

Sociological Analysis of Physician-Patient Relationship: A Systematic Review Focusing on Historical and Theoretical Contexts

Ali Shahriar Manteghi Fasaie

Ph. D. Student of Sociology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Soroush Fathi*

Associate Professor of Sociology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Zahra Zare

Assistant Professor of Sociology, East Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract:

Background: The physician-patient relationship, as one of the most fundamental social interactions in healthcare, has consistently been a central focus of medical sociology studies. This complex relationship continuously evolves under the influence of historical, social, cultural, and technological factors.

Objective: This study aimed to conduct a sociological analysis of the physician-patient relationship with emphasis on historical and theoretical contexts through a systematic review approach.

Methods: A systematic search was conducted in international and domestic databases including PubMed, Scopus, Web of Science, SID, Magi ran, and Google Scholar between 2010 and 2023. From 425 identified articles, 45 articles (15 Persian and 30 English) were selected based on inclusion criteria and analyzed using qualitative content analysis.

Results: Data analysis revealed that the physician-patient relationship can be categorized into five main domains: 1) Historical-evolutionary contexts, 2) Theoretical frameworks, 3) Structural-organizational factors, 4) Cultural-social dimensions, and 5) Technological developments. The evolutionary trajectory from paternalistic to participatory models and the role of digital technologies in redefining this relationship were among the most significant findings.

Conclusion: The physician-patient relationship is a dynamic and multidimensional phenomenon whose deep understanding requires attention to historical, theoretical, and social dimensions. The intelligent integration of digital technologies alongside maintaining a human-centered approach and attention to socio-cultural context is essential for the development of this relationship.

Keywords: Physician-Patient Relationship, Historical Context, Theoretical Framework, Systematic Review.

* Email: Fathi.soroush@gmail.com (Corresponding Author)

تحلیل جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار: یک مرور نظام‌مند با تأکید بر زمینه‌های تاریخی و نظری

علی شهریار منطقی فسایی^۱، سروش فتحی^{۲*}، زهرا زارع^۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

چکیده

رابطه پزشک و بیمار به عنوان یکی از بنیادی‌ترین روابط اجتماعی در عرصه سلامت، همواره کانون توجه مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی بوده است. این رابطه پیچیده تحت تأثیر عوامل تاریخی، اجتماعی، فرهنگی و فناورانه در حال تحول مستمر است. مطالعه حاضر با هدف تحلیل جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار با تأکید بر زمینه‌های تاریخی و نظری، به صورت مروری سیستماتیک انجام شد. این مطالعه با جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی و داخلی شامل PubMed، Scopus، Web of Science، Magiran، SID و Google Scholar بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۳ انجام شد. از بین ۴۲۵ مقاله شناسایی شده، ۴۵ مقاله (۱۵ مقاله فارسی و ۳۰ مقاله انگلیسی) بر اساس معیارهای ورود انتخاب و با روش تحلیل محتوای کیفی مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نشان داد که رابطه پزشک و بیمار در پنج حوزه اصلی قابل دسته‌بندی است: (۱) زمینه‌های تاریخی-تکاملی (۲) چارچوب‌های نظری (۳) عوامل ساختاری-سازمانی (۴) ابعاد فرهنگی-اجتماعی (۵) تحولات فناورانه. سیر تحول این رابطه از الگوی پاترنالیستی به مشارکتی و نقش فناوری‌های دیجیتال در بازتعریف این رابطه از مهم‌ترین یافته‌ها بود. رابطه پزشک و بیمار یک پدیده پویا و چندبعدی است که درک عمیق آن مستلزم توجه به ابعاد تاریخی، نظری و اجتماعی است. ادغام هوشمندانه فناوری‌های دیجیتال در کنار حفظ رویکرد انسان‌محور و توجه به زمینه فرهنگی-اجتماعی برای توسعه این رابطه ضروری است.

واژگان کلیدی: رابطه پزشک و بیمار، زمینه تاریخی، چارچوب نظری، مرور سیستماتیک.

مقدمه

رابطه پزشک و بیمار، به عنوان یکی از پیچیده‌ترین و بنیادی‌ترین تعاملات انسانی در عرصه سلامت، همواره در کانون توجه مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی قرار داشته است. (Cockerham, 2021) این رابطه فراتر از یک مواجهه درمانی ساده، تجلی‌گاه تحولات تاریخی، بازتاب ساختارهای اجتماعی، و عرصه نمود روابط قدرت در هر جامعه محسوب می‌شود (Conrad, 2007; Foucault, 1973).

^۱ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. asmanteghi@gmail.com

^۲ دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول): Fathi.soroush@gmail.com

^۳ استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. Zahra.zare2006@gmail.com

در گذر تاریخ، این رابطه تحولات پارادایمیک عمیقی را تجربه کرده است. در تمدن‌های باستانی، رابطه درمانگر- بیمار در چارچوب باورهای مذهبی و جادویی تعریف می‌شد، جایی که پزشک نقش کاهن و شفادهنده روحانی را ایفا می‌کرد (Porter, 1999). با ظهور یونان باستان، بقراط با معرفی مفهوم "طبایع چهارگانه" و تأکید بر مشاهده بالینی، نخستین سنگ‌بناهای رابطه عقلانی پزشک و بیمار را بنیان نهاد (Jewson, 1976). در دوره مدرن، با توسعه بیمارستان‌ها و حرفه‌ای شدن پزشکی، الگوی پاترنالیستی به عنوان الگوی مسلط تثبیت شد، الگویی که در آن پزشک تصمیم‌گیرنده مطلق و بیمار نقش منفعل را بر عهده داشت (Jewson, 1976).

در عصر حاضر، رابطه پزشک و بیمار در میانه تحولات بنیادین قرار دارد. از یک سو، افزایش سواد سلامت، دسترسی بی‌سابقه به اطلاعات پزشکی از طریق اینترنت، و ظهور "بیماران توانمند" (Empowered Patients)، و از سوی دیگر، فشارهای اقتصادی، محدودیت‌های زمانی، و پیچیدگی‌های فزاینده نظام‌های سلامت، این رابطه را در موقعیتی پارادوکسیکال قرار داده است (Meskó et al., 2017; Timmermans & Oh, 2019). این تحولات موجب شده است که رابطه پزشک و بیمار به تدریج از الگوی سنتی پاترنالیستی به سمت الگوهای مشارکتی و دموکراتیک‌تر حرکت کند (Emanuel & Emanuel, 1992).

رابطه پزشک و بیمار، به عنوان یکی از پیچیده‌ترین و بنیادی‌ترین تعاملات انسانی در عرصه سلامت، همواره در کانون توجه مطالعات جامعه‌شناسی پزشکی قرار داشته است (Cockerham, 2021). این رابطه فراتر از یک مواجهه درمانی ساده، تجلی‌گاه تحولات تاریخی، بازتاب ساختارهای اجتماعی، و عرصه نمود روابط قدرت در هر جامعه محسوب می‌شود (Conrad, 2007; Foucault, 1973).

با این حال، این گذار هموار و یکنواخت نبوده است. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که علی‌رغم تغییر در گفتمان غالب به سمت مشارکت و خودمختاری بیمار، در عمل هنوز ساختارهای قدرت، نهادهای پزشکی و عادات فرهنگی، مانع تحقق کامل این الگوی ایده‌آل می‌شوند (Ha & Longnecker, 2019; Street et al., 2020). این شکاف بین نظریه و عمل، لزوم درک عمیق‌تر این رابطه را با اتخاذ رویکردی جامعه‌شناختی که بتواند ابعاد پنهان و ساختاری این تعامل پیچیده را آشکار سازد، بیش از پیش ضروری می‌سازد.

درک جامع این رابطه مستلزم بهره‌گیری از چارچوب‌های نظری متعدد است. از نظریه نقش‌های اجتماعی پارسونز (۱۹۵۱) که بر کارکردهای اجتماعی رابطه درمانی در حفظ نظم اجتماعی تأکید دارد، تا نظریه قدرت و گفتمان فوکو (۱۹۷۳) که پزشکی مدرن را به عنوان نظامی از دانش-قدرت تحلیل می‌کند، و نظریه میدان بوردیو (۱۹۸۶) که بر نقش سرمایه‌های فرهنگی، اجتماعی و نمادین در شکل‌گیری این رابطه تأکید می‌ورزد. هر یک از این چارچوب‌ها، زوایای مختلفی از این رابطه پیچیده را روشن می‌سازند.

طرح مسئله

رابطه پزشک و بیمار به عنوان یکی از پیچیده‌ترین و حیاتی‌ترین تعاملات انسانی در عرصه سلامت، در چند دهه اخیر با چالش‌ها و تحولات بنیادینی مواجه شده است. اگرچه پیشرفت‌های فناورانه و توسعه دانش پزشکی به طور بی‌سابقه‌ای توانایی تشخیص و درمان بیماری‌ها را افزایش داده است، اما به نظر می‌رسد کیفیت ارتباط انسانی در فرآیند درمان با بحران‌های جدی روبرو شده است (Street et al., 2020). این پارادوکس اساسی - پیشرفت تکنولوژیک در کنار تضعیف ارتباط انسانی - مسئله محوری این پژوهش را تشکیل می‌دهد.

مسئله اصلی این است که علی‌رغم گذار نظری از الگوی پاترنالیستی به الگوی مشارکتی در رابطه پزشک و بیمار، در عمل شاهد تداوم شکاف عمیق بین آرمان‌های ارتباط درمانی و واقعیت‌های بالینی هستیم (Ha & Longnecker, 2019). مطالعات متعدد نشان

می‌دهند که بیماران همچنان از عدم دریافت اطلاعات کافی، فقدان مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی، و برخورد غیرشخصی سازی شده شکایت دارند، در حالی که پزشکان با محدودیت‌های زمانی، فشارهای اداری و چالش‌های ارتباطی دست و پنجه نرم می‌کنند (Bylund et al., 2021).

ابعاد این مسئله را می‌توان در چند محور اصلی ترسیم کرد:

الف) عدم تقارن ذاتی در دانش و قدرت بین پزشک و بیمار، اگرچه تا حدی اجتناب‌ناپذیر است، اما در بسیاری از موارد به حدی گسترش یافته که مانع ایجاد رابطه درمانی مؤثر می‌شود. این شکاف در عصر دیجیتال شکل پیچیده‌تری به خود گرفته است؛ از یک سو دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی افزایش یافته و از سوی دیگر پیچیدگی فناوری‌های پزشکی بر شکاف تخصصی افزوده است (Meskó et al., 2017).

ب) ظهور فناوری‌های سلامت دیجیتال اگرچه فرصت‌های بی‌سابقه‌ای برای بهبود دسترسی و کیفیت خدمات ایجاد کرده است، اما همزمان چالش‌های جدیدی در ارتباط درمانی پدید آورده است. پزشکی از راه دور، سوابق الکترونیک سلامت و پلتفرم‌های دیجیتال، اگرچه کارایی را افزایش می‌دهند، اما ممکن است به کاهش ارتباط چهره به چهره و تضعیف اعتماد بینافردی منجر شوند (Asan et al., 2020).

ج) شواهد نشان می‌دهند که کیفیت رابطه پزشک و بیمار به شدت تحت تأثیر عوامل اجتماعی-اقتصادی قرار دارد. بیماران با پایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین‌تر، سطح تحصیلات کمتر و سرمایه فرهنگی محدودتر، اغلب از کیفیت پایین‌تری در ارتباط درمانی برخوردارند (Fiscella & Epstein, 2020). این نابرابری نه تنها مسئله‌ای اخلاقی، بلکه چالشی برای اثربخشی نظام سلامت محسوب می‌شود.

د) فشارهای فزاینده برای کنترل هزینه‌های سلامت و افزایش بهره‌وری، اغلب به محدودیت زمان ملاقات‌های پزشکی و استانداردسازی فرآیندهای درمانی منجر شده است. این امر فضای لازم برای ارتباط انسان‌محور و توجه به ابعاد عاطفی و روانی بیماری را محدود کرده است (Gignon et al., 2021).

ه) اگرچه نظریه‌های متعددی برای تحلیل رابطه پزشک و بیمار ارائه شده است، اما فقدان یک چارچوب نظری جامع که بتواند پیچیدگی‌های این رابطه در عصر حاضر را تبیین کند، به وضوح احساس می‌شود. این پراکندگی نظری، درک ما از مسئله و یافتن راهکارهای مؤثر را با مشکل مواجه ساخته است.

با توجه به این مسائل، این پژوهش در پی پاسخ به این پرسش اساسی است که چگونه می‌توان با درک عمیق‌تر زمینه‌های تاریخی و نظری رابطه پزشک و بیمار، به بازتعریف این رابطه در عصر حاضر پرداخت و راهکارهایی برای بهبود آن ارائه داد.

با توجه به سرعت تحولات در عرصه سلامت و به ویژه ظهور سلامت دیجیتال، انجام مطالعه‌ای نظام‌مند برای واکاوی ابعاد مختلف این رابطه با تأکید بر زمینه‌های تاریخی و نظری ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه مروری سیستماتیک با هدف تحلیل جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار در پرتو تحولات تاریخی و نظری انجام شده و در پی پاسخ به این پرسش اساسی است که: "تحولات تاریخی و چارچوب‌های نظری چگونه به درک ما از رابطه پزشک و بیمار در عصر حاضر کمک می‌کنند و چه چشم اندازی برای بهبود این رابطه دارند؟"

زمینه تاریخی رابطه پزشک و بیمار

دوره باستان و قرون وسطی: در تمدن‌های باستانی همچون مصر، بین‌النهرین و یونان، رابطه پزشک و بیمار عمدتاً تحت تأثیر باورهای مذهبی و جادویی قرار داشت (Porter, 1999). در این دوره، پزشک اغلب نقش کاهن یا شفادهنده روحانی را ایفا می‌کرد

و بیماری به عنوان نشانه‌ای از خشم خدایان یا وجود ارواح خبیثه تلقی می‌شد (Foucault, 1973). در یونان باستان، بقراط با معرفی مفهوم "طبایع چهارگانه" و تأکید بر مشاهده بالینی، پایه‌های اولیه رابطه عقلانی پزشک و بیمار را بنیان نهاد (Jewson, 1976). در قرون وسطی، با گسترش مسیحیت در اروپا، رابطه پزشک و بیمار تحت سیطره کلیسا قرار گرفت. بیمارستان‌ها عمدتاً توسط صومعه‌ها اداره می‌شدند و درمان بیماری‌ها با آیین‌های مذهبی درآمیخته بود. (Risse, 1999) در همین دوره، در تمدن اسلامی، پزشکی مانند ابوعلی سینا با تأکید بر مشاهده، تجربه و عقلانیت، رابطه پزشک و بیمار را به سمت عقلانی‌تر شدن سوق دادند (Savage-Smith, 1996).

رנסانس و دوره مدرنک: دوره رنسانس با تحولات عمیق در نگرش به بدن انسان همراه بود. تشریح جسد انسان توسط وسالیوس و دیگر کالبدشناسان، درک جدیدی از بدن به عنوان یک ماشین پیچیده را موجب شد (Porter, 1999). این تحول، پزشکی را از حیطه فلسفه طبیعی و الهیات جدا کرد و آن را به سوی یک علم تجربی سوق داد (Foucault, 1973). در قرن هجدهم و نوزدهم، با توسعه بیمارستان‌های مدرن و حرفه‌ای شدن پزشکی، رابطه پزشک و بیمار شکل نظام‌مندتری به خود گرفت (Risse, 1999). در این دوره، الگوی پاترنالیستی به عنوان الگوی مسلط رابطه پزشک و بیمار تثبیت شد. در این الگو، پزشک در نقش پدرا نه تصمیم‌گیرنده مطلق و بیمار در نقش منفعل و مطیع ظاهر می‌شد (Jewson, 1976).

قرن بیستم و معاصر: قرن بیستم شاهد تحولات عمیق در رابطه پزشک و بیمار بود. توسعه آنتی‌بیوتیک‌ها، واکسن‌ها و فناوری‌های تشخیصی جدید، قدرت پزشکی را به میزان قابل توجهی افزایش داد (Cockerham, 2021). با این حال، از نیمه دوم این قرن، با ظهور جنبش حقوق بیماران و توسعه اخلاق زیستی، الگوی پاترنالیستی به تدریج به چالش کشیده شد (Emanuel & Emanuel, 1992).

در دهه‌های اخیر، با گسترش فناوری‌های دیجیتال و اینترنت، رابطه پزشک و بیمار وارد مرحله جدیدی شده است. دسترسی بیماران به اطلاعات پزشکی، ظهور پزشکی از راه دور و توسعه سوابق الکترونیک سلامت، dynamics این رابطه را به طور اساسی تغییر داده است (Meskó et al., 2017).

زمینه های نظری

جدول ۱: خلاصه زمینه‌های نظری رابطه پزشک و بیمار

ردیف	نظریه و نظریه پرداز	خلاصه نظریه	مفاهیم اساسی و بنیادین نظریه در مورد رابطه پزشک و بیمار
1	نظریه نقش‌های اجتماعی (پارسونز)	تالکوت پارسونز با ارائه مفهوم "نقش بیمار" (Sick Role)، اولین چارچوب نظری نظام‌مند برای تحلیل جامعه‌شناختی رابطه پزشک و بیمار را ارائه داد. (Parsons, 1951) از دیدگاه پارسونز، بیماری نه تنها یک وضعیت زیستی، بلکه یک پدیده اجتماعی است که کارکردهای اجتماعی فرد را مختل می‌کند.	- ویژگی‌های نقش بیمار: - معافیت از مسئولیت‌های اجتماعی عادی - عدم توانایی کنترل وضعیت بیماری - تمایل به بهبودی - جست‌وجوی کمک حرفه‌ای و همکاری با پزشک - ویژگی‌های نقش پزشک: - تخصص فنی و دانش تخصصی - بی‌طرفی عاطفی (Affective Neutrality) - جهت‌گیری جمعی (Collectivity Orientation) - معیارهای اخلاقی سختگیرانه

ردیف	نظریه و نظریه پرداز	خلاصه نظریه	مفاهیم اساسی و بنیادین نظریه در مورد رابطه پزشک و بیمار
2	نظریه قدرت و گفتمان (فوکو)	میشل فوکو با ارائه مفاهیم "نگاه خیره پزشکی" (Medical Gaze) و "زیست‌قدرت" (Biopower)، تحولی اساسی در تحلیل رابطه پزشک و بیمار ایجاد کرد. (Foucault, 1973) از دیدگاه فوکو، پزشکی مدرن نه تنها یک علم، بلکه یک نظام گفتمانی است که بدن انسان را به عنوان ابژه دانش و قدرت می‌سازد.	مؤلفه‌های کلیدی: - پزشکی به عنوان گفتمان حقیقت‌ساز - بدن به عنوان ابژه دانش و قدرت - نهاد بیمارستان به عنوان دستگاه انضباطی - تولید سوژه‌های مطیع از طریق پزشکی فوکو نشان می‌دهد که چگونه "نگاه خیره پزشکی" بدن بیمار را به حوزه‌ای قابل مشاهده، تحلیل و مداخله تبدیل می‌کند و از این طریق، رابطه پزشک و بیمار را در شبکه‌ای از روابط قدرت قرار می‌دهد. (Foucault, 1973)
3	نظریه میدان و سرمایه (بورديو)	پیر بورديو با ارائه مفاهیم "میدان"، "سرمایه" و "منش"، چارچوب نظری قدرتمندی برای تحلیل رابطه پزشک و بیمار ارائه داده است. (Bourdieu, 1986) از دیدگاه بورديو، رابطه پزشک و بیمار در یک "میدان" اجتماعی اتفاق می‌افتد که در آن، انواع مختلف سرمایه (فرهنگی، اجتماعی، نمادین) در تعامل هستند.	مؤلفه‌های کلیدی: - میدان پزشکی به عنوان عرصه رقابت و مبادله - سرمایه فرهنگی پزشک به عنوان منبع قدرت - منش پزشکی به عنوان نظام پایدار گرایش‌ها - خشونت نمادین در رابطه درمانی این چارچوب به درک نابرابری‌های ساختاری در رابطه پزشک و بیمار و نقش سرمایه‌های مختلف در شکل‌گیری این رابطه کمک می‌کند. (Bourdieu, 1986)
4	نظریه کنش ارتباطی (هابرماس)	یورگن هابرماس با ارائه "نظریه کنش ارتباطی"، ابزار مفهومی ارزشمندی برای تحلیل رابطه پزشک و بیمار فراهم کرده است. (Habermas, 1984) از دیدگاه هابرماس، رابطه پزشک و بیمار می‌تواند به عنوان یک "کنش ارتباطی" در نظر گرفته شود که در آن، فهم متقابل و توافق از طریق گفت‌وگوی عقلانی حاصل می‌شود.	مؤلفه‌های کلیدی: - رابطه پزشک و بیمار به عنوان کنش ارتباطی - اهمیت گفت‌وگوی عقلانی در تصمیم‌گیری درمانی - نقش جهان زندگی (Life-World) در شکل‌گیری ارتباط - شرایط ایده‌آل گفتار در ارتباط درمانی این چارچوب بر اهمیت ارتباط مبتنی بر فهم متقابل و مشارکت دموکراتیک در رابطه پزشک و بیمار تأکید می‌کند. (Habermas, 1984)
5	نظریه ساختاری-کارکردی	رویکرد ساختاری-کارکردی با تأکید بر کارکردهای اجتماعی رابطه پزشک و بیمار، به تحلیل نقش این رابطه در حفظ نظم اجتماعی می‌پردازد. (Parsons, 1951) از این دیدگاه، رابطه پزشک و بیمار کارکردهای مهمی در جامعه ایفا می‌کند.	- کارکردهای اصلی رابطه پزشک و بیمار: - کنترل اجتماعی بیماری و انحراف - مشروعیت‌بخشی به نقش بیمار - حفظ بهره‌وری اجتماعی - تقویت هنجارهای اجتماعی این رویکرد اگرچه در دهه‌های اخیر مورد نقد قرار گرفته، اما در درک کارکردهای اجتماعی رابطه پزشک و بیمار همچنان ارزشمند است. (Cockerham, 2021)

روش

این مطالعه به صورت مرور سیستماتیک با رویکرد تحلیل محتوای کیفی انجام شد. جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Scopus، Web of Science و پایگاه‌های داخلی SID، Mag Iran و همچنین موتور جستجوی Google Scholar برای یافتن مقالات مرتبط منتشر شده بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۳ انجام شد. استراتژی جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط با "رابطه پزشک و بیمار"، "ارتباط درمانی"، "جامعه‌شناسی پزشکی" و معادل‌های انگلیسی آنها طراحی شد. معیارهای ورود شامل: (۱) مقالات اصلی پژوهشی (۲) تمرکز بر ابعاد اجتماعی-فرهنگی رابطه پزشک و بیمار (۳) انتشار بین سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۲۳ دسترسی به متن کامل مقاله. از بین ۴۲۵ مقاله شناسایی شده، ۴۵ مقاله (۱۵ مقاله فارسی و ۳۰ مقاله انگلیسی) واجد معیارهای ورود بودند. فرآیند غربالگری و انتخاب مقالات انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و کدگذاری موضوعی صورت گرفت.

یافته‌ها

جدول شماره ۲: خلاصه ویژگی‌های مقالات فارسی مورد بررسی

ردیف	نویسنده/سال	عنوان مقاله	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	یافته‌های کلیدی
۱	احمدی و همکاران (۱۴۰۰)	تجربه زیسته بیماران از رابطه با پزشک: یک مطالعه پدیدارشناسی	کیفی (پدیدارشناسی)	۲۰ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تهران	- اهمیت اعتماد و احترام متقابل - تأثیر زمان کافی بر کیفیت رابطه - نقش اطلاعات شفاف در ایجاد اعتماد
۲	رضایی و محمدی (۱۳۹۹)	تحلیل عوامل اجتماعی مؤثر بر رابطه پزشک و بیمار در شهر اصفهان	کمی (پیمایشی)	۴۰۰ بیمار و ۱۵۰ پزشک	- رابطه معنادار سطح تحصیلات و کیفیت رابطه - تأثیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی بر انتظارات بیماران - نقش سرمایه فرهنگی در ارتباط درمانی
۳	جعفری (۱۳۹۸)	پدیدارشناسی رابطه درمانی: تجارب پزشکان از ارتباط با بیماران	کیفی (پدیدارشناسی)	۱۵ پزشک متخصص	- فشارهای کاری به عنوان مانع ارتباط مؤثر - اهمیت ارتباط غیرکلامی - چالش‌های فرهنگی در ارتباط با بیماران
۴	حسینی و همکاران (۱۳۹۹)	نقش فناوری‌های دیجیتال در رابطه پزشک و بیمار: یک مطالعه کیفی	کیفی (تحلیل محتوا)	۲۵ پزشک و ۳۰ بیمار	- تسهیل دسترسی از طریق سلامت الکترونیک - خطر کاهش ارتباط چهره به چهره - نیاز به آموزش مهارت‌های دیجیتال
۵	مهدوی (۱۴۰۰)	تحلیل گفتمان رابطه پزشک و بیمار در مطب‌های خصوصی	کیفی (تحلیل گفتمان)	۵۰ مشاوره پزشکی ضبط شده	- غالب بودن گفتمان یک‌سویه - نقش قدرت پزشکی در گفتگو - محدودیت مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری
۶	نوری و همکاران (۱۳۹۸)	اخلاق پزشکی و رابطه درمانی: مطالعه‌ای در بیمارستان‌های تهران	ترکیبی	۳۰۰ بیمار و ۱۰۰ پزشک	- ارتباط مثبت رعایت اصول اخلاقی و رضایت بیمار - اهمیت رازداری و حفظ حریم

					خصوصی - نقش رضایت آگاهانه در اعتماد
۷	زارعی (1397)	سرمایه اجتماعی و رابطه پزشک-بیمار در شهر شیراز	کمی (پیمایشی)	350 بیمار	- رابطه مثبت اعتماد اجتماعی و کیفیت رابطه درمانی - تأثیر شبکه‌های اجتماعی بر انتخاب پزشک - نقش اعتماد نهادی در سلامت
۸	صارمی و همکاران (1399)	نقش جنسیت در رابطه درمانی: مطالعه‌ای در مراکز سلامت	کمی (مقطعی)	250 پزشک و ۵۰۰ بیمار	- تفاوت در سبک ارتباطی پزشکان زن و مرد - ترجیح بیماران زن به پزشکان همجنس - تأثیر جنسیت بر مدت زمان مشاوره
۹	کریمی (1400)	تحلیل جامعه‌شناختی ارتباط غیر کلامی در رابطه درمانی	کیفی (مشاهده مشارکتی)	100 مشاوره پزشکی	- اهمیت ارتباط چشمی در ایجاد اعتماد - نقش زبان بدن در انتقال همدلی - تأثیر محیط فیزیکی بر ارتباط
۱۰	علیزاده و همکاران (1398)	رضایت بیماران از رابطه با پزشک: مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی	کمی (توصیفی- تحلیلی)	600 بیمار	- شفافیت اطلاعات مهمترین عامل رضایت - مشارکت در تصمیم‌گیری و رضایت بیمار - تأثیر رفتار احترام‌آمیز بر رضایت
۱۱	محمدی و همکاران (1401)	نقش سرمایه فرهنگی در ارتباط درمانی: مطالعه‌ای در مراکز درمانی تهران	ترکیبی	450 بیمار	- رابطه مستقیم سرمایه فرهنگی و مشارکت در درمان - تأثیر سواد سلامت بر کیفیت ارتباط - نیاز به تطابق ارتباط با سطح فرهنگی بیماران
۱۲	رحیمی و همکاران (1400)	چالش‌های ارتباطی پزشکان با بیماران سالمند	کیفی (تحلیل محتوا)	20 پزشک و ۲۵ بیمار سالمند	- نیازهای ارتباطی خاص سالمندان - اهمیت صبر و شکیبایی در ارتباط - نقش خانواده در ارتباط درمانی سالمندان
۱۳	سلطانی و همکاران (1399)	تأثیر فرهنگ سازمانی بر رابطه پزشک و بیمار در بیمارستان‌های دولتی	کمی (همبستگی)	200 پزشک	- رابطه فرهنگ سازمانی و کیفیت ارتباط با بیمار - نقش leadership در ایجاد فرهنگ ارتباطی مناسب - تأثیر فضای کاری بر ارتباط درمانی
۱۴	غفاری و همکاران (1401)	پزشکی از راه دور و تحول رابطه درمانی در دوران پاندمی کرونا	کیفی (پدیدارشناسی)	30 پزشک و ۴۰ بیمار	- تغییر الگوهای ارتباطی با پزشکی از راه دور - چالش‌های فنی و ارتباطی - فرصت‌های جدید دسترسی به خدمات
۱۵	امینی و همکاران (1398)	تحلیل موانع ارتباط مؤثر پزشک و بیمار از دیدگاه ذی‌نفعان	کیفی (گراندد تئوری)	45 مشارکت‌کننده	- موانع فردی، سازمانی و فرهنگی - نیاز به مداخلات چندسطحی - اهمیت آموزش مستمر

یافته‌های جدول فوق این اطلاعات جامعی درباره نویسندگان، سال انتشار، عنوان مقالات، روش‌های تحقیق، جامعه مورد مطالعه و یافته‌های کلیدی هر پژوهش را نشان می‌دهد که دارای ویژگیهای بارزی می‌باشند عبارتند از:

۱. تنوع روش‌شناختی:

- مطالعه از روش کیفی (پدیدارشناسی، تحلیل محتوا، تحلیل گفتمان، مشاهده مشارکتی)
- مطالعه از روش کمی (پیمایشی، مقطعی، توصیفی-تحلیلی)
- مطالعه از روش ترکیبی استفاده کرده‌اند

۲. جامعه‌های مطالعه متنوع:

- تمرکز بر بیماران (۷ مطالعه)
- توجه به پزشکان (۳ مطالعه)
- مطالعات دوگانه بیمار-پزشک (۲ مطالعه)
- استفاده از مشاوره‌های ضبط شده (۲ مطالعه)

مضامین اصلی:

۱. تأکید بر عوامل ارتباطی-عاطفی:

- اهمیت اعتماد و احترام متقابل (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰)
- نقش ارتباط غیرکلامی و زبان بدن (کریمی، ۱۴۰۰)
- تأثیر رفتار احترام‌آمیز بر رضایت بیمار (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۸)

۲. توجه به عوامل ساختاری:

- فشارهای کاری به عنوان مانع ارتباط مؤثر (جعفری، ۱۳۹۸)
- محدودیت‌های زمانی و تأثیر بر کیفیت رابطه (رضایی و محمدی، ۱۳۹۹)

۳. تمرکز بر ابعاد فرهنگی-اجتماعی:

- نقش سرمایه فرهنگی در ارتباط درمانی (رضایی و محمدی، ۱۳۹۹)
- تأثیر جنسیت بر سبک ارتباطی (صارمی و همکاران، ۱۳۹۹)
- اهمیت سرمایه اجتماعی در رابطه درمانی (زارعی، ۱۳۹۷)

۴. توجه به فناوری و اخلاق:

- چالش‌های فناوری‌های دیجیتال (حسینی و همکاران، ۱۳۹۹)
- نقش اصول اخلاقی در رضایت بیمار (نوری و همکاران، ۱۳۹۸)

نقاط قوت:

۱. عمق تحلیلی: استفاده از روش‌های کیفی که امکان درک عمیق‌تر پدیده را فراهم می‌کند
۲. توجه به بافتار بومی: بررسی رابطه پزشک و بیمار در چارچوب فرهنگی-اجتماعی ایران
۳. تنوع موضوعی: پوشش دادن ابعاد مختلف رابطه درمانی از منظرهای گوناگون
۴. کاربردی بودن: ارائه یافته‌هایی که قابلیت تبدیل به راهکارهای عملی را دارند

محدودیت‌های شناسایی شده:

۱. تمرکز جغرافیایی: بیشتر مطالعات در شهرهای بزرگ انجام شده‌اند
۲. اندازه نمونه: در برخی مطالعات کیفی، حجم نمونه محدود بوده است
۳. فقدان مطالعات طولی: عدم توجه به تحول رابطه در گذر زمان

جدول شماره ۳: خلاصه ویژگی‌های مقالات انگلیسی مورد بررسی

ردیف	نویسنده/سال	عنوان مقاله	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	یافته‌های کلیدی
۱	Street et al. (2020)	"Patient-Centered Communication and Health Outcomes"	مروری سیستماتیک	75 مطالعه	- ارتباط مثبت ارتباط بیمار-محور و outcomes سلامت - بهبود adherence به درمان - افزایش رضایت بیمار
۲	Ha & Longnecker (2019)	"Doctor-Patient Communication: A Comprehensive Review"	مروری	120 مطالعه	- اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی - اهمیت ارتباط غیر کلامی - نقش فرهنگ در ارتباط درمانی
۳	Finset (2020)	"Communication Skills Training for Healthcare Professionals"	کارآزمایی تصادفی شده	200 پزشک	- بهبود مهارت‌های ارتباطی پس از آموزش - افزایش رضایت بیماران - کاهش شکایات بیماران
۴	Bylund et al. (2021)	"Health Literacy and Patient-Provider Communication"	مطالعه مقطعی	1500 بیمار	- رابطه سواد سلامت و کیفیت ارتباط - نیاز به تطابق ارتباط با سطح سواد بیمار - نقش سواد سلامت در خودمراقبتی
۵	Epstein & Street (2020)	"Shared Decision Making in Clinical Practice"	مروری کیفی	60 مطالعه	- بهبود outcomes با تصمیم‌گیری مشارکتی - افزایش رضایت بیمار و پزشک - چالش‌های اجرایی
۶	Riedl & Schüßler (2019)	"The Influence of Physician Behavior on Patient Satisfaction"	مطالعه طولی	1000 بیمار	- رفتار پزشک عامل کلیدی رضایت - اهمیت همدلی و احترام - تأثیر ارتباط بر adherence
۷	Kerasidou (2020)	"Empathy in Healthcare: The Moral Dimension"	مطالعه کیفی	30 پزشک	- همدلی به عنوان پایه اخلاق پزشکی - چالش‌های حفظ همدلی در محیط کاری - نقش همدلی در اعتماد
۸	Platt & Kardia (2020)	"Trust in the Patient-Physician Relationship"	مطالعه ترکیبی	800 بیمار و پزشک	- اعتماد به عنوان اساس رابطه - عوامل مؤثر بر ایجاد اعتماد - نقش شفافیت در اعتماد
۹	Haskard et al. (2021)	"Physician Communication and Patient Adherence"	متا-آنالیز	45 مطالعه	- ارتباط قوی کیفیت ارتباط و adherence - تأثیر ارتباط بر outcomes بیماری‌های مزمن - اهمیت پیگیری
۱۰	Fiscella & Epstein (2020)	"Health Disparities and Patient-Provider Communication"	مطالعه کیفی	25 تمرین پزشکی	- نابرابری در کیفیت ارتباط بین گروه‌ها - تأثیر نژاد و قومیت بر ارتباط - نیاز به ارتباط فرهنگی

ردیف	نویسنده/سال	عنوان مقاله	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	یافته‌های کلیدی
۱۱	Berkhof et al. (2021)	"Effective Training for Communication Skills in Medical Education"	کارآزمایی کنترل‌شده	150 دانشجوی پزشکی	- بهبود پایدار مهارت‌های ارتباطی - تأثیر آموزش بر نگرش دانشجویان - نیاز به آموزش مستمر
۱۲	Levinson & Pizzo (2020)	"Patient-Physician Communication in the Digital Age"	مطالعه کیفی	40 پزشک و بیمار	- تغییر الگوهای ارتباطی با فناوری - چالش‌های حریم خصوصی - فرصت‌های ارتباط دیجیتال
۱۳	Zolnieriek & DiMatteo (2021)	"Physician Communication and Patient Outcomes: A Meta-analysis"	متا-آنالیز	80 مطالعه	- ارتباط قوی ارتباط و outcomes سلامت - تأثیر بر بیماری‌های حاد و مزمن - اهمیت ارتباط در پیشگیری
۱۴	Roter & Hall (2020)	"Doctor-Patient Communication: Patterns and Outcomes"	مطالعه مشاهده‌ای	300 مشاوره ضبط شده	- الگوهای مختلف ارتباطی - تأثیر سبک ارتباطی بر رضایت - رابطه الگوی ارتباطی و outcomes
۱۵	Stewart (2020)	"Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method"	مروری مفهومی	-	- تغییر پارادایم به بیمار-محوری - چارچوب نظری رابطه درمانی - implications - آموزشی
۱۶	Ong et al. (2021)	"Doctor-Patient Communication: A Review of Interventions"	مروری سیستماتیک	65 مطالعه	- اثربخشی مداخلات ارتباطی - انواع مداخلات مؤثر - عوامل موفقیت مداخلات
۱۷	Thorne et al. (2020)	"Health Communication and Chronic Illness Management"	مطالعه طولی کیفی	100 بیمار مزمن	- نقش ارتباط در مدیریت بیماری مزمن - نیازهای ارتباطی خاص بیماران مزمن - الگوهای ارتباطی مؤثر
۱۸	Paternotte et al. (2021)	"Factors Influencing Doctor-Patient Communication"	مطالعه دلفی	50 متخصص	- 15 عامل کلیدی مؤثر بر ارتباط - اولویت‌بندی عوامل - implications - برای آموزش
۱۹	Kinnersley et al. (2020)	"Interventions for Improving Communication in Healthcare"	مروری کاکرین	43 مطالعه	- شواهد قوی برای آموزش مهارت‌ها - اثربخشی مختلف مداخلات - نیاز به پژوهش بیشتر
۲۰	Brand et al. (2021)	"Digital Health and Patient-Provider Communication"	مطالعه کیفی	35 پزشک و بیمار	- تحول رابطه با فناوری دیجیتال - چالش‌های ارتباط دیجیتال - راهکارهای بهبود
۲۱	Rathert et al. (2022)	"Patient-Centered Care and Healthcare Quality"	مطالعه مقطعی	650 بیمار	- رابطه مثبت مراقبت بیمار-محور و کیفیت خدمات - تأثیر بر تجربه بیمار - implications - برای مدیریت
۲۲	Shan et al. (2021)	"Impact of Electronic Health Records on Patient-Provider Communication"	مطالعه ترکیبی	25 پزشک و ۲۰۰ بیمار	- تأثیر دوگانه EHR بر ارتباط - چالش توجه به صفحه نمایش - فرصت‌های بهبود اطلاعات
۲۳	Verlinde et al. (2020)	"Social Determinants of Patient-Provider Communication"	مطالعه کیفی	60 بیمار از گروه‌های	- تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر ارتباط - نیاز به درک زمینه اجتماعی بیمار

ردیف	نویسنده/سال	عنوان مقاله	روش تحقیق	جامعه مورد مطالعه	یافته‌های کلیدی
				محروم	- نقش نابرابری در ارتباط
۲۴	Dehlendorf et al. (2021)	"Communication about Medications in Clinical Encounters"	مطالعه مشاهده‌ای	150 مشاوره	- کیفیت ارتباط درباره داروها و adherence - نیاز به اطلاعات شفاف و قابل فهم - نقش ارتباط در ایمنی دارویی
۲۵	Asan et al. (2020)	"Technology-Mediated Patient-Provider Communication"	مروری سیستماتیک	55 مطالعه	- انواع فناوری‌های ارتباطی - مزایا و معایب هر فناوری - implications - برای آینده
۲۶	Gignon et al. (2021)	"Time Constraints and Patient-Provider Communication"	مطالعه کیفی	30 پزشک عمومی	- تأثیر محدودیت زمانی بر کیفیت ارتباط - راهکارهای مدیریت زمان - تضاد بین کمیت و کیفیت
۲۷	Ishikawa et al. (2020)	"Cultural Competence in Medical Communication"	مطالعه ترکیبی	100 پزشک و ۳۰۰ بیمار	- اهمیت شایستگی فرهنگی در ارتباط - نیاز به آموزش فرهنگی - تأثیر بر رضایت بیمار
۲۸	Henry et al. (2022)	"Emotional Communication in Healthcare"	مطالعه طولی	80 پزشک و ۴۰۰ بیمار	- نقش ارتباط عاطفی در outcomes - تأثیر بر تجربه بیمار - نیاز به آموزش مهارت‌های عاطفی
۲۹	Bonvicini et al. (2021)	"Narrative Medicine and Patient-Provider Relationship"	مطالعه کیفی	25 پزشک و بیمار	- نقش پزشکی روایی در بهبود رابطه - تأثیر بر درک متقابل - implications - برای آموزش
۳۰	Schoenthaler et al. (2022)	"Patient-Provider Communication and Medication Adherence"	کارآزمایی تصادفی شده	300 بیمار فشارخون	- بهبود adherence با ارتباط مؤثر - تأثیر بر کنترل فشارخون - صرفه‌جویی در هزینه‌ها

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد مقالات انگلیسی عمدتاً بر جنبه‌های کاربردی ارتباط درمانی تمرکز داشته و از روش‌های پیشرفته‌تری مانند متا-آنالیز، مطالعات طولی و کارآزمایی‌های کنترل‌شده استفاده کرده‌اند. حجم نمونه در این مطالعات به طور قابل توجهی بزرگتر از مقالات فارسی است. مضامین اصلی شامل ارتباط بیمار-محور، سواد سلامت، تصمیم‌گیری مشارکتی و نابرابری‌های سلامت می‌باشد.

اهم ویژگی‌های بارز مقالات انگلیسی عبارتند از:

۱. تمرکز بر جنبه‌های کاربردی و اثربخشی:

- ارزیابی تأثیر ارتباط بیمار-محور بر نتایج عینی سلامت
- بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی
- سنجش رابطه سواد سلامت و کیفیت ارتباط

۲. روش‌شناسی پیشرفته و نظام‌مند:

- استفاده از مرورهای سیستماتیک با نمونه‌های بزرگ (تا ۷۵ مطالعه)
- به کارگیری مطالعات مقطعی با حجم نمونه بالا (تا ۱۵۰۰ بیمار)
- ترکیب روش‌های کیفی و کمی در تحلیل داده‌ها

۳. مضامین اصلی در یافته‌های مقالات انگلیسی:

۱. ارتباط مستقیم کیفیت ارتباط و پیامدهای سلامت:

- بهبود و پایداری به درمان با ارتباط بیمار-محور
- افزایش رضایت بیمار و کاهش شکایات
- تأثیر مثبت بر مدیریت بیماری‌های مزمن

۲. نقش محوری سواد سلامت:

- رابطه مستقیم سطح سواد سلامت و کیفیت ارتباط درمانی
- نیاز به تطابق شیوه ارتباط با سطح سواد بیماران
- اهمیت سواد سلامت در خودمراقبتی و پیگیری درمان

۳. توجه به نابرابری‌های سلامت:

- شناسایی تفاوت در کیفیت ارتباط بین گروه‌های مختلف نژادی و قومی
- تأثیر عوامل اجتماعی-اقتصادی بر ارتباط درمانی
- نیاز به توسعه ارتباط فرهنگی-حساس

۴. تمرکز بر تصمیم‌گیری مشارکتی:

- بهبود نتایج مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری
- افزایش رضایت هر دو طرف (بیمار و پزشک)
- چالش‌های اجرایی در تبدیل به عمل

۵. کاربردی بودن یافته‌ها:

- قابلیت تبدیل به راهکارهای عملی
- ارائه مدل‌های قابل اجرا در نظام‌های سلامت
- توجه به مفاهیم سیاستی و آموزشی

۶. جامعیت تحلیلی:

- در نظرگیری متغیرهای متعدد مؤثر
- تحلیل چندسطحی پدیده ارتباط درمانی
- توجه به بافتارهای سازمانی و اجتماعی

۷. مقایسه با مقالات فارسی:

تشابهات:

- تأکید بر اهمیت مهارت‌های ارتباطی
- توجه به نقش عوامل زمینه‌ای
- شناسایی موانع ساختاری

تفاوت‌ها:

- مقیاس بزرگتر مطالعات انگلیسی
- تمرکز بیشتر بر نتایج کمی در مقالات انگلیسی
- توجه بیشتر به نابرابری‌های نژادی و قومی در مقالات انگلیسی

جدول شماره ۴: تحلیل مقایسه‌ای مضامین اصلی در مقالات فارسی و انگلیسی

مضمون اصلی	مقالات فارسی	مقالات انگلیسی	نقاط اشتراک	نقاط افتراق
عوامل ساختاری	تأکید بر محدودیت‌های زمانی و منابع	تمرکز بر نظام‌های سلامت و reimbursement	اهمیت زمان و منابع در کیفیت رابطه	تفاوت در ساختار نظام سلامت
ارتباط درمانی	توجه به ابعاد فرهنگی و بومی	تمرکز بر مهارت‌های ارتباطی استاندارد	اهمیت ارتباط مؤثر در outcomes	تفاوت در اولویت‌های آموزشی
فناوری دیجیتال	بررسی چالش‌های اجرایی	تأکید بر فرصت‌های تحول‌آفرین	نقش دوگانه فناوری	تفاوت در سطح توسعه فناوری
نابرابری‌ها	تمرکز بر طبقه و جنسیت	توجه به نژاد و قومیت	شناسایی نابرابری در دسترسی	تفاوت در عوامل نابرابری
آموزش پزشکی	نیاز به آموزش مهارت‌های نرم	توسعه برنامه‌های آموزشی ساختاریافته	اهمیت آموزش مستمر	تفاوت در زیرساخت‌های آموزشی
اخلاق پزشکی	تأکید بر رازداری و احترام	تمرکز بر autonomy و عدالت	اهمیت اصول اخلاقی در رابطه	تفاوت در اولویت‌های اخلاقی
فرهنگ سازمانی	توجه به محیط کاری پزشکان	تمرکز بر سیستم‌های سلامت	تأثیر محیط بر ارتباط	تفاوت در سطح تحلیل

یافته‌های جدول فوق به مقایسه مضامین اصلی در مقالات فارسی و انگلیسی پرداخته. همانطور که مشاهده می‌شود، اگرچه نقاط اشتراک زیادی وجود دارد، اما تفاوت‌های معناداری در اولویت‌های پژوهشی و رویکردهای تحلیلی بین دو گروه مقالات دیده می‌شود که بازتاب تفاوت در بافتارهای فرهنگی-اجتماعی و نظام‌های سلامت است.

جدول شماره ۵: خلاصه روش‌شناسی مقالات مورد بررسی

نوع مطالعه	تعداد مقالات فارسی	تعداد مقالات انگلیسی	مجموع	درصد
مطالعات کیفی	7	10	17	37.8%
مطالعات کمی	6	12	18	40.0%
مطالعات ترکیبی	2	4	6	13.3%
مطالعات مروری	0	4	4	8.9%
مجموع	15	30	45	100%

این جدول توزیع روش‌شناسی مقالات مورد بررسی را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود، مطالعات کمی با ۴۰٪ بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند و پس از آن مطالعات کیفی با ۳۷.۸٪ قرار دارد. نکته قابل توجه فقدان مطالعات مروری در بین مقالات فارسی است که نشان‌دهنده نیاز به انجام مطالعات مروری نظام‌مند در حوزه رابطه پزشک و بیمار در پژوهش‌های داخلی است.

جدول شماره ۶: توزیع موضوعی مقالات بر اساس حوزه‌های محتوایی

حوزه محتوایی	مقالات فارسی	مقالات انگلیسی	مجموع	درصد
ارتباط درمانی و مهارت‌های ارتباطی	4	8	12	26.7%
فناوری دیجیتال و سلامت الکترونیک	2	5	7	15.6%
نابرابری‌ها و تعیین‌کننده‌های اجتماعی	3	4	7	15.6%

حوزه محتوایی	مقالات فارسی	مقالات انگلیسی	مجموع	درصد
آموزش پزشکی و توسعه مهارت‌ها	2	4	6	13.3%
اخلاق پزشکی و حقوق بیمار	2	3	5	11.1%
فرهنگ و زمینه اجتماعی	2	3	5	11.1%
روان‌شناسی سلامت و عوامل عاطفی	0	3	3	6.7%
مجموع	15	30	45	100%

جدول فوق توزیع موضوعی مقالات را بر اساس حوزه‌های محتوایی اصلی نشان می‌دهد. حوزه "ارتباط درمانی و مهارت‌های ارتباطی" با ۷.۲۶٪ بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است. حوزه "روان‌شناسی سلامت و عوامل عاطفی" تنها در مقالات انگلیسی مورد توجه قرار گرفته که نشان‌دهنده شکاف پژوهشی در این حوزه در مطالعات داخلی است.

جمع‌بندی یافته‌های نظری و تجربی:

مقالات فارسی مورد بررسی نشان می‌دهند پژوهش‌های داخلی عمدتاً بر ابعاد کیفی و فرهنگی رابطه پزشک و بیمار تمرکز داشته و توجه ویژه‌ای به ویژگی‌های بومی این رابطه در جامعه ایران نداشته‌اند. اگرچه از نظر روش‌شناسی تنوع قابل توجهی وجود دارد، اما نیاز به انجام مطالعات در مقیاس بزرگتر و در مناطق مختلف کشور احساس می‌شود.

مقالات انگلیسی مورد بررسی نشان می‌دهند پژوهش‌های بین‌المللی در حوزه رابطه پزشک و بیمار از بلوغ روش‌شناختی بالایی برخوردار بوده و بر جنبه‌های اثربخشی و پیامدها تمرکز دارند. این مطالعات با به کارگیری نمونه‌های بزرگ و روش‌های نظام‌مند، شواهد قوی‌ای برای اهمیت ارتباط درمانی در بهبود پیامدهای سلامت ارائه می‌دهند. با این حال، نیاز به بومی‌سازی یافته‌ها و توجه به ویژگی‌های فرهنگی خاص هر جامعه احساس می‌شود.

تحلیل نظام‌مند مقاله‌های منتخب نشان داد که رابطه پزشک و بیمار در پنج حوزه اصلی قابل دسته‌بندی است:

۱. زمینه‌های تاریخی-تکاملی

مطالعات نشان می‌دهند رابطه پزشک و بیمار سه دوره تاریخی اصلی را پشت سر گذاشته است:

- دوره پیشامدرن: رابطه مبتنی بر جادو، مذهب و سنت
- دوره مدرن: سلطه الگوی پاترنالیستی و پزشکی علمی
- دوره معاصر: گذار به الگوی مشارکتی و بیمار-محور

۲. چارچوب‌های نظری

پنج چارچوب نظری اصلی در تحلیل این رابطه شناسایی شد:

- نظریه نقش‌های اجتماعی (پارسونز): تمرکز بر کارکردهای اجتماعی رابطه
- نظریه قدرت و گفتمان (فوکو): تحلیل رابطه دانش-قدرت در پزشکی
- نظریه میدان و سرمایه (بوردیو): تأثیر سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی
- نظریه کنش ارتباطی (هابرماس): اهمیت گفت‌وگوی عقلانی
- رویکرد ساختاری-کارکردی: کارکردهای اجتماعی رابطه درمانی

۳. عوامل ساختاری-سازمانی

مطالعات نشان می‌دهند عوامل ساختاری تأثیر بسزایی بر کیفیت رابطه پزشک و بیمار دارند:

- زمان: محدودیت زمان ملاقات به عنوان مانع اصلی ارتباط مؤثر

- سازماندهی خدمات: بوروکراسی و استانداردسازی کاهش‌دهنده توجه به فردیت بیمار

- منابع: کمبود نیروی انسانی و امکانات تأثیر منفی بر رابطه

۴. ابعاد فرهنگی - اجتماعی

تحلیل مقالات نشان داد که رابطه پزشک و بیمار شدیداً تحت تأثیر زمینه فرهنگی - اجتماعی است:

- سرمایه فرهنگی: بیماران با سرمایه فرهنگی بالاتر، ارتباط مؤثرتری برقرار می‌کنند

- سواد سلامت: سطح سواد سلامت بیماران بر کیفیت ارتباط تأثیر مستقیم دارد

- هنجارهای فرهنگی: تفاوت‌های فرهنگی در انتظارات از رابطه درمانی

- جنسیت و قومیت: تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر کیفیت رابطه

۵. تحولات فناورانه

فناوری‌های دیجیتال نقش دوگانه‌ای در رابطه پزشک و بیمار ایفا می‌کنند:

- فرصت‌ها: افزایش دسترسی، شفافیت، و توانمندسازی بیماران

- چالش‌ها: کاهش ارتباط چهره به چهره، خطر ابژه‌سازی بیمار

تفاوت‌های

پارادایمی:

مقالات فارسی عمدتاً رویکردی تفسیری-توصیفی داشته و بر فهم عمیق پدیده در بافتار خاص تمرکز دارند، در حالی که مقالات انگلیسی رویکردی اثربخشی-محور داشته و به دنبال سنجش تأثیر و ارائه مدل‌های عمومی هستند.

تکامل پژوهشی:

پژوهش‌های داخلی نیاز به حرکت از توصیف به سمت مدل‌سازی و ارائه راهکارهای عملی دارند، در حالی که پژوهش‌های بین‌المللی نیاز به توجه بیشتر به ابعاد فرهنگی و بومی‌سازی یافته‌ها دارند.

جهت‌گیری آینده:

ترکیب عمق تحلیلی پژوهش‌های فارسی با اعتبار روشی پژوهش‌های انگلیسی می‌تواند به تولید دانشی بین‌فرهنگی و جامع در حوزه رابطه پزشک و بیمار منجر شود.

این تحلیل مقایسه‌ای نشان می‌دهد که هر دو گروه مقالات ارزش‌های منحصر به فردی دارند و تلفیق نقاط قوت آنها می‌تواند به توسعه پژوهش‌های آینده کمک شایانی کند.

در نتیجه تحلیل زمینه‌های تاریخی و نظری رابطه پزشک و بیمار نشان می‌دهد که این رابطه یک پدیده پویا و چندبعدی است که تحت تأثیر تحولات اجتماعی، فرهنگی و فناورانه در حال تغییر مستمر است (Cockerham, 2021). درک عمیق این رابطه مستلزم توجه همزمان به ابعاد تاریخی، نظری و اجتماعی است (Timmermans & Oh, 2019). چارچوب‌های نظری مختلف، هر یک زوایای متفاوتی از این رابطه پیچیده را روشن می‌سازند و در کنار هم می‌توانند درک جامعی از پیامدهای این رابطه ارائه دهند (Conrad, 2007).

یافته‌های این مطالعه مروری را می‌توان در چند محور اصلی خلاصه کرد:

الف): رابطه پزشک و بیمار از الگوی سنتی پاترنالیستی به سمت الگوی مشارکتی در حال تحول است. این تحول تحت تأثیر عواملی مانند افزایش دسترسی به اطلاعات، تغییر انتظارات بیماران و تحولات فناورانه شتاب گرفته است.

- ب): فناوری‌های دیجیتال نقش پارادوکسیکال در این رابطه ایفا می‌کنند. از یک سو با افزایش دسترسی و شفافیت، رابطه را تقویت می‌کنند و از سوی دیگر با ایجاد فاصله عاطفی و کاهش ارتباط چهره به چهره، ممکن است به تضعیف آن منجر شوند.
- ج): نابرابری‌های اجتماعی-فرهنگی تأثیر معناداری بر کیفیت رابطه پزشک و بیمار دارند. عواملی مانند سطح تحصیلات، سرمایه فرهنگی، جنسیت، قومیت و پایگاه اقتصادی-اجتماعی بر پویایی این رابطه تأثیر می‌گذارند.
- د): آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان و ارتقای سواد سلامت در بیماران از عوامل کلیدی بهبود رابطه درمانی هستند. مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات آموزشی می‌توانند به طور معناداری کیفیت ارتباط و پیامدهای سلامت را بهبود بخشند.
- ه): زمینه فرهنگی و اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری رابطه پزشک و بیمار دارد. درک تفاوت‌های فرهنگی و تطابق ارتباط با زمینه فرهنگی بیماران برای ایجاد رابطه درمانی مؤثر و ضروری است.
- یافته‌های این مطالعه مروری نشان می‌دهد که رابطه پزشک و بیمار یک پدیده پیچیده و چندبعدی است که در چهارراه تحولات تاریخی، نظری، ساختاری و فناورانه قرار دارد. تحول این رابطه از الگوی پاترنالیستی به مشارکتی، صرفاً یک تغییر در سبک ارتباطی نیست، بلکه بازتاب دگرگونی‌های عمیق‌تر در ساختار اجتماعی، روابط قدرت و مفهوم سلامت در جامعه مدرن است.

منابع فارسی:

- احمدی، ع.، محمدی، ر.، و رضایی، س. (۱۴۰۰). تجربه زیسته بیماران از رابطه با پزشک: یک مطالعه پدیدارشناسی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۱۴ (۲)، ۴۵-۶۰.
- جعفری، ح. (۱۳۹۸). پدیدارشناسی رابطه درمانی: تجارب پزشکان از ارتباط با بیماران. *فصلنامه کیفی پژوهش‌های سلامت*، ۸ (۱)، ۷۸-۹۲.
- حسینی، س.، کریمی، م.، و موسوی، ا. (۱۳۹۹). نقش فناوری‌های دیجیتال در رابطه پزشک و بیمار: یک مطالعه کیفی. *مجله آموزش و ارتقای سلامت*، ۵ (۳)، ۲۳-۳۷.
- رضایی، م.، و محمدی، س. (۱۳۹۹). تحلیل عوامل اجتماعی مؤثر بر رابطه پزشک و بیمار در شهر اصفهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*، ۳۷ (۴)، ۱۲۰-۱۳۵.
- مهدوی، م. (۱۴۰۰). تحلیل گفتمان رابطه پزشک و بیمار در مطب‌های خصوصی. *پژوهش‌های زبان و ادبیات کاربردی*، ۱۲ (۲)، ۶۷-۸۲.
- نوری، ز.، رحیمی، ف.، و صادقی، ک. (۱۳۹۸). اخلاق پزشکی و رابطه درمانی: مطالعه‌ای در بیمارستان‌های تهران. *مجله اخلاق پزشکی*، ۱۰ (۱)، ۳۴-۴۸.
- زارعی، م. (۱۳۹۷). سرمایه اجتماعی و رابطه پزشک-بیمار در شهر شیراز. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۲ (۳)، ۸۹-۱۰۴.
- صارمی، ع.، علیزاده، ر.، و کریمی، ن. (۱۳۹۹). نقش جنسیت در رابطه درمانی: مطالعه‌ای در مراکز سلامت. *پژوهش‌های جنسیت و سلامت*، ۵ (۲)، ۵۶-۷۲.
- کریمی، ف. (۱۴۰۰). تحلیل جامعه‌شناختی ارتباط غیرکلامی در رابطه درمانی. *مطالعات ارتباطات سلامت*، ۸ (۱)، ۱۱۲-۱۲۸.
- علیزاده، م.، محمدی، ع.، و رضوی، س. (۱۳۹۸). رضایت بیماران از رابطه با پزشک: مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۷ (۴)، ۴۵-۵۹.
- محمدی، ز.، سلطانی، م.، و غفاری، ر. (۱۴۰۱). نقش سرمایه فرهنگی در ارتباط درمانی: مطالعه‌ای در مراکز درمانی تهران. *فصلنامه جامعه‌شناسی سلامت*، ۹ (۱)، ۷۸-۹۴.

- رحیمی، س.، امینی، ک.، و جعفری، م. (۱۴۰۰). چالش‌های ارتباطی پزشکان با بیماران سالمند. *پژوهش‌های سالمندی*، ۶(۲)، ۳۴-۴۹.
- سلطانی، ر.، نوری، ع.، و حسینی، م. (۱۳۹۹). تأثیر فرهنگ سازمانی بر رابطه پزشک و بیمار در بیمارستان‌های دولتی. *مدیریت سلامت*، ۱۴(۳)، ۶۷-۸۲.
- غفاری، ع.، صارمی، ح.، و محمدی، ز. (۱۴۰۱). پزشکی از راه دور و تحول رابطه درمانی در دوران پاندمی کرونا. *مجله سلامت دیجیتال*، ۳(۱)، ۲۳-۳۸.
- امینی، ف.، زارعی، م.، و رحیمی، س. (۱۳۹۸). تحلیل موانع ارتباط مؤثر پزشک و بیمار از دیدگاه ذی‌نفعان. *پژوهش‌های کیفی در سلامت*، ۴(۲)، ۵۶-۷۲.

منابع انگلیسی:

- Asan, O., Smith, P. D., & Montague, E. (2020). Technology-mediated patient-provider communication: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22 (5), e17265.
- Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2021). Effective training for communication skills in medical education. *Patient Education and Counseling*, 84 (2), 205-210.
- Bonvicini, K. A., Keller, V. F., & Paterniti, D. A. (2021). Narrative medicine and patient-provider relationship. *Journal of Medical Humanities*, 42 (3), 345-356.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-258). Greenwood Press.
- Brand, L., Grittner, U., & Peters-Klimm, F. (2021). Digital health and patient-provider communication. *BMC Health Services Research*, 21 (1), 345.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Bylund, C. L., Peterson, E. B., & Cameron, K. A. (2021). Health literacy and patient-provider communication: A systematic review. *Health Communication*, 36 (7), 801-812.
- Cockerham, W. C. (2021). *Medical sociology* (15th ed.). Routledge.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Dehlendorf, C., Levy, K., & Kelley, A. (2021). Communication about medications in clinical encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 36 (4), 987-994.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267 (16), 2221-2226.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2020). Shared decision making in clinical practice: A systematic review. *JAMA Internal Medicine*, 180 (8), 1123-1132.
- Finset, A. (2020). Communication skills training for healthcare professionals: A systematic review. *Medical Education*, 54 (5), 443-453.
- Fiscella, K., & Epstein, R. M. (2020). Health disparities and patient-provider communication. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31 (1), 45-58.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Routledge.
- Gignon, M., Ammirati, C., & Mercier, R. (2021). Time constraints and patient-provider communication. *BMC Family Practice*, 22 (1), 123.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2019). Doctor-patient communication: A comprehensive review. *Ochsner Journal*, 10 (1), 38-43.
- Habermas, J. (1984). *The theory of communicative action* (Vol. 1). Beacon Press.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., & DiMatteo, M. R. (2021). Physician communication and patient adherence. *Health Communication*, 36 (8), 925-934.
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., & Rogers, M. A. (2022). Emotional communication in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 105 (3), 656-662.
- Ishikawa, H., Kiuchi, T., & Yamaguchi, S. (2020). Cultural competence in medical communication. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22 (2), 287-295.
- Jewson, N. D. (1976). The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Sociology*, 10*(2), 225-244.
- Kerasidou, A. (2020). Empathy in healthcare: The moral dimension. *Journal of Medical Ethics*, 46 (5), 321-325.

- Kinnersley, P., Phillips, K., & Savage, K. (2020). Interventions for improving communication in healthcare. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD003267.
- Levinson, W., & Pizzo, P. A. (2020). Patient-physician communication in the digital age. *JAMA*, 323 (15), 1485-1486.
- Meskó, B., Drobni, Z., Bényei, É., Gergely, B., & Györffy, Z. (2017). Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *mHealth*, 3, 38.
- Ong, L. M., de Haes, J. C., & Hoos, A. M. (2021). Doctor-patient communication: A review of interventions. *Patient Education and Counseling*, 104 (7), 1579-1587.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10 (1), 89.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Routledge.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., & Schellevis, F. (2021). Factors influencing doctor-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 104 (5), 1023-1030.
- Platt, J. E., & Kardia, S. L. (2020). Trust in the patient-physician relationship. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 45 (5), 817-839.
- Porter, R. (1999). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present*. Fontana Press.
- Rathert, C., Mittler, J. N., & Banerjee, S. (2022). Patient-centered care and healthcare quality. *Medical Care Research and Review*, 79 (1), 45-65.
- Riedl, D., & Schüssler, G. (2019). The influence of physician behavior on patient satisfaction. *Journal of Patient Experience*, 6 (4), 296-304.
- Risse, G. B. (1999). *Mending bodies, saving souls: A history of hospitals*. Oxford University Press.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2020). Doctor-patient communication: Patterns and outcomes. *Medical Care*, 58 (9), 782-789.
- Savage-Smith, E. (1996). Medicine. In R. Rashed (Ed.), *Encyclopedia of the history of Arabic science* (Vol. 3, pp. 903-962). Routledge.
- Schoenthaler, A., Kalet, A., & Nicholson, J. (2022). Patient-provider communication and medication adherence. *Journal of General Internal Medicine*, 37 (4), 842-850.
- Shan, Y., Liu, X., & Zhang, Y. (2021). Impact of electronic health records on patient-provider communication. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28 (5), 987-995.
- Stewart, M. A. (2020). Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. *Annals of Family Medicine*, 18 (2), 176-181.
- Street, R. L., De Haes, H. C., & Finset, A. (2020). Patient-centered communication and health outcomes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103 (10), 1925-1935.
- Thorne, S., Oliffe, J. L., & Stajduhar, K. I. (2020). Health communication and chronic illness management. *Qualitative Health Research*, 30 (7), 1017-1029.
- Timmermans, S., & Oh, H. (2019). The continued social transformation of the medical profession. *Journal of Health and Social Behavior*, 60 (1), 3-20.
- Verlinde, E., De Laender, N., & De Maeseneer, J. (2020). Social determinants of patient-provider communication. *Social Science & Medicine*, 258, 113085.
- Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2021). Physician communication and patient outcomes: A meta-analysis. *Medical Care*, 59 (2), 150-156.