DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294 Published by Vesnu Publications

بررسی تأثیر کیفیت ارتباط پزشک- بیمار بر تبعیت دارویی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مرکز قلب تهران

محمدرضا نیک‌فرجام[1]، شهرام محمدخانی[2]، علیرضا مرادی[3]، طاهره داورپسند[4]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پرفشاری خون، از مهم‌ترین عوامل خطر بروز بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد. تحقیقات اخیر تأثیر عوامل گوناگون بر تبعیت دارویی را در این بیماری نشان داده‌اند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر کیفیت ارتباط پزشک- بیمار بر میزان تبعیت دارویی مبتلایان به پرفشاری خون انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۶۲ بیمار مبتلا به پرفشاری خون از نوع اولیه که به مرکز قلب تهران مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از نسخه کوتاه پرسش‌نامه پیمان کاری (Working Alliance Inventory-Short Revised یا WAI-SR) و مقیاس خودکارامدی تبعیت دارویی (Medication Adherence Self-efficacy Scale یا MASES) استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها با استفاده از مدل رگرسیون خطی چند متغیره در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تأثیر معنی‌دار کیفیت ارتباط پزشک- بیمار بر تبعیت دارویی ($P = ۰/۰۰۲$، $F_{(۳ و ۵۸)} = ۵/۹۹۶$، $R^۲ = ۰/۲۳۴$) با اندازه اثر متوسط و فاصله اطمینان ۹۵ درصد، از ۰/۰۴۵ تا ۰/۴۰۲ به دست آمد. از میان مؤلفه‌های پیمان کاری نیز تنها مؤلفه تکالیف درمان تأثیر معنی‌داری بر مصرف داروها توسط بیمار داشت [Confidence interval (CI) ۹۵ درصد، $P = ۰/۰۲۳$، $t(۵۸) = ۲/۴۲۵$].

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر شواهد ارزشمندی پیرامون نقش ارتباط درمانی در تبعیت دارویی فراهم نمود که این نتایج با توجه به ماهیت ارتباط درمانی مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: ارتباط پزشک- بیمار، نظریه روان‌شناختی، تبعیت دارویی، فشار خون اولیه

ارجاع: نیک‌فرجام محمدرضا، محمدخانی شهرام، مرادی علیرضا، داورپسند طاهره. **بررسی تأثیر کیفیت ارتباط پزشک- بیمار بر تبعیت دارویی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مرکز قلب تهران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۱): ۱۶-۱۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۹/۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۲۶ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

مقدمه

پرفشاری خون، از مهم‌ترین و شناخته شده‌ترین عوامل خطر بروز بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد که در جوامع در حال توسعه شیوع قابل توجهی دارد (۱). تبعیت درمانی (Treatment adherence)، یکی از مسایل مهم در کنترل بیماری‌های مزمن از جمله پرفشاری خون محسوب می‌شود. از این‌رو، گستردگی عدم تبعیت و پیامدهای نامطلوب آن برای سلامت افراد، منجر به انجام مطالعات متعددی شده است.

مروری بر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل مختلفی مانند ارتباط پزشک- بیمار، حمایت اجتماعی، عوامل روان‌شناختی به ویژه افسردگی، خودکارامدی (Self-efficacy)، انگیزش، سطح تحصیلات و ترجیح دادن درمان‌های سنتی و جایگزین، بر تبعیت از درمان بیماری پرفشاری خون تأثیرگذار هستند (۷-۲).

در این میان، موضوع ارتباط پزشک- بیمار از دیرباز در پیشینه تبعیت درمانی مطرح بوده است (۹، ۸). با این وجود، مطالعات معدودی در مورد نقش این عامل در تبعیت دارویی افراد مبتلا به پرفشاری خون صورت گرفته که نتایج گوناگونی را به همراه داشته است. به عنوان نمونه، در تحقیق Abel و Efird، افزایش اعتماد به پزشک از سوی بیمار، با افزایش تبعیت دارویی همراه بود (۱۰)، اما در پژوهش‌های دیگر، ارتباطی بین این دو متغیر یافت نشد (۱۲، ۱۱).

به نظر می‌رسد که با وجود انجام مطالعات ارزشمند در یک دهه اخیر، همچنان کاستی‌های عمده‌ای در این حوزه وجود دارد (۱۲، ۱۱). هرچند تحقیقات مذکور مؤید تأثیر ارتباط درمانی بر مدیریت پرفشاری خون است، اما شواهد متناقضی در مورد چگونگی این اثر بر تبعیت دارویی مشاهده می‌شود (۱۴، ۱۳). همچنین، اغلب مطالعات، ارتباط درمانی را به یک یا دو متغیر مانند اعتماد بیمار به پزشک یا مشارکت دو جانبه این دو محدود کرده‌اند و بهره‌گیری از یک پشتوانه نظری مستدل، کمتر به چشم می‌خورد.

پژوهشگران حوزه روان‌درمانی، پیمان کاری (Working alliance) را بنیادی‌ترین جنبه ارتباط درمانی دانسته‌اند. این سازه روان‌شناختی تا حدی بنیادی تعریف شده است که می‌تواند در بافت ارتباط پزشک- بیمار کاربرد مؤثری داشته

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳- استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۴- استادیار، مرکز قلب تهران و گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: محمدرضا نیک‌فرجام
Email: mohammadreza.nikfarjam@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.4.4]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294]

باشد. Bordin پیمان کاری را شامل سه مؤلفه اساسی توافق مراجع و درمانگر بر اهداف درمان (Goals)، توافق بر تکالیف درمان (Tasks) و پیوند هیجانی (Emotional bond) بین درمانگر و مراجع می‌داند. این مؤلفه‌ها ارتباط درمانی را بادوام کرده، پیشرفت درمان را تسهیل می‌نماید، اما در صورت فقدان یکی از این مؤلفه‌ها، ارتباط درمانی دچار بی‌ثباتی می‌شود و درمان ناموفق خواهد بود (۱۵). این مدل جامع می‌تواند ارتباط پزشک– بیمار را نیز تبیین کند.

با توجه به نکات بیان شده و کمبودهایی که در این حوزه به آن اشاره گردید، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر ارتباط پزشک– بیمار بر میزان تبعیت دارویی مبتلایان به پرفشاری خون با تأکید بر مدل پیمان کاری انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع مقطعی بود و جامعه آماری آن را تمامی بیماران ۲۰ تا ۸۰ ساله مبتلا به پرفشاری خون از نوع اولیه که در اواخر اردیبهشت سال ۱۳۹۶ به مرکز قلب تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. از آن‌جایی که در تحقیقات مبتنی بر تحلیل‌های چند متغیره با هدف پیش‌بینی، حجم نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرهای پیش‌بین باشد (۱۶) و با توجه به اندازه‌گیری کیفیت پیمان کاری با سه زیرمقیاس و لحاظ کردن ریزش نمونه در اجرا، ۶۲ بیمار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل رضایت آگاهانه برای مشارکت، قرار داشتن در دامنه سنی جامعه، تشخیص بیماری توسط پزشک حداقل از ۶ ماه قبل، مصرف دارو و برخورداری از سواد خواندن و نوشتن بود. همچنین، ابتلا به بیماری‌های دیابت، کلیوی یا تیروئید قبل از ابتلا به پرفشاری خون، مصرف داروهای روان‌پزشکی، حضور بیمار در جلسه اول یا دوم ملاقات با پزشک و وضعیت اورژانسی یا بستری در بیمار نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

برای سنجش کیفیت ارتباط پزشک– بیمار، از نسخه کوتاه پرسش‌نامه پیمان کاری (Working Alliance Inventory-Short Revised یا WAI-SR) و تجدید نظر شده مراجع (WAI-SR-C) استفاده شد (۱۷). این نسخه که در موقعیت‌های روان‌شناختی و پزشکی کاربرد دارد، شامل ۳ زیرمقیاس چهار آیتمی برای هر یک از مؤلفه‌های تکالیف، اهداف و پیوندها می‌باشد که توسط بیمار نسبت به پزشک در طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌دهی می‌شود. برخی از آیتم‌های این پرسش‌نامه شامل «من معتقدم شیوه کار ما برای کنترل بیماری‌ام درست است» برای مؤلفه تکالیف، «پزشکم و من در جهت رسیدن به اهداف درمانی مورد توافق، تلاش می‌کنیم» برای مؤلفه اهداف و «من معتقدم پزشکم نسبت به من احساس مثبت دارد» برای مؤلفه پیوندها می‌باشد. نمره‌گذاری برای هر زیرمقیاس بر اساس میانگین نمرات فرد در هر کدام و نمره کل نیز به صورت میانگین کل نمرات از ۱ تا ۵ محاسبه می‌گردد. نیک‌فرجام در مطالعه خود، روایی صوری نسخه فارسی پرسش‌نامه WAI-SR را به روش ضریب Cronbach's alpha برای اهداف، تکالیف، پیوندها و کل به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ ارزیابی نمودند (۱۸).

به منظور سنجش تبعیت دارویی، از مقیاس خودکارامدی تبعیت دارویی (Medication Adherence Self-efficacy Scale یا MASES) استفاده شد (۱۹). در این ابزار، بیماران میزان اطمینان خود به مصرف دارو را در ۲۶ موقعیت مختلف در یک طیف سه درجه‌ای لیکرت نمره‌دهی می‌کنند و نمره کل با جمع نمرات آیتم‌ها از ۲۶ تا ۷۸ محاسبه می‌شود. برخی از موقعیت‌های مذکور در این مقیاس شامل «زمانی که در خانه مشغول یا سرگرم هستید»، «زمانی که در شما عوارض جانبی دارو بروز پیدا کند» و «زمانی که شما هیچ نشانه‌ای از بیماری ندارید» می‌باشد. صفری و همکاران، روایی گروهی نسخه فارسی مقیاس MASES را به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۲ محاسبه کردند (۲۰).

ضمن رعایت اصول اخلاقی در جمع‌آوری داده‌ها (بدون هیچ‌گونه تداخلی در فرایند درمان بیمار) و پس از وارد نمودن آن‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL)، ابتدا فرایند غربالگری انجام شد تا از تأیید شدن مفروضه‌های تحلیل استنباطی اطمینان حاصل گردد. سپس مدل رگرسیون خطی چند متغیره مورد استفاده قرار گرفت. برای به دست‌آوردن فاصله اطمینان ۹۵ درصد مربوط به ضریب همبستگی R^2 نیز از نرم‌افزار R^2 استفاده شد (۲۱).

یافته‌ها

۶۲ بیمار با دامنه سنی ۲۴ تا ۷۳ سال و میانگین ۱۰/۱۹ ± ۵۵/۱۳ سال در مطالعه شرکت نمودند. میانگین مدت آگاهی افراد از بیماری خود، ۹۲/۷۸ ± ۹۸/۰۸ ماه بود. جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به پرفشاری خون

متغیر		تعداد (درصد)
سن (سال)	۴۰–۲۰	۵ (۸/۳)
	۶۰–۴۱	۳۷ (۶۱/۷)
	بیشتر از ۶۱	۱۸ (۳۰/۰)
جنسیت	مرد	۳۴ (۵۴/۸)
	زن	۲۸ (۴۵/۲)
وضعیت تأهل	مجرد	۵ (۸/۳)
	متأهل	۵۲ (۸۳/۹)
	بیوه	۲ (۳/۲)
	مطلقه	۲ (۳/۲)
سطح تحصیلات	ابتدایی	۸ (۱۲/۹)
	سیکل	۱۷ (۲۷/۴)
	دیپلم	۱۳ (۲۱/۰)
	کاردانی	۶ (۹/۷)
	کارشناسی	۱۴ (۲۲/۶)
	کارشناسی ارشد	۳ (۴/۸)
	دکتری	۱ (۱/۶)
مدت آگاهی از بیماری (ماه)	۱۲۰–۱۰	۴۵ (۷۳/۸)
	۲۳۰–۱۲۱	۹ (۱۴/۷)
	بیشتر از ۲۳۱	۷ (۱۱/۵)

داده‌های از دست رفته برای ویژگی‌های سن، وضعیت تأهل و مدت آگاهی از بیماری به ترتیب ۳، ۲ و ۲ درصد بود.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.4.4]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294]

جدول ۲. ضرایب Pearson و مدل رگرسیون خطی جهت پیش‌بینی تبعیت دارویی از مؤلفه‌های پیمان کاری

متغیر	تبعیت دارویی	مقدار P	پیوندها	مقدار P	اهداف	مقدار P	B	خطای استاندارد	β	مقدار P
تکالیف	۰/۴۲۴	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲۵	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷۹	< ۰/۰۰۱	۵/۲۰۴	۲/۱۴۶	۰/۵۱۶	۰/۰۲۳
اهداف	۰/۲۷۸	۰/۰۱۶	۰/۶۹۳	< ۰/۰۰۱			۱/۰۷۰	۱/۶۱۷	۰/۱۴۵	۰/۵۱۱
پیوندها	۰/۱۰۷	۰/۲۲۰					−۳/۹۳۹	۲/۳۵۶	−۰/۳۲۱	۰/۰۹۷
عرض از مبدأ							−۳/۹۵۰	۱/۰۴۲		۰/۰۰۲
R^2								*۰/۲۳۴		
F								۵/۹۹۶		۰/۰۰۲

*$R = ۰/۴۸۴$، R^2 تعدیل شده = ۰/۱۹۶

میانگین مؤلفه تکالیف، اهداف و پیوندها به ترتیب ۰/۷ ± ۴/۲، ۰/۶ ± ۴/۳ و ۰/۸ ± ۴/۳ به دست آمد. میانگین تبعیت دارویی نیز ۹/۸ ± ۶۴/۹ بود.

بر اساس نتایج ضرایب همبستگی Pearson، ارتباط معنی‌داری بین نمرات افراد در مؤلفه‌های پیمان کاری ($P < ۰/۰۰۱$) و تبعیت دارویی ($P < ۰/۰۵۰$) وجود داشت (جدول ۲)، اما رابطه معنی‌داری بین مؤلفه پیوندها با تبعیت دارویی مشاهده نشد ($P = ۰/۲۲۰$). مقدار ضریب همبستگی R^2 بیانگر تأثیر معنی‌دار مؤلفه‌های پیمان کاری بر تبعیت دارویی بود ($P = ۰/۰۰۲$، $F_{(۳ و ۵۸)} = ۵/۹۹۶$) و فاصله اطمینان ۹۵ درصد نیز بین ۰/۰۴۵ تا ۰/۴۰۲ به دست آمد. مقدار R^2 نشان داد که حدود ۲۳ درصد از تغییرات در تبعیت دارویی به وسیله مؤلفه‌های پیمان کاری تبیین می‌شود و طبق معیارهای Cohen، نشان دهنده اندازه اثر متوسط می‌باشد (۲۲). همچنین، از بین سه مؤلفه پیمان کاری، تنها مؤلفه تکالیف درمان تأثیر معنی‌داری بر مصرف داروها توسط بیمار داشت [۹۵ درصد (CI) Confidence interval = ۰/۷۸۷–۹/۶۲۱، $P = ۰/۰۲۳$، $t(۵۸) = ۲/۴۲۵$].

بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی تأثیر کیفیت ارتباط پزشک- بیمار بر میزان تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. با این که موضوع ارتباط پزشک- بیمار همواره در تبعیت درمانی بیماری‌های مزمن مطرح بوده است (۹، ۸)، اما تحقیقات معدودی به نقش این عامل مهم در بیماری پرفشاری خون پرداخته‌اند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مؤلفه‌های پیمان کاری، تأثیر معنی‌داری بر تبعیت دارویی دارد که با یافته‌های مطالعه Schoenthaler و همکاران (۲۳) همخوانی داشت. تأثیرگذاری پیمان کاری بر تبعیت دارویی به صورت مستقیم از طریق مؤلفه تکالیف درمانی یعنی توافق بیمار با پزشک در نسخه تجویز شده اعمال می‌شود. درگیر کردن بیماران در فرایند تصمیم‌گیری درمانی نه تنها اخلاقی است، بلکه احتمال موفقیت درمان را افزایش می‌دهد. تصمیم‌گیری مشترک در این مورد می‌تواند بر نقش فعال بیمار در درمان تأکید نماید. به نظر می‌رسد همان‌گونه که Tinsel و همکاران اشاره کرده‌اند، اتخاذ رویکرد تصمیم‌گیری مشترک بین بیمار و پزشک، بیماران را فعال‌تر می‌کند و منجر به افزایش مشارکت آنان در درمان و در نتیجه، کنترل بهتر فشار خون می‌شود (۲۴). به‌تازگی در تحقیقی مشخص شد که ترجیح بیمار برای مشارکت در تصمیم‌گیری تحت تأثیر سن و سطح تحصیلات قرار دارد؛ به گونه‌ای که بیماران جوان‌تر و با سطح تحصیلات بالاتر، تمایل بیشتری به مشارکت دارند.

همچنین، پزشکان و مراقبان سلامت می‌توانند نقش کلیدی را در ترغیب بیماران برای مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری درمانی ایفا کنند (۲۵). به همین دلیل، برخی اعتقاد دارند که مدیریت بالینی پزشک در مقایسه با تبعیت درمانی از سوی بیمار، نقش مهم‌تری در کنترل فشار خون دارد (۲۶).

نقش تکالیف درمانی در میزان تبعیت دارویی بیماران، در پژوهش Turchin و Conlin به شکل دیگری بروز پیدا کرد. در مطالعه آنان، افزایش تعداد ملاقات‌های بیمار و پزشک به نوبه خود، باعث افزایش کنترل فشار خون شد (۱۳) و بدیهی است طی این فرایند، مواردی همچون نحوه مصرف داروها، عوارض جانبی آن‌ها، تجدید تجویزهای گذشته و موضوعات مشابه دیگر مورد بحث قرار می‌گیرد. Bordin نیز که تکالیف درمان را مشارکت شناختی، رفتاری و عاطفی پزشک و بیمار برای فرایند درمان می‌داند، معتقد است که اگر پیمان کاری مطلوبی ایجاد شده باشد، هم پزشک و هم بیمار خود را مسؤول می‌دانند (۱۵).

تأثیرگذاری پیمان کاری بر تبعیت دارویی، با یافته‌های برخی محققان مغایرت دارد. به عنوان نمونه، در مطالعه Durant و همکاران، ارتباطی بین کیفیت تعامل پزشک با بیمار و پای‌بندی بیمار به مصرف دارو مشاهده نشد (۱۱). به همین ترتیب، Jones و همکاران به این نتیجه رسیدند که اعتماد به پزشک تنها با اتخاذ رفتارهای سبک زندگی سالم همچون ورزش، تغذیه و... مرتبط است و با تبعیت دارویی در پرفشاری خون ارتباطی ندارد (۱۲). یافته‌های ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر را می‌توان با توجه به شکاف نظری موجود در این حوزه تبیین نمود. ماهیت ارتباط درمانی به دلیل پیچیدگی در فرایند و ابعاد روان‌شناختی عمیق، به سادگی قابل درک و مفهوم‌سازی نیست و همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد، فقدان یک مدل نظری مستدل و همه جانبه‌نگر در این زمینه به چشم می‌خورد. به نظر می‌رسد که نتایج مطالعات مذکور (۱۲، ۱۱) حاصل تأکید بر یک جنبه از ارتباط درمانی یعنی اعتماد به پزشک می‌باشد و نقش سایر مؤلفه‌ها مانند توافق دو جانبه بر اهداف و تکالیف درمان و حتی مظاهر دیگری از مؤلفه پیوند هیجانی نادیده گرفته شده است.

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر مؤلفه تکالیف درمانی بر تبعیت دارویی بیماران به این معنی نیست که مؤلفه‌های دیگر پیمان کاری در این رابطه بی‌اهمیت هستند؛ چرا که در تحقیق Martin و همکاران مشخص شد که عاطفه مثبت پزشک و زمان طولانی‌تر ویزیت، با اعتماد بیشتر بیمار همراه است (۱۴). این اعتماد بیشتر که حاصل رفتار عاطفی پزشک و نه رفتار اطلاعاتی او می‌باشد، افزایش تبعیت دارویی را به دنبال دارد (۲۷). همچنین، در پژوهش Naik و همکاران، اهمیت بالای توافق بر اهداف

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.4.4]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294]

درمان مشخص شد (۲۸). نکته حایز اهمیت این است که اعتماد در روان‌درمانی، طی ملاقات با درمانگر ایجاد می‌شود و به همین دلیل تأثیر مستقیمی در بهبودی مراجع دارد، اما در ملاقات بیمار با پزشک، در اغلب موارد اعتماد از قبل شکل گرفته است؛ چرا که مرسوم است بیماران با پرس‌وجوهای قبلی پزشک خود را انتخاب می‌کنند.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که از آن جمله می‌توان به انتخاب بیماران باسواد، انتخاب نمونه از یک مرکز درمانی، کمبود مطالعات داخلی در این حوزه و استفاده صرف از خودگزارش‌دهی اشاره نمود. عدم توجه جدی به موضوع ارتباط پزشک– بیمار در پژوهش‌های داخلی، امکان مقایسه و تبیین یافته‌های تحقیق را محدود کرد. همچنین، کسب اطلاعات از طریق پرسش‌نامه نمی‌تواند به اندازه مشاهده بیمار در موقعیت تعامل بالینی، اطلاعات دقیقی را ارایه نماید.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت تعامل پزشک– بیمار، نقش بسزایی در مصرف داروها و کنترل پرفشاری خون –این بیماری خاموش– دارد. به منظور دستیابی به پیامدهای درمانی مطلوب، ضروری است علاوه بر پزشکان، سیاست‌گذاران حوزه سلامت نیز به این امر مهم توجه جدی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی سلامت، مصوب دانشگاه خوارزمی می‌باشد که با شماره ۸۳۰ در مرکز قلب تهران تأیید گردید. بدین وسیله از مسؤولان این مرکز، کلینیک ویژه و تمام مراجعه‌کنندگانی که در انجام این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی و تعارض منافع بود.

References

1. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data [Online]. [cited 2015]; Available from: URL: http://www.who.int/gho/en
2. Golshiri P, Tavakoli A, Najimi A. The role of depression, anxiety, and stress in medication adherence in patients with hypertension. J Isfahan Med Sch 2017; 35(437): 781-8. [In Persian].
3. Rimando M. Factors influencing medication compliance among hypertensive older African American adults. Ethn Dis 2013; 23(4): 469-73.
4. Fongwa MN, Evangelista LS, Hays RD, Martins DS, Elashoff D, Cowan MJ, et al. Adherence treatment factors in hypertensive African American women. Vasc Health Risk Manag 2008; 4(1): 157-66.
5. Yoel U, Abu-Hammad T, Cohen A, Aizenberg A, Vardy D, Shvartzman P. Behind the scenes of adherence in a minority population. Isr Med Assoc J 2013; 15(1): 17-22.
6. da Silva AP, Dantas Avelino FV, Almeida Sousa CL, da Costa Valle AR, Fortes Figueiredo ML. Factors associated with non-adherence to treatment of hypertension: An integrative review. J Res Fundam Care 2016; 8(1): 1047-55.
7. Dowell J, Jones A, Snadden D. Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: A qualitative study. Br J Gen Pract 2002; 52(474): 24-32.
8. Sarafino EP, Smith TW. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. 7th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2010.
9. Jane O. Health Psychology: A Textbook: A textbook. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2012.
10. Abel WM, Efird JT. The association between trust in health care providers and medication adherence among black women with hypertension. Front Public Health 2013; 1: 66.
11. Durant RW, McClure LA, Halanych JH, Lewis CE, Prineas RJ, Glasser SP, et al. Trust in physicians and blood pressure control in blacks and whites being treated for hypertension in the REGARDS study. Ethn Dis 2010; 20(3): 282-9.
12. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. Patient Educ Couns 2012; 89(1): 57-62.
13. Turchin A, Conlin PR. The doctor needs to see you now: Accelerating the care of patients with uncontrolled hypertension. Expert Rev Cardiovasc Ther 2010; 8(11): 1501-3.
14. Martin KD, Roter DL, Beach MC, Carson KA, Cooper LA. Physician communication behaviors and trust among black and white patients with hypertension. Med Care 2013; 51(2): 151-7.
15. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice 1979; 16(3): 252-60.
16. Hooman HA. Handbook on dissertation writing. Tehran, Iran: Payke Farhang Publications; 2009. p. 56. [In Persian].
17. Munder T, Wilmers F, Leonhart R, Linster HW, Barth J. Working alliance inventory-short revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. Clin Psychol Psychother 2010; 17(3): 231-9.
18. Nikfarjam MR. The effects of the therapist-client relational models on the quality of working alliance in neurotic clients [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, Allameh Tabatabai University; 2012. [In Persian].
19. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. J Clin Epidemiol 2003; 56(6): 520-9.
20. Saffari M, Zeidi IM, Fridlund B, Chen H, Pakpour AH. A Persian adaptation of medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive patients: Psychometric properties and factor structure. High Blood Press Cardiovasc Prev 2015; 22(3): 247-55.
21. Steiger JH, Fouladi RT. R2: A computer program for interval estimation, power Calculations, sample size estimation, and hypothesis testing in multiple regression. Behav Res Methods Instrum Comput 1992; 24(4): 581-2.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.4.4]

[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294]

22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. London, UK: Routledge; 2013.
23. Schoenthaler A, Montague E, Baier ML, Brown R, Schwartz MD, Linzer M. Patient-physician racial/ethnic concordance and blood pressure control: The role of trust and medication adherence. Ethn Health 2014; 19(5): 565-78.
24. Tinsel I, Buchholz A, Vach W, Siegel A, Durk T, Loh A, et al. Implementation of shared decision making by physician training to optimise hypertension treatment. Study protocol of a cluster-RCT. BMC Cardiovasc Disord 2012; 12: 73.
25. Mah HC, Muthupalaniappen L, Chong WW. Perceived involvement and preferences in shared decision-making among patients with hypertension. Fam Pract 2016; 33(3): 296-301.
26. Rose AJ, Berlowitz DR, Orner MB, Kressin NR. Understanding uncontrolled hypertension: Is it the patient or the provider? J Clin Hypertens (Greenwich) 2007; 9(12): 937-43.
27. Fomin I, Fomina N. PP.30.40: Gender differences in perception communication with the doctor in hypertensive patients. J Hypertens 2015; 33: e410.
28. Naik AD, Kallen MA, Walder A, Street RL, Jr. Improving hypertension control in diabetes mellitus: The effects of collaborative and proactive health communication. Circulation 2008; 117(11): 1361-8.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.4.4]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294]

DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 14, No. 1, Spring 2018

Received: 26.11.2017 Accepted: 16.01.2018 Published: 04.04.2018

The Effect of the Quality of Doctor-Patient Relationship on Medical Adherence in Patients with Hypertension in Tehran Heart Center, Iran

Mohammad Reza Nikfarjam[1], Shahram Mohammadkhani[2], Ali Reza Moradi[3], Tahereh Davarpasand[4]

Original Article

Abstract

Background: Hypertension is one of the most important risk factors for cardiovascular disease. Recent studies showed the effect of various factors on medical adherence in hypertension. This study aimed to determine the effect of the quality of doctor-patient relationship on medical adherence in patients with hypertension.

Methods: In this cross-sectional study, conducted in Tehran Heart Center, Iran, 62 patients with essential hypertension recruited via convenience sampling method. Data were collected using Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR) and Medication Adherence Self-efficacy Scale (MASES) instruments, and analyzed in SPSS software using the multivariate linear regression model.

Findings: The effect of doctor-patient relationship quality on medical adherence was statistically significant with moderate effect size, $R^2 = 0.234$, $F(3, 58) = 5.996$, $P = 0.002$, 95% confidence interval (CI) = 0.045-0.402. Among the components of Working Alliance Inventory, there was no evidence of a statistically significant effect on medical adherence, except for tasks, $t(58) = 2.425$, $P = 0.023$, 95% CI = 0.787-9.621.

Conclusion: Results of the study provided promising evidence regarding the role of the therapeutic relationship in medical adherence.

Keywords: Doctor-Patient relations, Psychological theory, Medication adherence, Essential hypertension

Citation: Nikfarjam MR, Mohammadkhani S, Moradi AR, Davarpasand T. **The Effect of the Quality of Doctor-Patient Relationship on Medical Adherence in Patients with Hypertension in Tehran Heart Center, Iran.** J Health Syst Res 2018; 14(1): 11-6.

1- PhD Candidate, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran
3- Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran
4- Assistant Professor, Tehran Heart Center AND Department of Cardiology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Mohammad Reza Nikfarjam, Email: mohammadreza.nikfarjam@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17352363.1397.14.1.4.4]
[DOI: 10.22122/jhsr.v14i1.3294]