Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2021/ Ninth Year
ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74

The role of physician-patient communication model on patients' therapeutic adherence

Abstract

Introduction: Today, due to the use of the Internet and in-person counseling, the nature of medical communication has changed dramatically. In the future, new conditions will govern the relationship. To overcome these conditions, it will be necessary to review and study the relationship, variables and factors affecting it and the role it plays in adherence therapy.

Method: Most of the available resources using appropriate keywords are given in this review article. Most of the sources were in English and some in Persian.

Results: Effective patient-physician communication has therapeutic value. Increases patients' satisfaction and leads them to more therapeutic adherence. Physicians' relationship with patients, in addition to their scientific competence, is influenced by their communication model and style, gender, age, having or not having specialization, working hours and work environment, communication skills, empathy, good image and quiet presence. Patient's satisfaction, a sense of self-confidence due to the high trust that patients receive from physicians, and a sense of confidence in their physician are other factors mentioned in increasing adherence to treatment.

Counclusion: Physicians can not change traits such as their gender, but they can change communication styles and behaviors that affect patient compliance because of the importance of follow-up therapy. Addressing the behavior of physicians and changing it to create adherence to treatment is a requirement of the medical system and health services.

Keywords: Physician-patient relationship, Therapeutic adherence, Communication

Article Info

Authors:

Mehdi Akbari [1*]
Shahram Mohammadkhani [2]
Nayyereh s. Rowhanin [3]
Naemeh Nouri [4]

Affiliations

*1- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
E-mail: Akbari.Psy@gmail.com
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
3- PhD Student in Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
4- Master of Educational Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ پاییز ۱۴۰۰ / سال نهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74 ISSN: 2645-3940

نقش مدل ارتباط بیمار– پزشک بر تبعیت درمانی بیماران

چکیده

مقدمه: امروزه به دلیل استفاده از اینترنت و مشاوره‌های غیرحضوری ماهیت ارتباط درمانی دستخوش تغییرات شده است. در آینده شرایط جدیدی بر ارتباط حاکم می‌شود. برای غلبه بر این شرایط، مرور و مطالعه ارتباط، متغیرها و عوامل تاثیرگذار بر آن و نقشی که در تبعیت درمانی ایفا می‌کند ضروری خواهد بود.

روش‌کار: اکثر منابع در دسترس با استفاده از کلمات کلیدی مناسب در این مقاله مروری آورده شده است. اکثریت منابع به زبان انگلیسی و برخی به زبان فارسی بودند.

یافته‌ها: ارتباط مؤثر بیمار-پزشک ارزش درمانی دارد و رضایت بیماران را افزایش داده و آنان را به سمت تبعیت درمانی بیشتر سوق می‌دهد. ارتباط پزشکان با بیماران علاوه بر صلاحیت علمی آنان، تحت تأثیر مدل و سبک ارتباطی آنان، جنسیت، سن، داشتن یا نداشتن تخصص، ساعات کاری و محیط کار، مهارت‌های ارتباطی، همدلی، تصویر شایسته و حضور آرام وابسته است. رضایت از پزشک، حس اعتماد به نفس به دلیل اعتماد بالایی که بیماران از پزشکان دریافت می‌کنند و حس اطمینان به پزشکشان از موارد دیگر افزایش تبعیت درمانی ذکر شده است.

نتیجه‌گیری: پزشکان خصلت‌ها و ویژگی‌هایی مانند جنسیت خود را نمی‌توانند تغییر بدهند، اما سبک ارتباطی و رفتارهایی که بر تبعیت بیماران تاثیر دارد را به دلیل اهمیت تبعیت درمانی می‌توانند تغییر بدهند. پرداختن به رفتار پزشکان و تغییر آن برای ایجاد تبعیت درمانی از الزامات سیستم درمانی و خدمات بهداشتی می‌باشد.

کلیدواژگان: ارتباط بیمار-پزشک، تبعیت درمانی، مدل ارتباطی

اطلاعات مقاله

مهدی اکبری [1*]
شهرام محمدخانی [2]
نیره السادات روحانی [3]
ناعمه نوری [4]

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱*- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
پست الکترونیک: Akbari.Psy@gmail.com
۲- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
٤- کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز ،ایران.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

مقدمه

برقراری رابطه مناسب بین بیمار-پزشک، جزء اساسی یک مراقبت پزشکی با کیفیت است (۱). بهبود این رابطه باعث پایبندی بیشتر بیمار به درمان، رضایت بیشتر از تیم درمانی و کاهش خطاهای پزشکی و شکایات می‌شود (۲) و پیش‌بینی کننده‌ی بهبود بیمار در هفته‌های بعد از ملاقات است (۳). ارتباط مهم‌ترین بخش مراقبت‌های پزشکی است (۴). در کشور ما مهارت ارتباط با بیمار، به دانشجویان آموزش داده می‌شود با این وجود بسیاری از بیماران، از نحوه مراوده پزشک خود ناراضی هستند، به همین دلیل، بارها و بارها پزشک معالج خود را تغییر می‌دهند و از درمان تبعیت نمی‌کنند (۵).

تبعیت بیماران از پزشک یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری است که موفقیت درمان را پیش‌بینی نموده و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد (۶). سازمان بهداشت جهانی واژه تبعیت را برای بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌نماید و آن را میزان پیروی فرد از توصیه‌های ارائه شده توسط پرسنل مراقبت از سلامت، در خصوص مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی تعریف می‌کند (۷). بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به علت خستگی ناشی از درمان طولانی مدت و ناامیدی از درمان، خستگی ناشی از مصرف روزانه و مستمر دارو، بروز عوارض یا مشکلات ناشی از مصرف دارو و فراموش کردن زمان مصرف، درمان توصیه شده را رها کرده یا نادیده می‌گیرند (۸-۱۱). عدم تبعیت از برنامه درمانی یک فرآیند رفتاری پیچیده است که عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل بیمار با پزشک و سیستم مراقبت از سلامتی، جنسیت (۱۱-۱۵)، وضعیت تاهل و حمایت خانواده (۱۶-۱۸)، سطح تحصیلات و نوع تخصص (۱۹)، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی (۲۰)، نوع بیماری و درمان (۹،۲۱) بر آن تأثیر دارند (۲۲).

تبعیت از برنامه‌های درمانی در بین بیماران از هر گروهی (۲۳-۳۲) اهمیت دارد و عدم تبعیت از درمان پیامدهای فردی و اجتماعی متعددی همراه دارد (۳۳)، که منجر به افزایش مدت و شدت بیماری، مرگ (۳۴)، انتقال بیماری به دیگران، مقاومت دارویی و ایجاد بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار هزینه‌های بهداشتی در سال می‌شود. شیوع عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی بین ۱۸ تا ۷۱ درصد است که می‌تواند دلیل ۱۰ درصد بستری شدن در بیمارستان‌ها و ۲۳٪ بستری شدن در خانه سالمندان باشد (۳۵، ۳۶). ۴۳٪ از جمعیت عمومی و ۵۵٪ از افراد مسن و ۵۴٪ از کودکان و نوجوانان عدم تبعیت درمانی دارند (۳۷). تبعیت درمانی در ایران پایین است (۳۸، ۳۹) و در استفاده خودسرانه از دارو رتبه‌ی ۲۰ را در جهان و رتبه‌ی دوم را در آسیا بعد از چین کسب کرده است (۴۰). از طرفی کسانی که به مصرف داروهای خود پایبند هستند، ۲۰٪ نتیجه بهتری دریافت می‌کنند (۴۱). پیگیری و نظارت مستقیم پرسنل سیستم بهداشتی و ایجاد حساسیت کافی در بیماران یکی از دلایل تبعیت درمانی ذکر شده است.

در آینده شرایط جدیدی بر ارتباط حاکم می‌شود. برای غلبه بر این شرایط با یک نگاه روبه آینده، مرور و مطالعه‌ی ارتباط، متغیرها، عوامل تاثیرگذار بر آن و نقشی که در تبعیت درمانی ایفا می‌کند ضروری خواهد بود.

ارتباط بیمار-پزشک

ارتباط بیمار-پزشک به نحوی است که بدون لحاظ کردن یکی از طرفین ارتباط، دیگری نیز استقلال معنایی نخواهد داشت. مدل این ارتباط همیشه ارتباط عمیقی با مدل بیماری غالب در هر دوره زمانی داشته است. در قرن هجدهم، مدل بیماری بر اساس تفسیر علایم شخصی هر بیمار شکل می‌گرفت. با ظهور بیمارستان‌ها در اواخر قرن هجدهم و رشد سریع دانش پزشکی، مدل زیست‌پزشکی بیماری، جایگزین مدل علایم محور شد. بلینت (۱۹۶۴) اصطلاح «پزشک همچون دارو» را مطرح کرد، به این معنی که قدرتمندترین وسیله‌ای که پزشک در اختیار دارد، خود اوست. وی اصطلاح «سرمایه گذاری دوطرفه» را نیز در ارتباط بیمار-پزشک مطرح کرد و معتقد بود این سرمایه گذاری به مرور زمان هم به پزشک و هم به بیمار سود می‌رساند (۴۲). در طول قرن نوزدهم و نیمه اول قرن بیستم بر اساس مدل زیست پزشکی همچنان ترجیحات بیمار نادیده گرفته می‌شد. با ورود به نیمه دوم قرن بیستم، بر اساس رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، ارتباط بیمار-پزشک به صورت یک مدل تصمیم‌سازی مشترک تکامل یافت یعنی بیمار، فردی خود مختار، با باورها و ارزش‌های شخصی محسوب شد (۴۳).

رویکرد زیستی روانی اجتماعی، معتقد است درمان در سه حوزه سلامتی و بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی اتفاق می‌افتد. در این رویکرد تعامل بیمار-پزشک در تصمیم‌گیری ضروری می‌باشد، زیرا بیمار فرد توانای مسئولیت‌پذیری است. بیمار و پزشک اهداف مشترکی دارند و در فرآیند تصمیم‌گیری شرکت می‌کنند، هر دو فعال هستند و باید به اتحاد درمانی برسند (۴۴). ارتباط موثر با پزشک ارزش درمانی دارد، زیرا اطلاعات تشخیصی که پزشک از بیمار دریافت می‌کند مفیدتر و بیشتر خواهد شد (۴۵) و به بیمار کمک می‌کند تا احساس خشنودی و رضایت داشته باشد، در نتیجه تبعیت درمانی بیماران را افزایش داده، سبب می شود قرار ملاقات‌های پزشکی را رعایت کنند (۴۶) و نتایج بالینی مطلوب‌تری ایجاد شود (۴۷). برقراری ارتباط

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

همدلانه‌ی صمیمی و گرم با بیمار هنر است (۴۸). در مطالعه‌ای که ۸۰٪ افراد بین ۳۰ تا ۷۰ سال بودند نشان داده شد که بین همدلی پزشک و احساس رضایت بیمار همبستگی قوی وجود دارد (۴۹). ارتباط بیمار-پزشک بستگی به توانایی دو طرف شرکت کننده در ارتباط دارد. در ادامه برخی عوامل مربوط به پزشک مانند داشتن گفتگوی هیجانی پر انرژی و سریع (۵۰) و برخی عوامل مربوط به بیمار و بیماری او که بر ارتباط تاثیر دارند، مرور می‌شود.

پزشکان در نوع مشارکت‌شان با بیماران، متفاوت هستند (۵۱). در ارتباط بیمار-پزشک قضاوت صحیح در اندازه و نوع مشارکت ترجیحی بیماران مهم است، چراکه در صورت کم توجهی به آن حداقل با سه پیامد مهم مواجه می‌شویم: ۱) بیماران استرس بیشتری را در دوره ناخوشایند درمان دارویی تجربه می‌کنند (۵۲، ۵۳)؛ ۲) به احتمال کمتری از توصیه‌های پزشک تبعیت می‌کنند و۳) پزشکشان را تغییر می‌دهند (۵۴، ۵۵).

بیرن و بری لانگ (۱۹۷۶) ۲۵۰۰ صوت ضبط شده مشاوره پزشکی تحلیل را تحلیل کردند و دیدند هر پزشک به استفاده از مدلی ثابت برای درمان تمام مراجعان تمایل دارد (۵۶). بیشترین مدل، مدل پزشک محور است. در این مدل پزشک سوال‌هایی می‌پرسد که نیاز به پاسخ‌های کوتاه بله و خیر دارد و تمرکز اصلی بر مشکل اولی است که فرد اشاره می‌کند. این پزشکان به این دلیل که بیماران در فهم اطلاعات پزشکی و گرفتن تصمیم خوب ناتوان هستند، تمایل کمتری به تقسیم اقتدار و تصمیم‌گیری با بیمار دارند (۵۷). در مقابل، به نظر می‌رسد پزشک‌هایی که از مدل بیمار محور استفاده می‌کنند، نقش کنترلی کمتری دارند. آن‌ها به پرسیدن سوال‌های باز پاسخ تمایل دارند، مراجع را در برخی تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌دهند و ملاقات طولانی‌تر (حدودا ۲۰ دقیقه) با کیفیتی دارند (۵۸). پزشکان زن، بیشتر تمایل به مدل بیمار محور دارند و ۱۰ درصد بیشتر از پزشکان مرد، برای ملاقات با بیماران زمان صرف می‌کنند (۶۰، ۵۹، ۴۶). پزشکان حاذق بیشتر بر بیماران تمرکز دارند و به طور معناداری اطلاعات بیشتری را نسبت به پزشکان کم تجربه‌تر ضبط می‌کنند. پزشکان متواضع ارتباط بهتری با بیماران دارند و بیماران‌شان سلامتی بیشتری گزارش کردند (۶۱). همدلی یکی از مهارت‌های کلیدی در ایجاد ارتباط با بیماران می‌باشد (۶۲). وجود تماس چشمی‌عاملی خاموش برای بیان مدل ارتباطی بیمار محور و ایجاد اتحاد درمانی است (۶۳). در نیجریه بیماران به دلیل سبک ارتباطی مستبدانه رضایت پایین‌تری از پزشکان داشتند و نشان دادند مهارت‌های ارتباطی پزشکان و سبک ارتباطی دموکراتیک بیمار-پزشک پیش بینی کننده‌ی مثبت رضایت بیماران است (۶۴). وین و دیک بومن (۲۰۲۰) در دو مطالعه بر روی دانشجویان و جمعیت عمومی متوجه شدند رضایت بیماران از پزشکان فروتن بیشتر است و جمعیت غیر دانشجو وضعیت سلامتی بهتری را در ارتباط با آنان ابراز می‌کنند، شاید به این دلیل‌که پزشکان فروتن بیشتر به بیماران گوش می‌کنند، از آنان مراقبتی متعادل دارند، آنان را در فرایند تصمیم‌گیری دخیل می‌دانند، جذاب‌ترند، سوالات باز پاسخ بیشتری می‌پرسند، سوال بیماران را حمله به خود تلقی نمی‌کنند، نسبت به خود دید دقیق‌تری دارند و نقاط ضعف و قوت‌شان را می‌شناسند، در نتیجه بیماران به آنان اعتماد بیشتری دارند. اعتماد در روان‌درمانی تاثیر مستقیمی در بهبودی مراجع دارد (۶۶، ۶۵). افراد دندانپزشک و پزشکی که رفتار دوستانه‌ای دارد را بهتر ارزیابی می‌کنند و از آنان خشنودتر هستند. همدلی، حس اطمینان، حضور آرام و تصویر شایسته از موارد دیگری هستند که مراجعان از پزشک‌شان انتظار دارند (۳۸).

در چین، نتایج یک مطالعه به شرح زیر ارائه شد: پزشکانی که در شهر کار نمی‌کردند، در بخش‌های داخلی و در بیمارستان سطح پایین بودند، ۳۱ تا ۴۰ سال داشتند، تخصص نداشتند، از درآمد خود راضی نبودند، بیش از ۴۰ ساعت در هفته و در محیطی پر فشار کار می‌کردند، از پرسشنامه ارتباط بیمار-پزشک نمره‌ی پایین‌تری گرفتند. از بیماران هم آنان که از نژاد مغول بودند، از درآمد خود راضی نبودند، مدت بیشتری در انتظار ملاقات مانده بودند، زمان ملاقات کمتری داشتند، انتظار نتیجه درمانی و اعتماد پایینی به پزشک داشتند، نمره پایین‌تری کسب کردند و هر دو گروه بیشتر از دیگران تحت تاثیر اخبار منفی رسانه‌ها قرار می‌گرفتند (۶۷). پس، برخی ویژگی‌های محیطی، فردی و جمعیت شناختی مانند جنسیت، سن، تحصیلات و تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی در مشارکت افراد و ارتباط آن‌ها موثر است، برای مثال زنان بیشتر از مردان، بزرگسالان جوان‌تر بیش از افراد مسن، سفید پوستان بیش از سیاه پوستان و اسپانیایی تبارها، می‌خواهند که در تصمیمات پزشکی درگیر شوند (۶۸) یا این‌که زنان متخصص زن را برای درمان امراض زنانه ترجیح می‌دهند (۶۰).

اگرچه رفتار پزشک نقش مهمی در ارتباط او با بیمار دارد، اما طرز رفتار و مدل بیمار هم مهم است. پزشکان گاهی از کارهایی که بیماران می‌کنند ناراحت می‌شوند. رفتارهایی نظیر، عدم متابعت از درمان تجویز شده، زمان طولانی‌ای که از بروز نشانه‌ها تا ملاقات با پزشک گذشته، اصرار برای تست‌های آزمایشگاهی و داروهایی که پزشک معتقد است نیازی به آن‌ها نیست، درخواست از پزشک برای تصدیق مواردی نظیر ناتوانی که صحیح نیست، درخواست ارتباط جنسی با پزشک یا داشتن

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

رفتارهایی این چنینی که باعث از بین رفتن ارتباط بیمار-پزشک می‌شود. در مطالعه‌ای اضطراب دانشجویان در فرآیند مصاحبه هیجانی سنجیده شد و نشان داده شد وقتی سطح اضطراب بالا باشد، مدل ارتباطی بیمار محور در مراجع ناراحتی ایجاد می‌کند (۶۹). بعضی مراجعان علائم‌شان را واضح نمی‌گویند و آن‌ها را اشتباه توصیف می‌کنند یا وقتی علائم‌شان را برای پزشک بیان می‌کنند، فقط آن‌هایی را توصیف می‌کنند که در نظرشان مهم هستند. مراجعانی که خیلی جوان هستند، مهاجران، آن‌ها که زبان مادری‌شان متفاوت از زبان پزشک است، توصیف غیرواضح و ناکاملی از علائم‌شان ارائه می‌دهند (۷۰).

نوع بیماری و عوارض روانی و جسمی آن نیز می‌تواند بر ارتباط بین فردی تاثیر بگذارد. اگرچه تقریبا تمام افراد می‌خواهند بدانند بیماری آن‌ها چیست و چگونه درمان می‌شود، اما افرادی که بیماری‌های جدی دارند، اطلاعات قابل توجه و جزییات بیشتری درباره بیماری، خود کارآمدی‌شان در درمان، سهیم شدن در تصمیم‌گیری و درگیری در فرآیند درمان را طالب هستند (۵۱). گاهی بیماران سرطانی در مراحل پیشرفته یا پایانی بیماری در مورد فرآیند درمان، پیشرفت بیماری، درد بدون کنترل، مرگ و ابهام در مورد آینده اضطراب دارند که اثر منفی بر فرآیند درمانی می‌گذارد (۷۱)، در کل در رابطه با این افراد انعطاف پذیری و قابل اعتماد بودن تیم پزشکی، تمایل به مشارکت در درمان و همراهی همسر برجسته است (۷۲). درافراد مبتلا به کم کاری تیروئید، تجربه ننگ چاقی با تبعیت درمانی همبستگی منفی دارد، زیرا این افراد همدلی کمتر و ارتباط سطحی‌تری از سوی پزشک و تیم درمان درک می‌کنند (۷۳). اعتماد به پزشک در اتحاد درمانی بیمارانی که مبتلا به پارکینسون هستند و در ادامه درمان آن‌ها نیز نقش دارد (۷۴). اعتماد به نفس بیمارانی که پزشک‌شان اعتماد بالایی به آنان دارد، بیشتر است و نشان می‌دهد ارتباط بیمار-پزشک ارتباطی دوگانه است که کیفییت بالای رابطه اعتماد را افزایش داده و نتایج بهتر سلامتی ایجاد می‌کند (۷۵).

تبعیت: پیروی از توصیه‌های پزشکی

تبعیت از سال ۱۹۷۰ مطرح شد و سازمان بهداشت جهانی واژه تبعیت را برای استفاده در بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌نماید که شامل میزان پیروی فرد از توصیه‌های ارایه شده توسط پرسنل مراقبت از سلامت در خصوص مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی می‌شود (۷۱، ۷۶). میانگین عدم تبعیت از توصیه‌های پزشکی حدود ۴۰٪ می‌باشد. این یعنی دو نفر از پنج بیمار در تبعیت از رژیم غذایی و دارویی شکست می‌خورند. روی هم رفته تبعیت درمانی حدود ۶۰٪ است (۷۷). امروزه به جای تبعیت (adherence)، واژه پایبندی (compliance) استفاده می‌شود، زیرا سرزنش و متهم کردن بیمار را به همراه ندارد (۷۸).

تبعیت درمانی به طور قابل ملاحظه‌ای بسته به نوع توصیه دارویی و طول مدت رژیم درمانی دارد. این که هدف پیشگیری از بیماری است یا درمان یک بیماری ، نیز در تبعیت درمانی مؤثر است. تعیین این مورد که افراد تبعیت درمانی دارند یا ندارند، سخت است. راه ذهنی اندازه‌گیری تبعیت درمانی؛ تخمین توسط پزشکی که با مراجع کار می‌کند، سوال کردن از بیماران و گزارش خانواده است و روش عینی آن شمردن تعداد قرص‌ها، نسخه‌های دارویی ثبت شده و تست‌های زیست شیمیایی هستند. میانگین نرخ تبعیت در درمان بیماری‌های حاد با درمان‌های رژیمی‌کوتاه مدت حدود ۶۷٪ است و برای بیماری‌های مزمن با دوره درمان طولانی به ۵۵-۵۰ درصد می‌رسد (۷۰).

از دلایل بسیار رایج عدم تبعیت عمدی ، هزینه، اثرات جانبی درمان و ترجیح استفاده از حداقل ممکن دارو می‌باشد (۷۹). و عدم تبعیت غیرعمدی به دلیل فراموشی اتفاق می‌افتد (۷۷). اکثر بیماران مسن به دلیل مشکلات شنیداری و خوانداری توجه پایینی در به یاد آوردن و برنامه‌ریزی برای خوردن دارو در زمان صحیح و با دوز مناسب دارند. عاطفه منفی و به طور مشخص افسردگی با سطوح پایین تبعیت درمانی، ارتباط دارد (۸۰). دو عامل روان‌شناختی دیگر که با تبعیت درمانی ارتباط دارند احساس خود کارآمدی و حمایت اجتماعی هستند (۸۱) که حمایت اجتماعی تاثیر بیشتری دارد (۸۲).

مطالعات زیادی اثر مثبت آموزش بیماران توسط تجویزکنندگان را در افزایش تبعیت دارویی موثر دانسته‌اند (۸۳، ۸۴). پتسیوس و دیبتیس (۲۰۱۹) آموزش بهتر افراد با آلرژی مزمن را در ابتدای درمان، دخیل کردن بیمار در انتخاب نوع درمان، توجه به نگرانی‌های موبوط به درمان بیماران و ارائه برنامه زمانی کاملا مشخص توسط متخصص را در تبعیت درمانی بیماران موثر دانستند (۸۵). در بیماران مبتلا به دیابت عدم تبعیت دارویی ۶۸/۸٪ گزارش شد که با گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ ساله، متاهل نبودن، ترس از عوارض و احساس بدتر شدن همبستگی دارد (۸۶) و بعد از کاهش قند خون در طی ۶ ماه دیده شد، مرد بودن، بازه سنی ۵۰ تا ۶۰ سال، تعداد داروهای کمتر از ۵ عدد و تعداد کل ۱۷ ویزیت در این بازه زمانی با تداوم تبعیت همبسته است (۸۷). در بیماری نقص سیستم ایمنی، سطح تحصیلات، مصرف موادی نظیر الکل، آگاهی از مزایای درمان و مدت زمان درمان، آگاهی همسر از درمان، اطلاعات مناسب در مورد نحوه مصرف و مشاوره در مورد مصرف دارو از عوامل موثر بر تبعیت

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

درمانی هستند (۸۸). دوسون سن (۲۰۱۹)، عدم مصرف مواد، نژاد (آسیایی تبارها و افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کردند تبعیت بالاتری داشتند) و هزینه‌های درمان را عوامل موثر در تست‌های غربالگری بیان کرد (۸۹). در پایبندی به رژیم تغذیه‌ای بیماران کلیوی هم عواملی مانند حمایت اجتماعی خانواده و مراقبان، آگاهی پزشک از فرهنگ بیمار و عادات غذایی او افزایش دهنده پایبندی و عواملی مانندسبک زندگی بیمار، نگرش به بیماری، وضعیت اقتصادی و موانع فرهنگی کاهش دهنده تبعیت تشخیص داده شدند (۹۰).

در ارتباط بیمار-پزشک و ماهیت پویا و پیچیده‌ی آن، دو عامل شناخت‌های بیماری و ارتباط بیمار-پزشک از عوامل قابل اصلاح در مداخله‌های افزایش تبعیت درمانی شناخته شده‌اند (۹۱، ۹۲). در تبعیت درمانی، شناخت‌ها و باورهای مرتبط با بیماری از اهمیت خاصی برخوردارند (۹۳). جدیت یک بیماری و هزینه درمان آن می‌تواند بر پیروی از درمان تاثیر بگذارد (۹۴). بیماری که باور دارد منفعت رژیم مناسب، بیشتر از هزینه آن است، احتمالا از توصیه‌های پزشکش تبعیت خواهد کرد، اما آنان‌که باور ندارند منفعت رژیم بیشتر از هزینه آن است، احتمالا از توصیه‌های پزشک‌شان تبعیت نمی‌کنند (۹۵). گاهی اطلاعاتی که بیماران از پزشک دریافت می‌کنند واضح نیست. هرچه راهنمایی‌های پزشک واضح‌تر باشد، تبعیت درمانی بیماران بیشتر است. سبک بیمار محور پزشک سبب تبعیت درمانی بیشتر بیماران می‌شود. بیشتر زمان ملاقات برای گرفتن اطلاعات از مراجع درباره بیماری و درمان می‌گذرد. از بیست دقیقه زمان حدودی ملاقات، تنها دو دقیقه صرف دادن اطلاعات به مراجع می‌شود. مراجعانی که ارتباط بهتری با پزشکان دارند، بیشتر از توصیه‌های پزشکی تبعیت دارند (۹۶).

افزایش تبعیت درمانی

عدم تبعیت از توصیه‌های پزشکی خطر افزایش مشکلات سلامتی را در پی دارد. عدم تبعیت سبب طولانی و بدتر شدن بیماری‌های معاصر مانند فشارخون ، افزایش خطر مرگ و میر یک یا دو سال زودتر (۹۷)، طولانی‌تر شدن بستری‌ها، دوره‌های مکرر بستری شدن و افزایش هزینه‌های کلی مراقبت و درمان (۹۸) می‌شود. تبعیت درمانی برای بیماری‌های مزمن و جدی مانند سایکوزها مهم‌تر است، زیرا عدم پایبندی نه تنها علایم ناراحت کننده و احتمال عود را افزایش می‌دهد، بلکه باعث پیش‌آگهی بدتر و کیفیت زندگی پایین در این بیماران می‌شود. لذا شناخت آنچه سبب افزایش تبعیت درمانی می‌شود، مهم است.

بهبود مهارت‌های ارتباطی پزشکان و مداخلات مستقیم با بیماران دو رویکرد در افزایش تبعیت درمانی هستند. ارائه توضیح بیشتر و تکرار توضیحات اولین گامی است که پزشکان برای اصلاح تبعیت درمانی مراجعان می‌توانند بردارند، زیرا تبعیت درمانی بیمارانی که پزشک‌شان زمان بیشتری را برای دادن اطلاعات به آنان صرف می‌کند، بیشتر است. آبل و افیرد (۲۰۱۳) عامل اعتماد به مراقب را هم با افزایش تبعیت دارویی همراه دانستند (۹۹، ۱۰۰). در درمان‌های طولانی مدت فرستادن نامه‌های پیگیری از مطب پزشک برای بیماران، فشارها و انگیزه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی (۹۸) از طرف خانواده و دوستان، مصاحبه انگیزشی و شناختن سود و زیان تبعیت درمانی و عدم تبعیت، معرفی شدن به گروه‌های حمایتی که اطلاعات کافی به بیماران می‌دهند و سبب افزایش خودیاری آنان است نیز از عوامل دیگری هستند که در افزایش تبعیت درمانی بیماران موثر هستند، مخصوصا وقتی رژیم‌های طولانی مدت و تغییر سبک زندگی برای درمان نیاز هست (۷۰).

مطالعات نشان می‌دهد که تغییر در نگرش بیماران (۱۰۱) و داشتن نگرش مثبت به درمان و اطمینان از اینکه بهبودی اتفاق خواهد افتاد، پایبندی آن‌ها به درمان را افزایش می‌دهد. لونسال و همکاران (۲۰۱۶) خودتنظیمی بیمار و درک وی از شدت و عوارض بیماری را در تبعیت درمانی بیماران مهم می‌دانند و بر این باورند بیمارانی که همزمان هم درک درستی از جدیت و شدت بیماری و عوارض آن دارند و هم با بکارگیری راهکارهای خودتنظیمی، به کنترل عوامل دخیل در تشدید می‌پردازند، بهترین الگوی تبعیت از درمان را نشان می‌دهند (۱۰۲). مطالعات نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر مشوق‌ها و یادآورها می‌توانند در بهبودی تبعیت بیمار از درمان موفق باشند و راهبردهای رفتاری میزان تبعیت از درمان را افزایش می‌دهد (۱۰۳).

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه به دلیل استفاده از اینترنت و مشاوره‌های غیرحضوری و ویزیت‌ها و ارتباطات بر خط ماهیت ارتباط درمانی دستخوش تغییرات شده است، در مقایسه با مشاوره‌های حضوری، اعتماد بیماران آن‌لاین، مخصوصا بیماران با دردهای مزمن به پزشکان کمتر است، در نتیجه پس از اولین مشاوره بیشتر به ارتباط خاتمه می‌دهند (۱۰۴). ویزیت پزشک و روابط بیمار-پزشک در آینده نزدیک به دلیل مستقر شدن سیستم درمان فردی تغییرات قابل توجهی خواهد کرد و اطلاعات پیچیده زیست شناختی و زیست محیطی و همچنین سبک زندگی بیمار مبنای تصمیم‌گیری سیستم خدمات درمانی قرار خواهد گرفت (۱۰۵). اینترنت و اطلاعاتی که بیماران از طریق اینترنت در خصوص بیماری خود دریافت می‌کنند می‌تواند برای برقراری

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

ارتباط بیمار-پزشک مفید باشد، اما به کیفیت اطلاعات بهداشتی یافت شده از سوی بیمار و اینکه آیا اطلاعات در هنگام ویزیت پزشکی چگونه مورد بحث قرار می‌گیرد، بستگی دارد (۱۰۶). قرن بیست، قرن تکنولوژی بود و قرن بعد، قرن بیماران خواهد بود. اصلی‌ترین عنصر این انتقال ارتباط است که بر بیماران متمرکز خواهد شد. صدای بیماران شنیده می‌شود. در این زمان افراد تمایلات، ظرفیت‌ها و ارزش‌های‌شان را به اشتراک می‌گذارند. فقط پزشکان با ارتباط زیاد می‌توانند به این مدل جدید پاسخ بدهند. در نتیجه سرزنش بیماران برای عدم تبعیت تمام می‌شود و به سبک زندگی مخرب سلامتی آن‌ها پرداخته خواهد شد. در این زمان به افراد آموزش داده می‌شود تا ارزش‌ها و انتخاب‌های درستی داشته باشند. نوع‌دوستی، مهارت‌آموزی و وظیفه‌شناسی پزشکان همراه احترامی که برای بیماران قائل هستند در ایجاد شفافیت، بهبودی و مراقبت بیماران تاثیرگذار خواهد بود و تمام این موارد در سایه ارتباطی که شامل شنیدن و ایفای نقش می‌باشد، ایجاد خواهد شد (۱۰۷).

ارتباط موثر بیمار-پزشک ارزش درمانی دارد، رضایت بیماران را افزایش داده و آنان را به سمت تبعیت درمانی بیشتر سوق می‌دهد (۱۰۸). ارتباط پزشکان با بیماران علاوه بر صلاحیت علمی آنان، تحت تاثیر مدل و سبک ارتباطی آنان، جنسیت، سن، تخصص داشتن یا نداشتنشان، ساعات کاری و محیط کار، مهارت‌های ارتباطی، همدلی، تصویر شایسته و حضور آرام وابسته است. ارتباط بیماران هم با پزشکان تحت تاثیر سن، جنسیت، تحصیلات، مذهب و فرهنگ و زبان، نوع بیماری و اثرات آن، برچسب‌های منفی که در نتیجه بیماری دریافت می‌کنند، مدل و سبک ارتباطی آنان، رضایت از پزشک، حس اعتماد به نفس بالاتر به دلیل اعتماد بالایی که پزشکانشان به آنان دارند و حس اطمینان به پزشکشان قرار دارد.

پزشکان خصلت‌ها و ویژگی‌هایی مانند جنسیت خود را نمی‌توانند تغییر بدهند، اما سبک ارتباطی و رفتارهایی که بر تبعیت بیماران تاثیر دارد را به دلیل اهمیت تبعیت درمانی می‌توانند تغییر بدهند. پرداختن به رفتار پزشکان و تغییر آن برای ایجاد تبعیت درمانی از الزامات سیستم درمانی و خدمات بهداشتی خواهد بود.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

منابع

1.Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. Medical education. 2006 Jul;40(7):624-9.
2.Raveesh BN, Nayak RB, Kumbar SF. Preventing medico-legal issues in clinical practice. Annals of Indian Academy of Neurology. 2016 Oct;19(Suppl 1):S15.
3.Street Jr RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient education and counseling. 2009 Mar 1;74(3):295-301.
4. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. Patient education and counseling. 2007 Aug 1;67(3):333-42.
5. Saidi, Mi. Patient-physician relationship, methods of teaching a skill in the clinic. Bi-Quarterly Journal of Medical Education, Center for the Study and Development of Medical Education, Babol University of Medical Sciences. 201, 6(2) 22-31.
6. Wheaton MG, Galfalvy H, Steinman SA, Wall MM, Foa EB, Simpson HB. Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? , Behaviour research and therapy. 2016 Oct 1; 85:6-12.
7. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares?, InMayo clinic proceedings 2011 Apr 1 (Vol. 86, No. 4, pp. 304-314). Elsevier.
8. Sotodeh Asl N, Neshat Dost H, Kalantery M, Talebi H, Khosravi A. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension. Koomesh. 2010 Jul 10;11(4):294-301
9. Hosseinalipour SA, Mohammadi M, Rahbar A, Mohammadbeigi A, Arabshahi A, Mohebi S. Assessment of Adherence to Anti-Tuberculosis Treatment among Patients with Tuberculosis in Qom Province in 2019 (Iran). Qom University of Medical Sciences Journal. 2020 Mar 10;14(1):1-0. [Persian]
10. Jahani S, Elahi N, Shahinzade A, Hakim A, Latifi SM. Relation of knowledge and attitude with control of medication in tuberculosis patients in Ahvaz-Iran. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2011;12(4).
11. Khalili H, Dashti KS, Sajadi S, Hajj AA. Assessment of adherence to tuberculosis drug regimen.
12. Okanurak K, Kitayaporn D, Akarasewi P. Factors contributing to treatment success among tuberculosis patients: a prospective cohort study in Bangkok. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2008 Oct 1;12(10):1160-5.
13. Mkopi A, Range N, Lwilla F, Egwaga S, Schulze A, Geubbels E, van Leth F. Adherence to tuberculosis therapy among patients receiving home-based directly observed treatment: evidence from the United Republic of Tanzania. PloS one. 2012 Dec 19;7(12):e51828.
14. Shahinzadh A, Elahi N, Jahani S, Hakim A. Relationship of personal-social and therapeutic factors with medication compliance in TB patients in Ahwaz. SSU_Journals. 2012 Mar 10;19(6):726-35.
15. Lei X, Huang K, Liu Q, Jie YF, Tang SL. Are tuberculosis patients adherent to prescribed treatments in China? Results of a prospective cohort study. Infectious diseases of poverty. 2016 Dec 1;5(1):38.
16. Naghib S, Abedsaeedi Z, Ezzati Z, Zayeri F. Self-Eficacy and compliance whit treatment regimev in tuberculosis patients in Kurdestan. 2012 April25;22(77):6-31
17. Jiba M, Zamani-Alavije F, Araban M, Salahshoori A, Jiba M, Haroni J. Social factors in-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

drug adherence. Epilepsy & Behavior. 2015 Feb 1; 43:61-5.
26. Rohr F, Wessel A, Brown M, Charette K, Levy HL. Adherence to tetrahydrobiopterin therapy in patients with phenylketonuria. Molecular genetics and metabolism. 2015 Jan 1;114(1):25-8.
27. Albuquerque C, Correia C, Ferreira M. Adherence to the therapeutic regime in person with type 2 diabetes. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015 Jan 16; 171:350-8.
28. Doosti Irani M, Abazari P, Babaei S, Shahgholian N. Facilitators of adherence to self-management in type 2 diabetic patients: a phenomenological study. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2009 Sep 15;11(3):257-64.
29. Yalda A. Seyyed Alinaghi S A, Hajiabdolbaghi M. Adherence to antiretroviral therapy and its determinants in AIDS patients: review article. 2008 Oct;66(7):447-55.
30. Davoudi I, Mehrabizadeh Honarmand M, Shirvanian E, Bagherian Sararodi R. Investigating psychological variables as predictors of treatment adherence and quality of life in hemodialysis patients. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012 Mar 15;21(1):294-305.
31. Shirazi N, Oraki M, Zare H. The effectiveness of cognitive-behavior anger management training program on general health of patients with type 2 diabetes. J Urmia Univ Med Sci. 2014; 24:966-76.
32. Ghaseminjead MA, Mikaeili N. Psychological predicting adherence in patients undergoing dialysis. J Qom Univ Med Sci. 2015; 3:63-77.
33. Mikaeili, N., Rajabi, S. & Abbasi, M. (2013). A comparison of loneliness, mental health and self-efficacy of the elderly. New Find Psychol 2013; 7: 73-81.
34. Abbasinazari M, Zareh-Toranposhti S, Hassani A, Sistanizad M, Azizian H, Panahi Y. The effect of information provision on reduction of errors in intravenous drug preparation and fluencing treatment interruption in Tuberculosis Patients: A qualitative stud. Journal of Health in the Field. 2017 Jan 26;2(4).
18. Cator M, Brassard P, Ducic S, Culman K. Factors related to non-compliance with active tuberculosis treatment in Montreal 1992-1995. Canadian Journal of Public Health= Revue Canadienne de Sante Publique. 2002 Mar 1;93(2):92-7.
19. Corda RS, Burke HB, Horowitz HW. Adherence to prescription medications among medical professionals. Southern medical journal. 2000 Jun;93(6):585-9.
20. Krasniqi S, Jakupi A, Daci A, Tigani B, Jupolli-Krasniqi N, Pira M, Zhjeqi V, Neziri B. Tuberculosis treatment adherence of patients in Kosovo. Tuberculosis research and treatment. 2017 Nov 5;2017.
21. Kigozi G, Heunis C, Chikobvu P, Botha S, Van Rensburg D. Factors influencing treatment default among tuberculosis patients in a high burden province of South Africa. International Journal of Infectious Diseases. 2017 Jan 1;54:95-102.
22. Hadi N, Rostami GN. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. 2004: 292-296.
23. Fagan CS, Carmody TJ, McClintock SM, Suris A, Nakamura A, Jeon-Slaughter H, Lo A, Brown ES. The effect of cognitive functioning on treatment attendance and adherence in comorbid bipolar disorder and cocaine dependence. Journal of substance abuse treatment. 2015 Feb 1; 49:15-20.
24. Jiang M, Hughes DR, Appleton CM, McGinty G, Duszak Jr R. Recent trends in adherence to continuous screening for breast cancer among Medicare beneficiaries. Preventive Medicine. 2015 Apr 1; 73:47-52.
25. McAuley JW, Passen N, Prusa C, Dixon J, Cotterman-Hart S, Shneker BF. An evaluation of the impact of memory and mood on antiepileptic

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

45. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. Archives of internal medicine. 2008 Jul 14;168(13):1387-95.
46. Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. Patient Education and counseling. 2011 Oct 1;85(1):4-13.
47. Cousin G, Mast MS, Roter DL, Hall JA. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. Patient education and counseling. 2012 May 1;87(2):193-7.
48. Smith CM. Scripts: A tool for cognitive rehearsal. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2011 Dec 1;42(12):535-6.
49. Menendez ME, Chen NC, Mudgal CS, Jupiter JB, Ring D. Physician empathy as a driver of hand surgery patient satisfaction. The Journal of hand surgery. 2015 Sep 1;40(9):1860-5.
50. Liu S, Zhang M, Gao B, Jiang G. Physician voice characteristics and patient satisfaction in online health consultation. Information & Management. 2020 Jul 1;57(5):103233.
51. Stewart JR, Ehlers G, Wills AS, Bramwell ST, Gardner JS. Phase transitions, partial disorder and multi-k structures in Gd2Ti2O7. Journal of Physics: Condensed Matter. 2004 Jul 2;16(28): L321.
52. Cegala DJ. Emerging trends and future directions in patient communication skills training. Health communication. 2006 Jul 1;20(2):123-9.
53. Garvin BJ, Kim CJ. Measurement of preference for information in US and Korean cardiac catheterization patients. Research in nursing & health. 2000 Aug;23(4):310-8.
54. Cvengros JA, Christensen AJ, Cunningham C, Hillis SL, Kaboli PJ. Patient preference for and reports of provider behavior: impact of symmetry on patient outcomes. Health Psychology. administration by nurses in ICU and surgical wards. Acta Medica Iranica. 2012:771-7.
35. Unni EJ. Development of models to predict medication non-adherence based on a new typology. The University of Iowa; 2008.
36. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. Journal of clinical pharmacy and therapeutics. 2001 Oct 30;26(5):331-42.
37. Gladman J. Pharmacists paid to improve drug compliance, persistency. Payment Strategies Pharm Care. 1997; 10:4.
38. Sluijs E, Dulmen SV, Dijk LV, de Ridder DT, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a meta review. Nivel; 2006.
39. Haynes RB. Improving patient adherence: state of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. Compliance in healthcare and research. Amonk NY: Futura Publishing Company. 2001:3-21.
40. Gholamaliei B, Karimi-Shahanjarini A, Roshanaei G, Rezapour-Shahkolaei F. Medication adherence and its related factors in patients with type II diabetes. J Educ Community Health. 2016 Mar 10;2(4):3-12.
41. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes a meta-analysis. Medical care. 2002 Sep 1:794-811.
42. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. International Journal of Surgery. 2007 Feb 1;5(1):57-65.
43. Ganesh K. Patient-doctor relationship: Changing perspectives and medical litigation. Indian journal of urology: IJU: journal of the Urological Society of India. 2009 Jul;25(3):356.
44. Street Jr RL. Mapping diverse measures of patient-centered communication onto the conceptual domains of patient-centered care. Patient education and counseling. 2019 Jul;102(7):1225-7.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

outcomes in two public hospitals in Enugu and Ebonyi States, Nigeria. African Population Studies. 2020 Jul 23;34(1).
65. Huynh HP, Dicke-Bohmann A. Humble doctors, healthy patients? Exploring the relationships between clinician humility and patient satisfaction, trust, and health status. Patient Education and Counseling. 2020 Jan 1;103(1):173-9.
66. Nik Farjam MR, Mohammadkhani Sh, Moradi A, Davar Pasand T. The effect of patient-physician communication quality on drug adherence of patients with hypertension in Tehran Heart Center. Journal of Health System Research. 2018 dec; 14(1):16-11. [Persian].
67. Qiao T, Fan Y, Geater AF, Chongsuvivatwong V, McNeil EB. Factors associated with the doctor–patient relationship: doctor and patient perspectives in hospital outpatient clinics of Inner Mongolia Autonomous Region, China. Patient preference and adherence. 2019; 13:1125.
68. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making: a national study of public preferences. Journal of general internal medicine. 2005 Jun;20(6):531-5.
69. Graugaard PK, Eide H, Finset A. Interaction analysis of physician–patient communication: the influence of trait anxiety on communication and outcome. Patient Education and Counseling. 2003 Feb 1;49(2):149-56.
70. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons; 2014 Jan 13.
71. Esna Ashari Sh, Mohammadkhani Sh, Hassanabadi HR. Cognitive model of anxiety in cancer patients: The role of cognitive and metacognitive variables. Journal of Health Psychology. 2017; 6(1): 85-66. [Persian]
72. Kelly EP, Meara A, Hyer M, Payne N, Pawlik TM. Characterizing perceptions around the patient-oncologist relationship: a qualitative focus group analysis. Journal of Cancer Education. 2009 Nov;28(6):660.
55. Fast J, Niehaus L, Eales J, Keating N. A profile of Canadian palliative care providers. Research on aging, policies and practice. Edmonton: Department of Human Ecology, University of Alberta. 2002 May 31.
56. Byrne P, Barrie E. Long. Doctors talking to patients1976.
57. Bultman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. Patient education and counseling. 2000 May 1;40(2):173-85.
58. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Archives of Internal Medicine. 2009 Nov 9;169(20):1866-72.
59. Krupat E, Hsu J, Irish J, Schmittdiel JA, Selby J. Matching patients and practitioners based on beliefs about care: results of a randomized controlled trial. Am J Manag Care. 2004 Nov 1;10(11 Pt 1):814-22.
60. Janssen SM, Lagro-Janssen AL. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. Patient education and counseling. 2012 Nov 1;89(2):221-6.
61. Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician–patient communication, and patient health. Patient education and counseling. 2016 Jul 1;99(7):1138-45.
62. Ford S, Hall A. Communication behaviours of skilled and less skilled oncologists: a validation study of the Medical Interaction Process System (MIPS). Patient Education and Counseling. 2004 Sep 1;54(3):275-82.
63. Gorawara-Bhat R, Cook MA. Eye contact in patient-centered communication. Patient education and counseling. 2011 Mar 1;82(3):442-7.
64. Ukonu MO, Nwachukwu CA, Mgboji OA. Evaluation of Doctor-patient communication

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

using electroconvulsive therapy in major depressive episode. Journal of Affective Disorders. 2020 Mar 1; 264:318-23.
81. Andini S, Yona S, Waluyo A. Self-efficacy, depression, and adherence to antiretroviral therapy (ART) among Indonesian women with HIV. Enfermeria clinica. 2019 Sep 1; 29:687-90.
82. Turan GB, Aksoy M, Çiftçi B. Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. Journal of Vascular Nursing. 2019 Mar 1;37(1):46-51.
83. Abbasi M, Salemi S, Fatemi NS, Hosseini F. HYPERTENSIVE PATIENTS, THEIR COMPLIANCE LEVEL AND ITS'RELATION TO THEIR HEALTH BELIEFS. Iran Journal of Nursing. 2005 Mar;18(41):61-8.
84. Michaut L, Caillierez F, Parra D, Bonnefoy M. Impact of therapeutic education with a written document on treatments knowledge and adherence among elderly patients. Results of a pilot study. Geriatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2017 Dec 1;15(4):394-400.
85. Pitsios C, Dietis N. Ways to increase adherence to allergen immunotherapy. Current Medical Research and Opinion. 2019 Jun 3;35(6):1027-31.
86. Yazew KG, Walle TA, Azagew AW. Prevalence of anti-diabetic medication adherence and determinant factors in Ethiopia: a systemic review and meta-analysis, 2019. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2019 Jan 1; 11:100167.
87. Horii T, Momo K, Yasu T, Kabeya Y, Atsuda K. Determination of factors affecting medication adherence in type 2 diabetes mellitus patients using a nationwide claim-based database in Japan. PloS one. 2019 Oct 8;14(10): e0223431.
88. Mekonnen GB, Addis SA. Factors Affecting Adherence to Co-T rimoxazole Preventive Therapy in HIV/AIDS Patients Attending an Antiretroviral Therapy Clinic in Ethiopia University Hospital: A Cross-Sectional Study. Patient pref-2019 Feb 16:1-7.
73. Snyder M, Haskard-Zolnierek K, Howard K, Hu Y. Weight stigma is associated with provider-patient relationship factors and adherence for individuals with hypothyroidism. Journal of Health Psychology. 2020 Oct 20:1359105320963548.
74. Montanaro E, Artusi CA, Zibetti M, Lopiano L. Complex therapies for advanced Parkinson's disease: what is the role of doctor-patient communication?. Neurological Sciences. 2019 Nov 1;40(11):2357-64.
75. Petrocchi S, Iannello P, Lecciso F, Levante A, Antonietti A, Schulz PJ. Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication. Social Science & Medicine. 2019 Aug 1; 235:112391.
76. Ghosh A, Suhas S, Solanki C, Dave M, Tharayil HM, Damodharan D, Andrade C. From compliance to adherence: Changing views, changing concepts. Indian Journal of Psychiatry. 2017 Jul 1;59(3):399.
77. Akhu-Zaheya LM, Wa'ed YS. The effect of short message system (SMS) reminder on adherence to a healthy diet, medication, and cessation of smoking among adult patients with cardiovascular diseases. International journal of medical informatics. 2017 Feb 1; 98:65-75.
78. Dawson LA. What factors affect adherence to medicines?. Archives of Disease in Childhood-Education and Practice. 2019 Feb 1;104(1):49-52.
79. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, Campbell R. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. Social science & medicine. 2005 Jul 1;61(1):133-55.
80. Samalin L, Yrondi A, Charpeaud T, Genty JB, Blanc O, Sauvaget A, Stéphan F, Walter M, Bennabi D, Bulteau S, Haesebaert F. Adherence to treatment guidelines in clinical practice for

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

ology. 2019 Dec;33(12):2253-63.
97. Voortman T, Kiefte-de Jong JC, Ikram MA, Stricker BH, van Rooij FJ, Lahousse L, Tiemeier H, Brusselle GG, Franco OH, Schoufour JD. Adherence to the 2015 Dutch dietary guidelines and risk of non-communicable diseases and mortality in the Rotterdam Study. European journal of epidemiology. 2017 Nov 1;32(11):993-1005.
98. Mikaeili N, Einy S, Taghavy R. Role of Coping Styles, Locus of Control, and Emotional intelligence in Predicting Social Adjustment of Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. Iranian Journal of War and Public Health. 2018 Dec 10;10(4):195-201.
99. Gabay G. Perceived control over health, communication and patient–physician trust. Patient education and counseling. 2015 Dec 1;98(12):1550-7.
100. Abel WM, Efird JT. The association between trust in health care providers and medication adherence among Black women with hypertension. Frontiers in public health. 2013 Dec 5; 1:66.
101. Buus N. Adherence to anti-depressant medication: A medicine-taking career. Social Science & Medicine. 2014 Dec 1; 123:105-13.
102. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. Journal of behavioral medicine. 2016 Dec 1;39(6):935-46.
103. Leventhal H, Cameron L. Behavioral theories and the problem of compliance. Patient education and counseling. 1987 Oct 1;10(2):117-38.
104. Yang Y, Zhang X, Lee PK. Improving the effectiveness of online healthcare platforms: An empirical study with multi-period patient-doctor consultation data. International Journal of Production Economics. 2019 Jan 1; 207:70-80.
105. Pavelić K, Pavelić SK, Martinović T, Teklić E, Reberšek-Gorišek J. Patient-Physician Relationship in Personalized Medicine. InPersonalerence and adherence. 2020; 14:881.
89. Drossman DA. 1_IMPROVING COMMUNICATION: THE PATIENT PHYSICIAN RELATIONSHIP. Journal of Psychosomatic Research. 2004;6(56):585.
90. Burrowes JD. Factors Affecting Dietary Adherence and Strategies for Improving Adherence in Chronic Kidney Disease. Nutrition in Kidney Disease. 2020:625-33.
91. Khatib R, Schwalm JD, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, Nieuwlaat R. Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. PloS one. 2014 Jan 15;9(1): e84238.
92. Krupat E, Hsu J, Irish J, Schmittdiel JA, Selby J. Matching patients and practitioners based on beliefs about care: results of a randomized controlled trial. Am J Manag Care. 2004 Nov 1;10(11 Pt 1):814-22.
93. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. Research in social and administrative pharmacy. 2012 Sep 1;8(5):371-82.
94. Stafford L, Jackson HJ, Berk M. Illness beliefs about heart disease and adherence to secondary prevention regimens. Psychosomatic Medicine. 2008 Oct 1;70(8):942-8.
95. Al-Noumani H, Wu JR, Barksdale D, Sherwood G, Alkhasawneh E, Knafl G. Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. Patient education and counseling. 2019 Jun 1;102(6):1045-56.
96. Eicher L, Knop M, Aszodi N, Senner S, French LE, Wollenberg A. A systematic review of factors influencing treatment adherence in chronic inflammatory skin disease–strategies for optimizing treatment outcome. Journal of the European Academy of Dermatology and Venere-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]

ized Medicine in Healthcare Systems 2019 (pp. 217-226). Springer, Cham.
106. Langford AT, Roberts T, Gupta J, Orellana KT, Loeb S. Impact of the Internet on patient-physician communication. European Urology Focus. 2019 Oct 1.
107. Hall JA, Visser A. Health communication in the century of the patient.
108. Nankivell BJ, Kuypers DR. Diagnosis and prevention of chronic kidney allograft loss. The Lancet. 2011 Oct 15;378(9800):1428-37.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.29252/npwjm.9.32.74]