشند (۲). رابطه پزشک و بیمار از نظر بعد فردی و انسانی از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا تأثیر تعامل بیمار - پزشک نقش محوری در اثربخشی درمان در پزشکی دارد (۳). تجربه بیماری، پدیده‌ای اجتماعی و فرهنگی است که دربرگیرنده نژاد، جنسیت و مسائل اجتماعی متعدد است. پدیده‌های اجتماعی نیز بر درک بیمار از بیماریش تأثیرگذارند. بیماری اغلب انسان‌های فعال و اجتماعی را درون‌گرا و غیر فعال می‌سازد. افراد بیمار به ویژه در کشورهای جهان سوم و در حال توسعه، آگاهانه سیر درمان و تصمیمات را به مراقبین سلامت می‌سپارند و چنانچه در روند درمان ارتباط کلامی مؤثری وجود نداشته باشد، روند درمان کند و در برخی مواقع بی‌نتیجه خواهد بود. در حالی که تحقیقات نشان داده‌اند که بیماران با ارتباط کلامی مؤثر، طول درمان کوتاه‌تر و بهبودی سریع‌تری را تجربه می‌کنند (۴).

بیماران نیازمند آن هستند که به آن‌ها توجه شده و برخوردی احترام‌آمیز با آنان صورت گیرد. علی‌رغم پیشرفت دانش و تکنولوژی پزشکی، مشکلات ارتباطی هنوز به عنوان یک معضل جدی باقی مانده‌اند. پزشکان در طول روز با افراد زیادی از گروه‌های مختلف اجتماعی، با جنسیت و سنین متفاوت مواجه می‌شوند. این افراد گرچه باهم تفاوت دارند، اما پزشک همه را با یک نام مشترک، یعنی بیمار می‌شناسد و بیمار می‌داند که می‌تواند به او اعتماد کند و مشکل خود را با وی درمیان بگذارد. به دلیل همین اعتماد، بیماران اغلب تصمیم‌گیری درباره سلامت خود را به پزشکان می‌سپارند. در واقع، برای بیماران ظاهر بیمارستان و یا کلینیک، به اندازه میزان اعتماد به توانایی و سرعت عمل مراقبین سلامت مؤثر نیست (۴). قابلیت

و توانایی علمی پزشک از مهم‌ترین دلایل این اعتماد است. آنچه بیمار بدان نیاز دارد تنها تجربه و مهارت علمی پزشک نیست، بلکه نیازمند یک ارتباط مداوم با پزشک است. اطلاع‌رسانی و آموزش از سوی پزشک، لازمه آگاهی بیمار از انواع اقدامات پزشکی و نیز مشارکت فعال او در فرایند درمان است (۲).

با ظهور علم و تکنولوژی، جنبه‌های میان فردی مراقبت از بیمار موقتاً تحت‌الشعاع قرار گرفت، اما امروزه نگاه اجتماعی به علم پزشکی مجدداً رواج یافته است (۵). در نظام فعلی سلامت، تجربه بیمار یکی از اساسی‌ترین و محوری‌ترین ابعاد درمان و تحقیقات پزشکی محسوب می‌شود و به گفته Jason (۲۰۱۴) م. باید یکی از اولویت‌های اصلی نظام سلامت باشد (۶).

ارتباط‌گزیزی یا ترس ارتباطی (Communication Apprehension) به معنی تشویش بسیار زیاد از ارتباطات کلامی است که با توجه به ارتباطات واقعی یا آتی فرد، با افراد و یا اشخاص دیگر ابراز می‌شود. محققین علم ارتباطات بر این باورند، افرادی که از میزان ارتباط‌گزیزی کم‌تری رنج می‌برند و در برقراری ارتباط بسیار راحت‌تر هستند، مسیر شغلی بهتر و موفق‌تری را نیز می‌پیمایند (۷). تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که ارتباط کلامی، به طور قابل ملاحظه‌ای بر ابعاد غیر تکنیکی درمان تأثیرگذار است (۸). به طور کلی، ارتباط بین پزشک و بیمار دو بعد ابزاری و اظهاری دارد (۹). جنبه ابزاری پزشکی مستلزم مهارت پزشک در استفاده از تکنیک‌های درمانی، انجام تست‌های تشخیصی و معاینات بدنی است و همین رابطه، ابزاری است برای دریافت بعد اظهاری آن، که منعکس‌کننده هنر طبابت است و شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احساس همدلی با اوست. این بعد از رابطه، باعث قوت قلب می‌شود و منبعی قدرتمند برای بهبودی و در صورت عدم بهبودی، منبعی برای تسلی خاطر است (۱۰).

نتایج مطالعه Greteis (۱۹۹۷ م) حاکی از این است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که در برنامه‌های فشرده اشاعه ارتباط، در درمان بیماران و ارتقای خصوصیات مثبت شخصی شرکت می‌کنند، پیشرفت‌های قابل توجهی در درمان بیماران و برقراری ارتباط مؤثر از خود نشان می‌دهند (۹). با این وجود، بر

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی، نمونه‌ها به نسبت تعداد کلینیک‌ها و به صورت سهمیه‌ای بر اساس نسبت پذیرش بیماران انتخاب گردیدند.

حجم نمونه با استفاده از فرمول  $n=(Z1-\alpha/2)\times\delta^2/d^2$  برابر با ۱۴۳ نفر برآورد گردیده ( $\delta = 18/3$ ,  $d = 3$ ,  $\alpha = 0/05$ ) و در نهایت، ۱۵۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. پژوهشگر با حضور در کلینیک و ارائه توضیحات لازم از بیماران درخواست می‌نمود که پرسشنامه را تکمیل نمایند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: مراجعه شخص بیمار به کلینیک، هوشیاری کامل بیمار، رضایت جهت شرکت در مطالعه و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن.

در این مطالعه از ۳ پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. توسط پرسشنامه اول، اطلاعات دموگرافیک بیماران نظیر: جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت، دفعات مراجعه به کلینیک و نوع تخصص پزشک جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه دوم پرسشنامه استاندارد Personal Report of Communication (ApprehensionPRCA24) بود که توسط McCroskey در سال ۱۹۹۳ طراحی شده و دارای ۲۴ عبارت است. قابلیت اطمینان این پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است (۱۲). بیماران نظر خود را در مورد هر عبارت به صورت کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، بی‌نظر=۳، موافق=۴ و کاملاً موافق=۵ مشخص می‌کنند. این پرسشنامه اضطراب فرد را در مورد شرکت در بحث گروهی (Group Discussion)، ارتباطات میان فردی (Interpersonal)، صحبت در مجامع عمومی (Public Speaking) و جلسات گروهی (Meeting) نشان می‌دهد. نمره کلی این پرسشنامه از ۲۴ تا ۱۲۰ متغیر است. نمره کم‌تر از ۵۱ به عنوان اضطراب کم، نمره ۵۱ تا ۸۰ اضطراب متوسط و نمره بیش از ۸۰ به عنوان اضطراب زیاد طبقه‌بندی می‌شود (۱۲). نتایج در ۴ زیرگروه نام‌برده، بر اساس فرمول زیر محاسبه و گزارش گردید.

اساس تحقیقات اخیر، ارتباط میان پزشک و بیمار روز به روز کم‌رنگ‌تر شده و ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات پزشکی از یکدیگر بیشتر فاصله می‌گیرند (۲). تحقیقات در زمینه بررسی ارتباط کلامی پزشک و بیمار در گذشته فقط بیانگر نقش سنتی و پدرسالارانه پزشک بوده است. بدین معنی که پزشکان کنترل کلی ارتباط کلامی را در دست داشته و با استفاده از واژه‌های پیچیده پزشکی به بیمار توصیه و یا دستور می‌دادند که چگونه سیر درمان را طی نماید. در این‌گونه ارتباطات، میزان عدم درک بیمار از موقعیت بسیار بالا بوده و به همین میزان عدم همکاری او را نیز به دنبال داشته است. Bradley (۲۰۱۱ م.) گزارش کرده است که رضایت بیمار، به یادآوردن توصیه‌های پزشک و انجام این توصیه‌ها فقط زمانی صورت می‌گیرد که پزشکان با زبانی ساده و گویا و عدم استفاده از واژه‌های پیچیده پزشکی، بیمار را در خصوص روند تشخیص و درمان آگاه سازند (۱۱). بنابراین شناخت موانع ارتباط کلامی در رابطه پزشک و بیمار، به درمان سریع‌تر کمک کرده و تصمیم‌گیری در خصوص روند درمان را جدی‌تر می‌سازد. ارتباط‌گریزی چهارمین اختلال شایع روانی بعد از افسردگی است و به میزان ترس یا اضطراب فرد در برقراری ارتباط واقعی یا پیش‌بینی‌شده اطلاق می‌گردد (۱۳). این اضطراب ممکن است در ۴ موقعیت بروز کند جلسات مختلف، کلاس‌های درس، ارتباطات شخصی و ملاقات‌های عمومی (۱۳). اضطراب در هنگام صحبت در جمع نیز نوعی از اضطراب در برقراری ارتباط به شمار می‌آید (۱۶). اضطراب از برقراری ارتباط و صحبت در جمع ویژگی شایعی میان بسیاری از افراد جامعه است. Stein و همکاران (۱۹۹۶ م.) گزارش می‌دهند که بیش از یک‌سوم افراد جامعه آمریکا از اضطراب شدید در هنگام صحبت رنج می‌برند (۱۷). Terra (۲۰۰۶ م.) گزارش نموده است که صحبت کردن و ایراد سخنرانی در جوامع، از جمله بزرگ‌ترین ترس‌های مردم آمریکا است و معمولاً به همین علت مردم عموماً از آن اجتناب می‌کنند (۱۴). این مطالعه با هدف تعیین میزان ارتباط‌گریزی و ترس از پزشک در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۴ انجام گردیده است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۱/۳۱±۹/۷۸ سال بود (حداقل سن ۱۳ و حداکثر ۶۳ سال) که از این تعداد ۶۸٪ را زنان و ۳۲٪ را مردان تشکیل می‌دادند. ۳/۷ درصد از افراد مورد بررسی مجرد بودند. ۳۱٪ از افراد مورد مطالعه کارمند و ۴/۱ درصد آن‌ها بیکار بودند. مدرک تحصیلی ۳۶٪ از بیماران کارشناسی، ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۱۸٪ کم‌تر از دیپلم و ۱۲/۷ درصد بیشتر از کارشناسی گزارش شد. تعداد مراجعه به مطب ۵۷/۳ درصد از افراد مورد بررسی ۱ تا ۲ بار بود. ۲۸/۷ درصد از آن‌ها دفعات مراجعه را ۳ تا ۴ بار و ۱۴٪ از آنان بیشتر از ۴ بار گزارش نموده بودند.

بیشترین مراجعه بیماران زن مورد بررسی به ترتیب در ۲۴/۵ درصد از موارد به پزشک عمومی، ۲۰/۶ درصد به متخصص بیماری‌های زنان و در ۹/۸ درصد از موارد به متخصص مغز و اعصاب بود. در رابطه با بیماران مرد به ترتیب ۳۲/۶ درصد از موارد مراجعه به پزشک عمومی، ۱۵/۲ درصد متخصص مغز و اعصاب و ۱۳٪ متخصص ارولوژی گزارش گردید.

در تجزیه و تحلیل پاسخ‌های داده‌شده به پرسشنامه PRCA24، میانگین و انحراف معیار نمره کلی پرسشنامه ۷۱/۳۰±۶/۴۶ محاسبه گردید که حاکی از وجود اضطراب و ارتباط‌گریزی در حد متوسط می‌باشد. بر اساس نمره حاصل از پرسشنامه، میزان اضطراب در ۹۵/۳ درصد از بیماران در حد متوسط و در ۴/۷ درصد از بیماران در حد شدید بود و موردی از اضطراب خفیف مشاهده نگردید. اختلاف نمره کلی پرسشنامه بر حسب جنسیت معنی‌دار گزارش نگردید (مردان ۷۲/۶۳±۶/۳۲ و زنان ۷۰/۷۵±۶/۴۹). جدول ۱ میزان اضطراب از برقراری ارتباط با پزشک بر حسب متغیرهای دموگرافیک را نشان می‌دهد (جدول ۱).

بحث گروهی (Group Discussion)	عبارت ۲ + عبارت ۴ + عبارت ۶ - عبارت ۱ - عبارت ۳ - عبارت ۵ + ۱۸
جلسات گروهی (Meeting)	عبارت ۸ + عبارت ۹ + عبارت ۱۲ - عبارت ۷ - عبارت ۱۰ - عبارت ۱۱ + ۱۸
ارتباطات میان فردی (Interpersonal)	عبارت ۱۴ + عبارت ۱۶ + عبارت ۱۷ - عبارت ۱۳ - عبارت ۱۵ - عبارت ۱۸ + ۱۸
صحبت در مجامع عمومی (Public Speaking)	عبارت ۱۹ + عبارت ۲۱ + عبارت ۱۲ - عبارت ۲۰ - عبارت ۲۲ - عبارت ۲۴ + ۱۸

نمره کسب‌شده در ۴ زیرگروه فوق از ۶ تا ۳۰ متغیر می‌باشد.

امتیاز بیش از ۱۸ نشان‌دهنده درجاتی از اضطراب است.

پرسشنامه سوم که در این مطالعه برای اندازه‌گیری میزان نگرانی از برقراری ارتباط استفاده شد، پرسشنامه Fear of Physician (FOP) بود. این پرسشنامه حاوی ۵ عبارت است که فرم تغییر یافته پرسشنامه Spielberg (۱۹۶۶ م.) می‌باشد (۱). در این پرسشنامه، بیماران نظر خود را در مورد هر عبارت به صورت اصلاً=۱، بعضی اوقات=۲، تقریباً=۳ و اکثر اوقات=۴ مشخص می‌کنند.

امتیاز کسب‌شده بیشتر از ۱۳، نشان‌دهنده ترس زیاد، کم‌تر از ۷ نشان‌دهنده ترس کم و نمره بین ۷ و ۱۳ حاکی از میزان ترس در حد متوسط است (۱۳). از نرم‌افزار آماري SPSS 18 و آمار توصیفی میانگین، درصد، رسم جدول و نمودار) و تحلیلی (آزمون‌های تی مستقل، مجذور کای و فیشر) برای تجزیه و تحلیل نتایج استفاده شد. اختلاف در سطح  $P < 0/05$  معنی‌دار گزارش گردید.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و دارای تأییدیه کمیته اخلاق به کد شماره IR.RUMS.REC.1395.68 می‌باشد. پس از کسب مجوزهای لازم، رضایت بیماران جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. اطلاعات بیماران محرمانه تلقی شده و در تمامی مراحل تکمیل پرسشنامه‌ها پژوهشگران جهت پاسخگویی به ابهامات حاضر بودند.

جدول ۱: میزان اضطراب بیماران از برقراری ارتباط با پزشک بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

P value	اضطراب			متغیر	
	شدید (درصد)	متوسط (درصد)	خفیف (درصد)		
	تعداد	تعداد	تعداد		
۰/۶۷۹ ‡	۴(۳/۹)	۹۸(۹۶/۱)	۰(۰)	مؤنث	جنس
	۳(۶/۴)	۴۴(۹۳/۶)	۰(۰)	مذکر	
۰/۹۰۲ †	۲(۵/۳)	۳۶(۹۴/۷)	۰(۰)	۱۳-۲۳	سن (سال)
	۳(۵/۴)	۵۳(۹۴/۶)	۰(۰)	۲۴-۳۳	
	۲(۵/۹)	۳۲(۹۴/۱)	۰(۰)	۳۴-۴۳	
	۰(۰)	۱۵(۱۰۰)	۰(۰)	۴۴-۵۳	
	۰(۰)	۳(۱۰۰)	۰(۰)	۵۴-۶۳	
۰/۶۷۶ ‡	۳(۶/۵)	۴۳(۹۳/۵)	۰(۰)	مجرد	وضعیت تأهل
	۴(۳/۸)	۱۰۰(۹۶/۲)	۰(۰)	متاهل	
۰/۰۵۹ ‡	۴(۳/۱)	۱۲۴(۹۶/۹)	۰(۰)	شهر	محل سکونت
	۳(۱۴/۳)	۱۸(۸۵/۷)	۰(۰)	روستا	
۰/۰۴۰ † *	۴(۱۴/۸)	۲۳(۸۵/۲)	۰(۰)	< دیپلم	میزان تحصیلات
	۳(۶)	۴۷(۹۴)	۰(۰)	دیپلم	
	۰(۰)	۵۴(۱۰۰)	۰(۰)	کارشناسی	
	۰(۰)	۱۹(۱۰۰)	۰(۰)	> کارشناسی	
۰/۲۰۸ †	۶(۷)	۸۰(۹۳)	۰(۰)	۱-۲	دفعات مراجعه به پزشک
	۰(۰)	۴۳(۱۰۰)	۰(۰)	۳-۴	
۰/۲۰۸ †	۱(۴/۸)	۲۰(۹۵/۲)	۰(۰)	بیشتر از ۴	وضعیت تأهل
	۰(۰)	۲۱(۴۵/۳)	۰(۰)	متاهل	
۰/۰۴۰ † *	۱۸/۰۴±۴/۳۴*	۱۷/۹۰±۴/۵۴	۱۸/۴۷±۳/۶۲*	۱۹/۵۷±۲/۶۹	محل سکونت
	۲۰/۶۴±۴/۰۶	۱۹/۵۴±۴/۴۴	۲۰/۸۶±۳/۹۹	۲۱/۳۳±۴/۱۳	
۰/۰۴۰ † *	۱۹/۵۱±۳/۶۷*	۱۷/۸۵±۴/۴۲	۱۸/۷۷±۳/۴۸	۱۹/۷۴±۳/۳۰*	میزان تحصیلات
	۱۹/۵۰±۴/۸۱	۱۸/۸۰±۴/۸۸	۲۰/۲۶±۴/۵۸	۲۰/۹۶±۴/۸۳	
۰/۰۴۰ † *	۲۱/۰۰±۳/۵۱	۱۹/۶۶±۳/۶۶	۲۰/۸۵±۳/۵۲	۲۱/۶۸±۳/۲۶	میزان تحصیلات
	۲۱/۸۸±۳/۹۸	۲۲/۰۵±۴/۵۱	۲۳/۱۱±۳/۳۰	۲۱/۸۳±۴/۹۲	
۰/۰۴۰ † *	۲۰/۰۳±۴/۰۵	۱۹/۴۵±۴/۵۳	۲۰/۳۴±۳/۹۶	۲۰/۷۰±۲/۹۵	دفعات مراجعه به پزشک
	۲۰/۹۳±۴/۰۹	۱۹/۰۴±۴/۳۵	۲۰/۹۰±۴/۰۶	۲۱/۶۰±۴/۲۱	
۰/۰۴۰ † *	۱۹/۹۵±۴/۸۶	۱۹/۲۳±۴/۵۹	۲۰/۶۶±۴/۲۴	۲۱/۵۲±۴/۴۵	دفعات مراجعه به پزشک
	۲۰/۰۳±۴/۰۵	۱۹/۴۵±۴/۵۳	۲۰/۳۴±۳/۹۶	۲۰/۷۰±۲/۹۵	

‡ آزمون دقیق فیشر؛ † آزمون مجذور کای؛ \*  $P < 0.05$  معنی‌دار

در بررسی ارتباط بین نوع تخصص پزشک و میزان اضطراب بیمار از برقراری ارتباط، مشخص گردید که اگرچه بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های دندانپزشکی و پزشک عمومی اضطراب بیشتری از برقراری ارتباط داشتند (به ترتیب اضطراب شدید بین ۲۰٪ و ۱۰٪)، ولی این ارتباط معنی‌دار نبود ( $p=0.653$ ). میزان اضطراب از برقراری ارتباط با پزشک، در بیمارانی که بیکار بوده یا شغل آزاد داشتند، بیشتر بود، ولی ارتباط بین شغل بیمار و میزان اضطراب از برقراری ارتباط با پزشک معنی‌دار نبود ( $p=0.665$ ). نتایج حاصل از بررسی زیرگروه‌های این پرسشنامه، بحث‌های گروهی (Group Discussion)، روابط میان‌فردی

(Interpersonal)، صحبت در مجامع عمومی (Public Speaking) و صحبت در جوامع کوچک (Meeting) بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۲ نشان داده شده است. میانگین و انحراف معیار نمره کلی محاسبه‌شده این زیرگروه‌ها (بحث‌های گروهی  $21.08 \pm 4.09$ ، روابط میان فردی  $20.55 \pm 4.01$ ، صحبت در مجامع عمومی  $19.30 \pm 4.46$  و صحبت در جوامع کوچک  $20.28 \pm 4.17$ )، نشان‌دهنده وجود درجاتی از اضطراب است. بر اساس میانگین و انحراف معیار نمره کسب‌شده، اضطراب صحبت در مجامع عمومی کم‌تر از سایر زیرگروه‌ها بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره زیرگروه‌های

پرسشنامه PRCA24 بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	بحث گروهی انحراف معیار±میانگین	روابط بین فردی انحراف معیار±میانگین	صحبت در جوامع عمومی انحراف معیار±میانگین	صحبت در جوامع کوچک انحراف معیار±میانگین	جنس	
					مؤنث	مذکر
سن (سال)	۲۰/۵۷±۴/۱۱*	۲۰/۴۱±۴/۰۰	۱۸/۸۲±۴/۵۵*	۱۹/۸۶±۴/۲۶	۱۳-۲۳	۲۴-۳۳
	۲۲/۱۷±۳/۹۳	۲۰/۸۷±۴/۱۱	۲۰/۵۲±۴/۳۲	۲۰/۰۱±۴/۴۵	۳۴-۴۳	۴۴-۵۳
	۲۰/۹۷±۴/۰۷	۲۰/۰۲±۳/۵۱	۱۸/۵۲±۴/۳۲	۲۰/۵۰±۴/۲۰	۲۲/۱۳±۴/۹۱	۲۰/۳۳±۳/۲۱
	۲۱/۰۸±۴/۰۵	۲۰/۷۵±۳/۹۸	۱۹/۲۸±۴/۲۳	۲۰/۰۱±۴/۴۵	۲۲/۱۳±۴/۹۱	۲۰/۳۳±۳/۲۱
	۲۱/۰۵±۳/۹۴	۲۰/۷۶±۴/۰۱	۱۹/۳۸±۴/۴۸	۲۰/۰۱±۴/۴۵	۲۲/۱۳±۴/۹۱	۲۰/۳۳±۳/۲۱
وضعیت تأهل	۲۱/۴۵±۳/۵۵	۲۰/۵۶±۳/۲۴*	۱۸/۹۷±۴/۳۳	۲۰/۱۹±۳/۷۰	مجرد	متاهل
	۲۰/۹۱±۴/۳۲	۲۰/۵۴±۴/۳۲	۱۹/۴۵±۴/۵۳	۲۰/۳۱±۴/۳۸	مجرد	متاهل
محل سکونت	۱۹/۵۷±۲/۶۹	۱۸/۴۷±۳/۶۲*	۱۷/۹۰±۴/۵۴	۱۸/۰۴±۴/۳۴*	شهر	روستا
	۲۱/۳۳±۴/۱۳	۲۰/۸۶±۳/۹۹	۱۹/۵۴±۴/۴۴	۲۰/۶۴±۴/۰۶	شهر	روستا
میزان تحصیلات	۱۹/۷۴±۳/۳۰*	۱۸/۷۷±۳/۴۸	۱۷/۸۵±۴/۴۲	۱۹/۵۱±۳/۶۷*	< دیپلم	دیپلم
	۲۰/۹۶±۴/۸۳	۲۰/۲۶±۴/۵۸	۱۸/۸۰±۴/۸۸	۱۹/۵۰±۴/۸۱	دیپلم	کارشناسی
دفعات مراجعه به پزشک	۲۱/۶۸±۳/۲۶	۲۰/۸۵±۳/۵۲	۱۹/۶۶±۳/۶۶	۲۱/۰۰±۳/۵۱	۱-۲	۳-۴
	۲۱/۸۳±۴/۹۲	۲۳/۱۱±۳/۳۰	۲۲/۰۵±۴/۵۱	۲۱/۸۸±۳/۹۸	۳-۴	بیشتر از ۴

\*  $P < 0.05$  معنی‌دار

ارتباط بین زیرگروه‌های «صحبت در جوامع عمومی» و «بحث گروهی» بر حسب جنسیت معنی‌دار شد (به ترتیب  $p=0.042$  و  $p=0.028$ ). اختلاف زیرگروه‌های «صحبت در جوامع کوچک» ( $p=0.008$ ) و «روابط بین فردی» ( $p=0.011$ ) نیز با

محل سکونت	روستا	(۰)	۱۰(۵۰)	۱۰(۵۰)	۰/۲۰۷
شهر	شهر	(۰)	۴۲(۳۳/۱)	۸۵(۶۶/۹)	
میزان تحصیلات	< دیپلم	(۰)	۱۴(۵۳/۸)	۱۲(۴۶/۲)	۰/۳۹۱
	دیپلم	(۰)	۱۷(۳۴)	۳۳(۶۶)	
	کارشناسی	(۰)	۱۲(۲۳/۱)	۴۰(۷۶/۹)	
	> کارشناسی	(۰)	۹(۴۷/۴)	۱۰(۵۲/۶)	
دفعات مراجعه به پزشک	۱-۲	۰(۰)	۳۱(۳۶/۵)	۵۴(۶۳/۵)	۰/۰۶۰
	۳-۴	(۰)	۱۸(۴۱/۹)	۲۵(۵۸/۱)	
	بیشتر از ۴	(۰)	۴(۲۰)	۱۶(۸۰)	

\*  $P < 0.05$  معنی دار

ارتباط معنی داری بین شغل بیمار با میزان نگرانی از برقراری ارتباط با پزشک مشاهده نشد، ولی ارتباط بین نوع تخصص پزشک با میزان نگرانی از برقراری ارتباط با پزشک معنی دار بود ( $p=0.008$ ).

#### بحث

بر اساس نتایج حاصله از پرسشنامه PRCA 24، ۹۵/۳ درصد از بیماران در این مطالعه از اضطراب در حد متوسط و ۴/۷ درصد از اضطراب در حد شدید رنج می بردند. این نتایج از اهمیت بالایی برخوردارند، زیرا بیانگر آن است که بیماران در هنگام برقراری ارتباط با پزشک خود دچار اضطراب می شوند و احتمال این که نتوانند به درستی علائم بیماری و یا نگرانی های خود را به پزشک اعلام کنند، زیاد است.

در این مطالعه، تقریباً از هر ۵ بیمار یک نفر در هنگام برقراری ارتباط دچار اضطراب شدید بود. نتایج مطالعه حاضر با یافته های مطالعه صحبایی و همکاران (۲۰۱۵ م.) (۱۹) که بر روی دانشجویان رشته های پزشکی و پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی در تهران انجام شد، مطابقت دارد. همچنین Tillfors (۲۰۱۰ م.) در مطالعه خود بحث گروهی، سخنرانی و روابط بین فردی را از موقعیت های ارتباطی اضطراب آور ذکر کرد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۰). Dalrimple (۲۰۰۹ م.) نیز در مطالعه خود بر روی دانش آموزان ۱۵-۱۸ ساله دریافت ۶۵٪ از آن ها دارای اضطراب متوسط و ۹/۵ درصد دارای ترس

در نظر گرفتن محل سکونت معنی دار گزارش شد. همان گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، ارتباط بین مدرک تحصیلی و زیرگروه های «بحث گروهی» ( $p=0.028$ ) و «صحبت در جوامع کوچک» ( $p=0.019$ ) معنی دار بود. به طوری که در مقاطع تحصیلی بالاتر، میزان اضطراب از برقراری ارتباط بیشتر گزارش شده بود. در سایر زیرگروه ها، متغیر مدرک تحصیلی اختلاف معنی داری نشان نداد. سایر متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی نظیر دفعات مراجعه به پزشک و نوع تخصص پزشک ارتباط معنی داری نشان ندادند.

بررسی پرسشنامه FOP میانگین و انحراف معیار نمره کلی را  $12/97 \pm 2/99$  و در خانم ها و آقایان به ترتیب  $13/19 \pm 3/09$  و  $12/52 \pm 2/82$  و نشان داد که اختلاف معنی دار نبود. بر اساس تقسیم بندی محدوده نمرات، نمره کلی این پرسشنامه و نمره محاسبه شده برای خانم ها نشان دهنده شدت ترس متوسط بود، در حالی که شدت ترس بیماران مرد از پزشک در حد شدید بود. شدت ترس از پزشک در ۶۴/۶ درصد از افراد مورد مطالعه در حد متوسط و در ۳۵/۴ درصد موارد در حد شدید بود. موردی از ترس با شدت کم مشاهده نگردید (جدول ۳).

#### جدول ۳: مقایسه میزان نگرانی بیماران از برقراری ارتباط با

پزشک بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	ترس کم (درصد)		ترس متوسط (درصد)		ترس شدید (درصد)	
	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
جنس	مؤنث	۰(۰)	۶۰(۶۰/۶)	۳۹(۳۹/۴)	۰(۰)	۰(۰)
	مذکر	۰(۰)	۳۵(۷۲/۹)	۱۳(۲۷/۱)	۰(۰)	۰(۰)
سن (سال)	۱۳-۲۳	۰(۰)	۲۱(۵۶/۸)	۱۶(۴۳/۲)	۰(۰)	۰(۰)
	۲۴-۳۳	۰(۰)	۳۴(۶۰/۷)	۲۲(۳۹/۳)	۰(۰)	۰(۰)
	۳۴-۴۳	۰(۰)	۲۵(۷۵/۸)	۸(۲۴/۲)	۰(۰)	۰(۰)
	۴۴-۵۳	۰(۰)	۱۰(۶۶/۷)	۱(۳۳/۳)	۰(۰)	۰(۰)
۵۴-۶۳	۰(۰)	۲(۶۶/۷)	۱(۳۳/۳)	۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)
وضعیت تأهل	متاهل	۰(۰)	۷۲(۷۰/۶)	۲۳(۵۰)	۲۳(۵۰)	۰(۰)
	مجرد	۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)	۰(۰)

\*  $p=0.026$

ارتباطی یا اضطراب شدید از برقراری ارتباط بودند (۲۱). نتایج مطالعات گذشته در خصوص برقراری ارتباط کلامی حاکی از آن است که هنگام اضطراب شدید، توانایی طبیعی افراد برای مدیریت تجربیات و موقعیت‌شان دچار اختلال می‌گردد (۱۶). Richmond که یکی از صاحب‌نظران مطالعات اضطراب هنگام برقراری ارتباط می‌باشد، عقیده دارد افرادی که ترس ارتباطی یا ارتباط‌گزیزی بالایی دارند، معمولاً کم‌تر حاضر به گفتگو می‌شوند، بیشتر خجالتی هستند و تبحر کم‌تری در برقراری ارتباط با افراد دیگر از خود بروز می‌دهند (۱۳). همچنین Cho و همکاران (۲۰۰۴ م.) دریافتند ترس از عکس‌العمل طرف مقابل به اضطراب افراد در برقراری ارتباط دامن می‌زند (۲۲). ارتباط پزشک و بیمار از جمله ارتباطات شخصی محسوب شده و یکی از موقعیت‌هایست که باعث بروز اضطراب در افراد می‌شود. تعامل گفتاری میان پزشک و بیمار نه تنها انتقال معنا بین دو انسان است، بلکه اساساً از آنجا که این معنا مرتبط با یکی از حیاتی‌ترین ابعاد زندگی وی یعنی سلامت می‌باشد، از اهمیت بالایی برخوردار است و تأثیر درمانی تعامل پزشک - بیمار نقش محوری در تأثیر درمان پزشکی دارد (۲۳). امروزه محققین علم سلامت بر این عقیده‌اند که رفتار پزشک - و نه مهارت او - میزان رضایت بیمار، مدت بستری و سرانجام بیماری را تعیین می‌کند (۲۴). مطالعات نشان داده‌اند میزان اضطراب کم‌تر، طول زمان بهبودی را نیز کاهش می‌دهد. اضطراب و اجتناب از صحبت و برقراری ارتباط احساس بسیار شایعی در میان بیماران است (۲۵) که تأثیر مخربی بر روند درمان و بهبودی دارد. این اضطراب در برقراری ارتباط بیمار را آسیب‌پذیر و در مواقع شدید مستعد مشکلاتی همچون سردرد حالت تهوع و مشکلات تنفسی می‌سازد. برقراری ارتباط کلامی از جمله: دادن اطلاعات کافی از سوی پزشک به بیمار و پاسخ به سؤالات بیماران از مهم‌ترین عوامل کاهش اضطراب بیماران گزارش شده است. Fagermoen & Jakobsen (۲۰۰۵ م.) گزارش کرده‌اند که ۵۶٪ از افراد مورد مطالعه‌شان، دادن اطلاعات کافی از سوی پزشک را مهم‌ترین عامل کاهش اضطراب خود می‌دانستند و ۵۵٪ گزارش دادند که اگر فرصت سؤال‌پرسیدن

به آن‌ها داده شود، اضطراب آن‌ها کاهش خواهد یافت (۲۶). Rogers & King (۲۰۱۲ م.) در مطالعه خود بر روی دانشجویان رشته داروسازی به این نتیجه رسیدند که تقریباً ۱۸٪ از دانشجویان در برقراری ارتباط کلامی دچار اضطراب شدید می‌شوند. این امر بیانگر آن است که اگر به این دانشجویان آموزش‌های لازم داده نشود، در برخورد با بیماران نیز دچار مشکل خواهند شد (۲۷). Behnke و همکاران (۲۰۰۰ م.) گزارش کردند که جنسیت و سن از عوامل ایجاد اضطراب در برقراری ارتباط می‌باشند (۲۸)، البته مطالعه Cho امر را تأیید نمی‌کند. او گزارش نموده است که صحبت کردن با خود به طور مداوم، ارتباط مستقیمی با اضطراب صحبت دارد و چنانچه فرد با خودش به صورت منفی و بدبینانه صحبت کند، اضطرابش در برقراری ارتباط با طرف مقابل یا در موقعیت‌های بحث‌های گروهی یا سخنرانی نیز افزایش می‌یابد (۱۶).

Delbanco (۲۰۱۰ م.) سه راهبرد را در جهت کاهش اضطراب و نگرانی بیماران و بهبودی رابطه با پزشک ارائه می‌کند (۴).

۱- پزشکان به طور سیستماتیک و منظم باید هر بیمار را فردی خاص تلقی نمایند و نیازها، ارزش‌ها و ترجیحات او را در نظر بگیرند.

۲- از ابزارهای گفتگو و مصاحبه استفاده کرده و از بیمار بخواهند که تجربیات و نگرانی‌های خود را بیان کند.

۳- با بیمار مشارکت نموده و به عنوان دو شریک با اهداف مشابه روند درمان را پایه‌ریزی نمایند.

در مطالعه حاضر بیش از ۲۰٪ از مراجعین زن به پزشک زنان و زایمان مراجعه کرده بودند و با توجه به این‌که نمره کسب‌شده بیماران زن در زیرگروه «روابط بین فردی» حاکی از اضطراب زیاد بود، می‌توان نتیجه گرفت که زنان در برخورد با پزشکان زن نیز دچار اضطراب شده و ارتباط کلامی ضعیفی را بروز می‌دهند، اگرچه در مطالعه حاضر میان دو گروه زن و مرد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد، ولی نتایج مطالعه Jason (۲۰۱۴ م.) حاکی از آن بود که دانشجویان زن هنگام برقراری ارتباط از اضطراب بیشتری برخوردارند (۶). به طور کلی، زنان



هنگام ارائه سخنرانی یا بحث و گفتگوی دوسویه دچار اضطراب بیشتری می‌شوند (۱۶). Jason (۲۰۱۴ م.) در مطالعه خود بر روی دانشجویان دستیار جراحی نیز به این نتیجه رسید که دانشجویان دختر در مقایسه با هم‌تایان مرد خود از اضطراب بیشتری برخوردارند (۶).

Teitelbaum & Weisman (۱۹۸۵ م.) بر این باورند که جنسیت پزشک بر ابعاد ارتباط بین پزشک و بیمار تأثیر بالقوه دارد، زیرا پزشکان زن با توجه به جنسیت‌شان، مادرانه‌تر و گشاده‌روترند و وقت بیشتری را برای گفتگو با بیمار می‌گذارند، در حالی که پزشکان مرد کم‌تر احساسی می‌شوند و تمایل به گفتگوی زیاد ندارند (۲۹). به همین نسبت میزان توقعات بیماران نیز از پزشکان مرد و زن متفاوت است. از آنجایی که پزشکان زن احساسی‌تر عمل می‌کنند، امکان دخیل‌شدن بیمار در روند بیشتر است. همچنین آنان با توجه به جنسیت‌شان در برقراری ارتباط کلامی با بیماران مرد نیز موفق‌تر عمل می‌کنند. Nathanson (۱۹۷۵ م.) عقیده دارد که زنان به دلیل همین خصوصیت، خدمات درمانی بهتر و بیشتری را دریافت می‌کنند، زیرا احتمالاً با گفتگوی طولانی‌تر و مؤثرتر با پزشک، علائم بیماری خود را دقیق‌تر بیان می‌کنند و در نتیجه پزشک را در تشخیص و درمان بیشتر یاری می‌نمایند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که دانشجویان پزشکی مؤنث در مقایسه با هم‌تایان خود بیشتر کمک‌کننده هستند و برای مبادله اطلاعات با بیمار وقت بیشتری صرف می‌کنند و ارزش بیشتری نیز قائل می‌شوند (۳۰). قبل از تعمیم این نتایج به عموم بیماران، مطالعات مشابه گسترده‌تر با جامعه آماری بزرگ‌تر پیشنهاد می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

بی‌شک یکی از نقش‌های اساسی هر پزشک استفاده از ابزار گفتگو در تشخیص و نیز کسب اعتماد از سوی بیمار است. پزشک در هر جامعه و محیطی موظف است که سخنان بیمار را ارزشمند تلقی کند و فرآیند گفتگو را به سمتی سوق دهد

که بیمار دچار اضطراب نگردد. با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، توصیه می‌شود که پزشکان محترم و همچنین سایر مراقبین سلامت در هنگام گرفتن شرح حال بیمار، سؤالات متعدد و متنوعی را نه تنها در مورد بیماری، بلکه در مورد وضعیت روحی و روانی و نگرانی‌ها و اضطراب بیمار عنوان کنند تا بیماران خود را یک شریک مؤثر و فعال در درمان بیماری بدانند و مطمئن شوند که بیماری آن‌ها و روند درمان آن برای پزشک اهمیت دارد. به آن‌ها باید وقت کافی داده شود و تشویق شوند که سؤالات خود را بپرسند و نگرانی‌های خود را بروز دهند. تشویق شوند که سؤالات خود را بپرسند و نگرانی‌های خود را بروز دهند. نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران در هنگام مراجعه به کلینیک‌ها جهت ملاقات با پزشک دچار اضطراب می‌شوند و این اضطراب بر عملکرد کلامی آن‌ها تأثیرگذار است، لذا پزشکان علاوه بر ایجاد ارتباط کلامی مؤثر باید تمام ابعاد وجودی بیمار را مد نظر قرار داده و توقعات، احساسات و عقاید بیمار را نیز جزئی از روند درمان بدانند. ارتقای ارتباط کلامی فقط زمانی اتفاق می‌افتد که در تعادل قدرت بین پزشک و بیمار تغییر ایجاد شود و به بیماران قدرت کافی داده شود تا فرصت ابراز بیان پیدا کنند. این بدین معنی نیست که قدرت از پزشکان گرفته شود، بلکه به این معنی است که توافق میان پزشک و بیمار در سیر و نوع درمان، به برنامه درمانی مؤثرتری بدل شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از معاونت و مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان برای حمایت مالی این مطالعه و همچنین کارشناسان محترم کتابخانه دانشکده پزشکی که در زمینه نگارش مقاله کمک شایانی نمودند و دانشجویان عزیزی که زحمت گردآوری داده‌ها را تقبل نمودند، به ویژه خانم‌ها فاطمه اسدی، مهناز دستیارکهن و آقای اسدی تشکر ویژه اعلام می‌دارند. تعارض منافع وجود ندارد.

## References

1. Moein A, Anbari Akmal k. Doctor-patient relationship. *Danshvar* 2009; 17(85): 71-80. [Persian]
2. Bani Hashemi K. Knowledge and optimizing physician patient relationship. *Ethics Sci Technol* 2006; 1(3): 55-60. [Persian]
3. Kalateh Sadati A, Bagheri Lankarani K, Proposed Model about Physician-Patient Interaction according to Islamic Concepts. *Sadra Medi Sci J* 2014; 3(2): 315-326.
4. Delbanco T, Walker J, Darer JD, Elmore JG, Feldman HJ, Leveille SG, et al. Open notes: Doctors and patients signing on. *Ann Intern Med* 2010; 153(2): 121-125.
5. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, et al. Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affairs* 1991; 10(4): 254-267.
6. Jason A, Marshburn D, Niederhaurser V, Sherri L. Defining patient experience. *Patient Exp J* 2014; 1(1): 7-19.
7. McCroskey JC. Measures of communication-bound anxiety. *Speech Monog* 1970; 37(4): 269-277.
8. McCroskey JC. Oral communication apprehension: A summary of recent theory and research. *Human Commun Res* 2006; 4(1): 78-96.
9. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL. Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care. *J Healthc Qual* 1997; 19(3): 43.
10. Kattel S. Doctor patient communication in health care service delivery: A case of Tribhuvan University Teaching Hospital, Kathmandu. Master in public policy and governance program thesis, North South University Bangladesh; 2013.
11. Bradley Clare, Pablos-Velasco PD, Parhofer KG, Eschwege E Frederick LG, Simon D. PANORAMA: A European study to evaluate quality of life and treatment satisfaction in patientse with type-2 diabetes mellitus-study design. *Prim care diabetes* 2011; 5(4): 231-239.
12. McCroskey JC, Richmond VP. Communication apprehension and shyness: Conceptual and operational distinctions. *Commun Studies* 1982; 33(3): 458-468.
13. Richmond VP, Heisel AM, Smith Ralph S, McCroskey JC. The Impact of communication apprehension and fear of talking with a physician on perceived medical outcomes. *Commun Res Rep* 1998; 15(4): 344-353.
14. Terra MB, Barros HMT, Stein AT, Figueria I, Athayde LD, Goncalves MS, et al. Internal consistency and factor structure of the portuguese version of the Liebowitz social anxiety scale among alcoholic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Rev Bar Psiquiatry* 2006; 28(4): 265-269.
15. Wrench JS, Brogan SM, McCroskey JC, Jowi D. Social communication apprehension: The intersection of communication apprehension and social phobia. *Commun Human* 2008; 11(4): 409-429.
16. Shi X, Brinthaup TM, McCree M. The relationship of self-talk frequency to communication apprehension and public speaking anxiety. *Pers Individ Dif* 2015; 75(3): 125-129.
17. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Public-speaking fears in a community sample: Revalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(2): 169-174.
18. Lang NP, Rowland-Morin PA, Coe NPW. Identification of communication apprehension in medical students starting a surgery rotation. *Amer J Surg* 1998; 176(1): 41-45.
19. Nasrollah S, Sahbaie F, Seifi B, Zare M. The Study of Fear of Communication and its Compare in Tehran Islamic Azad University of Medical Sciences. *J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery* 2015; 24(86): 1-7. [Persian]
20. Tillfors M, EL-Khoury B, Stein MB, Trost K. Relationship between social anxiety depressive symptoms and antisocial behaviors: Evidence from a prospective study of adolescent boys. *J Anxiety Disord* 2010; 9(23): 718-720.
21. Dalrimple K, Zimmerman M. Screening for social fears and social anxiety disorder in psychiatric out patients. *Compre Psychiatry* 2009; 49(4):399.
22. Cho Y, Smits JAJ, Telch MJ. The Speech Anxiety Thoughts Inventory: Scale development and preliminary psychometric data. *Behav Res Ther* 2004; 42(1): 13-25.
23. Labuda Schrop SM. The relationship between patient socioeconomic status and patient satisfaction: Does patient-physician communication matter. A dissertation submitted to Kent State University; 2011. Available at: [https://etd.ohiolink.edu/ap/10?0::NO:10:P10\\_ACCESSION\\_NUM:kent1320002395](https://etd.ohiolink.edu/ap/10?0::NO:10:P10_ACCESSION_NUM:kent1320002395)

24. Rowland-Morin PA, Burchard KW, Garb JL. Influence of effective communication by surgery students on their oral examination scores. *Acad Med* 1991; 66(3): 169-171.
25. Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emer Nurs* 2013; 39(6): 534-538.
26. Jakobsen VH, Fagermoen MS. Environmental factors in the operating theatre and their impact on patients, preoperative anxiety. *Tidsskr Sykepleie* 2005; 7(4): 4-17.
27. Rogers ER, King SR. The influence of a patient-counseling course on the communication apprehension, outcome expectations, and self-efficacy of first-year pharmacy students. *Am J pharmace Eeduc* 2012; 76(8): 1-7.
28. Behnke RR, Sawyer CR. Anticipatory anxiety patterns for male and female public speakers. *Commun Edu* 2000; 49(2): 187-195.
29. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. *Soc Sci Med* 1985; 20(11): 1119-1127.
30. Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med* 1975; 9(2): 57-62.