



<http://ui.ac.ir/en>

Journal of Applied Sociology

E-ISSN: 2322-343X

Document Type: Research Paper

Vol. 31, Issue 1, No.77, Spring 2020, pp. 9-12

Received: 05.03.2019 Accepted: 03.08.2019

The Survey of the Role of Social Capital in the Formation of Patient Communication Pattern (Case Study of Patients with Cancer, Neurology and Cardiovascular (Cardiology) in Rasht Hospitals)

Somaye Mohsenzadeh

MA. of Sociology, University of Guilan, Iran

S.mohseni71@gmail.com

Nader Ofoghi*

Assistant Professor, Department of Social Sciences, University of Guilan, Iran

N_ofoghi@yahoo.com

Ebrahim Masoudnia

Associate Professor, Department of Social Sciences, University of Guilan, Iran

Masoudniae@gmail.com

Introduction

The patient relationship model contains a range of relationships that starts from dominating patient and ends in patient's actively engagement in his/her relation to the doctor. The kind of the relationship that the patient has to do with the doctor can have positive and negative consequences depending on the form (shape) of that relationship. For example, establishing an active relationship has "an important role in the relationship between physician and patient which causes the confidence between the patient and the physician and increases the patient's confidence level to the physician, adherence to recommendations and their consent". (Ohtaki and et al. 2003).

Material & Methods

The aim of this study was to investigate the dominant pattern of patient relationship among patients with cancer, neurology and cardiology in Rasht city and the relationship between this variable and social capital. According to the purpose of this research, it was conducted using a sectional-descriptive method. To collect data and measure the main variables of research, standard questionnaires have been used. To measure the variable of social capital, the social capital standard questionnaire of Onix and Boulon (2000) is used, which has eight dimensions: participation in the local community, social agency, sense of security and trust, interactions with neighbors, interactions with family and friends, tolerance of diversity, value of life, and job interactions. To measure the variable of patient relationship, the standard questionnaire of the patient communication pattern scale of Ilan and Carmel (2015) is used which has five dimensions: relaying clear information about the illness and symptoms, questioning and requesting clarifications, initiating request for information guiding from the doctor, guiding the physician according to one's own preferences, and reporting one's own feelings. In this study, sampling was conducted using a multistage

cluster sampling. Initially, among the hospitals in Rasht, three Razi, Poorsina, and Heshmat hospitals were selected as Sample locations. In Razi Hospital, Department of Chemotherapy, in Poorsina Hospital, Neurosurgery, and in Heshmat Hospital, male and female surgery for cardiology were selected as the sample. Then, questionnaires were distributed among the hospitalized patients while receiving a written letter of satisfaction for the intention to cooperate with the interviewer. Sample size using the quantitative Cochran formula was 375, but in this research 372 questionnaires were distributed.

Discussion Results & Conclusions

The fundamental hypothesis of this study was that there is a relationship between the social capital of patients with chronic diseases (cancer, neurology and heart and vascular) and the patient relationship model, and this variable can be effective on the shape of the patient's relationship model with his/her doctor. In fact, social capital can be as an available tool for patients to change their own relationships' model with the doctor to the partnership relationship. To evaluate this issue, Pearson correlation coefficient, multiple regression, and path analysis were used. Pearson correlation test

* Corresponding author: +989111373928



showed that correlation between social capital and patient's relationship is positive. It means their relationship inclined to the type of partnership as their social capital rises. The results of this study were in line with Coleman (1998) and Burdick (1979) theories regarding the social capital. These two major theoreticians of social capital have had an instrumental look on the social capital. They define the social capital in social arena according to its performance and believe that social capital is a tool that can serve people to achieve their other social goals. Also the findings showed the dimensions of network interactions, local community involvement, social capital job interactions have a positive and direct relationship with the models of patient's relationship which means that the patient's relationship turns to partnership type through increasing in these dimensions. With a bit of precision in these three dimensions, we notice that all three of these aspects are of interaction and relationship. The findings are also in line with network social capital theory. It can be concluded that if the patient's interactions network in various sections such as the local and job interaction network are wider, this strong interaction network can help patient's partnership interaction with a doctor and as any of these interactions are limited, his relationship with the physician will become limited. The findings of this study also showed that the value dimension of social capital life has a direct and positive relationship with variable of patient relationship model; it means that the patient's relationship inclined to the partnership relation as the value dimension of life increases. As people value their lives and get satisfied with their lives and feel that the world is a valuable place for living, they do not get disappointed of life and survival, and strive to improve their illness and try to provide more information from their doctor to treat the disease. It causes their relationship model to be partnership. Multiple regression results also showed that among the variables of social capital and their dimensions, life value variables, social agency, community involvement in local society and job interactions have entered the regression model and have been able to explain 80.1 percent of the changes of patient's relationship model. This rate of explanatory power is indicative of the high influence of social capital variable and its abundant importance. The results of this study also show a significant importance of interactions. As we see from the four variables entering the regression equation, only two dimensions, which means participation in the local community and job interactions, will be directly back to the relationship. The relationship dimension is a very important variable in explaining the patient's relationship model. The findings of this section are also in line with Chalabi's (2014) social capital theory. He considers two important dimensions for social capital in his social capital theory, the relationship and trust;

that the findings of this study showed the relationship of social capital is of great importance. Entering a social agency variable into the regression equation also represent that people are being appreciated and those who think everything in their lives depends on destiny, appreciation and society, try less to improve themselves, and therefore will ask the doctor less for information, and thus their relationship model will incline to the dominated relationship. While those who always treat themselves as an agent in life and feel their lives' destiny depends on themselves and are responsible for their actions and believe that all events happening in their life are the consequences of their own deeds and decisions, they will attempt more to establish a relationship with their doctor to help the improvement of their illness, so their relationship tends to be a partnership-centered model. The results of path analysis and drawing of the final model showed that participation in local community (of social capital dimensions) have the most direct effect (0.520) on the variables of the patient's relationship model, but the variable of life value (the other dimensions of social capital variable), totally with its direct and indirect effect (0.824) has the highest share in explaining the variance of the patient's relationship model. Social agency also is another variable dimension of social capital which has a direct effect (0.233) on the variable of patient's relationship model. With regard to the dimensions of social capital which were said having more share than other predictive variables, social class with direct effect (0.243) and indirect effect (0.246-), it can be concluded that the main assumption of research regarding social capital variable effect on the patient relationship model has been approved. It can be said that as much as the patients have higher social capital and are more involved in their local communities to appreciate their lives and have agency and more activism, they can expect their relationship model to be a kind of partnership. In other words, by strengthening social capital, patients are more active in relation to the doctor and demand more contribution from the doctor in the treatment process. But the lower their social capital is, the more passive the relationship will be, and they delegate everything to the doctor. This study attempted to challenge the fundamental assumption that the doctor determines the principle of physician and patient relationship and the results also showed that the doctor is not the only determinant of the relationship model. Provided that efforts to patient's social capital can be added, doctors can be effective in the relationship model, and they are able to help expedite the healing process.

Keywords: Social Capital, Network Social Capital, Patient Relationship, Patient Communication Pattern Scale, Partnership Relationship, Paternalistic Relationship.

References

- Adam, P. & Herzlich, C. (2006) *Sociology of Disease and Medicine*. Tehran: Ney Publications [in Persian].
- Alipour, S. (2014) *Sociological Explanation of the Social Contexts of Emergence and Escape of Elites in Bandar Abbas City, 1991- 2013*. Master's Research, Guilan University, Faculty of Literature and Humanities [in Persian].
- Alwani, SM. & Seyyed Naghavi, MA. (2002) "Social Capital, Concepts and Theorie." *Journal of Management Studies*, 33 (34): 3-26 [in Persian].
- Paez, K. Jerilyn, K. Allen Beach, M. C. Carson, K. A. & Cooper, L. A. (2009) "Physician Cultural Competence and Patient Ratings of the Patient-Physician Relationship." *Journal of General Internal Medicine*, 24 (4): 495-8.
- Armstrong, D. (1993) *Medical Sociology*. Tehran: Sharif University of Technology [in Persian].
- Attar, S. (2010) *Theoretical View of Social Capital (Study of the Status of Social Capital in Iran)*. Yazd: Yazd University [in Persian].
- Bastani, S. & Salehi Hikouei, M. (2007) "Network Social Capital and Gender: A Study of the Structural, Interactive, and Functional Features of the Social Network of Women and Men in Tehran." *Social Science Letter*, (30): 95-63 [in Persian].
- Broom, A. (2005) *Medical Specialists' Accounts of the Impact of the Internet on the Doctor/Patient Relationship*. Health. SAGE Publications.
- Chalabi, M. (2014) *Theoretical and Comparative Analysis in Sociology*. Tehran: Ney Publications [in Persian].
- Cockerham, W. C. (2012) *Medical Sociology*. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences [in Persian].
- Coleman, J. (1998) *The Foundations of Social Theory*. Tehran: Ney Publications [in Persian].
- Daghio, M.M. Ciardullo, A. V. Cadioli, T. Delvecchio, C. Menna, A. Voci, C. Guidetti, P. Magrini, N. & Liberati, A. (2003) "GPs' Satisfaction with the Doctor-Patient encounter: Findings from A Community-Based Survey." *Journal of Family Practice*, 20 (3): 283-288.
- Doayi, H. Salehnia, M. & Ahmadzadeh Jazi, S. (2012) "The Effect of Customers' Perception of Human Capital on the Formation of Their Mental Illness from the Hospital." *Health Information Management*, 9 (97): 977-988 [in Persian].
- Field, J. (2013) *Social Capital*. Tehran: Kavir Publications [in Persian].
- Fochsen, G. Deshpande, K. & Thorson, A. (2006) "Power Imbalance and Consumerism in the Doctor-Patient Relationship: Health Care Providers' Experiences of Patient Encounters in a Rural District in India." *Qualitative Health Research*, Sage Journals. 16 (9):1236-1251. <https://doi.org/10.1177/1049732306293776>
- Goodyear-S. F. & Buetow, S. (2001) "Power Issues In The Doctor-Patient Relationship." *Health Care Analysis*, 9 (4): 449-462.
- Hobbes, G. (2008) *What Is Social Capital? Short Overview of Literature, part of the book The Conceptual Foundations of Social Capital*. Tehran: Research Institute for Cultural and Social Studies.
- Ilan, S. & Carmel, S. (2015) "Patient Communication Pattern Scale: Psychometric Characteristics." *Health Expectations*, (19): 842-853.
- Kaba, R. & Sooriakumaran, P. (2007) "The Evolution of the Doctor-Patient Relationship." *International Journal of Surgery*, (5): 57-65.
- Karami, Z. & Keyvanara, M. (2007) "A Study of the Relationship Patterns among Patients Referring to Shahid Beheshti Hospital, Esfahan Hospital." *Journal of Medical Education Research and Development Center*, 2: 149-156 [in Persian].
- Karimi Behroozian, A. (2016) *A study on the relationship between social class and the results of national gynecological examinations among undergraduate students at Bu-Ali University*. MSc Research, Guilan University, Faculty of Literature and Humanities [in Persian].
- Kamran, F. & Ershadi, Kh. (2009) "The Study of the Relationship between Social Capital of the Network and Mental Health." *Journal of Social Research*, 2 (3): 29-54 [in Persian].
- Kelley, J. M. Kraft-Todd, G. Schapira, L. Kossowsky, J. & Riess, H. (2014) "The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and MetaAnalysis of Randomized Controlled Trials." *PLoS ONE*, 9 (4): 1-7.
- Khodabakhsh, M. & Mansouri, P. (2011) "Empathy and Reviewing Its Role in Improving Patient-Patient Relationships." *Journal of Ethics and Medical History*, 4 (3): 38-46 [in Persian].
- Masoudnia, E. (2010) *Medical Sociology*. Tehran: Tehran University Publishing [in Persian].
- McCoy, L. (2005) "HIV-Positive Patients and the Doctor-Patient Relationship: Perspectives From the Margins." *Sage Journals Qualitative Health Research*, 15 (6): 791-806.
- Miller, D. (2005) *Handbook of research design and social measurement*. Ney Publications [in Persian].
- Mitchell, A. D. & Bossert, T. J. (2007) "Measuring Dimensions of Social Capital: Evidence from Surveys in Poor Communities in Nicaragua." *Social Science & Medicine*, 64 (1): 50-63.
- Moein, A. & Anbari Akmal, K. (2009) "The Relationship between Physician and Patient." *Daneshvar Medical Journal*, 17 (85): 71-80 [in Persian].

- Mohseni, M. (1978) *Sociology of Medicine and Health*. Tehran: Tahoura Library [in Persian].
- Ohtaki, S. Ohtaki, T. & Fetters, M. D. (2003) "Doctor–Patient Communication: A Comparison of the USA and Japan." *Family Practice*, 20 (3): 276–282.
- Oliveira, J. (2014) "The Effect of the Internet on the Patient-Doctor Relationship in a Hospital in the City of Sao-Paolo" *Journal of Information Systems and Technology Management*, 11 (2): 327-344.
- L. Stein, G. & A. Bonuck, K. (2001) "Physician–Patient Relationships among the Lesbian and Gay Community." *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5 (3): 87-94.
- Ost, S. (2016) "Breaching the Sexual Boundaries in the Doctor-Patient Relationship: Should English law Recognize Fiduciary Duties?" *Medical Law Review*, 24 (2): 206–233.
- Porcerelli, J. H. Murdoch, W. Morris, P. & Fowler, S. (2014) "The Patient–Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study". *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21 (3) :291–296.
- Radaelli, S. Leonardi, M. & Pessina, A. (2004) "Invisible Diseases and the Doctor-Patient Relationship." *Journal of Headache Pain*, 5 (3): 209–211.
- Roter, D. (2000) "The Enduring and Evolving Nature of the Patient Physician Relationship." *Patient Education and Counseling*, 39 (1): 5–15.
- Scheffler, R. & Brown, T. (2010) "Social Capital, Human Capital and Health: What is the Evidence?" *Paris.Oecd*, 1-44, www.oecd.org.
- Schieber, A. & Irving, M. K. & Génolini, J. (2017) "Integrating Multidisciplinary Results to Produce New Knowledge About the Physician–Patient Relationship: A Methodology Applied to the Intermede Project." *Journal of Mixed Methods Research*, 11 (2):174–201.
- Shafati, M. & Zahedi, M. (2012) "The Paper on Biological, Psychological, and Social Patterns of the Relationship Between Physicians and Patients: Transforming the Biomedical Approach." *Journal of Biological Ethics*, 2 (5): 151-187 [in Persian].
- Shafati, M. (2012) *A Sociological Study of the Physician-Patient Interaction (A Qualitative Study in Ahwaz)*. Masters Research, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran University [in Persian].
- Shafati, M. & Zahedi, M. (2013) "Physician and Patient Relationship: Ecology of Patient Group Examination at Private Offices in Ahwaz." *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 2 (1): 61-46. [in Persian]
- Sharifian Thani, M. (2001) "Social Capital: The Basic Concepts and the Theoretical Framework." *Journal of Social Welfare*, 1 (2): 5-18 [in Persian].
- Sharma, S. Kilian, R. & Leung, F. H. (2014) "Health 2.0—Lessons Learned: Social Networking With Patients for Health Promotion." *Journal of Primary Care & Community Health*, 5 (3): 208–210.
- Shojaei, A. & Abolhasani Niyaraki, F. (2012) "The Roles and Consequences of Trust in the Relationship between the Doctor and the Patient." *Iranian Journal of Ethics and Medical History*, 5 (4): 27-35 [in Persian].
- Stokes, T. Dixon-Woods, M. & McKinley, R. K. (2004) "Ending the Doctor–Patient Relationship in General Practice: A Proposed Model." *Family Practice*, 21 (5): 507-514.
- Tavassoli, Gh. & Mousavi, M. (2005) "The Concept of Capital in Classical and Neo Theories with an Emphasis on Theories of Social Capital." *Social Science Letter*, 26 (26): 1-32 [in Persian].
- Bosslet, G. T. Torke, A. M. Hickman, S. E. Terry, C. L. & Helft, P. R. (2011) "The Patient–Doctor Relationship and Online Social Networks: Results of a National Survey." *Journal of General Internal Medicine*, 26 (10): 1168-1174.
- Vahidi, R. Kaffashi, Sh. Narimani, M. Sadeghifar, J. Raad Abadi, M. Nazari, A. & Heydari, M. (2013) "Correlation Between the Amount of Knowledge and Satisfaction of Patients From the Relationship Between the Physician and the Patient." *Promotion Management Health*, 2 (3): 66-73 [in Persian].
- Willis, E. & King, D. & Dwyer, J. & Wainer, J. & Owada, K. (2015) "Women and Gynaecological Cancer: Gender and the Doctor–Patient Relationship", *Springer Science+Business Media*, Topoi, DOI 10.1007/s11245-015-9349-9:509-519.
- Winter, L. (2000) "Toward a Theorized Understand of Family Life and Social Capital." *Australian Institute of family Studies*, 21: 1-24.
- Zahednejad, H. Poursharifi, H. & Babapour, J. (2012) "The Study of the Relationship between Memory Error, Health Control Center and the Relationship of a Doctor with Follow-up Treatment in Type II Diabetes." *Shahid Sadoughi University of Medical Sciences & Health Services Journal*, 20 (2): 258-239 [in Persian].
- Zare, B. Kaveh Firouz, Z. & Soltani, M. (2015) "Capital Determinants of the Healthy Life Style of the Elderly of Tehrani." *Journal of the Iranian Society of Demography*, 8 (16): 117-138 [in Persian].

بررسی نقش سرمایه اجتماعی در شکل‌گیری الگوی ارتباطی بیمار

بیماران مبتلا به سرطان، مغز و اعصاب و قلب و عروق در بیمارستان‌های شهر رشت

سمیه محسن‌زاده گل‌افزانی، کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه گیلان، ایران

s.mohseni71@gmail.com

نادر افقی*، استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه گیلان، ایران

n_ofoghi@guilan.ac.ir

ابراهیم مسعودنیا، دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه گیلان، ایران

masoudniae@gmail.com

چکیده

تاکنون پژوهش‌های فراوانی موضوع رابطه پزشک - بیمار و اثر آن بر رضایت بیماران از درمان و کمک به بهبود بیماران را بررسی کرده‌اند؛ اما به رابطه سرمایه اجتماعی، به‌منزله متغیر مهم اجتماعی، با نوع رابطه بیماران با پزشکان توجه چندانی نشده است. به همین منظور در این پژوهش این رابطه با استفاده از روش پیمایش از نوع توصیفی - مقطعی بررسی می‌شود. در این پژوهش با استفاده از نظریه‌های سرمایه اجتماعی چلبی (۱۳۹۳)، بوردیو (۱۹۸۶)، کلمن (۱۳۷۷) و پاتنام (۱۹۹۵)، سرمایه اجتماعی شبکه‌ای و ترکیب آن با الگوهای رابطه پزشک - بیمار، چارچوب نظری مناسبی برای بررسی موضوع پژوهش فراهم شد. جامعه آماری پژوهش را همه بیماران (سرطان، مغز و اعصاب و قلب و عروق) تشکیل می‌دهد که در طول دوره پژوهش به بیمارستان‌های شهر رشت مراجعه می‌کردند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده و در نهایت، ۳۷۲ پرسش‌نامه توزیع و جمع‌آوری شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند بین متغیرهای طبقه اجتماعی، سرمایه اجتماعی و ابعاد سرمایه اجتماعی یعنی شبکه تعاملات، مشارکت در جامعه محلی، تعاملات شغلی و ارزش زندگی با متغیر الگوی رابطه بیمار، رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد. نتایج رگرسیون چندگانه نیز نشان می‌دهند متغیرهای ارزش زندگی، عاملیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، طبقه اجتماعی و تعاملات شغلی ۸۲/۴ درصد متغیر رابطه بیمار را تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان دادند متغیر مشارکت در جامعه محلی، بالاترین اثر مستقیم (۰/۵۲۰) را بر الگوی رابطه بیمار دارد؛ اما متغیر ارزش زندگی در مجموع با اثر مستقیم و غیرمستقیم (۰/۸۲۴)، بالاترین سهم را در تبیین واریانس الگوی رابطه بیمار دارد.

واژه‌های کلیدی: الگوی رابطه بیمار، سرمایه اجتماعی، طبقه اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، ارزش زندگی

مقدمه و بیان مسئله

الگوی رابطه بیمار، شامل طیفی از رابطه است که از زیر سلطه قرارگرفتن بیمار شروع و به مشارکت فعالانه بیمار در رابطه خود با پزشک معالج ختم می‌شود. نوع رابطه بیمار با پزشک معالج، به شکل آن رابطه بستگی و پیامدهای مثبت و منفی بسیاری را به دنبال دارد؛ برای نمونه، برقراری رابطه فعالانه «نقش مهمی در رابطه پزشک و بیمار دارد و موجب اعتماد بیمار به پزشک شده و سطح اطمینان بیمار به پزشک و پایبندی به توصیه‌های پزشک و رضایت آنها را از فرایند درمان افزایش می‌دهد» (Ohtaki et al., 2003). «تشخیص دقیق و درمان مؤثر بیماری، مستلزم یک رابطه فعالانه با بیمار است» (Kaba & Sooriakumaran, 2007). همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند «کیفیت ارتباط بین پزشک و بیمار عامل کلیدی و مهمی در کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و اثربخشی سیستم بهداشتی است. نوع رابطه پزشک و بیمار بر سلامت بیمار، رضایت رعایت رژیم و اعتماد به نفس آنها اثرگذار است» (Kinnersley et al., 1999; Krupat et al., 2001; Willems et al., 2005; in: Schieber et al., 2015: 181). زمانی که در عمل روزمره، درمان‌های متعدد با کیفیت‌های مختلف در دسترس است، بیمار باید به صورت فعالانه از بین آنها انتخاب کند تا اثربخشی این مداخلات افزایش یابد؛ به عبارتی، پزشک باید از خلق و خوی بیمار آگاهی کافی داشته باشد که این آگاهی از رابطه مشارکت‌محور و مشاوره حاصل می‌شود (Daghio et al., 2003).

بنابراین، بررسی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری انواع روابط و تلاش برای تقویت سبک ارتباطی مشارکت‌محور ضروری است. نکته مهم در این میان این است که عوامل اجتماعی بسیاری بر این نوع ارتباط تأثیر می‌گذارند. در سال‌های اخیر توجه چشمگیری به تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت شده است. مک‌کنزی و همکاران^۱ (2002) معتقدند: «سرمایه اجتماعی به‌عنوان یکی از تبیین‌های احتمالی در زمینه تفاوت‌ها در سلامتی و بیماری توجه چشمگیری را به خود جلب کرده است. این اعتقاد وجود دارد که سرمایه اجتماعی،

نقش مهمی در بروز و شیوع اختلال‌های جسمانی و روانی دارد» (به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۶۰). از دلایل این توجه آن است که ابعاد گوناگون سرمایه اجتماعی از جمله حمایت اجتماعی و پیوندهای اجتماعی نقش بسزایی در کمک به روند بهبود بیماری بیماران دارند. حمایت اجتماعی موجب می‌شود بیماران «سرنوشت خود را پس از استقرار کامل بیماری به دست بگیرند. نزدیکان ممکن است در مرحله نهایی کاملاً به حل مشکلات بیماران کمک کنند؛ اما حمایت اجتماعی ممکن است به صورت دادن کمک‌های کوچک، زدن تلفن یا ارسال دعوت‌نامه برای بیمار دیگر انجام شود» (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۱۵۹). همچنین «پیوند اجتماعی، امکان آسودگی روانی را برای شخص بیمار فراهم می‌آورد؛ اما آثار ملموس دیگری نیز دارد. شبکه‌آشنایی‌های فرد به او کمک خواهد کرد تا کاری که با حال او مناسب‌تری داشته باشد، پیدا کند یا به او یاری دهد تا در دایره ارتباطی دیگری جا بیفتد» (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵: ۱۶۰)؛ به عبارتی، این پیوندهای اجتماعی به او کمک می‌کنند رابطه خود با پزشک را به‌طور فعالانه‌تری شکل بخشد و در برخورد با پزشک اعتماد به نفس کافی داشته باشد.

یکی از انواع بیماری در جهان، تجربه بیماری‌های مزمن است که بیشتر از جسمانی بودن، اجتماعی‌اند؛ بنابراین، بر فرایند ادراکی مدیریت و مراقبت تأثیرات ناخوشی‌های مزمن بر خویشتن، شخصیت و ارتباط‌های فرد متمرکزند. بیماری‌های مزمن بر زندگی روزمره، از شخص و شخصیت تا ارتباط‌هایش با مردم در مدیریت برچسب‌های جسمی و رفتارهای جسمی ایجاد شده به دلیل آن بیماری مزمن، تأثیر دارد. (کاکرهام، ۱۳۹۱: ۴۳۶). طبق بررسی‌های انجام‌شده، در ایران سالانه حدود ۷۰۰۰۰ مورد جدید سرطان اتفاق می‌افتد و هر سال بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در اثر سرطان جان می‌بازند. به دلیل افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، انتظار می‌رود موارد بروز سرطان در دهه آینده به شدت افزایش یابد و به دو برابر مقدار کنونی برسد (مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تبریز).

¹ McKenzie et al.

اساس مصاحبه پزشکی که پایه فعالیت های پزشکی به شمار می‌آید، ارتباط است. تشخیص کارآمد هم به شناسایی علایم جسمی بیماری و هم به شناسایی علایم جسمی بستگی دارد که ممکن است ریشه‌های اجتماعی یا روان‌شناختی داشته و مستلزم طرح‌های درمانی متفاوت باشند. مشکلات ارتباطی پزشک و بیمار بر جنبه‌های مختلف مراقبت پزشکی شامل گرفتن شرح حال، تشخیص یا استفاده از درمان‌ها اثر می‌گذارد (به نقل از معین و عنبری‌اکمل، ۱۳۸۸: ۷۲). در مطالعه گریفین و همکاران^۱ (2004) درباره مرور سیستماتیک مداخلات بهبودی ارتباط پزشک و بیمار، در بیش از ۵۰ درصد موارد، این مداخلات سبب بهبودی سلامتی بیماران شد. این مداخلات درباره بیماران شامل مواردی مانند تشویق بیمار به سؤال کردن یا نوشتن امور نگران‌کننده برای او و درباره پزشکان، شامل چگونگی فهم انتظارات و نگرانی‌های بیماران و ارائه اطلاعات شفاف و روشن درباره بیماری و درمان آن و تقویت توجه آنان به احساسات بود (به نقل از معین و عنبری‌اکمل، ۱۳۸۸: ۷۲).

پرسش مطرح شده این است که الگوی غالب رابطه بیمار در بیمارستان‌های شهر رشت، درباره بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (سرطان، مغز و اعصاب و قلب و عروق) کدام است. و مهم‌تر از همه اینکه نقش سرمایه‌های اجتماعی بیماران در شکل‌گیری این الگوهای ارتباطی چیست.

پیشینه پژوهش

بررسی پژوهش‌های انجام‌شده درباره موضوع، به گسترش شناخت و آگاهی پژوهشگر و خوانندگان در حوزه پژوهش کمک شایانی می‌کند. در این پژوهش نیز تلاش شد پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام‌شده درباره موضوع، بررسی شوند؛ اما هیچ پژوهشی یافت نشد که رابطه سرمایه اجتماعی با الگوی رابطه بیمار و یا رابطه پزشک - بیمار را بررسی کرده باشد. هر پژوهشی به‌ویژه علمی در سه بخش انجام می‌شود: یا درباره عوامل اثرگذار بر موضوع یعنی

وزارت بهداشت اعلام کرده است گیلان، ششمین استان در شیوع انواع بیماری سرطان در کشور است و این امر زنگ‌های خطر را به صدا درآورده است. طبق گفته رییس دانشگاه علوم پزشکی گیلان، در مجموع هر ۴۸ ساعت سه مورد سرطان سینه، دو مورد معده، دو مورد روده و یک مورد کیست تیروئید در گیلان بروز می‌کند. این به آن معنا نیست که موارد دیگر وجود ندارند؛ بلکه موارد دیگر با شیوع کمتر وجود دارند. سالانه ۳۸۰۰ نفر در گیلان به سرطان مبتلا می‌شوند. بیماری قلب و عروقی نیز از دیگر بیماری‌های شایع در سطح کشور و گیلان است. طبق گزارش مرکز اورژانس بیمارستان حشمت، ماهیانه به صورت میانگین ۴۰۱۳ نفر به این مرکز آموزشی و درمانی مراجعه می‌کنند. بیماری مغز و اعصاب نیز از دیگر بیماری‌های شایع است و بیماران به‌طور عمده به بیماری MS مبتلا هستند. طبق گزارش معاونت درمان علوم پزشکی گیلان، سالانه ۱۶۰۳ مورد بیمار مغز و اعصاب در بیمارستان‌های شهرستان رشت بستری می‌شوند.

مسئله اساسی این است که ازجمله دلایل اصلی نارضایتی مراجعان به بخش‌های مختلف پزشکی، ارتباط ناقص و ناکارآمد بین بیماران و پزشکان است که از سرمایه‌های اجتماعی متفاوتی بهره‌مندند. درمان بیماری‌ها وابستگی زیادی به تعامل بین پزشک - بیمار دارد و نتیجه همکاری بیمار با پزشک، درمانی سریع و موفق است. ازطرفی، این رابطه از عوامل بسیار مهم در میزان رضایت بیماران به‌ویژه در مراجعات بعدی آنهاست (وحیدی و همکاران، ۱۳۹۲: ۶۶). ضمن آنکه ارتباط خوب بین پزشک و بیمار، سنگ‌زیربنای مراقبت‌های خوب پزشکی است. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند بیشتر تشخیص‌های پزشکی و تصمیم‌های درمانی براساس اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه‌اند و اساس مصاحبه پزشکی، ارتباط است (به نقل از معین و عنبری‌اکمل، ۱۳۸۸: ۷۱). پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند ۸۰-۶۰ درصد تشخیص‌های پزشکی و درصد مشابهی از تصمیم‌های درمانی، بر مبنای اطلاعات به‌دست‌آمده از مصاحبه پزشکی انجام می‌شوند.

¹ Griffin et al.

از روش کیفی نظریه‌پردازی داده محور با رویکرد تفسیری و نظریه‌های تالکوت پارسونز، الگوی زاس و هولاندار [ساز و هولندر]، الیوت فریدسون، الگوی استوارت و روتر، الگوی امانوئل و گافمن، الگوی هربرت بلوم، الگوی فوکو و کاربرد الگوی چلبی در بررسی رابطه پزشکی و بیمار و نظریه پیر یوردیو، نوع رابطه پزشکی و بیمار در شهر اهواز را بررسی کرده است. او با شناسایی دو نوع رابطه شامل رابطه غیرمشارکتی و درمان‌محور در این شهر، معتقد است ویزیت گروهی، محدودیت زمانی، بار بالای بیماران، آمادگی نداشتن بیماران، فرهنگ، الگوهای ذهنی، تحصیلات، مهارت های ارتباطی پزشکی، وضعیت طبقاتی هم به لحاظ اقتصادی و هم فرهنگی، خرده فرهنگ‌های بیماران و نگرش‌ها و ارزش‌های اخلاقی - اجتماعی آنان از جمله عوامل مؤثر بر شکل‌گیری نوع رابطه است. او اعتقاد دارد رابطه غیرمشارکتی پیامدهایی همچون افزایش خطای پزشکی، آسیب مادی و روانی، دلسردی از همکاری، خوددرمانی و بازتولید رابطه نابرابر را در پی دارد.

اوهاکای و همکاران^۱ (2003) در مقاله «رابطه پزشکی و بیمار: مقایسه آمریکا و ژاپن» با روش مطالعه مقطعی تحلیل گفتمان کمی، رابطه پزشکی و بیمار در آمریکا و ژاپن را بررسی کردند. آنها عامل زمینه‌های فرهنگی را در رابطه پزشکی و بیمار مهم تشخیص دادند.

ایلان و کارمل^۲ (2015) در مقاله «مقیاس الگوی ارتباطی بیمار: روان‌سنجی مشخصات»، با استفاده از مقیاس (pcps)، ابزاری برای سنجش رابطه بیمار ارائه دادند. آنها این پرسش‌نامه را که شامل چهارده سؤال و پنج مؤلفه به نام‌های اطلاعات، تعریف، شروع، ترجیحات و احساسات بود، بین ۲۵۱ بیمار مبتلا به سرطان توزیع کردند. پژوهش آنها نشان داد این ابزار، ابزاری معتبر و پایا برای سنجش رابطه پزشکی و بیمار است.

اسچیبیر و همکاران^۳ (2017) در مقاله «ادغام نتایج داده‌های

متغیرهای وابسته است یا درباره خود موضوع بررسی است که تنها به توصیف موضوع اکتفا می‌کند یا پیامدهای موضوع را بررسی می‌کند. در هر کدام از این سه بخش، پژوهش‌های زیادی چه در داخل و چه در خارج انجام شده‌اند: ۱- پژوهش‌هایی که عوامل اثرگذار را بررسی کرده‌اند؛ اما به سرمایه اجتماعی که عامل مدنظر در این پژوهش است، در هیچ پژوهشی اشاره نشده است. ۲- پژوهش‌هایی که با توصیف و موشکافی موضوع یعنی رابطه پزشکی - بیمار و الگوی ارتباطی بیمار، ابعاد و معرف‌های آن را ارائه کرده‌اند. ۳- پژوهش‌های زیادی به پیامدهای هر یک از الگوهای ارتباطی اشاره کرده‌اند. به همین منظور در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌شود که هم به انتخاب یک موضوع بدیع و تازه در این پژوهش کمک کردند و مانع از انجام پژوهشی با موضوع تکراری شدند و هم در شناخت موضوع و ساخت پرسش‌نامه کمک کردند. پرسش‌نامه استاندارد شده الگوی ارتباطی بیمار در یکی از همین پژوهش‌های خارجی یافت شد.

چوب‌ساز (۱۳۹۰) در مقاله «بررسی الگوهای گفتمانی در تعامل بین پزشک و بیمار»، با روش مطالعه کیفی میدانی و به کارگیری نظریه‌های انتقادی گفتمان، به ویژه دیدگاه سه‌بعدی نورمن فر کلاف، رابطه پزشکی و بیمار را بررسی و عواملی نظیر موقعیت اجتماعی بیمار، آشنایی قبلی بیمار با پزشک، دسترسی پزشک به منابع قدرت اجتماعی مانند موقعیت اقتصادی، تحصیلات و دانش پزشکی و تقارن نداشتن قدرت پزشک و بیمار را عوامل اثرگذار معرفی کرد.

شفعتی و زاهدی (۱۳۹۲) در مقاله «رابطه پزشکی و بیمار: بوم‌شناسی معاینه گروهی بیماران در مطب‌های خصوصی شهر اهواز»، با استفاده از روش قوم‌نگاری، سه الگوی رابطه پزشکی - بیمار یعنی الگوی رفتار مشارکتی، الگوی اتوکراتیک و الگوی ارباب‌مآبانه را در مطب‌های خصوصی شهر اهواز شناسایی کردند.

شفعتی (۱۳۹۱) در مقاله «بررسی جامعه‌شناختی رابطه متقابل پزشک و بیمار؛ مطالعه کیفی در شهر اهواز»، با استفاده

¹ Ohtaki et al.

² Ilan & Carmel

³ Schieber et al.

تولیدشده در مورد رابطه پزشک و بیمار: روش‌شناسی ترکیبی، اثر رابطه پزشک و بیمار بر سلامتی را بررسی کردند. آنها با استفاده از روش ترکیبی، اثرات نوع رابطه پزشک و بیمار بر روند بهبودی را مشخص کردند و معتقدند نوع رابطه بین پزشک و بیمار بر سلامت بیماران، رضایت، اعتماد به

نفس و رعایت رژیم ازسوی آنها اثرگذار است. در جدول ۱ عوامل، الگوی‌های ارتباطی بررسی شده و پیامدهای هر یک از الگوهای اشاره شده در پژوهش‌های داخلی و خلاصه‌ای از عوامل، پیامدها و انواع الگوی ارتباطی بررسی شده در پژوهش‌های داخلی و خارجی، ارائه شده‌اند:

جدول ۱- خلاصه پیشینه پژوهش

پیامدها	الگوهای ارتباطی	عوامل
رابطه غیرمشارکتی پیامدهایی همچون افزایش خطای پزشکی، آسیب مادی و روانی، دلسردی از همکاری، خوددردمانی و بازتولید رابطه نابرابر دارد.	الگوهای راهنمایی و همکاری، الگوی فعال و منفعل، الگوی مشارکت متقابل، سبک‌های ارتباطی پدرمآبانه (فعالیت - فعال‌نبودن) و متقابل - مشارکت (پایبندی دوسویه)	توانایی‌های ارتباطی پزشک، جنسیت، تفاوت‌های طبقاتی، سن و نژاد، قومیت، تفاوت‌های فردی مانند مسائل و مشکلات روانی، نوع بیماری و جایگاه فرد در نظام فرهنگی - اجتماعی، الگوهای فرهنگی و ارزش‌های فرهنگی بیمار، توانایی‌های ارتباطی بیماران، دانش بیماران، آگاهی دوطرف از حقوق خود، مهارت مصاحبه و ارتباط غیرکلامی پزشک با بیمار، متغیرهای زمینه‌ای تأثیرگذار در الگوی رابطه بیمار - پزشک همچون نوع بیمارستان، تحصیلات، مکان سکونت، مدت زمان بستری، موقعیت اجتماعی بیمار، آشنایی قبلی بیمار با پزشک، دسترسی پزشک به منابع قدرت اجتماعی مانند موقعیت اقتصادی، تحصیلات و دانش پزشکی و تقارن‌نداشتن قدرت پزشک و بیمار، ویزیت گروهی، محدودیت زمانی، بار بالای بیماران، آمادگی نداشتن بیماران، فرهنگ، الگوهای ذهنی، خرده‌فرهنگ‌های بیماران و نگرش‌ها و ارزش‌های اخلاقی - اجتماعی، گرایش جنسی بیماران، تعادل‌نداشتن قدرت بین پزشک و بیمار، تفاوت در زمینه‌های فرهنگی، اینترنت و شبکه‌های اجتماعی، جنسیت و وجود کلیشه‌های جنسیتی در سطح جامعه، شناخت (دانش) فرهنگی پزشکان

مناسب با آن دست یافته شود.

مبانی نظری

امروزه هر یک از نظریه‌پردازان مختلف درباره جنبه خاصی از سرمایه اجتماعی نظریه ارائه کرده‌اند. در این بخش برای جلوگیری از نگاه یک‌جانبه به موضوع و ارائه ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی به صورت کامل و جزئی، چند مورد از نظریه‌های مختلف سرمایه اجتماعی بررسی شده است. با بررسی نظریه‌های مختلف سرمایه اجتماعی و الگوهای مختلف رابطه، متغیرهای مختلف و اساسی شناسایی می‌شوند تا در بخش چارچوب نظری با برقراری رابطه بین این متغیرها امکان استنتاج فرضیه از آنها فراهم شود. همه این کارها برای دست‌یابی به هدف پژوهش - بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و الگوهای رابطه بیمار - است و با توجه به نابودن این موضوع، کوشش می‌شود به الگوی مفهومی و الگوی تجربی

سرمایه اجتماعی چلبی

از نظر چلبی (۱۳۹۳) سرمایه اجتماعی دو مؤلفه اصلی اعتماد و رابطه اجتماعی دارد. او اعتماد را شامل سه مؤلفه صداقت، کارایی و دگرخواهی می‌داند. از نظر او سرمایه اجتماعی در سه سطح خرد، میانه و کلان ردگیری می‌شود. او سرمایه اجتماعی در سطح خرد را به دو دسته سنتی و جدید تقسیم می‌کند که نوع سنتی آن بیشتر در حوزه روابط اجتماعی یا جماعتی مانند گروه‌های اولیه (خانواده، همسایگی، اقوام و ...) وجود دارد. سرمایه اجتماعی جدید، بیشتر در حوزه‌های اقتصادی و سیاسی و به‌ویژه جامعه مدنی ردیابی می‌شود. سرمایه اجتماعی سازمان‌ها و گروه‌ها در سطح میانه، حاصل

شیئی واحد نیست؛ بلکه انواع چیزهای گوناگونی است که دو ویژگی مشترک دارند: همه آنها شامل جنبه‌ای از یک ساخت اجتماعی هستند و کنش‌های معین افرادی را که درون ساختار هستند، تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی مانند شکل‌های دیگر سرمایه مولد است و دست‌یابی به هدف‌های معینی را که در نبودن آن دست‌یافتنی نخواهد بود، امکان‌پذیر می‌سازد. سرمایه اجتماعی مانند سرمایه فیزیکی و سرمایه انسانی کاملاً تعویض‌پذیر نیست؛ اما نسبت به فعالیت‌های بخصوصی تعویض‌پذیر است» (کلمن، ۱۳۷۷: ۴۶۲).

سرمایه اجتماعی پاتنام

پاتنام سرمایه اجتماعی را «ارتباط‌های بین افراد - شبکه‌های اجتماعی و هنجارهای متقابل و قابلیت اعتمادی که ناشی از آنها می‌شود» (Putnam, 2000، به نقل از کاکرهام، ۱۳۹۱: ۲۶۶)، تعریف می‌کند. او دو خرده‌تیپ از سرمایه اجتماعی را با پیوستگی و پیوستن تشخیص می‌دهد. سرمایه اجتماعی پیوستگی، در روابطی وجود دارد که افراد همگن را مرتبط می‌کنند؛ در حالی که سرمایه اجتماعی پیوستن در ارتباط بین اشخاص ناهمگن است. همچنین سرمایه اجتماعی پیوستگی برای رویارویی درون‌تقابل و همبستگی گروه وجود دارد؛ در حالی که سرمایه اجتماعی پیوستن، کمک می‌کند کالاهایی از خارج گروه‌ها به دست آورده شوند. لین معتقد است پاتنام بر کارکرد مثبت هر دو نوع سرمایه اجتماعی تأکید می‌کند؛ در حالی که می‌پذیرد سرمایه اجتماعی پیوستگی ممکن است سبب دشمنی بین گروه شود. این نوع تیپ‌شناسی از دیدگاه شبکه اجتماعی محدود انتقاد شده است؛ زیرا پیوستگی و پیوستن به جای آنکه اجزای سرمایه اجتماعی باشند، اجزای شبکه اجتماعی‌اند (Lin, 2008؛ به نقل از کاکرهام، ۱۳۹۱: ۲۶۷).

الگوهای رابطه بیمار

در ادبیات موضوع به الگوهای مختلف رابطه پزشک و بیمار اشاره شده است و لازم است برای جمع‌بندی بحث الگوهای رابطه، ابتدا انواع الگوی رابطه از دیدگاه‌های مختلف ارائه شوند؛

ترکیبی از اعتماد آحاد مردم به چگونگی سازماندهی، وظیفه‌شناسی و تعهد، شایستگی و کاردانی نیروهای سازمانی و کم و کیف خدمات ارائه شده هر سازمان است. سرمایه اجتماعی نهادی در سطح کلان، حاصل اعتماد عمومی و به‌اصطلاح انتزاعی شهروندان به عملکرد و اهمیت نهادها در حوزه‌های چهارگانه اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی است.

سرمایه اجتماعی شبکه‌ای

اگر سرمایه اجتماعی به معنای انباشتی از روابط اجتماعی فرد تعریف شود، مفهوم سرمایه اجتماعی ارتباط تنگاتنگی با مفهوم شبکه، به معنای شبکه روابط اجتماعی، خواهد داشت. «براساس دیدگاه شبکه، روابط و پیوندها به‌عنوان سرمایه اجتماعی محسوب می‌شوند و فرد از طریق آنها به منابع و حمایت‌های موجود در شبکه دسترسی می‌یابد» (بوستانی، ۱۳۹۰، به نقل از کریمی‌بهرزیان، ۱۳۹۵: ۱۹).

سرمایه اجتماعی بوردیو

بوردیو از پیشگامان مفهوم‌سازی سرمایه اجتماعی در جامعه‌شناسی است (کاکرهام، ۱۳۹۱: ۲۵۹). سرمایه اجتماعی اصطلاحی است که او برای اطلاق به عضو شدن در گروه‌های اجتماعی به کار می‌برد (عطار، ۱۳۸۹: ۴۹). او سرمایه اجتماعی را «مجموعه منابع مادی یا معنوی که به یک فرد یا گروه اجازه می‌دهد تا شبکه پایداری از روابط کم و بیش نهادینه‌شده آشنایی و شناخت متقابل را در اختیار داشته باشد» (Bourdieu & Wacquant, 1992؛ به نقل از فیلد، ۱۳۹۲: ۳۱)، تعریف می‌کند.

سرمایه اجتماعی کلمن

کلمن نیز همچون بوردیو نگاهی ابزاری به سرمایه اجتماعی دارد و با تعریف کردن سرمایه اجتماعی برحسب فایده‌اش، می‌گوید: «سرمایه اجتماعی با کارکردش تعریف می‌شود. سرمایه اجتماعی

نقل از محسنی، ۱۳۵۷: ۲۲۶-۲۲۵؛ مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۰۵).

بهترین و در عین حال جامع‌ترین سنخ‌شناسی رابطه پزشکی - بیمار، سنخ‌شناسی امانوئل و امانوئل است که فرید به آن اشاره کرده است. آنها براساس چهار متغیر اهداف تعامل بین پزشک و بیمار، تعهدات پزشک، نقش ارزش‌های بیمار و مفهوم استقلال بیمار، چهار الگوی تعامل پزشکی - بیمار را ارائه کردند. این الگوها عبارت‌اند از: الگوی پدرمآبانه، الگوی اطلاعاتی، الگوی تفسیری و الگوی مشورتی (جدول ۲).

نخستین الگوی تعامل پزشکی - بیمار، الگوی پدرمآبانه است که الگوی پدر و فرزندی یا الگوی کشیشی نیز خوانده می‌شود. از نظر امانوئل و امانوئل، در این الگو تعامل پزشکی - بیمار تضمین می‌کند که بیماران مداخله‌هایی را دریافت می‌کنند و سلامتی و بهزیستی آنها به بهترین شکل تأمین می‌شود. الگوی پدرمآبانه بر این فرض مبتنی است که معیارهای عینی مشترکی در تعیین آنچه بهترین است، وجود دارند؛ از این رو، پزشکان آنچه منافع بیمار را به بهترین شکل تأمین می‌کند - البته با مشارکت محدود بیمار - مشخص می‌کنند. در الگوی پدرمآبانه، پزشک مانند قیم بیمار عمل می‌کند و آنچه فکر می‌کند به نفع بیمار است، انجام می‌دهد.

دومین الگوی تعامل پزشکی - بیمار، الگوی اطلاعاتی است که گاهی الگوی علمی، مهندسی یا مصرف‌کننده خوانده می‌شود. براساس این الگو، هدف پزشک در تعامل پزشکی - بیمار، مجهز کردن بیمار به همه اطلاعات مناسب درباره بیماری و مدیریت مداخله‌های انتخاب‌شده است و هدف بیمار، انتخاب و گزینش مداخله‌های پزشکی ارائه‌شده از طرف پزشک است. الگوی اطلاعاتی بر این فرض مبتنی است که تمایز بسیار روشنی میان اطلاعات و ارزش‌ها وجود دارد. ارزش‌های بیمار، تعریف‌شده و شناخته‌شده‌اند. آنچه بیمار ندارد، اطلاعات است؛ از این رو، وظیفه پزشک این است که ابتدا همه اطلاعات موجود درباره بیماری را برای بیمار فراهم کند. در مرحله بعد، ارزش‌های بیمار تعیین می‌کنند چه درمان‌هایی باید انتخاب شوند.

سپس از طریق زمینه‌های اشتراک و افتراق مشخص شود چند نوع الگوی رابطه برای رابطه بیمار تصورکردنی است.

جیسون^۱ (1976) استدلال می‌کند که رابطه میان پزشک و بیمار به طور کامل با انگاره بیماری مسلط در هر موقع، منطبق است. او معتقد است در قرن هجدهم به دلیل اختلاف طبقاتی پزشکان با بیمارانشان (که به طور عمده بیماران از طبقات اشراف بودند)، سلطه بیمار در رابطه پزشکی - بیمار حاکم است؛ اما در اواخر این قرن و با پدید آمدن بیمارستان، رابطه پزشکی سلطه‌مند و پزشک منفعل به وجود آمد (به نقل از آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۲۵-۱۲۴).

هولندر و همکارانش^۲ (1959) با انجام مطالعاتی درباره روابط پزشک و مؤسسات درمانی، معتقدند سه شکل اساسی در روابط درمانی وجود دارد:

الف) در این حالت پزشک نقش فعال و بیمار، حالت انفعالی دارند و این درباره جراحات شدید، حالت کما و بیهوشی مصداق پیدا می‌کند.

ب) شکل دوم، همکاری همزمان با رهبری است. بیماری وخامت کمتری دارد (مانند عفونت‌ها) که در این حالت بیمار قادر است به دستورات پزشک عمل کند و درباره نتایج به دست آمده نظر بدهد. در این نوع می‌توان روابط پدر - فرزندی را تا حدودی مشاهده کرد.

ج) نوع سوم بر مشارکت دوجانبه مبتنی است و بیشتر درباره بیماری‌های مزمن مصداق پیدا می‌کند و بیمار تنها گاهی پزشک را ملاقات می‌کند (دیابت، برخی بیماری‌های جلدی). نقش پزشک بیشتر از این نظر است که بیمار بتواند به خودش کمک کند.

این طبقه‌بندی که با طبقه‌بندی کرت لوین از رهبری (خودمختارانه، دموکراتیک و آزاد) منطبق است، فراموش می‌کند نوع دیگری هم وجود دارد که در آن پزشک، حالت انفعالی پیدا می‌کند و بیمار او را هدایت می‌کند و در واقع، بیمار فعال است (به

¹ Jason

² Hollander et al.

سومین الگوی تعامل، الگوی تفسیری است. همانند الگوی اطلاعاتی، در الگوی تفسیری پزشک اطلاعاتی درباره ماهیت شرایط، خطرات و مزایای مداخله‌های احتمالی به بیمار ارائه می‌کند. الگوی تفسیری فرض می‌کند بیماران ارزش‌های خود را نمی‌شناسند. این ارزش‌ها خام‌اند؛ پس ممکن است بیمار تنها بخشی از آنها را بفهمد؛ از این رو، پزشکی که با بیمار تعامل دارد، موظف است درباره این ارزش‌ها توضیح دهد و آنها را یکپارچه کند. ذکر این نکته ضروری است که پزشک درباره ارزش‌های بیمار قضاوت نمی‌کند؛ بلکه به بیمار کمک می‌کند آن ارزش‌ها را بفهمد و از آنها در موقعیت‌های پزشکی استفاده کند. در الگوی تفسیری، پزشک نقش مشاور را دارد؛ پس علاوه بر وظایفی که یک پزشک بر مبنای الگوی اطلاعاتی دارد، موظف است بیمار را در فرایند پیوسته فهم مشارکت دهد.

آخرین و چهارمین الگوی تعامل پزشک - بیمار، الگوی مشورتی است. براساس این الگو هدف از تعامل پزشک - بیمار، کمک به بیمار برای انتخاب بهترین ارزش‌های مرتبط با تندرستی است که ممکن است در موقعیت‌های بالینی و پزشکی محقق شود. به این منظور، پزشک باید اطلاعات موقعیت بالینی را فراهم کند و ارزش‌های مربوط به هر یک از گزینه‌های درمان را توضیح دهد. همچنین هدف پزشک، توضیح این نکته است که چرا برخی ارزش‌های مرتبط با تندرستی مهم‌ترند و باید مطالبه شوند. در حالت آرمانی، پزشک و بیمار با گفتگو و تبادل نظر درباره این موضوع مشارکت می‌کنند که بهتر است چه نوع ارزش‌های مرتبط با تندرستی از سوی بیمار جستجو شود (Freid, 1976؛ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۱۲-۲۰۶).

جدول ۲- مقایسه چهار الگوی تعامل پزشک - بیمار (Emanuel & Emanuel, 1992؛ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۱۳)

مشورتی	تفسیری	اطلاعاتی	پدرمآبانه	ارزش‌های بیمار
برای توسعه و اصلاح از راه مباحث اخلاقی باز است.	خام و متناقض و نیازمند به توضیح	برای بیمار تعریف‌شده، ثابت و شناخته‌شده‌اند.	عینی و مشترک از سوی پزشک و بیمار	ارزش‌های بیمار
توضیح و اقتناع بیمار درباره ارزش‌های عالی و آگاهی‌دادن به بیمار و محقق‌کردن مداخله‌های برگزیده بیمار	توضیح و تفسیر ارزش‌های مرتبط به بیمار و آگاهی‌دادن به بیمار و محقق‌کردن مداخله‌های برگزیده بیمار	فراهم‌کردن اطلاعات مناسب و تحقق‌بخشیدن به مداخله‌های برگزیده بیمار	تقویت بهزیستی و سلامت بیمار مستقل از ترجیحات فعلی بیمار	تعهدات پزشک
تعالی خود اخلاقی درباره مراقبت پزشکی دوست یا معلم	خودفهمی مربوط به مراقبت پزشکی مشاور یا رایزن	انتخاب و کنترل بر مراقبت پزشکی کارشناس فنی ماهر	موافقت و تأیید ارزش‌های عینی قیم	مفهوم استقلال بیمار
				مفهوم نقش پزشک

در جمع‌بندی مبحث الگوهای رابطه پزشک - بیمار باید گفت این رابطه شامل طیفی از رابطه است که از سلطه پزشک شروع و به مشارکت بیمار در فرایند درمان ختم می‌شود. همان طور که فریدسون می‌گوید: «رهبری را یا بیمار بر عهده می‌گیرد و یا پزشک» (به نقل از آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۲۷)؛ درنهایت، الگوی رابطه بیمار به دو الگوی رابطه پدرمآب یا

رابطه زیر سلطه و رابطه مشارکت‌محور تقسیم می‌شود. در الگوی پدرمآب یا زیر سلطه، پزشک همانند پدر، قیم بیمار است و تلاش می‌کند بهترین تصمیم را برای بیمار بگیرد؛ بدون آنکه بیمار را در فرایند درمان دخیل کند یا سؤالی از او پرسد و اگر هم می‌پرسد در زمینه‌های بسیار کم‌اهمیت است. فرایند معاینه در مدت زمانی کوتاه، زیر ۱۰

سرمایه اجتماعی باید به سرمایه‌های فرهنگی یا اقتصادی تبدیل شود (عطار، ۱۳۸۹: ۵۰). به این معنی که چون تأکید بر نوع رابطه است و مؤلفه‌هایی مثل اعتماد، رابطه، تعامل، همخوان با مؤلفه‌های الگوی رابطه بیمارند، با تقویت سرمایه اجتماعی رابطه بیمار نیز تقویت می‌شود و به‌سمت رابطه مشارکت‌محور میل می‌یابد که شکل مطلوب رابطه بیمار و پزشک محسوب می‌شود.

برخلاف بوردیو، کلمن از واژه‌های مختلفی برای تعریف سرمایه اجتماعی بهره گرفت و مفهوم سرمایه اجتماعی را از ابعاد مختلف بررسی کرد. کلمن برای تعریف سرمایه اجتماعی از نقش و کارکرد آن کمک گرفت و تعریفی کارکردی از سرمایه اجتماعی ارائه داد نه تعریفی ماهوی. بر این اساس سرمایه اجتماعی عبارت است از ارزش آن جنبه از ساختار اجتماعی که مانند منبعی در اختیار اعضا قرار می‌گیرد تا به اهداف و منافع خود دست پیدا کنند (Coleman, 1990؛ به نقل از الوانی و سیدنقوی، ۱۳۸۱: ۵).

«در مفهوم سرمایه اجتماعی شبکه‌ای با توجه به سطح بازگشت بازده به فرد یا گروه، دو دیدگاه مطرح است که انعکاس‌دهنده دو سطح فردی و جمعی می‌باشد. دیدگاه اول که تمرکز بر استفاده از سرمایه اجتماعی به وسیله افراد است و اینکه افراد چگونه به منابع جای گرفته در شبکه‌ها دست می‌یابند و از آن برای به دست آوردن سود و یا بازده در کنش‌های اظهاری (موقعیت موجود) استفاده می‌کنند. این نوع سرمایه به عنوان سرمایه اجتماعی شبکه مطرح می‌باشد. دیدگاه دوم به استفاده از سرمایه اجتماعی در سطح گروه توجه دارد و علاقه اصلی آن، بررسی عناصر و فرایند تولید و حفظ دارایی‌های جمعی است و علاقه دیگرش این است که چگونه هنجارها و اعتماد مثل دارایی‌های دیگر در تولید و حفظ دارایی‌های جمعی نقش دارند. در سطح گروهی سرمایه اجتماعی به عنوان یک کالا و دارایی جمعی نمود می‌یابد. به این شکل که منابعی مانند هنجارها و ارزش‌ها (اعتماد به یکدیگر، همدلی و همدردی، مشارکت‌کردن و ...) به‌صورت

دقیقه، طول می‌کشد. در بعضی موارد ویزیت بیماران به‌ویژه در زمان‌هایی که مطب شلوغ است، به صورت گروهی انجام می‌شود. بیمار نیز به چنین شیوه درمانی راضی است و تلاشی برای مداخله و مشارکت در فرایند درمان ندارد و برعکس الگوی پدرمآب، در رابطه مشارکت‌محور، پزشک همانند یک دوست است. پزشک همراه با بیمار درباره چگونگی درمان تصمیم‌گیری و تلاش می‌کند بیمار را درباره تصمیم‌ها و چگونگی درمان اقناع کند. در ضمن تصمیمات بیمار را در فرایند و چگونگی درمان دخیل می‌کند. فرایند معاینه تقریباً طولانی و بیش از ۱۰ دقیقه یا دست‌کم ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. ویزیت به صورت تکی انجام می‌شود تا رازهای بیمار نزد بیماران دیگر فاش نشود. بیمار نیز تلاش می‌کند اطلاعات لازم را از پزشک دریافت و درنهایت، درباره چگونگی درمان تصمیم‌گیری کند.

چارچوب نظری

بوردیو از اولین پژوهشگرانی بود که ویژگی‌های سرمایه اجتماعی را تحلیل سیستماتیک کرد. استفاده خاص بوردیو از مفهوم سرمایه اجتماعی برای درک این مسئله است که چگونه افراد از سرمایه اجتماعی استفاده می‌کنند تا وضعیت اقتصادی‌شان را در جوامع سرمایه‌داری استحکام بخشند. او استدلال می‌کند که در چنین جوامعی سرمایه اقتصادی منبع بسیار مهمی است و مسئله بررسی شده به وسیله او این است که چگونه سرمایه اجتماعی و فرهنگی سبب افزایش سرمایه اقتصادی افراد می‌شود (Winter, 2000؛ به نقل از الوانی و سیدنقوی، ۱۳۸۱: ۵). بوردیو معتقد به نظریه‌ای از سرمایه اجتماعی است که دربردارنده دو بخش یا شامل دو مؤلفه است: به منزله یک منبع که با عضو شدن گروهی و شبکه‌های اجتماعی مرتبط است و مقدار سرمایه اجتماعی کارگزار خاص به حجم شبکه ارتباطی او وابسته است؛ یعنی میزان کیفی اینگونه منابع در شبکه. او درنهایت، معتقد است این

آن پزشک و بیمار به یک میزان سهیم‌اند و پزشک تلاش می‌کند به نظرهای بیمار توجه کند و بیمار در روند درمان دخیل است. براساس نگاه کارکردی به سرمایه اجتماعی در این پژوهش، می‌توان انتظار داشت سرمایه اجتماعی به شکل‌گیری این نوع رابطه مطلوب کمک کند.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند بین سرمایه اجتماعی و بهداشت رابطه وجود دارد (OECD, 2001; Baum, 1997; Kawachi et al., 1997; به نقل از شریفیان‌ثانی، ۱۳۸۰: ۱۷-۵). از مؤلفه‌های رابطه مطلوب بین پزشک و بیمار، اعتماد، مشارکت و گفتگو بین آنهاست. بیمارانی که به پزشک اعتماد داشته باشند، حرف‌شنوی بیشتری از پزشک دارند و توصیه‌ها را جدی می‌گیرند. مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی نیز همان‌طور که می‌دانیم شامل: «اعتماد، مشارکت، وحدت در جهت منافع و تمایل به همکاری است» (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۱۶۴). همه این مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی، به بیماران و حتی پزشکان برای برقراری رابطه مطلوب کمک می‌کنند؛ رابطه‌ای که با کمک به بهبود بیماری روند بهبود را تسریع می‌بخشد.

فرضیه‌های پژوهش

درنهایت، برحسب چارچوب نظری ذکرشده، مقیاس سرمایه اوینکس و بولن^۱ (2000) انتخاب شد که به نظر می‌رسید کامل‌ترین مقیاس در زمینه سنجش سرمایه اجتماعی باشد. این مقیاس در مرحله گردآوری داده بومی‌سازی و درنهایت، مشخص شد سرمایه اجتماعی هشت بعد شبکه تعاملات، احساس امنیت، عاملیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، تعاملات شغلی، تعامل با دوستان و خانواده، ارزش زندگی و اعتماد اجتماعی را دارد. الگوی رابطه بیمار نیز دو طیف پدرمآب و مشارکت‌محور دارد. بر این اساس و برحسب ابعاد متغیرهای مستقل و وابسته، فرضیه‌های زیر مطرح می‌شوند:

- بین سرمایه اجتماعی بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار

از پیش موجود در جامعه وجود دارند که افراد می‌توانند برای رسیدن به اهداف خود از آن استفاده کنند» (بوستانی، ۱۳۹۰: به نقل از کریمی‌بهروزیان، ۱۳۹۵: ۱۹).

نکات مهم درباره نظریه‌ها و تعاریف ارائه‌شده درباره سرمایه اجتماعی این است که:

۱- سرمایه اجتماعی حاصل رابطه است. ۲- سرمایه اجتماعی منبعی برای دستیابی به اهداف اجتماعی دیگر از جمله سرمایه اقتصادی (بورديو) و سرمایه انسانی (کلمن) است؛ بنابراین، با توجه به این دو نکته می‌توان انتظار داشت سرمایه اجتماعی به بیماران برای دستیابی به رابطه مطلوب کمک کند.

در ادبیات نظری موضوع، به انواع الگوی رابطه پزشک و بیمار اشاره شده است. از جمله ساز و هولندر به سه نوع الگوی رابطه پزشک و بیمار اشاره می‌کنند که عبارت‌اند از: فعالیت - فعال‌نبودن، راهنمایی - همکاری و متقابل - مشارکت. استوارت و روتر براساس سنخ‌شناسی پارسونزی، سه نوع الگوی رابطه را تشخیص می‌دهند که عبارت‌اند از: پدرمآبانه، رابطه متقابل و رابطه مصرف‌گرا. رابطه پدرمآبانه، رابطه‌ای است که در آن پزشک دست بالا را دارد و تقریباً هیچ اهمیتی به نظرهای بیمار نمی‌دهد. نوع رابطه متقابل، دوسویه است و هر دو طرف به یک میزان در آن سهم دارند. در رابطه مصرف‌گرا، بیمار نقش فعال و پزشک نقش منفعل دارد. برایان مک‌کینستری به سه الگو از رابطه اشاره می‌کند. الگوی پزشک آتوکراتیک (مستبد)، پزشک پدرمآب و پزشک به‌منزله کارگزار. در الگوی اول، پزشک فرض را بر این می‌گذارد که بیمار هیچ‌گونه شناختی از بیماری خویش ندارد؛ بنابراین، نوع سؤال کردن او از بیمار بسیار منجرکننده است. در الگوی دوم، پزشک به‌صورت بسیار محدودی به نظرهای نه‌چندان مهم بیمار گوش فرامی‌دهد؛ اما در الگوی سوم، پزشک بیمار را سردمدار همه تصمیم‌های مهم می‌داند (به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۰۵-۲۰۹).

درباره این مطلب اتفاق نظر وجود دارد که رابطه مطلوب بین پزشک و بیمار، الگوی رابطه مشارکت‌محور است که در

¹ Onyx & Bullen

الگوی مفهومی پژوهش

این مقاله درصدد است با استفاده از چارچوب نظری و فرضیه‌های پژوهش، الگویی نظری برای سنجش رابطه سرمایه اجتماعی و نوع سبک ارتباطی بیمار ارائه کند؛ الگویی که تاکنون در هیچ پژوهشی بررسی نشده است. متغیرهای شبکه تعاملات، تعاملات شغلی، تعامل با دوستان و خانواده و مشارکت در جامعه محلی از نظریه سرمایه اجتماعی شبکه و نظریه سرمایه اجتماعی بورديو که بر شبکه تعاملات تأکید دارند و متغیر ارزش زندگی از نظریه سرمایه اجتماعی پاتنام و سرمایه اجتماعی شبکه‌ای که بر هنجارها و ارزش‌ها تأکید دارند، استخراج شده‌اند. به متغیرهای اعتماد اجتماعی و عاملیت اجتماعی نیز در نظریه سرمایه اجتماعی چلبی و سرمایه اجتماعی شبکه‌ای اشاره شده است. متغیر احساس امنیت، در واقع، دارایی افراد است که زمینه رابطه را تسهیل می‌کند؛ به عبارت دیگر، تا زمانی که بیمار در کنار پزشک حس امن بودن نکند، از اعتماد او به پزشک کاسته می‌شود و از مشارکت در رابطه خودداری می‌کند. چنین برداشتی از سرمایه اجتماعی، در نظریه سرمایه اجتماعی کلمن - که به جای تعریف ماهوی از سرمایه اجتماعی تعریف کارکردی از آن ارائه کرده است - وجود دارد.

براساس مطالب اشاره شده، الگوی مفهومی پژوهش به شکل زیر ترسیم می‌شود:

در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

- بین شبکه تعاملات بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

- بین احساس امنیت بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

- بین عاملیت اجتماعی بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

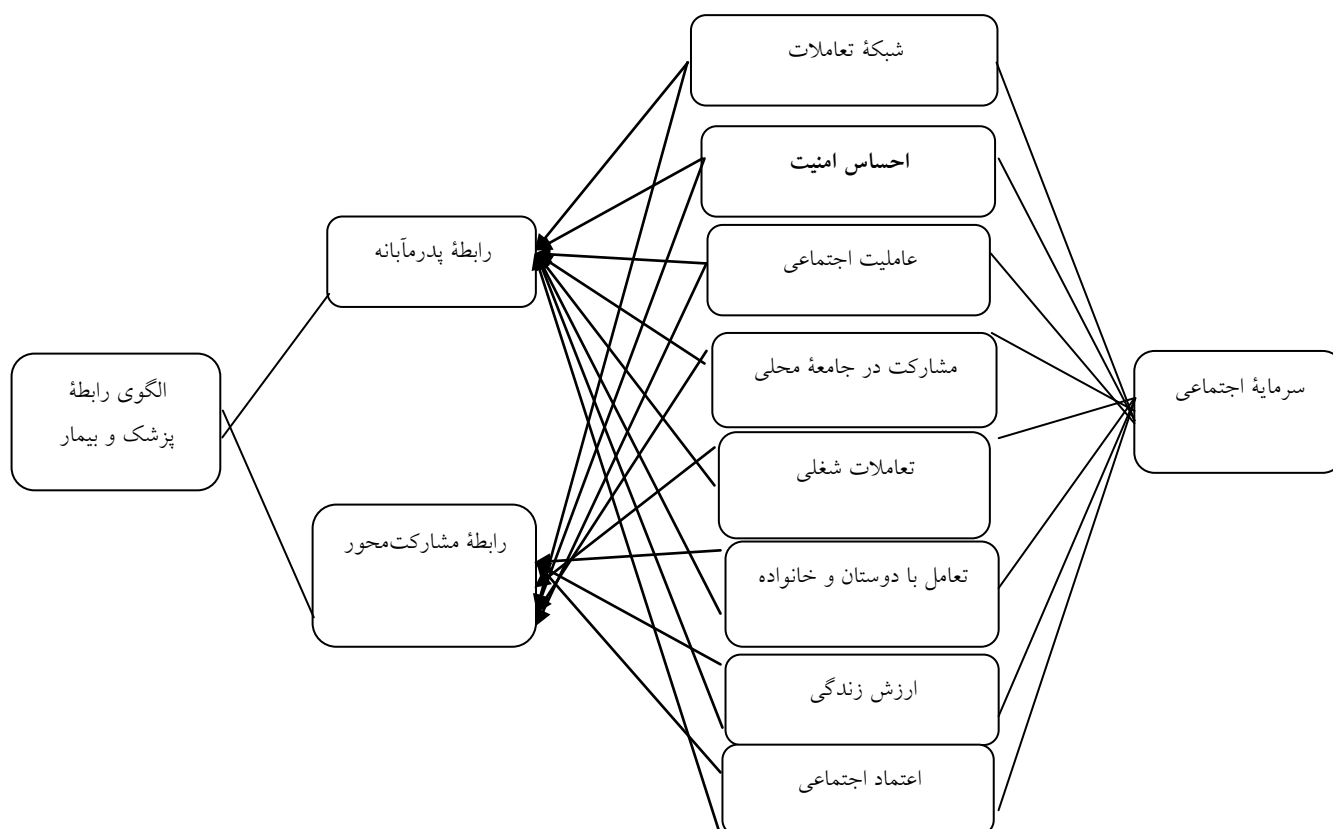
- بین مشارکت در جامعه محلی بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

- بین تعاملات شغلی بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

- بین تعامل با دوستان و خانواده بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

- بین ارزش زندگی بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.

- بین اعتماد اجتماعی بیماران و نوع سبک ارتباطی بیمار در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شهرستان رشت رابطه وجود دارد.



شکل ۱- الگوی مفهومی پژوهش

روش پژوهش

طرح این پژوهش بر پژوهش پیمایشی از نوع توصیفی - مقطعی مبتنی است که از آبان ۱۳۹۶ شروع شد و در بهمن ۱۳۹۶ به پایان رسید. جامعه آماری را همه بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تشکیل دادند که شامل سرطان (۳۳۰۸ نفر)، مغز و اعصاب (۱۶۰۳ نفر) و قلب و عروق (۳۹۱۸ نفر) و مجموع آنها ۸۸۲۹ نفر است. برای نمونه‌گیری از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد؛ یعنی ابتدا از بیمارستان‌های سطح شهر رشت، سپس از بخش‌ها و در نهایت،

از بیماران نمونه‌گیری به عمل آمد. حجم نمونه با فرمول برآورد حجم نمونه کوکران کمی، ۳۷۵ نفر محاسبه شد که از این تعداد ۳۷۲ نفر شرایط پاسخگویی را داشتند که شامل ۱۴۰ بیمار سرطانی و ۶۹ بیمار مغز و اعصاب بودند. ۱۶۳ مورد نیز شامل بیماران قلب و عروق شدند که براساس نمونه‌گیری زمانی به صورت تصادفی در مقطع زمانی آبان تا بهمن ۱۳۹۶ انتخاب شدند. برای گردآوری داده از پرسش‌نامه استاندارد سرمایه اجتماعی اونیکس و بولن (2000) و پرسش‌نامه الگوی رابطه بیمار (PCPS) استفاده شد.

$$n = \frac{N(t s)^2}{Nd^2 + (t s)^2}$$

$$n = \frac{8829 * (1/96 * 0/51)^2}{8829 * 0/0025 + (0/98)^2} = \frac{8652}{23/05} = 375$$

N = حجم جمعیت یا جامعه آماری (۱۲۵۰۰ نفر)؛

t = فاصله اطمینان (ضریب اطمینان معادل ۱/۹۶)؛

در فرمول کوکران کمی ذکر شده:

n = حجم جمعیت نمونه؛

رابطه پزشکی و بیمار، از مقیاس (PCPS) ایلان و کرامل (2015) استفاده شده است که در این پژوهش، بومی شده و در تحلیل از الگوی بومی‌شده آن استفاده شده است. این پرسش‌نامه شامل ۵ بعد و ۱۵ گویه است که هرچقدر افراد نمره بیشتری از این شاخص دریافت کنند، الگوی رابطه آنها از نوع مشارکت محور و هرچقدر نمره کمتری دریافت کنند، الگوی رابطه آنها از نوع زیر سلطه خواهد بود. در جدول زیر خلاصه‌ای از نتایج تحلیل عاملی برای بومی‌سازی این پرسش‌نامه ارائه شده است:

$S =$ انحراف معیار متغیر اصلی پژوهش با توجه به ۳۰ پرسش‌نامه تکمیل‌شده در مرحله پایلوت (۰/۵۱)؛
 $d =$ میزان دقت مطلوب (از آنجا که هدف پژوهش سطح اطمینان ۰/۹۵ و خطای کمتر از ۰/۰۵ است، مقدار d نیز ۰/۰۵ محاسبه شده است).

تعریف مفاهیم

متغیر وابسته پژوهش، الگوی رابطه بیمار است و طیفی از رابطه را در بر می‌گیرد که از رابطه زیر سلطه پزشکی شروع و به رابطه مشارکت‌محور ختم می‌شود. برای سنجش الگوی

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل عاملی برای متغیر رابطه پزشکی - بیمار

بار عاملی	گویه‌ها
	عامل ۱: انتقال اطلاعات
۰/۷۹۹	من به پزشک اطلاعات کاملی درباره شرایط جسمانی خود دادم.
۰/۸۵۷	علائمی را که از آنها رنج می‌برم، به‌صورت روشن و مستقیم برای پزشک شرح دادم.
۰/۷۶۶	در گفتگوهای بین من و پزشک این من بودم که براساس ترجیحات خودم راه درمان را آغاز کردم.
۰/۷۴۱	من به پزشک درباره آنچه برایم مهم است (کیفیت زندگی یا زندگی طولانی) توضیح دادم.
	عامل ۲: مشارکت فعالانه بیمار
۰/۷۹۴	من درباره اینکه چه راه درمانی را انتخاب کنیم مشارکت فعال داشتم.
۰/۹۳۲	من درباره ترس و نگرانی‌ام با دکتر صحبت کردم.
۰/۷۰۲	قبل از اینکه پزشک درباره احساسم مثل درد، کسالت و ... بپرسد، خودم شروع به توصیف وضعیتم کردم.
	عامل ۳: گفتگوی متقابل
۰/۴۶۵	وقتی چیزی بین گفتگوهای ما بود و برای من معلوم نبود، از دکتر می‌خواستم برایم توضیح دهد.
۰/۸۵۵	در طول مکالمه دکتر سؤالاتی را از من پرسید.
۰/۷۰۴	من به پزشک درباره دلیل و منشأ احتمالی بیماری‌ام توضیح دادم.
	عامل ۴: درخواست اطلاعات از پزشک
۰/۵۸۱	من از پزشکم درباره شانس بهبودی‌ام سؤال کردم.
۰/۸۴۲	من از پزشکم درباره اینکه تا چه زمانی زنده خواهم ماند سؤال کردم.
۰/۷۶۹	از پزشک پرسیدم هر یک از راه‌های درمان چگونه انجام می‌شود و چه عوارض جانبی دارد.
	عامل ۵: درخواست‌های دوجانبه
۰/۸۵۰	پزشک همه راه‌های درمان ممکن را برحسب وضعیتم از من پرسید.
۰/۸۳۸	از پزشک پرسیدم در هر یک از راه‌های درمان چقدر شانس بهبودی دارم.

تغییرات آن ۷۵ است؛ یعنی افراد قادر به کسب ۷۵ نمره با درجات مختلف از این شاخص‌اند. بر این اساس کسانی که

کمترین نمره‌ای که شخص از این شاخص خواهد گرفت، نمره ۱۵ و بالاترین نمره ۹۰ خواهد بود. به این ترتیب دامنه

چقدر افراد نمره کمتر و نزدیک به عدد ۱۵ را کسب کنند، رابطه آنها پدرمآبانه تر و هرچقدر به عدد ۵۲/۵ نزدیک شوند، از پدرمآبی کاسته می‌شود. برعکس این ماجرا برای رابطه مشارکت محور صادق است؛ یعنی هرچقدر افراد نمره نزدیک به ۵۲/۵ کسب کنند، رابطه آنها از نوع مشارکت محور ضعیف است و هرچقدر نمره بالاتری کسب کنند و از آن دور و به عدد ۹۰ نزدیک شوند، رابطه آنها از نوع مشارکت محور قوی و کامل محسوب می‌شود.

برای سنجش پایایی این پرسش نامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که برای این پرسش نامه ۰/۸۴۴ به دست آمده و نشان می‌دهد این پرسش نامه پایایی مناسب را دارد. همچنین برای هر یک از ابعاد رابطه بیمار نیز آلفای جداگانه محاسبه شد که در جدول زیر ارائه شده‌اند:

جدول ۴- ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد متغیر رابطه بیمار

نام متغیر	تعداد گویه	قابلیت اعتماد (ضریب آلفا)
انتقال اطلاعات	۴	۰/۰۸۵۶
مشارکت فعالانه	۳	۰/۸۹۵
گفتگوی متقابل	۳	۰/۷۵۵
درخواست اطلاعات از پزشک	۳	۰/۶۳۴
درخواست‌های دوجانبه	۲	۰/۶۸۷

از آن شاخص به دلیل اینکه سؤالات گنگ و مبهمی به نظر می‌رسیدند، حذف شدند؛ بنابراین، مقیاس سرمایه اجتماعی در این پژوهش با ۳۱ سؤال سنجیده شد؛ سپس این پرسش نامه با تحلیل عاملی بومی سازی شد که در تحلیل این پژوهش، از شاخص سرمایه اجتماعی بومی سازی شده استفاده شد. پرسش نامه بومی سازی شده شامل ۸ بعد و ۳۱ سؤال است و خلاصه نتایج تحلیل عاملی آن در جدول زیر ارائه شده است:

نمره ۱۵ از شاخص می‌گیرند، رابطه کاملاً پدرمآبانه و کسانی که نمره ۹۰ می‌گیرند، رابطه کاملاً مشارکت محور را تجربه می‌کنند. در این پژوهش برای مشخص شدن نقطه برش بین پدرمآبی و مشارکت محوری، ۷۵ [دامنه تغییرات] تقسیم بر دو و با عدد ۱۵ [حداقل نمره‌ای که افراد کسب می‌کنند] جمع زده شد و عدد ۵۲/۵ به دست آمد که در واقع، نشان‌دهنده نقطه برش پدرمآبی و مشارکت محوری است؛ یعنی افرادی که نمره پایین‌تر از ۵۲/۵ کسب کنند، رابطه آنها پدرمآبانه و کسانی که نمره ۵۲/۵ به بالا کسب کنند، رابطه آنها از نوع مشارکت محور محسوب می‌شود. ذکر این نکته ضروری است که براساس منطق فازی، این یک پیوستار رابطه است و شکل صفر و یک ندارد؛ یعنی افراد درجات مختلفی از رابطه پدرمآبانه و مشارکت محور را تجربه می‌کنند؛ به عبارتی، هر

متغیر مستقل پژوهش نیز متغیر سرمایه اجتماعی است. سرمایه اجتماعی به معنای نهادها، روابط و هنجارهایی است که کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی یک جامعه را شکل می‌دهند (World Bank, 2000)؛ به نقل از هابز و همکاران، (۱۳۸۷). برای سنجش سرمایه اجتماعی از مقیاس استاندارد اونیکس و بولن (2000) استفاده می‌شود. این مقیاس از ۳۴ سؤال تشکیل و از اصلاً تا کاملاً طبقه‌بندی شده است که در اینجا سه سؤال

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل عاملی برای متغیر سرمایه اجتماعی

بار عاملی	گویه‌ها
	عامل ۱: شبکه تعاملات
۰/۸۷۱	در صورت نیاز آیا می‌توانید از دوست خود کمک بگیرید؟
۰/۸۰۷	آیا در طول هفته گذشته دست‌کم با یکی از همسایگان خود دیدار و ملاقات داشته‌اید؟
۰/۸۴۲	آیا در طول ۶ ماه گذشته در مراسمات، جشن‌ها و جلسات انجمن‌های محل سکونت خود شرکت کرده‌اید؟
۰/۴۸۸	در طول هفته گذشته چقدر تماس تلفنی با دوستان خود داشته‌اید؟
۰/۵۳۶	در طی روز گذشته با چه تعداد از افراد ارتباط کلامی برقرار کرده‌اید؟
۰/۸۳۱	آیا در طول ۶ ماه گذشته، از یکی از همسایگان بیمارستان عیادت کرده‌اید؟
۰/۶۵۲	آیا وجود افراد با فرهنگ‌های مختلف، زندگی را در محل سکونت شما بهتر می‌کند؟
۰/۷۰۹	آیا از زندگی میان افراد دارای سبک‌های مختلف زندگی لذت می‌برید؟
۰/۵۴۲	به نظر شما اگر یک غریبه با فردی متفاوت با شما و همسایگانان به محله شما بیاید، همسایگانان او را خواهند پذیرفت؟
	عامل ۲: احساس امنیت
۰/۸۴۹	آیا بعد از تاریک‌شدن هوا، برای قدم‌زدن در خیابان احساس امنیت می‌کنید؟
۰/۸۱۷	آیا محل زندگی شما، مکانی امن و مطمئن برای زندگی به شمار می‌رود؟
۰/۸۲۰	آیا از حضور در جامعه محلی خود مانند بودن در خانه‌تان احساس راحتی می‌کنید؟
	عامل ۳: عاملیت اجتماعی
۰/۷۸۰	آیا تا به حال زباله‌ای را که دیگران در یک مکان عمومی انداخته‌اند، برداشته‌اید؟
۰/۸۹۱	آیا حاضرید برای دیدار خانواده، اقوام یا آشنایان برای مدتی به مسافرت بروید؟
۰/۹۰۰	اگر دیدگاه شما با دیدگاه سایر افراد مخالف باشد، آیا می‌توانید آزادانه آن را بیان کنید؟
۰/۸۳۲	اگر با یکی از همسایگان خود مناقشه و درگیری پیدا کنید، آیا به‌دنبال پیدا کردن فرد میانجی برای حل مشکلات می‌روید؟
	عامل ۴: مشارکت در جامعه محلی
۰/۴۰۳	آیا تاکنون به گروه‌های محلی موجود در محل زندگی خود داوطلبانه کمک کرده‌اید؟
۰/۶۶۰	آیا در اداره و مدیریت یکی از باشگاه‌ها، انجمن‌ها یا سایر سازمان‌ها و مؤسسات محلی نقش دارید؟
۰/۹۳۴	آیا در طول ۳ سال گذشته، در اقدام جمعی محلی برای مقابله با حالتی اورژانسی شرکت کرده‌اید؟
۰/۸۲۹	آیا در طول ۳ سال گذشته، در پروژه مشترک در محله خود یا پروژه کاری جمعی مشارکت داشته‌اید؟
۰/۵۸۲	آیا تاکنون در سازمان‌دهی خدمات و برنامه‌های جدید، در مؤسسات محلی خود مشارکت داشته‌اید؟
	عامل ۵: تعاملات شغلی
۰/۵۴۵	آیا در جامعه احساس باارزش بودن می‌کنید؟ ^۱
۰/۸۱۴	آیا همکارانتان علاوه بر همکاری، با شما دوست و رفیق هم هستند؟
۰/۸۰۱	آیا احساس می‌کنید بخشی از تیم کاری در محل کارتان هستید؟
	عامل ۶: تعامل با دوستان و خانواده
۰/۸۷۸	آیا در باشگاه‌ها یا سازمان‌های محلی پیرامون خود (ورزشی، فرهنگی، هنری و ...) به‌صورت فعال عضو هستید؟
۰/۶۶۸	آیا آخر هفته مایلید شام یا نهار را بیرون از منزل و با دوستان خود میل کنید؟
	عامل ۷: ارزش زندگی
۰/۶۴۹	اگر فردا آخرین روز از زندگی‌تان باشد آیا از زندگی گذشته خود رضایت دارید؟
۰/۳۵۲	آیا در جامعه احساس باارزش بودن می‌کنید؟
۰/۸۳۷	اگر از کودکی مراقبت می‌کنید و مجبورید برای مدتی از خانه بیرون بروید، آیا از همسایگان خود کمک می‌گیرید؟ ^۲
	عامل ۸: اعتماد اجتماعی
۰/۸۸۰	آیا معتقدید می‌توان به بیشتر مردم اعتماد کرد؟
۰/۹۹۴	در صورتی که ماشین کسی جلوی خانه شما خراب شود، آیا آنها را برای تلفن کردن به داخل خانه خود دعوت می‌کنید؟

^۱ در تحلیل نهایی به دلیل اینکه این گویه ارتباط منطقی مناسبی با گویه‌های دیگر این عامل ندارد، بار عاملی ۷ می‌شود.

^۲ این گویه با وجود بار عاملی بالا در تحلیل نهایی به دلیل نداشتن ارتباط منطقی با گویه‌های دیگر حذف می‌شود.

است.

طبقه اجتماعی به معنای گروه‌بندی وسیع از افرادی دارای منابع اقتصادی و اجتماعی مشترک است. برای ساخت شاخص طبقه اجتماعی، از شاخص اجتماعی و اقتصادی او دی دانکن استفاده شد؛ یعنی سه متغیر شغل، درآمد و تحصیلات با هم جمع شدند. برای تجمیع این سه مؤلفه، هر سه با کدگذاری دوباره در نرم‌افزار SPSS به متغیر ترتیبی تبدیل شدند. برای این منظور ابتدا لازم بود طبقه‌بندی از مشاغل ارائه شود تا متغیر شغل که در سطح سنجش اسمی سنجیده شده بود، به سطح سنجش ترتیبی ارتقا یابد؛ سپس با دو متغیر دیگر یعنی درآمد و تحصیلات جمع بسته شود. برای ارائه این رتبه‌بندی شغلی، از شاخص جایگاه اجتماعی هولینگ شید که رتبه‌بندی شغلی پنج‌طبقه‌ای است، استفاده شد (میلر، ۱۳۸۴) که در نهایت، مشاغل این پژوهش تنها در سه طبقه ابتدایی آن جای گرفتند:

کارگر غیرماهر: خانه‌دار، کارگر، کارگر بازنشسته، کارگر شرکت، کارگر کارخانه، کارگر شهرداری، کارگر مخابرات، محصل، دانشجوی، کشاورز.

کارگران نیمه‌ماهر و بازنشستگان: نانوا، نقاش، گچکار، کفاش، صافکار، سیم‌پیچ، بازنشسته صنایع چوب، راننده کامیون، راننده تاکسی، راننده، تولیدی پوشاک، جوشکار، تراشکار، تکنسین، تأسیسات، بنا، آرایشگر، راننده ماشین سنگین، فرهنگی بازنشسته، صیاد، برقکار.

کارکنان دفتری و فروشندگان: آزاد، انباردار شرکت، برنج‌فروش، دبیر، دلال، شیلات، عطاری، فروشگاه لوازم‌التحریر، کارشناس بیمه، کارمند، کارمند آب، کارمند شرکت گاز، کارمند مخابرات، مشاور املاک، مغازه‌دار، میوه‌فروش.

درآمد نیز همچون شغل تنها در سه طبقه پایین جای گرفت. سطح تحصیلات هم به سه طبقه سطح تحصیلات پایین (بی‌سواد، ابتدایی، سیکل)، سطح تحصیلات متوسط (دیپلم، کاردانی، کارشناسی) و سطح تحصیلات بالا

حداقل نمره ای که فرد از این شاخص خواهد گرفت، ۳۱ و بالاترین نمره ۱۸۶ خواهد بود؛ به عبارتی، دامنه تغییرات این شاخص ۱۵۵ خواهد بود؛ یعنی افراد قادرند ۱۵۵ نمره با درجات مختلف از این شاخص دریافت کنند که درجات مختلف، میزان سرمایه اجتماعی آنها را نشان می‌دهد. ۱۵۵ [دامنه تغییرات] تقسیم بر دو و با عدد ۳۱ [حداقل نمره‌ای که افراد کسب خواهند کرد] جمع زده شد و عدد ۱۰۸/۵ به دست آمد که نشان‌دهنده نقطه برش سرمایه اجتماعی بالا و پایین است. افرادی که نمره پایین‌تر از ۱۰۸/۵ کسب کنند، سرمایه اجتماعی آنها پایین است و براساس فرضیه‌های مطرح‌شده انتظار می‌رود رابطه آنها از نوع پدرمآبانه باشد. کسانی که نمره ۱۰۸/۵ به بالا کسب کنند، سرمایه اجتماعی آنها بالا محسوب می‌شود و براساس فرضیه‌های مطرح‌شده انتظار می‌رود رابطه آنها از نوع مشارکت‌محور باشد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه سرمایه اجتماعی ۰/۸۶۱ به دست آمد که نشان می‌دهد این پرسش‌نامه پایایی مناسبی برای سنجش این متغیر دارد. همچنین برای هر یک از ابعاد سرمایه اجتماعی نیز آلفای جداگانه محاسبه شد که در جدول زیر ارائه می‌شود:

جدول ۶- ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی

نام متغیر	تعداد گویه	قابلیت اعتماد (ضریب آلفا)
شبکه تعاملات	۹	۰/۸۹۱
احساس امنیت	۳	۰/۸۹۰
عاملیت اجتماعی	۴	۰/۸۹۸
مشارکت در جامعه محلی	۵	۰/۸۱۰
تعاملات شغلی	۲	۰/۷۰۱
تعاملات با دوستان و خانواده	۲	۰/۶۶۷
ارزش زندگی	۲	۰/۷۴۸
اعتماد اجتماعی	۲	۰/۸۵۱

جدول ۶ نشان می‌دهد هر یک از ابعاد سرمایه اجتماعی آلفای بالای ۰/۷ و پایایی مناسبی دارند. تنها متغیر تعاملات با دوستان و خانواده، آلفای ۰/۶۶۷ دارد که بسیار به ۰/۷ نزدیک

(کارشناسی ارشد و دکتری) تقلیل پیدا کرد.

اعتبار ابزار سنجش

برای تعیین اعتبار ابزار پژوهش، از روش اعتبار صوری و سازه‌ای استفاده شد. بدین منظور برای اطمینان از اعتبار لازم در زمینه منطبق بودن محتوای سؤالات با ویژگی‌های مدنظر، از مشاوره و بهره‌گیری از نظر استادان و کارشناسان مرتبط استفاده شد که بعد از راهنمایی‌ها و پیشنهادهای استادان محترم، اصلاحات ضروری انجام و پرسش‌نامه نهایی تنظیم و اجرا شد. اعتبار سازه‌ای به این دلیل استفاده شد که مشخص شود نمرات پرسش‌نامه تا چه اندازه بر مبنای سازه‌های تبیینی یک نظریه استوارند و در واقع، تعیین این مطلب که نمرات این پرسش‌نامه تا چه اندازه با سازه‌های حاصل از نظریه‌های زیربنایی گویه‌های پرسش‌نامه رابطه دارند. به دلیل استقلال محتوایی هر یک از بخش‌های پرسش‌نامه، تحلیل عاملی روی هر یک از این بخش‌ها به صورت مستقل انجام شد.

اعتبار سازه‌ای با تحلیل عاملی (میزان KMO و سطح معنی‌داری آزمون بارتلت) و اعتبار همگرا با شاخص AVE (متوسط واریانس استخراج‌شده) به دست آمد؛ بدین گونه که اگر میزان KMO مساوی با ۰/۶ و بالاتر و سطح معنی‌داری آزمون بارتلت ۰/۵ درصد و پایین‌تر از آن باشد، متغیرهای پرسش‌نامه تنظیم‌شده اعتبار لازم را دارند (منصوری، ۱۳۸۱؛ به نقل از علیپور، ۱۳۹۳).

برای تفکیک و دسته‌بندی سؤالات متغیرهای وابسته و مستقل، از فن تحلیل عاملی اکتشافی براساس تجزیه به

مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. نتایج به‌دست آمده در اولین تحلیل عاملی برای متغیر وابسته (رابطه پزشک - بیمار) مقدار $KMO = 0.707$ و مقدار کرویت بارتلت $4059/286$ با سطح معناداری $P = 0.000$ را نشان می‌دهد. هر دو آماره بیان‌کننده آن است که تعداد نمونه‌ها برای اجرای تحلیل عاملی مناسب است (مقدار KMO بین صفر تا ۱ است و هرچقدر به یک نزدیک‌تر باشد، به همان مقدار اعتبار نمونه‌ای بالاتر است). همچنین این آماره‌ها نشان می‌دهند تفکیک عامل‌ها به‌درستی انجام شده است و سؤالات (گویه‌های) مندرج زیر هر عامل همبستگی ریشه‌ای بالایی با همدیگر دارند. همچنین نتایج به‌دست آمده برای متغیر مستقل (سرمایه اجتماعی) مقدار $KMO = 0.520$ و مقدار کرویت بارتلت $16605/313$ با سطح معناداری $P = 0.000$ را نشان می‌دهد. هر دو آماره بیان‌کننده مناسب بودن تعداد نمونه‌ها برای اجرای تحلیل عاملی‌اند. همچنین نتیجه آزمون KMO برای متغیر طبقه اجتماعی که مقدار آن برابر با ۰/۵۰۵ است، نشان می‌دهد داده‌های پژوهش برای انجام تحلیل عاملی مناسب‌اند و شاخص اعتبار کافی دارد. همچنین نتیجه آزمون بارتلت ($129/653$) که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ درصد معنادار است، نشان می‌دهد ماتریس همبستگی بین گویه‌ها، ماتریس همانی و واحد نیست؛ یعنی بین گویه‌های داخل هر عامل همبستگی بالایی وجود دارد؛ ولی بین گویه‌های یک عامل با عامل دیگر هیچ همبستگی مشاهده نمی‌شود. جدول زیر نتایج آزمون کایزرمایر و کرویت بارتلت را نشان می‌دهد:

جدول ۷- نتایج آزمون کایزرمایر و کرویت بارتلت

ردیف	نام متغیر	تعداد گویه	مقدار KMO	مقدار آزمون بارتلت		تعداد عامل‌های استخراج‌شده
				کای اسکوتر	درجه آزادی	
۱	رابطه پزشک - بیمار	۱۵	۰/۷۰۷	۴۰۵۹/۲۸۶	۱۰۵	۸
۲	سرمایه اجتماعی	۳۰	۰/۵۲۰	۱۶۶۰۵/۳۱۳	۴۳۵	۵
۳	طبقه اجتماعی	۳	۰/۵۰۵	۱۲۹/۶۵۳	۳	۱

درصد) تحصيلات سطح پايين داشتند؛ يعنى در سطح تحصيلات سيكل و پايين تر بودند.

آماره‌هاى توصيفى حاصل از جمع‌آورى داده‌هاى مربوط به متغير الگوى رابطه بيمار نشان مى‌دهند ميانگين رابطه ۶۰/۲۱ است. اين عدد به حداقل نمره ۳۳ و حداكثر نمره ۸۶ مربوط مى‌شود. مثبت بودن چولگى (۰/۰۶۹) نشان مى‌دهد بيشتر داده‌ها پيرامون مقادير پايين متمرکز شده‌اند؛ يعنى پاسخگويان بيشتر به سمت رابطه پدرمآبانه يا زير سلطه متمايل شده‌اند تا به سمت رابطه مشاركت محور طيف الگوى رابطه بيمار. منفي بودن كشيده‌گى (۱/۰۵۶-) نيز نشان مى‌دهد داده‌ها اطراف ميانگين پراكنده شده‌اند و اين آماره تأييدكننده انحراف استاندارد (۱۲/۹۵) است كه بالا بودن مقدار آن پراكنده‌گى داده‌ها را نشان مى‌دهد. يافته‌هاى توصيفى مربوط به اين متغير در جدول ۸ ارائه شده‌اند:

جدول ۸- آماره‌هاى توصيفى (گرايش به مركز و پراكنده‌گى) برحسب متغير الگوى رابطه بيمار

پاسخ‌هاى معتبر	بي پاسخ	ميانگين	ميانه	مد	انحراف استاندارد	واريانس	چولگى	كشيده‌گى	حداقل	حداكثر
۳۶۷	۵	۶۰/۲۱	۵۹	۷۰	۱۲/۹۵	۱۶۷/۵۲	۰/۰۶۹	-۱/۰۵۶	۳۳	۸۶

پايين بودن اين عدد و نزديك بودن آن به صفر، نشان‌دهنده نزديكى توزيع داده‌ها به توزيع متقارن است. كشيده‌گى (۱/۱۵۲-) نشان مى‌دهد داده‌ها اطراف ميانگين متمرکزند و انحراف استاندارد (۱۷/۶۶) نيز نشان‌دهنده پايين بودن پراكنده‌گى داده است و آن را تأييد مى‌كند. آماره‌هاى توصيفى متغير سرمايه اجتماعى در جدول ۹ ارائه شده‌اند:

جدول ۹- آماره‌هاى توصيفى (گرايش مركزى و پراكنده‌گى) سرمايه اجتماعى

پاسخ‌هاى معتبر	بي پاسخ	ميانگين	ميانه	مد	انحراف استاندارد	واريانس	چولگى	كشيده‌گى	حداقل	حداكثر
۳۶۴	۸	۱۳۰/۴۸	۱۳۳	۱۱۱	۱۷/۶۶	۳۱۱/۹۱	۰/۰۱۴	- ۱/۱۵۲	۱۰۰	۱۶۵

در شاخص طبقه اجتماعى ۶/۱۷ است. انحراف استاندارد

همچنين با توجه به اينكه ميزان شاخص AVE براى همه عامل‌ها از ۰/۵ بالاتر بوده است، پرسش‌نامه اعتبار همگراى مناسب نيز دارد. اين شاخص، نشان دهنده ميزان واريانسى است كه يك سازه (متغير) از نشانگرهايش به دست مى‌آورد. براى اين معيار، فورنل و لاکر (1981) مقادير بيشتر از ۰/۵ را پيشنهاده مى‌کنند؛ زيرا اين مقدار تضمين مى‌کند دست کم ۵۰ درصد واريانس يك سازه را نشانگرهايش تعريف مى‌کنند.

تحليل يافته‌هاى پژوهش

يافته‌هاى توصيفى

در اين پژوهش ۳۷۲ نفر شرکت کردند و به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دادند. از اين تعداد ۲۴۶ نفر (۶۶/۱ درصد) مرد و ۱۲۶ نفر (۳۳/۹ درصد) زن بودند. ميانگين سن پاسخگويان ۴۹/۶۵ سال بود و بيشتر پاسخگويان (۴۰/۹ درصد) در گروه سنى ۴۸ تا ۵۸ سال قرار داشتند. به لحاظ سطح تحصيلات نيز ۲۴۷ نفر (۳۷/۷

داده‌هاى جمع‌آورى شده نشان مى‌دهند ميانگين نمره سرمايه اجتماعى پاسخگويان ۱۳۰/۴۸ است. حداقل نمره كسب شده به وسيله پاسخگويان، ۱۰۰ و حداكثر نمره، ۱۶۵ است؛ اما حداقل نمره‌اى كه پاسخگويان مى‌توانستند كسب کنند، ۲۸ و حداكثر نمره ۱۶۸ بوده است. چولگى (۰/۰۱۴) نشان مى‌دهد داده‌ها اطراف مقادير پايين متمرکزند (يعنى ميزان سرمايه اجتماعى پاسخگويان پايين ارزيايى مى‌شود)؛ اما

آماره‌هاى توصيفى نشان مى‌دهند ميانگين نمره پاسخگويان

یک در دو طبقه بالا جای نشدند. این مسئله سبب شکل‌گیری تنها سه طبقه پایین در این دو معرف شد. بر این اساس متغیر تحصیلات نیز برای آنکه قابلیت جمع‌بندی با این دو معرف را داشته باشد، به سه طبقه تقسیم شد. با این تفاسیر، هیچ یک از پاسخگویان جزء طبقات بالا نبودند و همگی جزء طبقات پایین محسوب می‌شوند. منفی بودن کشیدگی (-۱/۱۴) نیز نشان می‌دهد داده‌ها اطراف میانگین پراکنده شده‌اند و پراکندگی بالایی دارند. آماره‌های توصیفی این متغیر در جدول ۱۰ ارائه شده‌اند:

نشان می‌دهد داده‌ها در فاصله ۱/۳۹ از میانگین پراکنده‌اند. منفی بودن چولگی (-۰/۳۱۱) نشان می‌دهد داده‌ها پیرامون مقادیر بالا پراکنده‌اند. ظاهر این عدد نشان می‌دهد پاسخگویان جزء طبقه بالا محسوب می‌شوند؛ اما ذکر این نکته بسیار ضروری است که هنگام ساخت معرف رتبه شغلی از رتبه بندی شغلی پنج طبقه‌ای هولینگ شید استفاده شد که همه پاسخگویان تنها در سه طبقه پایین آن جای گرفتند و هیچ یک در دو طبقه بالا جای نشدند. هنگام طبقه‌بندی درآمد نیز پاسخگویان تنها در سه طبقه پایین درآمد جای گرفتند و هیچ

جدول ۱۰- آماره‌های توصیفی (گرایش به مرکز و پراکندگی) پایگاه اجتماعی و اقتصادی

پاسخ‌های معتبر	بی‌پاسخ	میانگین	میانه	مد	انحراف استاندارد	واریانس	چولگی	کشیدگی	حداقل	حداکثر
۲۰۵	۱۶۷	۶/۱۷	۷	۷	۱/۳۹	۱/۹۴	-۰/۳۱۱	-۱/۱۴	۴	۹

یافته‌های استنباطی

کولموگروف - اسمیرنف برای یکی از متغیرهای اصلی پژوهش یعنی متغیر درخواست اطلاعات از پزشک معنادار نشده است؛ بنابراین، توزیع داده‌های متغیر هدف طبیعی است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل‌های استنباطی استفاده کرد. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف در جدول ۱۱ ارائه شده‌اند:

برای انتخاب آزمون‌های آماری مناسب، پیش از هر چیز لازم است از طبیعی بودن توزیع داده‌ها اطمینان حاصل شود. به همین منظور در این بخش از آزمون کولموگروف - اسمیرنف استفاده شده است که نشان‌دهنده طبیعی و غیرطبیعی بودن توزیع داده‌های متغیرهای اصلی پژوهش است. نتیجه آزمون

جدول ۱۱- نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت مثبت	تفاوت منفی	آزمون	سطح معناداری
رابطه بیمار	۳۶۷	۶۰/۲۱	۱۲/۹۵	۰/۰۶۷	-۰/۰۸۶	۱/۶۴۵	۰/۰۰۹
انتقال اطلاعات	۳۷۰	۱۵/۸۰	۵/۸۱	۰/۱۳۱	-۰/۱۶۸	۳/۲۳۶	۰/۰۰۰
مشارکت فعالانه	۳۷۲	۱۰/۷۵	۴/۸۶	۰/۱۲۳	-۰/۰۹۵	۲/۳۸۱	۰/۰۰۰
گفتگوی متقابل	۳۷۰	۱۳/۲۹	۳/۴۷	۰/۱۱۶	-۰/۱۷۵	۳/۳۵۸	۰/۰۰۰
درخواست اطلاعات از پزشک	۳۷۱	۲۰/۵۰	۴/۱۸	۰/۰۶۹	-۰/۰۶۱	۱/۳۳۲	۰/۰۵۷
درخواست‌های دوجانبه	۳۷۲	۹/۱۷	۲/۱۴	۰/۰۹۳	-۰/۱۲۶	۲/۴۳۰	۰/۰۰۰
سرمایه اجتماعی	۳۶۴	۱۳۰/۴۸	۱۷/۶۷	۰/۱۲۵	-۰/۰۸۷	۲/۳۷۸	۰/۰۰۰
شبکه تعاملات	۳۷۲	۵۸/۹۲	۹/۲۴	۰/۱۴۶	-۰/۲۵۴	۴/۹۰۳	۰/۰۰۰
احساس امنیت	۳۷۲	۱۳/۵۳	۳/۳۹	۰/۱۱۵	-۰/۱۴۰	۲/۷۰۴	۰/۰۰۰
عاملیت اجتماعی	۳۷۱	۱۶/۰۱	۴/۴۷	۰/۰۹۹	-۰/۲۳۸	۴/۵۸۱	۰/۰۰۰
مشارکت در جامعه محلی	۳۷۲	۱۳/۴۷	۵/۵۲	۰/۱۷۸	-۰/۰۹۵	۳/۴۳۳	۰/۰۰۰
تعاملات شغلی	۳۶۸	۸/۹۱	۱/۸۰	۰/۱۲۹	-۰/۱۷۹	۳/۴۲۵	۰/۰۰۰
تعاملات با دوستان و خانواده	۳۶۹	۵/۰۴	۲/۱۱	۰/۱۷۶	-۰/۱۲۲	۳/۳۸۱	۰/۰۰۰
ارزش زندگی	۳۷۲	۸/۱۲	۲/۴۲	۰/۱۶۰	-۰/۱۵۴	۳/۰۹	۰/۰۰۰
اعتماد اجتماعی	۳۷۲	۶/۳۵	۲/۹۵	۰/۱۸۹	-۰/۱۱۹	۳/۳۶۸	۰/۰۰۰

زندگی با متغیر الگوی رابطه بیمار، رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد؛ یعنی هرچه قدر میزان طبقه اجتماعی، سرمایه اجتماعی، شبکه تعاملات، مشارکت در جامعه محلی، تعاملات شغلی و ارزش زندگی افزایش یابد، الگوی رابطه بیمار از نوع مشارکت محور خواهد بود و فرضیه‌های پژوهش در این زمینه تأیید می‌شوند. جدول زیر همچنین نشان می‌دهد بین متغیرهای احساس امنیت، عاملیت اجتماعی، تعامل با دوستان و خانواده و اعتماد اجتماعی با الگوی رابطه بیمار رابطه‌ای وجود ندارد و به این ترتیب فرضیه‌های پژوهش در این زمینه رد می‌شوند.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش ابتدا در سطح تحلیل دومتغیره و روابط دوگانه براساس چارچوب نظری و فرضیه‌های پژوهش از همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱۲ به صورت ماتریس همبستگی ارائه شده‌اند. نتایج این جدول نشان می‌دهند بین متغیرهای طبقه اجتماعی، سرمایه اجتماعی شبکه تعاملات، مشارکت در جامعه محلی، تعاملات شغلی و ارزش زندگی با متغیر الگوی رابطه بیمار، رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد؛ بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان بین متغیرهای طبقه اجتماعی، سرمایه اجتماعی، شبکه تعاملات، مشارکت در جامعه محلی، تعاملات شغلی و ارزش

جدول ۱۲- ماتریس همبستگی دوگانه بین رابطه بیمار و متغیرهای پیش‌بین

	سرمایه اجتماعی	شبکه تعاملات	احساس امنیت	عاملیت اجتماعی	مشارکت در جامعه محلی	تعاملات شغلی	تعامل با دوستان و خانواده	ارزش زندگی	اعتماد اجتماعی	طبقه اجتماعی
پیرسون ^۲									۰,۰۵۳	۰,۲۲۴
رابطه بیمار	۰/۳۷۳	۰,۳۴۸	۰,۰۴۲	۰,۰۳۷	۰,۳۵۹	۰,۲۹۲	-۰,۰۰۶	۰,۴۲۰		
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۴۱۸	۰,۴۸۳	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۹۰	۰,۰۰۰	۰,۳۱۱	۰,۰۰۰
تعداد نمونه	۳۶۴	۳۷۲	۳۷۲	۳۷۱	۳۷۲	۳۶۸	۳۶۹	۳۷۲	۳۷۲	۲۰۵

متغیرهای سرمایه اجتماعی، شبکه تعاملات، احساس امنیت، عاملیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، تعاملات شغلی، تعامل با دوستان و خانواده، ارزش زندگی، اعتماد اجتماعی و طبقه اجتماعی (پایگاه اقتصادی و اجتماعی) به منزله متغیر پیش‌بین و متغیر الگوی رابطه بیمار به منزله متغیر ملاک با روش گام‌به‌گام وارد معادله رگرسیون چندگانه شدند. نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره در جدول ۱۳ ارائه شده‌اند:

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش در سطح تحلیل چندمتغیره از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. از آنجا که وظیفه اساسی علم، پیش‌بینی و تبیین پدیده‌هاست (کرلینجر، ۱۳۷۷؛ به نقل از حبیب‌پورگنابی و صفری‌شالی، ۱۳۹۴: ۴۸۰)، در این پژوهش سعی شده است با تحلیل رگرسیون مشخص شود متغیرهای پیش‌بین (مستقل) پژوهش تا چه اندازه متغیر ملاک (وابسته) را پیش‌بینی و تبیین می‌کنند. به همین منظور

جدول ۱۳- متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون

رشد	متغیر	الگو
	ارزش زندگی	۱
	عاملیت اجتماعی	۲
	مشارکت در جامعه محلی	۳
گام‌به‌گام	طبقه اجتماعی	۴
	تعاملات شغلی	۵

عاملیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، طبقه اجتماعی و تعاملات شغلی - قدرت پیش‌بینی و تبیین‌کنندگی متغیر الگوی رابطه بیمار را دارند.

نتایج جدول ۱۳ نشان می‌دهند از ده متغیر پژوهش، تنها پنج متغیر وارد معادله رگرسیون شده‌اند و بقیه از آن خارج شده‌اند؛ یعنی این پنج متغیر - متغیرهای ارزش زندگی،

جدول ۱۴- خلاصه الگو

خطای استاندارد برآورد	R ² تعدیل شده	R ²	R
۵/۲۳۸۰۷	۰/۸۲۴	۰/۸۲۸	۰/۹۱۰ ^e

همدیگر ۰/۸۲۴ یعنی ۸۲/۴ درصد از تغییرات متغیر وابسته الگوی رابطه بیمار را تبیین کرده‌اند.

نتایج جدول ۱۴ نشان می‌دهند پنج متغیر وارد شده به رگرسیون - یعنی ارزش زندگی، عاملیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی، طبقه اجتماعی و تعاملات شغلی - با

جدول ۱۵- ANOVA

SIG	F	درجه آزادی باقی‌مانده	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۰	۱۸۴/۴۰۷	۵۰۵۹/۶۴۰	۵	۲۵۲۹۸/۱۹۸	منبع رگرسیون
		۲۷/۴۳۷	۱۹۱	۵۲۴۰/۵۳۳	منبع باقی‌مانده
			۱۹۶	۳۰۵۳۸/۷۳۱	کل

مناسبی برای رابطه پزشک و بیمار دارند و این آماره در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ درصد معنادار شده است. برای آنکه امکان مقایسه سهم هر متغیر در تبیین و پیش‌بینی متغیر الگوی رابطه بیمار فراهم شود، به جای ضریب B از ضریب بتای استاندارد استفاده شده است که در جدول ۱۶ ارائه شده است:

نتایج جدول ۱۵ نشان می‌دهند در همه الگوها، مجموع مجذورات باقی‌مانده نسبت به مجموع مجذورات منبع رگرسیون (واریانس یا تغییرات متغیر وابسته پژوهش) کوچک‌تر است؛ یعنی همه الگوهای شکل‌گرفته برای تبیین متغیر وابسته الگوهای مناسبی‌اند. مقدار F نیز نشان می‌دهد همه متغیرهای وارد شده در پژوهش قدرت توضیح و تبیین

جدول ۱۶- ضرایب بتای استاندارد

SIG	T	β	نام متغیر
۰/۰۰۰	۳/۹۰۳	۰/۳۱۴	ارزش زندگی
۰/۰۰۰	-۷/۲۸۹	-۰/۲۲۵	عاملیت اجتماعی
۰/۰۰۰	۸/۰۵۸	۰/۵۵۵	مشارکت در جامعه محلی
۰/۰۰۰	۵/۴۴۰	۰/۲۱۰	طبقه اجتماعی
۰/۰۳۰	۲/۱۸۸	۰/۰۸۸	تعاملات شغلی

رابطه بیمار ۰/۳۱۴ انحراف استاندارد افزایش می‌یابد و به رابطه مشارکت محور نزدیک می‌شود؛ اما تغییر یک واحد انحراف استاندارد در متغیر عاملیت اجتماعی، موجب تغییر ۰/۲۲۵- در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود؛ یعنی افزایش

نتایج جدول ۱۶ نشان می‌دهند تغییر یک واحد انحراف استاندارد در متغیر ارزش زندگی موجب تغییر ۰/۳۱۴ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود؛ یعنی با افزایش یک واحد انحراف استاندارد متغیر ارزش زندگی، متغیر الگوی

نتایج فرضیه‌های جانبی پژوهش

این احتمال وجود دارد که علاوه بر روابط دوگانه، روابط کاذب بین متغیرها وجود داشته باشند؛ بنابراین، این پدیده عمیق‌تر بررسی و تحلیل و پردازش الگو با تحلیل مسیر الگوی رگرسیون چندگانه ارائه شده است. برای وارد کردن متغیرها در تحلیل مسیر از روش ورود همزمان استفاده شده است که میزان دقیق تأثیر استاندارد شده هر کدام از متغیرهای پیش‌بین را بر متغیر ملاک نشان می‌دهد.

در تحلیل مسیر برای ارزیابی الگو از آماره R^2 استفاده می‌شود. این آماره مقدار واریانس متغیر وابسته را نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل در الگو آن را تبیین کرده‌اند؛ در واقع، R^2 نشان می‌دهد الگو تا چه اندازه برازنده مجموعه‌ای از داده‌هاست؛ بنابراین، هرچقدر مقدار R^2 بالاتر باشد، الگو قوی‌تر است و برعکس مقدار پایین R^2 دلالت بر ضعف الگو دارد که باید الگوی دیگری با ترتیب دیگری بین متغیرها ساخته شود که تبیین‌کننده واریانس بیشتر باشد. همچنین در کنار R^2 ، از طریق کمیت خطا (e) نیز مناسب بودن الگو تشخیص دادنی است. کمیت یا میزان خطا (e) که عبارت از $1-R^2$ است، نشان‌دهنده میزانی از واریانس متغیر است که متغیرهای متقدم آن را تبیین نکرده‌اند (حبیب‌پورگنابی و صفری‌شالی، ۱۳۹۴). در ادامه جدول مربوط به R^2 برای ارزیابی برازش الگو ارائه شده است:

جدول ۱۷- خلاصه الگو

خطای استاندارد برآورد	R^2 تعدیل شده	R^2	R
۵/۲۶۸۷۸	۰/۸۲۲	۰/۸۳۰	۰/۹۱۱

است که پایین بودن این میزان نشان می‌دهد الگو برای تبیین متغیر الگوی رابطه بیمار مناسب است. در جدول زیر ضرایب مسیر (بتا) متغیرهای بالای ۰/۵ آورده شده‌اند تا مشخص شود کدام متغیرها اثر تبیین‌کنندگی مستقیم روی الگوی رابطه بیمار دارند.

یک واحد انحراف استاندارد در متغیر عاملیت اجتماعی، موجب کاهش ۰/۲۲۵ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود و آن را به رابطه پدرمآبانه یا زیر سلطه نزدیک می‌کند. تغییر یک واحد انحراف استاندارد در متغیر مشارکت در جامعه محلی، موجب تغییر ۰/۵۵۵ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود؛ یعنی افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر مشارکت در جامعه محلی، موجب افزایش ۰/۵۵۵ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود. تغییر یک واحد انحراف استاندارد در متغیر طبقه اجتماعی، موجب تغییر ۰/۲۱۰ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود؛ یعنی افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر طبقه اجتماعی، موجب افزایش ۰/۲۱۰ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود و آن را به رابطه مشارکت محور نزدیک می‌کند. تغییر یک واحد انحراف استاندارد در متغیر تعاملات شغلی، موجب تغییر ۰/۰۸۸ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود؛ یعنی افزایش یک واحد انحراف استاندارد در متغیر تعاملات شغلی، موجب افزایش ۰/۰۸۸ انحراف استاندارد در متغیر الگوی رابطه بیمار می‌شود و آن را به رابطه مشارکت محور نزدیک‌تر می‌کند. همچنین نتایج جدول ۱۶ نشان می‌دهند مقدار T برای همه متغیرها از ۲/۳۳ بالاتر و در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ درصد معنادار است؛ یعنی متغیرهای مدنظر تأثیر آماری معناداری در تبیین متغیر الگوی رابطه بیمار دارند.

این جدول نشان می‌دهد الگوی تحلیل مسیر پژوهش ۸۲/۲ درصد واریانس متغیر وابسته (الگوی رابطه بیمار) را تبیین کرده‌اند؛ بنابراین، الگوی تحلیل مسیر این پژوهش، الگوی بسیار قوی و مناسبی برای تبیین الگوی رابطه بیمار است. همچنین میزان کمیت خطا ($1-R^2$) برابر با ۰/۱۷۸

جدول ۱۸- ضرایب مسیر (اثرات مستقیم) متغیرهای اثرگذار بر الگوی رابطه بیمار

سطح معناداری	مقدار t	ضرایب استاندارد شده (بتا)	متغیرهای وارد شده
۰/۰۰۰	۵/۹۰۲	--	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۵/۱۱۵	۰/۵۲۰	مشارکت در جامعه محلی
۰/۰۰۱	۳/۲۴۴	۰/۳۴۹	ارزش زندگی
۰/۰۰۰	۴/۴۳۰	۰/۲۴۳	طبقه اجتماعی
۰/۰۰۰	-۶/۸۵۸۵	-۰/۲۳۳	عاملیت اجتماعی

با توجه به جدول بالا نکات زیر روشن می‌شود:

میزان تأثیر مشارکت در جامعه محلی از ابعاد سرمایه اجتماعی برابر با ۰/۵۲۰ و نشان‌دهنده سهم بیشتر این متغیر در تبیین واریانس الگوی رابطه بیمار است. بعد از آن متغیر ارزش زندگی (از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی) با ۰/۳۴۹، طبقه اجتماعی با ۰/۲۴۳ و عاملیت اجتماعی (از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی) با ۰/۲۳۳- قرار دارند که اثر مستقیم کمتری نسبت به متغیر مشارکت در جامعه محلی بر الگوی رابطه بیمار دارند.

برای یافتن مسیر اثرگذاری غیرمستقیم متغیرهای پژوهش و ترسیم الگوی تحلیلی پژوهش، معادله رگرسیون ارائه شد. با توجه به اینکه متغیر مشارکت در جامعه محلی بالاترین ضریب مسیر را در مرحله اول داشت، در مرحله دوم به منزله متغیر ملاک و بقیه متغیرها به منزله متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج رگرسیون مرحله دوم در جدول زیر ارائه شده‌اند:

جدول ۱۹- ضرایب مسیر (اثرات غیرمستقیم) متغیرهای اثرگذار بر الگوی رابطه بیمار

سطح معناداری	مقدار t	ضرایب استاندارد شده (بتا)	متغیرهای وارد شده
۰/۰۰۰	۶/۵۷۵	--	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۲۷/۲۳۴	۰/۹۱۳	ارزش زندگی
۰/۰۰۰	-۹/۳۳۵	-۰/۳۱۳	طبقه اجتماعی

نتایج این جدول نشان می‌دهند میزان تأثیر متغیر ارزش زندگی (از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی) بر مشارکت در جامعه محلی (از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی) برابر با ۰/۹۱۳ است. بعد از آن متغیر طبقه اجتماعی با ۰/۳۱۳- قرار دارد که اثر کمتری نسبت به متغیر ارزش زندگی دارد.

با توجه به اینکه در مرحله دوم ضریب بتای متغیر ارزش زندگی بالاتر بود، این متغیر به منزله متغیر ملاک و بقیه متغیرها به منزله متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج مرحله سوم رگرسیون در جدول زیر ارائه شده‌اند:

جدول ۲۰- ضرایب مسیر (اثرات غیرمستقیم) متغیرهای اثرگذار بر الگوی رابطه بیمار

سطح معناداری	مقدار t	ضرایب استاندارد شده (بتا)	متغیرهای وارد شده
۰/۰۰۲	۳/۱۶۶	--	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۳/۴۱۹	۰/۲۳۹	طبقه اجتماعی

نتایج جدول بالا نشان می‌دهند میزان تأثیر متغیر طبقه

اجتماعی ۰/۲۳۹ است.

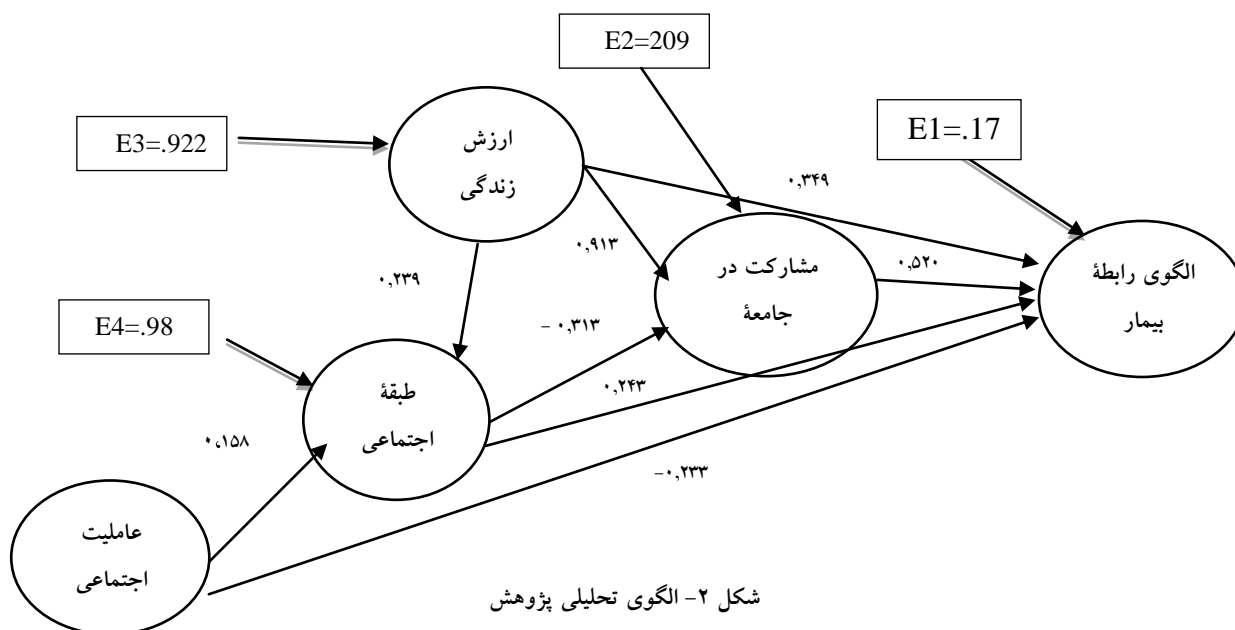
جدول ۲۱- ضرایب مسیر (اثرات غیرمستقیم) متغیرهای اثرگذار بر الگوی رابطه بیمار

متغیرهای وارد شده	ضرایب استاندارد شده (بتا)	مقدار t	سطح معناداری
مقدار ثابت	--	۱۲/۸۶۵	۰/۰۰۰
عاملیت اجتماعی	۰/۱۵۸	۲/۲۶۷	۰/۰۲۴

الگوی تحلیلی پژوهش

با توجه به نتایج جدول‌های رگرسیونی ذکر شده، الگوی تحلیلی پژوهش به شکل زیر ترسیم شد:

نتایج این جدول نشان می‌دهند میزان تأثیر متغیر عاملیت اجتماعی بر متغیر طبقه اجتماعی ۰/۱۵۸ است.



شکل ۲- الگوی تحلیلی پژوهش

عاملیت اجتماعی به واسطه متغیر طبقه اجتماعی، از سه مسیر مختلف بر متغیر الگوی رابطه بیمار اثرگذار است؛ اما مجموع اثر این سه مسیر (۰/۰۲۵۸) بسیار ناچیز است و از بین همه متغیرها کمترین اثر را دارد. همچنین مجموع اثر مستقیم و غیرمستقیم این متغیر (۰/۲۰۷-) است.

نتیجه

فرضیه اساسی پژوهش حاضر این بود که بین سرمایه اجتماعی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (سرطان، مغز و اعصاب و قلب و عروق) با الگوی رابطه بیمار ارتباط وجود دارد و این متغیر بر شکل الگوی رابطه بیمار با پزشک خود مؤثر است؛ در واقع، سرمایه اجتماعی مانند ابزاری در دست

این نمودار نشان می‌دهد متغیر مشارکت در جامعه محلی، بالاترین اثر مستقیم (۰/۵۲۰) را بر الگوی رابطه بیمار دارد که نشان دهنده سهم بالای آن در تبیین واریانس متغیر وابسته است. بعد از آن به ترتیب متغیرهای ارزش زندگی (۰/۳۴۹)، طبقه اجتماعی (۰/۲۴۳) و عاملیت اجتماعی (۰/۲۳۳-) قرار دارند. همچنین اثر غیرمستقیم متغیر ارزش زندگی (از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی) ۰/۴۷۵ و اثر غیرمستقیم متغیر طبقه اجتماعی (۰/۲۴۶-) است. شکل ۲ نشان می‌دهد متغیر ارزش زندگی (از ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی) با اثر کل ۰/۸۲۴ بالاترین اثر را از میان مجموعه متغیرهای اثرگذار بر متغیر الگوی رابطه بیمار و سهم بالایی در تبیین متغیر وابسته نسبت به متغیرهای پیش‌بین دیگر دارد. براساس این نمودار، متغیر

دارند، می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که هرچقدر شبکه تعاملات بیماران در بخش‌های گوناگون مانند شبکه تعاملات محلی و شغلی گسترده‌تر باشد، همین شبکه تعاملات قوی به او برای تعامل مشارکت‌محور با پزشک کمک می‌کند و هرچقدر این تعاملات محدود باشد، رابطه او با پزشک نیز محدود و از نوع پدرمآب (زیر سلطه) می‌شود.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان دادند بعد ارزش زندگی سرمایه اجتماعی با متغیر الگوی رابطه بیمار، رابطه مثبت و مستقیم دارد؛ یعنی با بالا رفتن بعد ارزش زندگی، رابطه بیماران به سمت رابطه مشارکت‌محور میل می‌یابد. در توجیه این موضوع می‌توان اینگونه استدلال کرد که هرچقدر افراد برای زندگی خود ارزش بیشتری قائل و از زندگی خود رضایت داشته باشند و احساس کنند دنیا جای باارزشی برای زندگی است و دچار یاس و ناامیدی از زندگی و زنده ماندن نشده باشند، بیشتر برای بهبود بیماری خود تلاش می‌کنند و در این راه تلاش می‌کنند اطلاعات بیشتری از پزشک خود برای درمان بیماری طلب کنند و همین موضوع سبب می‌شود الگوی رابطه آنها به سمت مشارکت‌محور میل کند. یافته‌های این بخش از پژوهش با یافته‌های اونیکس و بولن (2000) هم جهت است. آنها در ساخت شاخص سرمایه اجتماعی، بعد ارزش زندگی را نیز به مفهوم سرمایه اجتماعی اضافه کردند که نتایج این پژوهش یافته‌های آنها را تأیید می‌کند.

نتایج رگرسیون چندگانه نشان دادند از بین متغیرهای سرمایه اجتماعی و ابعاد آن، متغیرهای ارزش زندگی، عاملیت اجتماعی، مشارکت در جامعه محلی و تعاملات شغلی وارد الگوی رگرسیون شدند و با هم‌دیگر ۸۰/۱ درصد از تغییرات الگوی رابطه بیمار را تبیین کردند. این میزان از قدرت تبیین‌کنندگی، نشان‌دهنده اثرگذاری بالای متغیر سرمایه اجتماعی و اهمیت فراوان آن است. نتایج این بخش از پژوهش نیز اهمیت بعد تعاملات را نشان می‌دهند. از چهار متغیر وارد شده به معادله رگرسیون، دو بعد آن یعنی مشارکت در جامعه محلی و تعاملات شغلی به صورت مستقیم به رابطه

بیماران است تا با آن الگوی رابطه خود با پزشک را به الگوی رابطه مشارکت‌محور تبدیل کنند؛ یعنی به جای آنکه نقش کنشگر منفعل را در درمان بازی کنند، به کنشگرانی فعال تبدیل شوند و برای چگونگی درمان خود تصمیم‌گیری کنند. به این ترتیب هم میزان رضایتشان از روند درمان افزایش پیدا کند و هم به روند بهبود بیماری خود کمک کنند. آزمون فرضیه‌های این پژوهش تا حدود زیادی این فرضیه را تأیید کردند. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد رابطه همبستگی بین سرمایه اجتماعی و رابطه بیمار مثبت است؛ یعنی با بالا رفتن سرمایه اجتماعی آنها، رابطه آنها به سمت نوع مشارکت‌محور میل پیدا می‌کند. نتایج این پژوهش با نظریه‌های کلمن (1990) و بوردیو (1979) به نقل از کارهام، (۱۳۹۱: ۲۵۷-۲۸۵) درباره سرمایه اجتماعی هم جهت است. این دو نظریه‌پرداز مهم سرمایه اجتماعی نگاهی ابزاری به سرمایه اجتماعی داشتند و سرمایه اجتماعی را برحسب کارکردش در عرصه اجتماعی تعریف کردند و معتقدند سرمایه اجتماعی همچون ابزاری در خدمت افراد برای دست‌یابی به سایر اهداف اجتماعی‌شان است.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان دادند ابعاد شبکه تعاملات، مشارکت در جامعه محلی و تعاملات شغلی سرمایه اجتماعی با الگوی رابطه بیمار، رابطه مثبت و مستقیم دارند؛ یعنی با افزایش در این ابعاد الگوی رابطه بیمار از نوع مشارکت‌محور می‌شود. با کمی دقت در این سه بعد متوجه می‌شویم هر سه بعد از این ابعاد از نوع تعامل و رابطه‌اند. این یافته با نظریه سرمایه اجتماعی شبکه‌ای همسوست که در بخش مبانی نظری به آن اشاره شد. سرمایه اجتماعی شبکه‌ای، انباشتی از رابطه‌هاست. جنس هر دو متغیر یعنی سرمایه اجتماعی و الگوی رابطه بیمار از نوع رابطه و تعامل است و نقطه اتصال این دو متغیر با هم در همین موضوع است. یافته‌های این پژوهش نیز همین موضوع را تأیید می‌کنند؛ وقتی از ابعاد هشت‌گانه سرمایه اجتماعی، بیش از همه ابعاد دارای ارتباط با تعامل و رابطه، با الگوی رابطه بیمار همبستگی

تصمیم‌گیری برای درمان مشارکت داشته باشد، اعتماد او به پزشک افزایش می‌یابد و در نتیجه، به توصیه‌های پزشک و نسخه تجویزی او عمل می‌کند که این امر به روند بهبود بیماری کمک شایانی می‌کند. نتایج پژوهش‌های پیشین داخلی و خارجی نشان می‌دهند اگر رابطه از نوع پدرمآب باشد نارضایتی بیمار و در نتیجه، بی‌توجهی به توصیه‌های پزشک از طرف بیمار را در پی دارد.

از آنجا که جنس سرمایه اجتماعی همانند رابطه پزشک و بیمار، از نوع رابطه است و سرمایه اجتماعی منبعی برای دستیابی به سایر اهداف اجتماعی است، می‌توان انتظار داشت سرمایه اجتماعی بیماران به آنها برای رسیدن به رابطه مشارکت محور کمک کند. یافته‌های کلی این پژوهش این فرضیه را تأیید کردند و نشان دادند افراد دارای شبکه تعاملات قوی‌تر، توانایی بیشتری برای برقراری رابطه مشارکت محور با پزشک دارند و تلاش می‌کنند از این طریق به بهبود خود کمک کنند.

همان‌طور که کلمن (1990) و بورديو (1979) سرمایه اجتماعی را همچون ابزاری برای دستیابی به سایر اهداف اجتماعی دانستند، نتایج این پژوهش نیز نشان دادند سرمایه اجتماعی برای برقراری رابطه مشارکت محور به بیماران کمک می‌کند؛ بنابراین، باید تا حد امکان میزان سرمایه اجتماعی را در سطح ملی و محلی افزایش داد. نتایج این پژوهش نشان دادند میانگین سرمایه اجتماعی بیماران، $130/48$ است که پایین‌بودن سرمایه اجتماعی را در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های سطح شهر رشت نشان می‌دهد و به همین دلیل است که الگوی رابطه‌ای آنها نیز از نوع مشارکت‌محور ضعیف است.

نتایج تحلیل مسیر و ترسیم الگوی نهایی پژوهش نشان دادند مشارکت در جامعه محلی (از ابعاد سرمایه اجتماعی) بیشترین اثر مستقیم ($0/520$) را بر متغیر الگوی رابطه بیمار دارد؛ اما متغیر ارزش زندگی (از دیگر ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی)، در مجموع با اثر مستقیم و غیرمستقیم ($0/824$) بالاترین سهم را در تبیین واریانس الگوی رابطه بیمار دارد. عاملیت اجتماعی نیز از دیگر ابعاد متغیر سرمایه اجتماعی

برمی‌گردند؛ به عبارتی، بعد رابطه، متغیری بسیار مهم در تبیین الگوی رابطه بیمار است. یافته‌های این بخش با نظریه سرمایه اجتماعی چلبی (۱۳۹۳) همسوست. او دو بعد مهم برای سرمایه اجتماعی در نظر می‌گیرد: یکی رابطه و دیگری اعتماد که یافته‌های این پژوهش نشان دادند بعد رابطه سرمایه اجتماعی اهمیت فراوانی دارد.

ورود متغیر عاملیت اجتماعی به معادله رگرسیون نیز بیان می‌کند که افراد تقدیرگرا و کسانی که فکر می‌کنند همه‌چیز زندگی‌شان در دست سرنوشت، تقدیر و جامعه است، کمتر برای بهبود خود تلاش می‌کنند و در نتیجه، کمتر از پزشک اطلاعات درخواست می‌کنند. به این ترتیب الگوی رابطه آنها به سمت رابطه پدرمآب (زیر سلطه) میل می‌کند؛ در حالی که کسانی که همواره خود را در زندگی عامل می‌دانند و احساس می‌کنند سرنوشت زندگی‌شان در دست خودشان است و مسئولیت کارها و اعمال خویش را می‌پذیرند و معتقدند اتفاقاتی که در زندگی آنها می‌افتد و پیامدهای آنها نتیجه اعمال و تصمیمات خودشان است، تلاش بیشتری برای برقراری رابطه با پزشک برای کمک به بهبود بیماری خود می‌کنند. به این ترتیب رابطه آنها به سمت الگوی رابطه مشارکت‌محور میل می‌کند. یافته‌های این بخش از پژوهش نیز با یافته‌های اونیکس و بولن (2000) همسوست که بعد عاملیت اجتماعی را به ابعاد دیگر سرمایه اجتماعی اضافه کرده بودند. آنها نشان دادند عاملیت اجتماعی به منزله بعدی مهم و مؤثر در سرمایه اجتماعی برای دستیابی به اهداف اجتماعی مطرح است.

در جمع‌بندی نهایی براساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که الگوی ارتباطی بیماران از نوع مشارکت محور ضعیف است. پژوهش‌های پیشین همچون پژوهش شفعتی و زاهدی (۱۳۹۲) در شهر اهواز نشان دادند رابطه پزشک و بیمار از نوع پدرمآب است که نتایج این پژوهش پیشرفت هرچند اندک در این نوع رابطه را نشان می‌دهد. نوع رابطه بین پزشک و بیمار بر تسریع روند درمان و بهبود بیماری بسیار اثرگذار است. اعتماد از پیامدهای رابطه مشارکت محور بین پزشک و بیمار است. اگر بیمار در روند

آرمسترانگ، د. (۱۳۷۲). *جامعه‌شناسی پزشکی*، ترجمه: احمد خزاعی و محمد توکل، تهران: دانشگاه صنعتی شریف.

الوانی، م. و سیدنقوی، م. (۱۳۸۱). «سرمایه اجتماعی، مفاهیم و نظریه‌ها»، *فصلنامه مطالعات مدیریت*، ش ۳۳ و ۳۴، ص ۲۶-۳.

برنامه جامع کنترل سرطان، مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تبریز، <http://lgdrc.tbzmed.ac.ir/page/11> چلبی، م. (۱۳۹۳). *تحلیل نظری و تطبیقی در جامعه‌شناسی*، تهران: نشر نی.

چوب‌ساز، ی. (۱۳۹۰). *بررسی الگوهای گفتمانی در تعامل بین پزشک و بیمار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته زبان‌شناسی همگانی، دانشگاه رازی کرمانشاه.

حبیب‌پورگتایی، ک. و صفری‌شالی، ر. (۱۳۹۴). *راهنمای جامع کاربرد SPSS در تحقیقات پیمایشی*، تهران: لویه.

شریفیان‌ثانی، م. (۱۳۸۰). «سرمایه اجتماعی: مفاهیم اصلی و چارچوب نظری»، *فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، س ۱، ش ۲، ص ۱۸-۵.

شفعتی، م. (۱۳۹۱). *بررسی جامعه‌شناختی رابطه متقابل پزشک و بیمار: مطالعه کیفی در شهر اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، مرکز تهران.

شفعتی، م. و زاهدی، م. (۱۳۹۲). «رابطه پزشک و بیمار: بوم‌شناسی معاینه گروهی بیماران در مطب‌های خصوصی شهر اهواز»، *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، س ۲، ش ۱، ص ۶۱-۴۶.

عطاری، س. (۱۳۸۹). *بینادهای نظری سرمایه اجتماعی: بررسی وضعیت سرمایه اجتماعی در ایران*، یزد: دانشگاه یزد.

علیپور، س. (۱۳۹۳). *تبیین جامعه‌شناختی زمینه‌های اجتماعی پیدایش و گریز نخبگان در شهر بندرعباس طی سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۷۰*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.

است که اثر مستقیم (۰/۲۳۳-) بر متغیر الگوی رابطه بیمار دارد. با توجه به اینکه ابعاد سرمایه اجتماعی - که گفته شد سهم بیشتری نسبت به دیگر متغیر پیش‌بین پژوهش یعنی طبقه اجتماعی با اثر مستقیم (۰/۲۴۳) و اثر غیرمستقیم (۰/۲۴۶-) دارد - می‌توان نتیجه گرفت که فرض اصلی پژوهش مبنی بر اثرگذاری متغیر سرمایه اجتماعی بر الگوی رابطه بیمار تأیید شده است. هرچقدر بیماران سرمایه اجتماعی بالاتر و به‌ویژه مشارکت بیشتری در اجتماعات محلی خود داشته باشند، برای زندگی ارزش بیشتری در نظر بگیرند و عاملیت و کنشگری بیشتری داشته باشند، می‌توان انتظار داشت الگوی رابطه آنها از نوع مشارکت‌محور باشد؛ به عبارتی، با تقویت سرمایه اجتماعی، بیماران در رابطه با پزشک فعال‌تر می‌شوند و سهم بیشتری را از پزشک در فرایند درمان مطالبه می‌کنند؛ اما هرچقدر سرمایه اجتماعی آنها پایین باشد، در این رابطه منفعل می‌شوند و همه‌چیز را به پزشک محول می‌کنند.

در این پژوهش این فرض بنیادی به چالش کشیده شد که پزشک تعیین‌کننده اصلی در رابطه پزشک و بیمار است. نتایج نشان دادند پزشک، تنها تعیین‌کننده الگوی رابطه نیست؛ اگر به سرمایه اجتماعی بیماران افزوده شود، آنها نیز می‌توانند در الگوی رابطه اثرگذار باشند و برای کمک به تسریع روند بهبودی خود تلاش کنند. در همه پژوهش‌های پیشین فرض بر این است که پزشک تعیین‌کننده اصلی نوع رابطه است و هیچ توجهی به نقش بیمار نشده است؛ اما در این پژوهش نشان داده شد برخی متغیرهای اجتماعی همچون کمبود سرمایه اجتماعی سبب می‌شوند بیماران، خودخواسته به آنچه پزشک می‌خواهد تن در دهند و تلاشی برای تغییر وضعیت نکنند. لازم است سرمایه اجتماعی بیماران افزایش پیدا کند تا نقش فعال‌تری ایفا کنند.

منابع

آدام، ف. و هرتسلیک، ک. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: لورانس دنیاکتبی، تهران: نشر نی.

- Coleman, J. (1990) *Foundations of Social Theory*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Daghio, M. M. Ciardullo, A. V. Cadioli, T. Delvecchio, C. Menna, A. Voci, C. Guidetti, P. Magrini, N. & Liberati, A. (2003) "GPs' Satisfaction with the Doctor-Patient encounter: Findings from A Community-Based survey." *Journal of Family Practice*, Oxford University Press, 20 (3): 283-288. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm309>.
- Fornell, C. & Larcker, D. F. (1981) "Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error." *Journal of Marketing Research*, 18 (1): 39-50.
- Ilan, S. & Carmel, S. (2015) "Patient Communication Pattern Scale: Psychometric Characteristics." *Health Expectations*, 19: 842-853.
- Kaba, R. & Sooriakumaran, P. (2007) "The Evolution of the Doctor-Patient Relationship." *International Journal of Surgery*, 5: 57-65.
- Ohtaki, S. Ohtaki, T. & Fetters, M. D. (2003). "Doctor-Patient Communication: A Comparison of the USA and Japan." *Family Practice*, Oxford University Press, 20 (3): 276-282.
- Onyx, J. & Bullen, P. (2000) "Communities Five in Capital Social Measuring." *Science Behavioral Applied of Journal*, 36 (1): 23-42.
- Putnam, R. D. (1995). "Bowling Alone: Americas Declining Social Capital." *Journal of Democracy*, 6: 65-78.
- Schieber, A. Irving, M. K. & Genolini, J. P. (2017) "Integrating Multidisciplinary Results to Produce New Knowledge about the Physician-Patient Relationship: A Methodology Applied to the Intermede Project." *Journal of Mixed Methods Research*, 11(2):174-201. sagepub.com/journalsPermissions.nav. DOI: 10.1177/1558689815588643.1-28.
- WWW.worldbank.org
- فیلد، ج. (۱۳۹۲). سرمایه اجتماعی، ترجمه: غلامرضا غفاری و حسین رضائی، تهران: کویر.
- کاگرهام، و. (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه: محمد خواجه‌دلویی، هما زنجانی زاده، ملیحه دادگر مقدم، سمانه خادمی و رضا اسدی، مشهد: دانشگاه علوم پزشکی.
- کریمی‌بهروزیان، الف. (۱۳۹۵). مطالعه رابطه طبقه اجتماعی و نتایج کنکور سراسری در میان دانشجویان کارشناسی دانشگاه بوعلی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان.
- کلمن، ج. (۱۳۷۷). بنیادهای نظریه اجتماعی، ترجمه: منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- محسنی، م. (۱۳۵۷). جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت، تهران: کتابخانه طهورا.
- مسعودنیا، الف. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: دانشگاه تهران.
- معین، الف. و عنبری‌اکمل، ک. (۱۳۸۸). «ارتباط پزشک و بیمار»، ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی، س ۱۷، ش ۸۵، ص ۷۱-۸۰.
- میلر، د. (۱۳۸۴). راهنمای سنجش و تحقیقات اجتماعی، ترجمه: هوشنگ نایی، تهران: نشر نی.
- وحیدی، ر.؛ کفاشی، ش.؛ نریمانی، م.؛ صادقی‌فر، ج.؛ رعدآبادی، م.؛ نظری، الف. و حیدری، م. (۱۳۹۲). «همبستگی بین میزان دانش و رضایت بیماران از رابطه پزشک و بیمار»، مدیریت ارتقای سلامت، د ۲، ش ۳، ص ۶۶-۷۳.
- هابز، گ.؛ شافر، ن. و دانیل، م. (۱۳۸۷). مبانی مفهومی سرمایه اجتماعی، ترجمه: محمدمهدی شجاعی‌باغینی، رضا انصاری و آرش مهرمنش، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- Bourdieu, P. (1986) "The Forms of Capital." in: Richardson, T. G. (ed). *Handbook of Theory and Research for The Sociology of Education*, New York: Greenwood Press. 241-258.