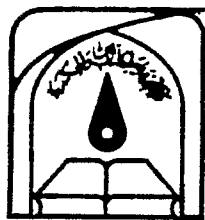


۴۴۹۷۹

۱۰ / ۱۲ / ۱۳۸۱

روزانه‌هاست در آن هم ایران  
تجربیات



دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه

برای دریافت درجه دکتری در رشته پرستاری

موضوع

طراحی الگوی "حمایت" در پرستاری و بررسی تأثیر آن  
در رضایت از بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی

نگارش

زهرة ونکی

استاد راهنما

دکتر زهره پارسا یکتا

اساتید مشاور

دکتر انوشیروان کاظم نژاد

دکتر علیرضا حیدرنیا

بهار ۱۳۸۱

۴۴۹۷۹

« تأییدیه اعضای هیأت داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

اعضای هیئت علمی داوران نسخه نهائی رساله خانم/ آقای زهره ونکی رشته: آموزش پرستاری  
تحت عنوان عنوان رساله: طراحی و بکارگیری الگوی مراقبت حمایتی و تاثیر آن در رضایت بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی

را از نظر فرم و محتوی بررسی نموده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:

خانم دکتر زهره پارسا یکتا - استاد راهنما

آقای دکتر انوشیروان کاظم نژاد - استاد مشاور

آقای دکتر علیرضا حیدرنیا - استاد مشاور

آقای دکتر فضل اله احمدی - نماینده شورای تحصیلات تکمیلی

خانم دکتر ترانه تقوی لاریجانی - استاد ناظر

خانم دکتر سادات سید باقر مداح - استاد ناظر

آقای دکتر فضل اله غفرانی پور - استاد ناظر

آقای دکتر سقراط فقیه زاده - استاد ناظر

۱۱،۴،۲۹



تاریخ: .....

پیوست: .....

### آیین‌نامه چاپ پایان‌نامه (رساله)‌های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان‌نامه (رساله)‌های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس میباید بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است، بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش‌آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می‌شوند:

ماده ۱. در صورت اقدام به چاپ پایان‌نامه (رساله)ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به مرکز نشر دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲. در صفحه سوم (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کنید:

«کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته **پرستاری** است. که در سال ۱۳۸۱ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر **زهره پارسا یکتا** و مشاوره جناب آقای دکتر **انوشیروان کاظم‌نژاد** و جناب آقای دکتر **علیرضا حیدرنیا** از آن دفاع شده است.»

ماده ۳. به منظور جبران بخشی از هزینه‌های نشریات دانشگاه تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به «دفتر نشر آثار علمی» دانشگاه اهدا کند، دانشگاه می‌تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴. در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تأدیه کند.

ماده ۵. دانشجو تعهد و قبول می‌کند در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه می‌تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند؛ به علاوه به دانشگاه حق می‌دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

ماده ۶. اینجانب **زهره ونکی** دانشجوی رشته **پرستاری** مقطع **دکتری** تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می‌شوم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

## تشکر و قدردانی

حمد و سپاس مخصوص آن یکتای بی‌همتایی است که بی‌مدد او هیچ عدمی، وجود نیابد. این همه تلاش همه به حول و قوه او بود، الحمدلله رب العالمین.

با سپاس و تشکر از سرکار خانم دکتر پارسا یکتا که مسئولیت سنگین راهنمایی این پایان‌نامه را بدوش کشیدند و با تشکر و احترام نسبت به اساتید مشاور، جناب آقای دکتر کاظم نژاد که در مشاوردهای آماری مدیون زحمات بی‌دریغ ایشان هستم و همچنین آقای دکتر حیدرنیا که مساعدت و همراهی ایشان به هرچه پربارتر شدن این پایان‌نامه انجامید. اجرشان عندا...

زبان قاصر است از تشکر و سپاس از اساتید و همکارانم در گروه پرستاری، بویژه سرکار خانم معماریان، کرمانشاهی و آقای دکتر محمدی و سایر همکاران ارجمندم که دلگرمی ایشان توانم را افزود. همچنین بدینوسیله، قدردانی خود را از زحمات مدیران گروه، جناب آقای دکتر غفرانی‌پور و آقای دکتر احمدی، ابراز می‌دارم.

تشکر و سپاس از اساتیدی که مشاوره با آنها به غنای این کار تحقیقی انجامید، جناب آقای دکتر آزادفلاح، سرکار خانم دکتر وفائی از گروه روانشناسی دانشگاه و سرکار خانم دکتر معزی، سرکار خانم معماریان و جناب آقای دکتر باقری از دانشگاه تهران (دانشکده علوم تربیتی).

از کلیه بیماران، خانواده‌هایشان، پرستاران، سرپرستاران، پزشکان و مدیریت بیمارستان امام خمینی (ره) و انستیتو کانسرو و دپارتمان انکولوژی بیمارستان شهدا، قدردانی می‌نمایم.

در نهایت از مساعدت بی‌شائبه کلیه کارکنان اداری و آموزشی، پژوهشی، کتابخانه مرکزی، دانشگاه، دانشکده علوم پزشکی، دانشکده پرستاری (دانشگاه تهران) تشکر می‌نمایم.

قدردانی از زحمات سرکار خانم دباغی که مسئولیت حروفچینی و صفحه‌آرایی را بعهده داشتند، بر من واجب است. اجرکم عندا...

تقدیم به آنان که

می آموزند

و

می آموزند

## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: مقدمه	۱
۱-۱. مقدمه	۲
فصل دوم: تحقیق کیفی: تئوری زمینه‌ای "تئوری حمایت"	۱۸
۱-۲. روش تحقیق	۱۹
۲-۲. سؤال پژوهش	۲۰
۳-۲. نمونه پژوهش	۲۱
۴-۲. تعداد نمونه پژوهش	۲۲
۵-۲. مراحل اجرایی تحقیق تئوری زمینه‌ای	۲۲
۱-۵-۲. روش گردآوری داده‌ها	۲۴
۲-۵-۲. آنالیز داده‌ها در روش تئوری زمینه‌ای: روش مقایسه‌ای مداوم	۲۵
۳-۵-۲. مفهوم‌سازی	۲۵
۱-۳-۵-۲. کدگذاری مرحله اول	۲۶
۲-۳-۵-۲. کدگذاری مرحله دوم	۵۰
۳-۳-۵-۲. کدگذاری مرحله سوم	۷۹
۴-۳-۵-۲. اشباع اطلاعاتی	۹۴
۴-۵-۲. توسعه مفهوم	۹۵
۱-۴-۵-۲. خلاصه‌سازی	۹۶
۲-۴-۵-۲. نمونه‌گیری گزینشی از مطالعات انجام شده	۹۹
۳-۴-۵-۲. نمونه‌گیری از داده‌ها و استخراج مفهوم اصلی	۱۰۲
۱-۳-۴-۵-۲. برقراری مناسبات انسانی: قانون اصلی و زمینه‌ای حمایت	۱۰۳

۱۲۵	..... ۲-۳-۴-۵-۲ رسالت حمایت: خلق معنی
۱۲۹	..... ۳-۳-۴-۵-۲ متغیر اصلی: توانمندسازی
۱۴۰	..... ۲-۵-۵ نظریه اصلی پژوهش
۱۴۵	..... ۶-۲ نتیجه گیری
۱۴۹	..... فصل سوم: طراحی الگوی "حمایت" در پرستاری
۱۵۱	..... ۱-۳ فلسفه و دیدگاه‌های زمینه‌ای
۱۵۱	..... ۲-۳ پیش فرضها در الگوی پرستاری: حمایت
۱۵۲	..... ۳-۳ اهداف الگوی حمایت در پرستاری
۱۵۴	..... ۱-۳-۳ هدف کلی الگوی حمایت
۱۵۴	..... ۲-۳-۳ اهداف ویژه الگوی حمایت
۱۵۴	..... ۴-۳ تعریف واژه‌های الگوی حمایت
۱۵۵	..... ۱-۴-۳ تعریف مفاهیم چهارگانه متاپارادیم پرستاری
۱۵۵	..... ۱-۴-۳-۱ انسان
۱۵۶	..... ۲-۴-۳-۱ محیط
۱۵۸	..... ۳-۴-۳-۱ سلامتی
۱۶۰	..... ۴-۴-۳-۱ پرستاری
۱۶۳	..... ۲-۴-۳ تعاریف واژه‌های خاص الگوی حمایت در پرستاری
۱۶۳	..... ۱-۲-۴-۳ حمایت
۱۶۴	..... ۱-۱-۲-۴-۳ استانداردها و اصول حمایت در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی و خانواده‌های آنان
۱۶۷	..... ۲-۲-۴-۳ مناسبات انسانی



صفحه	عنوان
۱۶۸	۳-۲-۴-۳. همدلی
۱۶۹	۴-۲-۴-۳. توانمند سازی
۱۶۹	۵-۲-۴-۳. سیستم مددجو
۱۷۰	۶-۲-۴-۳. سیستم پرستاری
۱۷۱	۷-۲-۴-۳. سازگاری
۱۷۲	۵-۳. مراحل اصلی مدل حمایتی
۱۸۵	۱-۵-۳. ویژگی مدل حمایتی
۱۹۳	۲-۶-۳. اجرای الگوی حمایت: تطابق مراحل الگوی حمایت با مراحل فرایند پرستاری
۱۹۳	۱-۲-۵-۳. مراحل اول: بررسی و شناخت
۱۹۶	۲-۲-۵-۳. مرحله دوم: برنامه‌ریزی
۱۹۷	۳-۲-۵-۳. مرحله سوم: اجرای برنامه‌های حمایتی
۱۹۸	۴-۲-۵-۳. مرحله چهارم: ارزشیابی
۱۹۹	۵-۲-۵-۳. مکانیسم باز خور در فرایند پرستاری (بررسی مجدد)
۲۰۰	۶-۳. دانش ضروری برای اجرای الگوی حمایت
۲۰۲	<b>فصل چهارم: ارزشیابی الگوی پرستاری "حمایت"</b>
۲۰۳	۱-۴. مقدمه‌ای بر ارزشیابی الگوهای پرستاری
۲۰۴	۲-۴. بیان مسأله
۲۰۹	۳-۴. مروری بر مطالعات انجام شده
۲۱۹	۴-۴. طراحی تحقیق آزمایش بالینی
۲۱۹	۱-۴-۴. هدف کلی

۲۱۹	۲-۴-۴. اهداف ویژه	۲۱۹
۲۲۰	۳-۴-۴. فرضیه پژوهش	۲۲۰
۲۲۰	۴-۴-۴. روش تحقیق	۲۲۰
۲۲۱	۵-۴-۴. جامعه پژوهش و روش نمونه گیری	۲۲۱
۲۲۲	۶-۴-۴. حجم و مشخصات نمونه	۲۲۲
۲۲۳	۷-۴-۴. تعریف واژه‌ها	۲۲۳
۲۲۳	۸-۴-۴. ابزارهای گردآوری داده‌ها	۲۲۳
۲۲۸	۹-۴-۴. تکنیک اجرا	۲۲۸
۲۳۱	۱۰-۴-۴. روش آنالیز داده‌ها	۲۳۱
۲۳۱	۱۱-۴-۴. ملاحظات اخلاقی	۲۳۱
۲۳۳	<b>فصل پنجم: بیان یافته‌ها و بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها</b>	
۲۳۴	۱-۵. بیان یافته‌ها	۲۳۴
۲۷۶	۲-۵. بحث و بررسی یافته‌ها برطبق تئوری و الگوی طراحی شده «حمایت»	۲۷۶
۲۹۵	۳-۵. نتیجه‌گیری از «ارزشیابی» الگوی حمایت	۲۹۵
۲۹۷	۴-۵. نتیجه‌گیری نهایی	۲۹۷
۲۹۸	۵-۵. پیشنهادها برای پژوهش‌های بعدی	۲۹۸
۲۹۹	فهرست منابع	۲۹۹
۳۰۹	ضمائم	۳۰۹
۳۱۹	چکیده انگلیسی	۳۱۹

## چکیده

شیمی درمانی یکی از رایج‌ترین روشهای درمانی بیماران سرطانی موجب بروز بسیاری از مشکلات جسمی، روحی - روانی برای بیماران و خانواده‌هایشان، می‌شود. به‌طوری‌که تأثیر آنها روی تمام ابعاد زندگی مددجویان غیرقابل چشم‌پوشی است. حال؛ حمایت یکی از ارزشترین استراتژیهای پرستاری برای کمک به این مددجویان است تا بتوانند با این تجربه تنش‌زا، سازگاری حاصل نموده و در نهایت از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار باشند. اما اینکه فرآیند حمایت چیست؟ چگونه باید توسط پرستاران بکار گرفته شود؟ آیا استفاده از یک الگوی خاص "حمایتی" می‌تواند به رفع مشکلات بیماران و خانواده‌هایشان کمک کند؟ جهت نیل به این اهداف، پژوهش حاضر در دو مرحله سازماندهی شده‌است. مرحله اول؛ انجام مطالعه‌ای کیفی برای تبیین "فرآیند حمایت" و مرحله دوم انجام مطالعه‌ای کمی از نوع آزمایش بالینی برای ارزشیابی الگوی پرستاری "حمایت" که براساس فرآیند حاصله از مرحله اول، انجام شده‌است. در مطالعه کیفی، داده‌ها به‌وسیله مصاحبه‌های نیمه ساختاری از بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی، خانواده‌هایشان، پرستاران و پزشکان (۱۸ نفر) گردآوری شده و طبق روش مقایسه‌ای مداوم براساس الگوی تئوری زمینه‌ای آنالیز شده‌اند. نتایج آن عبارتند از: قانون اصلی و زمینه‌ای حمایت: برقراری ارتباط، درک حمایت: ایجاد شبکه ایمنی، رسالت حمایت؛ خلق معنی و گروه اصلی آن توانمندسازی بوده است. تئوری ارائه شده بدین صورت است که، حمایت یک فرآیند تعامل اجتماعی است که ابتدا با برقراری ارتباط همدلانه به ایجاد یک شبکه ایمنی برای سیستم مددجو منجر می‌شود و سپس به دنبال آن براساس ساخت معنی خاصی که از بیماری و درمان برای وی صورت می‌گیرد، به توانمندی لازم در حیطه‌های مختلف جسمی، روحی، روانی و اجتماعی دست می‌یابد. برطبق این فرآیند، الگوی پرستاری "حمایت" طراحی شده که در آن مفاهیم چهارگانه متاپارادیم پرستاری و مفاهیم خاص این الگو تعریف شده‌اند و مراحل سه‌گانه آن به ترتیب عبارتند از: مدل‌سازی نقش، تقویت و پرورش و مشاوره که با عطف بر دو جزء شناختی - اطلاعاتی و عاطفی - انگیزشی برای توانمندسازی بیماران و خانواده‌هایشان طراحی شده‌است. در مرحله دوم پژوهش با انتخاب طرح آزمایش بالینی، الگوی حمایت روی (۶۰) بیمار سرطانی تحت شیمی درمانی و خانواده‌هایشان (در دو گروه) به مدت (۳ ماه) اجرا و پیگیری شده‌است و به‌طور ماهانه معیارهای توانمندی آنان ارزشیابی شده‌است. یافته‌ها با دقت بالا نشان می‌دهند که الگوی طراحی شده در بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و استفاده از استراتژیهای اثربخش سازگاری و درک حمایت بیماران با ( $P < 0/0001$ ) مؤثر بوده است و همچنین موجب بهبود سازگاری و کاهش اضطراب خانواده‌های بیماران با ( $P < 0/0001$ ) نیز شده‌است. بدین ترتیب، الگوی حمایت طراحی شده توانسته بر رضایت بیماران با ( $P < 0/0001$ ) و خانواده‌هایشان با ( $P < 0/0001$ ) مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان، شیمی درمانی، فرآیند حمایت، الگوی پرستاری "حمایت"، تحقیق کیفی (تئوری زمینه‌ای)، ارزشیابی الگوی پرستاری (حمایت)

# فصل اول

مقدمه

## ۱-۱. مقدمه

سرطان به عنوان دومین علت مرگ در جهان شناخته شده است، حدود ۲۳٪ کل مرگها بعد از بیماریهای قلبی و عروقی به علت سرطان است. در سال ۲۰۰۰، نزدیک به ۵۰۰/۰۰۰ مرگ مربوط به سرطان بوده و تنها در آمریکا، ۱/۲ میلیون نفر مبتلا هستند. با افزایش سن شیوع آن بیشتر می شود و ۸۰٪ موارد تشخیصی در بالای سن ۵۵ سال دیده می شود. خطر ابتلا به سرطان در مردان ۱ به ۲ و در زنان ۱ به ۳ می باشد. شایعترین نوع سرطانها در مردان، ریه، پروستات، کولن و رکتال و در زنان، سینه، ریه، کولن و رکتال است. در آمریکا، برآورد شده که هزینه های مراقبت و درمان بیش از ۱۰۷ میلیارد دلار در سال است، بویژه که برخی از درمانها برای همه بیماران یا نوع سرطانهای خاص مفید نیستند [۱].

زندگی با سرطان بسیار مشکل است، ماهیت مزمن و پیشرونده بیماری، همراه با علائم ناراحت کننده و استرس آور درمان می تواند مشکلات فراوان جسمی، روحی - روانی و اجتماعی برای بیمار و خانواده اش فراهم آورد. ویژگی های خاص بیماری به گونه ای است که حتی ساختار خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد. لذا پرستاران، بویژه پرستاران انکولوژیست برای آماده سازی بیماران و خانواده هایشان جهت سازگاری با این بیماری با این چالش روبرو هستند. آنها باید استراتژی را به کار گیرند تا مشکلات روحی - روانی سیستم خانواده کاهش یابد و میزان پذیرش (سازگاری) افزون گردد. حاصل نهایی تمام این اقدامات پرستاری بهبود سیر بیماری و تسهیل در کسب رضایت بیماران و خانواده آنها از زندگی با سرطان است.

تغییرات در عزت نفس، تصویر ذهنی، ارتباطات اجتماعی، ناامیدی، تفکر در مورد مرگ، عدم استقلال و خودکارایی و به طور کلی تغییر در سبک زندگی و ... از جمله اثرات بالینی متعددی هستند

به علاوه ترس و اضطراب که برای بیمار و خانواده وی رخ می دهد، منجر به اثرات مضاعفی روی تمام جنبه های عملکردی روانی - اجتماعی آنان می شود. آن چه بدیهی است اینکه بیماری این بیماران را تحت کنترل قرار می دهد و فرد توانمندی روانی خود را برای مقابله، با آن از دست می دهد [۲ و ۳].

تحقیقات نشان می دهند مشکلات روحی - روانی در بین بیماران سرطانی یکی از معضلات مراقبتهای پزشکی و پرستاری است و بیش از  $\frac{۲}{۳}$  بیماران سرطانی مشکلات اختلالات عاطفی را تجربه می کنند که اینها روی سیر درمان مؤثرند [۴]. بیمارانی که اطلاعاتی نامناسب با نیازهای خود دریافت داشته اند یا میزان اطلاعات خیلی کم و ناچیز بوده، قابل توجه است که مشاهده شده احتمال اختلالات عاطفی در آنها بیشتر است. تحقیقات هم بطور روشن نشان می دهد، وقتی نیازهای روانی - عاطفی بیماران مورد بررسی و شناخت قرار نگیرد، بروز اختلالات عاطفی مثل مشکلات ناشی از تصویر ذهن از جسم خود بیشتر است [۵ و ۶]. مطالعات نشان داده اند که به طور تخمینی تنها ۱۵٪ اختلالات عاطفی از جمله استرس و اضطراب این بیماران شناخته و اقدامات خاص درمانی و یا پرستاری برای آنها اجرا می شود [۷] و قریب ۹۵٪ مطالعات برقراری ارتباط ضعیف را بین پرسنل ارائه دهنده خدمات بالینی به ویژه پزشک و پرستار گزارش کرده اند [۸].

به طور کلی یکی از مهمترین دلایل برای عدم شناسایی نیازهای روانی - اجتماعی بیماران عدم برقراری ارتباط صحیح بین آنان و پرستاران و به طور کلی پرسنل بالینی است. بیماران قادر به بیان علائق و عواطف خود نیستند و یا از طرف مراقبین برای بروز مشکلات خود تشویق نمی شوند [۹ و ۷]. اقدامات پرستاری در جهت درک بیماران نیازمند، خود آگاهی، مهارتهای مشاهده ای، ارتباطی و صلاحیت برقراری مناسبات انسانی پرستاران است، اما واقعیت چنین است که در عمل، کیفیت ارتباطی مناسب نیست و اکثر پژوهشها وجود فاصله روحی - روانی بیماران با پرستاران را از اولین عوامل اساسی در درک بیمار دانسته اند که به علت بی توجهی پرستاران به ارزشها، عقاید، تجارب بیمار و داشتن نگرش منفی به رفتارهای وی بروز می کند [۱۰].

از آنجا که ماهیت مراقبت پرستاری "ارتباط" است و کلیه اقدامات پرستاری براساس و در زمینه ارتباط شکل می گیرند. وقتی مراقبتهای پرستاری دارای اثربخشی نیست، ممکن است بیانگر این حقیقت باشد که برقراری تعامل با بیماران و خانواده هایشان صورت نمی گیرد.

دلایل چندی منجر به بروز چنین ارتباطی بین پرسنل ارائه دهنده خدمات (پرستاران) و بیماران می‌شود. از جمله؛ علاقه تکنولوژیکی که نگرشی ابزارگونه به همه امور است. این دیدگاه ناظر به تبیین فرض رابطه علت و معلولی بیماری است. به همین دلیل تنها "بیماری" مهم است [۱۱]. بنابراین بدیهی است که در این جو تکنولوژیکی که فقط علوم فنی حرف اول را می‌زنند. بیماران با عنصرهای صدمه دیده شناخته می‌شوند. همین توجه به بعد عملی - فنی در مراقبت و درمان و عدم توجه به بعد روانی - اجتماعی رفتارهای ارتباطی پزشکان و پرستاران را مکانیکی نموده؛ به گونه‌ای که ارزشهای انسانی برای آنها کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد به همین دلیل بیماران مورد حمایت واقع نمی‌شوند [۹]. بررسیها نیز نشان می‌دهند، پرسنل ارائه دهنده خدمات بالینی تمایل کمی به ایجاد جوی برای بحث و پاسخ تشریحی به پرسشهای بیماران، دل نگرانیهای آنها در مورد بیماری، سیر پیشرفت و درمان آن دارند و زمان اختصاص یافته برای اینگونه مکالمات بسیار کم است. به عبارت دیگر میزان "بیمار محوری" در ارائه خدمات پرستاری و درمانی بسیار پایین است [۱۲].

عامل دیگری که در برقراری ارتباط موثر است، نگرش افراد حرفه‌ای است. در مطالعه‌ای نشان داده شده که کلیه ارتباطهای پزشکان با بیماران حاکی از تسلط حرفه‌ای و نگرشهای آنان در برقراری ارتباط است. به طوری که اطلاعات ارائه شده از طرف بیماران اصلاً اهمیتی نداشته و تنها به بیماری توجه شده و احساسات و تمایلات و علائق روحی - روانی بیمار نادیده گرفته شده است و تلقی بیماران از این گونه ارتباطات، عدم ارائه مراقبت بوده است.

حال علاوه بر ارتباطات یک طرفه و تحمیلی، روش برقراری ارتباط پرسنل حرفه‌ای ارائه دهنده خدمات - بهداشتی - درمانی نیز از نوع "پدرانه" است و این خود مانع بزرگی برای دستیابی به درک متقابل بین بیمار و مراقبین محسوب می‌شود.

دارندگان این حرف با اتکا به متخصصین و مهارت در علوم فنی، خود را ملزم می‌کنند که برای بیمار تصمیم‌گیری نمایند و چون بیمار فاقد آگاهیهای لازم است و از قدرت تصمیم‌گیری برخوردار نیست، پس استدلال با او نیز بی‌فایده است. به عبارت دیگر، برقراری ارتباط کاملاً یک طرفه است، دستوردهی صرف از طرف پرسنل بالینی و پذیرش محض آنها از طرف بیماران، حس برتری تخصصی و آگاهی در