

ارزیابی نحوه‌ی برقراری ارتباط پزشک با بیمار در مراکز آموزشی-درمانی شهر اهواز از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر

شهره بنی‌داوودی* : کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، بیمارستان ابودر، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

محسن حسین‌زاده: عضو هیأت علمی، گروه اطفال، بیمارستان ابودر، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

الهام مراغی: کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

چکیده: مهارت ارتباط پزشک با بیمار به هنگام گرفتن شرح حال و معاینه باعث جلب اعتماد بیمار و خانواده‌ی وی شده، در نتیجه باعث می‌شود معاینه دقیق‌تر، تشخیص و درمان صحیح‌تر صورت گیرد. در این مطالعه، نحوه برقراری ارتباط کلیه مقاطع پزشکی با بیماران هنگام معاینه از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر با استفاده از پرسشنامه ایوانز مورد ارزیابی قرار گرفت. این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. در تحقیق حاضر، مهارت ارتباطی پزشکان با پرسشنامه ایوانز از پزشکان و بیماران آن‌ها، با دو پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. گروه اول شامل ۵۰ نفر از پزشکان (متخصص، عمومی، دستیار و کارورز) مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، گروه دوم ۵۰ نفر از بیماران آن‌ها بودند که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. توزیع هر دو پرسشنامه با حضور پژوهشگر و به صورت مشاهده و مصاحبه انجام گرفت. اطلاعات به دست آمده با آمار توصیفی و استنباطی ضریب همبستگی اسپیرمن و نرم افزار SPSS 20.0 تحلیل شد. چک‌لیست ایوانز شامل سه مرحله معاینه (شروع، اجرا و پایان) است که در تحقیق حاضر، میانگین شروع معاینه ۱/۸۴، میانگین معاینه ۲/۲۰ و پایان معاینه ۱/۸۹ از ۳ امتیاز به دست آمد. در مجموع نحوه‌ی برقراری ارتباط پزشک با بیمار از دیدگاه مشاهده‌گر و بیمار ۱/۹۳ بود که در سطح متوسط ارزیابی گردید. همچنین بر طبق هر دو دیدگاه، بیشترین نواقص در روند شروع و سپس پایان و در نهایت اجرای معاینه بود. در بعضی موارد، بین دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر همخوانی وجود نداشت. بنابراین نقایصی در مهارت برقراری ارتباط پزشک با بیمار در حین معاینه وجود داشت که با توجه به اهمیت ارتباطات، ضرورت آموزش مهارت ارتباطی در مرکز مهارت‌های بالینی قبل از تماس با بیمار واقعی آشکار می‌گردد.

واژگان کلیدی: ارزیابی، مهارت ارتباط، پزشک، بیمار.

*نویسنده‌ی مسؤو: کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، بیمارستان ابودر، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران.

(Email: banidavoodshohreh@yahoo.com)

مقدمه

مهارت برقراری ارتباط با بیمار، پایه و اساس خدمات درمانی و مراقبتی مؤثر و موفق می‌باشد (راهمن، ۲۰۰۰). ارتباط غیر مؤثر منجر به مخفی ماندن مشکلات و نیازهای مددجویان و نقص در رضایت‌مندی بیماران می‌گردد (گرن، ۲۰۰۰). مهم‌ترین معیاری که بیمار توسط آن در مورد پزشک یا مراقبین خود قضاوت می‌نماید، نحوه ارتباط آن‌ها با وی است (نصریان، ۲۰۰۳). برقراری ارتباط مؤثر، کادر درمانی را قادر می‌سازد نیازهای مددجو را شناسایی نموده و در جهت حل مشکلات و رفع نیازهای وی گام بردارد (داس، ۱۹۹۸). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که نه تنها نقاط ضعفی در نحوه برقراری ارتباط پزشک با بیمار وجود دارد بلکه نحوه معاینه و ارتباط دانشجویان پزشکی با بیمار نیز از دقت کافی برخوردار نبوده است (راهمن، ۲۰۰۰؛ سن‌سون، ۱۹۹۷ و سیمپسون، ۱۹۹۱). از طرفی، تحقیقات دیگر نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش بر روی روند ارتباط پزشک و بیمار در راستای رفع نواقص کنونی بوده است (سن‌سون، ۱۹۹۷). نتایج مطالعه‌ای نشان داده است که آموزش مهارت برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت جامعه باید در برنامه‌ی دانشجویان گنجانده شود (بروک، ۱۹۹۸) و نیاز به ارتباط صحیح با بیمار، یکی از عوامل موفقیت حرفه‌ای در کادر پزشکی است (ادینگام، ۱۹۹۸). با توجه به اینکه در ایران تحقیقات کافی در زمینه نحوه برقراری ارتباط متخصصین و دانشجویان پزشکی با بیمار به خصوص از دیدگاه خود بیمار صورت نگرفته است، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای در این زمینه انجام دهیم. هدف از این مطالعه، تعیین و مقایسه نحوه برقراری ارتباط پزشک متخصص، عمومی، دستیار و کارورز با بیمار در حین معاینه و شرح حال‌گیری، از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر است تا از این طریق با تعیین نقاط قوت و ضعف مهارت‌های ارتباطی پزشکان با بیماران و رفع نواقص بتوان رهنمودهایی برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی اثربخش در ارتقاء این مهارت اساسی را به ارمغان آورد.

مواد و روش‌ها

جامعه پژوهش حاضر متشکل بود از پزشکان (۵۰ نفر) و بیماران (۵۰ نفر) که در مراکز آموزشی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور شهر اهواز مشغول به کار بودند. به منظور ارزیابی نحوه برقراری ارتباط پزشک با بیمار در حین معاینه، از سه روش دیدگاه بیمار ۱/۹۶ و مشاهده‌گر ۱/۷۳ که در مجموع ۱/۸۹ بود، مرحله‌ی اجرای معاینه از دیدگاه بیمار ۲/۲۴ و

پرسشنامه، مصاحبه و مشاهده با دو نوع ابزار جمع‌آوری اطلاعات برای دو گروه (پزشکان و بیماران) استفاده شد. به طور همزمان، اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی (جنس، تحصیلات هر دو گروه) نیز ثبت گردید. پرسشنامه ایوانز متشکل از ۲۲ زیرمعیار بود که به ارزیابی سه معیار (شروع، اجرا و پایان معاینه) می‌پرداخت و با مقیاس سه درجه‌ای از خوب تا ضعیف با ارزش نمرات ۳ تا ۱ چگونگی وضعیت برقراری ارتباط پزشک با بیمار را بررسی می‌کرد (ایوانز ۱۹۹۲). پرسشنامه اول مختص به پزشکان بود که توسط مشاهده‌گر (محقق) در حین ویزیت پزشکان متخصص و عمومی و شرح حال‌گیری دستیاران و کارورزان تکمیل شد و برخورد پزشکان بدون هیچگونه توضیحی مورد ارزیابی قرار گرفت تا این روال به طور طبیعی طی شود. مجدداً همان پرسشنامه با ساختار مشابه، یک ساعت بعد از پایان شرح حال‌گیری توسط پرسشگر به صورت مصاحبه با بیمار تکمیل گردید. لازم به ذکر است که پرسشنامه ایوانز در سال ۱۳۸۵ در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی کرمان به کار گرفته شد (فرج‌زاده ۲۰۰۶). روایی پرسشنامه جهت اطمینان از روایی محتوی با نظرخواهی ۶ نفر از متخصصان بالینی صاحب‌نظر مورد ارزیابی قرار گرفت، پایایی پرسشنامه نیز از طریق محاسبه ثبات درونی با اندازه‌گیری ضریب آلفای کربناخ (۰/۹۲۸ = α) پس از کسب داده تعیین گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نسخه‌ی ۲۰ نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میزان پاسخ‌دهی به ۵۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده برای پزشکان ۱۰۰ درصد بود که از بین پزشکان ۱۴ درصد متخصص، ۱۲ درصد پزشک عمومی، ۵۰ درصد دستیار و ۲۴ درصد کارورز بودند همچنین ۵۲ درصد از پزشکان مرد و ۴۸ درصد زن بودند. میزان پاسخ‌دهی به ۵۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده برای بیماران ۱۰۰ درصد بود که از بین بیماران ۸۰ درصد زیر دبلیوم و ۲۰ درصد بالای دبلیوم بودند همچنین ۵۸ درصد از بیماران زن و ۴۲ درصد مرد بودند. پرسشنامه ایوانز دارای سه مرحله (شروع، اجرا و پایان معاینه) است که هر سه مرحله از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر مورد ارزیابی قرار گرفت و امتیاز نهایی آن ۱/۹۳ از ۳ امتیاز بود. مرحله شروع معاینه از مشاهده‌گر ۲/۱۶ که در مجموع ۲/۲۰ بود و مرحله‌ی پایان معاینه از دیدگاه بیمار ۱/۹۲ و مشاهده‌گر ۱/۸۶ که در

خطاب قرار دادن او، شرح هدف از انجام معاینه و حتی آرام کردن بیمار" در سطح متوسط ارزیابی گردید ولی در مورد "معرفی پزشک به بیمار" بسیار ضعیف عمل شد این بدان معنی است که پزشک به هیچ عنوان خودش را به بیمار معرفی نمی‌کرد و هدف از معاینه را برای او شرح نمی‌داد که با نتیجه دو تحقیق دیگر کاملاً مطابقت دارد. پس از گذشت چندین سال همچنان این ضعف باقی مانده است (راهمن، ۲۰۰۰؛ و فرج‌زاده، ۲۰۰۶). در مرحله‌ی اجرای معاینه، فرایند معاینه، نحوه‌ی پرسیدن سؤالات و پاسخ به سؤالات بیمار مورد ارزیابی قرار گرفت که شامل زیرمعیارهای ذیل است:

در تحقیق حاضر در مورد "مطرح کردن سؤالات به صورت ساده و دادن توضیحات متناسب با سطح سواد بیمار و در نهایت برقراری ارتباط غیرکلامی مناسب" امتیاز بالایی به دست آمد و در تحقیقی دیگر نیز نشان داده شد که کارورزان اغلب جملات و عبارات ساده و غیرعلمی در توضیحات و طرح سؤالات خود به بیمار به کار می‌بردند (راهمن، ۲۰۰۰). ولی در مطالعه‌ی دیگر مشخص شد که دانشجویان اغلب از عبارت علمی و پیچیده استفاده می‌نمودند، بنابراین عدم همخوانی مطالعات فوق می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی-اجتماعی جمعیت مورد مطالعه باشد (مارتئو، ۱۹۹۱). در مورد "تشویق بیمار به صحبت کردن مرتبط با موضوع و گوش دادن به صحبت‌های بیمار و دادن پاسخ مناسب به سؤالات بیمار" در سطح متوسط ارزیابی شد، در تحقیق دیگری که در مورد بازنگری مشاوره‌ها در مراقبت اولیه با استفاده از وسایل سمعی و بصری انجام شد، توانایی کارورزان و کارآموزان را در این زمینه در حد خوب نشان داد (وربای، ۱۹۹۷) ولی در دو بررسی دیگر پی بردند که کارورزان در این مورد بسیار ضعیف عمل کردند (یک من، ۱۹۹۴ و راهمن، ۲۰۰۰). در نهایت در مطالعه‌ی دیگر نشان داده شد که آموزش‌های لازم پزشکی و مداخلات او برای بهبود بیمار منوط به همکاری و تعهد بیمار به درمان و ادامه آن است، پس منابع اختصاص داده شده به منظور بهبود این امر، ارزش سرمایه‌گذاری دارد و کمک شایانی به بیمار خواهد کرد (کلی، ۲۰۰۹). در مورد نحوه‌ی "برخورد صمیمی با بیمار" در سطح متوسط ارزیابی شد و در سه تحقیق دیگر که در مورد اولویت‌های بیمار و چگونگی بستری آن‌ها، مهارت‌های مشاوره توسط پزشکان جوان و در نهایت ارزیابی مهارت‌های ارتباطی پزشکان صورت گرفت؛ هر سه محقق به این نتیجه رسیدند که هیچگونه برخورد صمیمی بین پزشک و بیمار وجود نداشت که با تحقیق حاضر مغایرت

مجموع ۱/۸۹ بود (جدول ۱) در جدول شماره‌ی ۲ نتایج ارزیابی وضعیت برقراری ارتباط پزشک با بیمار بر اساس پرسشنامه ایوانز قید شده است. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد وضعیت ارتباطی پزشک با بیمار در مرحله آغازین، در مورد "معرفی پزشک به بیمار" با میانگین ۱/۷۰ پایین‌ترین امتیاز و در مورد "داشتن ظاهر تمیز و مرتب پزشک" با میانگین ۲/۵۷ بالاترین امتیاز را کسب کردند و در مرحله‌ی اجرای معاینه، در مورد "اطمینان از فهمیدن مطالب توسط بیمار" با میانگین ۱/۷۶ پایین‌ترین امتیاز و در مورد "مطرح کردن سؤالات به صورت ساده" با میانگین ۲/۵۵ بالاترین امتیاز را کسب کردند و در مرحله پایانی معاینه، در مورد "ارزیابی درک بیمار از نتیجه‌ی معاینه" با میانگین ۱/۶۹ پایین‌ترین امتیاز و در مورد اعلام "خاتمه مصاحبه با رفتار کلامی و غیرکلامی" با میانگین ۲/۱۹ بالاترین امتیاز را کسب کردند (جدول ۲).

بحث

تحلیل نتایج مطالعه نشان داد که میزان برخورد پزشک با بیمار در مرحله‌ی شروع معاینه در سطح متوسط، در مرحله‌ی اجرای معاینه در سطح خوب و در مرحله‌ی پایان معاینه در سطح متوسط ارزیابی شد. تحلیل نتایج بر اساس ضریب همبستگی اسپیرمن و تأثیر جنسیت پزشک در فرایند معاینه ($P = 0/49$) بود که با توجه به سطح معنی‌داری بیشتر از ($P \leq 0/05$)، تفاوت معنی‌داری بین دو دیدگاه وجود نداشت، همچنین میزان تأثیر رده‌های مختلف پزشکی (متخصص، عمومی، دستیار و کارورز) در فرایند معاینه ($P = 0/24$) بود که با توجه به سطح معنی‌داری بیشتر از ($P \leq 0/05$)، تفاوت معنی‌داری بین دو دیدگاه وجود نداشت، در نتیجه رفتار پزشک در همه رده‌ها با بیمار به یک شکل بوده و دانشجویان همانند متخصصین عمل می‌کردند. این مطالعه نمایانگر وجود نقاط ضعفی در نحوه‌ی برقراری ارتباط پزشک با بیمار بر اساس سه مرحله معاینه پرسشنامه ایوانز است. اغلب این نقایص از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر، به ترتیب در روند شروع، پایان و سپس اجرای معاینه بود ولی در دو مطالعه‌ی دیگر که در این زمینه صورت گرفت، حکایت از وجود نقاط ضعفی در برقراری ارتباط کارورزان با بیماران به ترتیب در روند پایانی و اجرا و سپس شروع معاینه بود (راهمن، ۲۰۰۰ و فرج‌زاده، ۲۰۰۶). در مرحله آغازین معاینه، نحوه‌ی احترام گذاشتن، معرفی پزشک به بیمار و حتی آرام کردن بیمار مورد ارزیابی قرار گرفت که شامل زیرمعیارهای ذیل است: در مورد "سلام و احوال‌پرسی و دارا بودن ظاهر تمیز و مرتب پزشک" امتیاز بالایی کسب شد، در مورد "پرسیدن نام بیمار و مورد

بعد در مطالعه‌ی دیگر نتیجه عکس به دست آمد و نشان داد که شواهد موجود در مهارت‌های ارتباطی را می‌توان در حین برگزاری آزمون آسکی و عملی، از طریق چک لیست‌هایی مورد ارزیابی قرار داد (بیچ ۲۰۰۹). در مورد رتبه‌بندی رابطه پزشک با بیمار نیز مطالعه‌ای با مدل HCCQ انجام شد و نشان داد که بررسی رتبه‌بندی ارتباط پزشک با بیمار از طریق بیماران واقعی نیاز به اطلاعات مختلف در مورد سبک ارتباطی پزشکان دارد (فیسلا، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای در چین این نتیجه حاصل شد که با تقویت مهارت‌های ارتباطی پزشکان می‌توان میزان شکایات بیماران را کاهش داد که این نتیجه با تحقیق حاضر مطابقت داشت (وانگ، ۲۰۰۶). همچنین در مورد بهبود ارتباط پزشک با بیمار مطالعه‌ای صورت گرفت و نشان داد که ارتباط از طریق پُست الکترونیکی بین پزشک و بیمار خیلی آسان‌تر است و میزان رضایت بیماران را بهتر نشان می‌دهد (لینگ‌لئونگ، ۲۰۰۵).

به طور کلی، نتایج حاصل از این مطالعه دال بر وجود اشکالاتی در نحوه برقراری ارتباط پزشک با بیمار در حین معاینه است. بنابراین یکی از دلایل کسب کمترین امتیاز در مرحله آغازین معاینه این است که نه تنها نشان از عدم آگاهی بیماران از حقوق و رفتار صحیح پزشک با آن‌ها است بلکه عدم آگاهی پزشکان نسبت به برخورد صحیح (کلامی و به خصوص غیر کلامی) است که این ضعف نیاز به ارتقاء دارد چرا که برخورد غیرکلامی بسیار ارزشمند است. بنابراین توصیه می‌شود آموزش مهارت‌های مقدماتی بالینی از جمله مهارت ارتباط با بیمار، به طور سازمان‌یافته قبل از شروع بخش‌های بالینی، در مرکز مهارت‌های بالینی صورت گیرد و در طی تحصیلات دوره پزشکی در موقعیت‌های پیچیده‌تر بالینی ادامه یافته و تکمیل گردد و در مورد بیماران می‌توان از جزوه‌های آموزشی برای بهینه کردن آگاهی آن‌ها استفاده کرد، بنابراین توصیه می‌شود که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر، نحوه‌ی برقراری ارتباط پزشک با بیمار اکثراً در سطح متوسط ارزیابی گردید. بیشترین نقایص در روند شروع، پایان و سپس اجرای معاینه بود که این امر نشان می‌دهد بیشترین نقاط ضعف ارتباطی پزشکان با بیماران در مرحله شروع و پایان معاینه است ولی فرایند معاینه با ضعف‌های کمتری صورت گرفت، بنابراین نه تنها لازم است که چگونگی رفتار صحیح پزشک را در بین بیماران (به خصوص قشر ضعیف و کم‌سواد) فرهنگ‌سازی نمود، بلکه ضرورت آموزش جامع‌تر در این

داشت (تامپسون، ۱۹۸۲؛ ماگیر ۱۹۸۶ و فین‌لی، ۱۹۹۵). در مورد "ابراز همدلی و همدردی با بیمار" امتیاز متوسط کسب شد و در این زمینه مطالعه‌ای نیز با مقیاس جفرسون انجام شد و نشان داد که پزشک در روند معاینه، فوق‌العاده عجله دارد زیرا پزشکان با دریافت پاسخ‌های کوتاه از سوی بیماران، تلاش در پایان دادن زمان معاینه را داشتند که با تحقیق حاضر مطابقت دارد (کلاس، ۲۰۰۷). در مورد "احترام به عقاید و باورهای بیمار" در تحقیق حاضر امتیاز متوسط به دست آمد و در این زمینه مطالعه‌ای در فرانسه نیز صورت گرفت و دریافتند که کیفیت ارتباطات و درک بیماران با زبان‌های مختلف را می‌توان با آموزش‌های خاص در مراقبت‌های اولیه بهبود بخشید (بی‌چوف، ۲۰۰۳). در تحقیق حاضر، پزشکان در مورد "اطمینان از فهمیدن مطالب توسط بیمار" بسیار ضعیف عمل کردند زیرا آن‌ها از بیماران هیچ بازخوردی دریافت نمی‌کردند.

در مرحله پایانی معاینه که در مورد چگونگی پایان دادن معاینه و پاسخ به سؤالات اضافی بیمار و حتی نتیجه‌گیری معاینه است که شامل زیرمعیارهای ذیل است: پزشکان در مورد "اعلام خاتمه معاینه با رفتار کلامی و غیر کلامی" در سطح خوب عمل کردند ولی در مورد "ارزیابی درک بیمار از نتیجه معاینه" بسیار ضعیف عمل شد و در مورد "پاسخ به سؤالات اضافی بیمار و جمع‌بندی مناسب از نتیجه معاینه" در سطح متوسط عمل کردند که در این زمینه در دو تحقیق دیگر، نشان داده شد که پزشکان روند معاینه را به طور نامناسب و ناگهانی پایان می‌دادند و هیچ کدام جمع‌بندی مناسبی از معاینه ارائه ندادند و به سؤالات اضافی بیمار پاسخ نمی‌دادند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در تحقیق حاضر پزشکان بهتر عمل کردند (راهمن، ۲۰۰۰ و فرج‌زاده، ۲۰۰۶). مطالعات دیگری در مورد جنسیت پزشک، درک رابطه توسط بیمار، رتبه‌بندی رابطه پزشک، کاهش شکایات بیمار و همچنین بهبود رابطه پزشک با بیمار توسط مدل‌های دیگر صورت گرفت که نتایج آن‌ها بسیار حائز اهمیت است که در ذیل به آن اشاره شده است:

در تحقیق حاضر، نشان داده شد که جنسیت پزشک در فرایند معاینه تأثیر چندانی ندارد ولی در این زمینه مطالعه‌ای در آمریکا بررسی کرد که تجانس بیمار و پزشک تأثیر به‌سزایی در روند درمان و تعامل بین آن‌ها دارد (برتاکیس، ۲۰۰۹). در مورد رابطه بین نمرات ارتباطی پزشک و درک این رابطه توسط بیمار در امتحانات آسکی مطالعه‌ای صورت گرفت و این نتیجه حاصل شد که ارزیابی میزان درک بیمار از رابطه‌ی مناسب پزشک با وی، کاری بسیار دشوار و حساس است (می‌زر ۲۰۰۵). ولی چهار سال

References:

Baig, LA, Violato, C, Cruther, RA, 2009. Assessing clinical communication skills in physicians: are the skills context specific of generalizable, *BMC Medical Education*, Vol.8, No.3, Pp.145-149.

Beckman, HB, Markakis, KM, Suchman, AL, et al, 1994. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions, *Arch Intern Med*, Vol. 154, No.12, Pp.1365-70.

Bertakis, KD, Frank, P, Epstein RM 2009, *Journal of Women's Health*, Vol. 18, No. 2 Pp. 54-59.

Bischoff, A, Perneger, TV, Bovier PA, et al, 2003. Improving communication between physician and patients who speak a foreign language, *Br J Gen Pract*, Vol. 53 No. 492, Pp. 541-546.

Brook, DW, Gordon, C, Meadow, H, et al, 1998. Education in behavioral medicine, *Med Teach*, Vo. 20, No. 3, Pp. 241-6.

Das, M, Townsend, A, Hasan, MY, 1998. The views of senior students and young doctors of their training in a skills laboratory, *Med Educ*, Vol. 32 No. 2, Pp.143-149.

Edingham, I, 1998. Twelve tips for setting up a clinical skills training facility, *MCIJ*, Vol. 20, No. 6, Pp. 503-507.

Evans, BJ, Stanley, RO, Mestrovic, R, et al, 1991. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency, *Med Educ*, Vol. 25, No.6, Pp. 517-526.

Evans, B, Stanley, R, Coman, G, et al, 1992. Measuring medical students' communication skills: Development and evaluation of an interview rating scale, *Psychol Health*, Vol. 6. Pp. 213-25.

Farajzadeh, S, Noohi, A, Mortazavi, HR, 2006. Interns' communication with patients: the views of patients and observers, *Iranian Journal of Medical Education*, Vol. 6, No. 2, Pp. 79-85.

زمینه در مرکز مهارت‌های بالینی به منظور بهبود شیوه رفتاری پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

در اینجا لازم می‌دانیم از کلیه پزشکان و بیمارانی که نهایت همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها را داشته‌اند کمال تشکر و سپاس را نماییم. **جدول ۱** - میانگین نظرات کلی مشاهده‌گر و بیماران در سه مرحله معاینه

مراحل مصاحبه	مشاهده‌گر	بیمار	امتیاز نهایی
شروع	۰/۷۳	۰/۹۶	۰/۸۴
اجرا	۱/۰۶	۱/۱۶	۱/۱۱
پایان	۰/۹۰	۰/۸۶	۰/۸۸
نتیجه نهایی	۰/۹۶	۰/۹۹	۰/۹۵

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار نمرات چگونگی

برقراری ارتباط با بیمار در مهارت‌های ارتباطی

حیطه ی ارتباطی	مشاهده‌گر	بیمار
شروع مصاحبه		
۱ سلام و احوال پرسی	۱/۱۰±۰/۹۷	۱/۲۶±۰/۹۴
۲ معرفی خود به بیمار	۰/۱۸±۰/۵۶	۰/۴۰±۰/۷۸
۳ پرسیدن نام و مورد خطاب قرار دادن بیمار با آن	۰/۶۴±۰/۹۲	۰/۹۰±۰/۹۷
۴ شرح هدف از انجام مصاحبه	۰/۴۲±۰/۸۱	۰/۷۴±۰/۸۹
۵ آرام کردن بیمار	۰/۵۴±۰/۷۸	۰/۸۶±۰/۸۵
۶ دارا بودن ظاهری تمیز و مرتب	۱/۵۲±۰/۶۴	۱/۶۲±۰/۵۶
مجموع (۱۲-۰)	۴/۴۰±۳/۲۱	۴/۴۰±۳/۲۱
مصاحبه		
۷ مطرح کردن سوالات به صورت ساده	۱/۶۶±۰/۵۵	۱/۴۴±۰/۶۷
۸ دادن توضیحات مناسب با سطح سواد بیمار	۱/۵۴±۰/۷۰	۱/۴۶±۰/۶۷
۹ تشویق بیمار به صحبت بیشتر	۰/۹۸±۰/۸۹	۱/۱۲±۰/۸۷
۱۰ گوش دادن به صحبت‌های بیمار	۱/۴۴±۰/۷۸	۱/۲۶±۰/۸۰
۱۱ تشویق بیمار به صحبت کردن مرتبط با موضوع	۰/۹۴±۰/۸۱	۱/۱۲±۰/۸۴
۱۲ پاسخ مناسب به سوالات بیمار	۱/۱۲±۰/۷۹	۱/۲۴±۰/۷۹
۱۳ اطمینان از فهمیدن مطالب توسط بیمار	۰/۵۶±۰/۷۶	۰/۹۶±۰/۸۵
۱۴ برخورد صمیمی با بیمار	۱/۰۲±۰/۷۹	۱/۲۲±۰/۷۳
۱۵ ابراز همدردی یا بیمار	۰/۸۸±۰/۷۹	۱/۱۸±۰/۷۷
۱۶ احترام به عقاید و باورهای بیمار	۱/۱۲±۰/۷۱	۱/۳۲±۰/۶۸
۱۷ برقراری ارتباط غیر کلامی مناسب	۱/۶۰±۰/۵۷	۱/۴۲±۰/۷۳
مجموع (۲۲-۰)	۱۱/۷۴±۵/۴۹	۱۲/۸۶±۶/۰۸
پایان مصاحبه		
۱۸ سوال از بیمار درباره مسائل مطرح نشده	۰/۸۰±۰/۸۸	۰/۸۴±۰/۸۶
۱۹ پاسخ به سوالات اضافی بیمار	۰/۸۴±۰/۷۶	۰/۸۲±۰/۸۲
۲۰ جمع‌بندی مناسب از نتیجه مصاحبه	۰/۸۸±۰/۸۹	۱/۰۰±۰/۸۸
۲۱ ارزیابی درک بیمار از نتیجه مصاحبه	۰/۶۰±۰/۸۵	۰/۷۸±۰/۸۱
۲۲ اعلام خاتمه مصاحبه با رفتار کلامی و غیر کلامی	۱/۱۸±۰/۸۲	۱/۲۰±۰/۸۳
مجموع (۱۰-۰)	۴/۳۰±۳/۵۲	۴/۳۰±۳/۵۲
مجموع کل چک‌لیست (۴۴-۰)	۲۱/۵۶±۱۱/۳۱	۲۱/۵۶±۱۱/۳۱

- Mazor, KM, Ockene, JK, Rogers, HJ, et al, 2005. The Relationship between Checklist Scores on a Communication OSCE and Analogue Patients Perceptions of Communication, *Advances in Health Sciences Education*, Vol. 10, No. 1, Pp. 37.
- Nasirian, kh, 2003. Evaluation of patient satisfaction with the medical staff at the hospital, Yazd 2003. *Proceedings of the National Conference on Health Communication Service, Tehran University of Medical Sciences, Tehran*, Pp. 92.
- Rahman, A, 2000. Initial assessment of communication skills of intern doctors in history-taking, *Med Teach*, Vol. 22, No. 2, Pp.184-8.
- Sanson-Fisher, R, Cockburn, J, 1997. Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context, *Med Educ*, Vol. 31, No. 1, Pp. 52-57.
- Simpson, M, Buckman, R, Stewart, M, et al, 1991. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement, *BMJ*, Vol. 303, No.6814, Pp.1385-7.
- Thompson, JA, Anderson, JL, 1982. Patient preferences and the bedside manner, *Med Educ*, Vol. 16, No. 1, Pp.17-21.
- Verby, JE, Holden, P, Davis, RH, 1997. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings, *Br Med J*, Vol. 1, No. 6179, Pp. 1686-8.
- Wong YS, Lee, A, 2006. Communication skills and doctor patient relationship, *MARCH J*, Vol. 11, No. 3, Pp. 34-39.
- Finlay, IG, Stott, NC, Kinnersley, P, 1995. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients, *Med Educ*, Vol. 29, No.6, Pp. 424-9.
- Fiscella, K, Franks, P, Srinivasan, M, et al, 2007. Ratings of physician communication by real and standardized patients, *Ann Fam Med*, Vol. 5, No. 2, Pp.151-158.
- Glaser, KM, Markham, FW, Adler, HM, et al, 2007. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study, *Med Sci Monit*, Vol. 13, No.7, Pp. 291-294.
- Grant, VJ, Hawken, SJ, 2000. What do they think of it now? Medical graduates' views of earlier training in communication skills, *Mead Teach*, Vol. 22, No. 3, Pp. 260-4.
- Kelly, B, Zolnierek, H, Dimatteo, MR, 2009. A physician communication and patient Adherence to treatment, *Med care*, Vol. 47, No. 8, Pp. 826-834.
- Ling Leong, SH, Gingrich, D, Lewis, PR, et al, 2005. Enhancing doctor –patient communication using Email: A pilot study, *JAM Board Fam Med*, Vol. 18, No.3, Pp.180-188.
- Maguire, P, Fairbairn, S, Fletcher, C 1986. Consultation skills of young doctors: I- Benefits of feedback training in interviewing as students persist, *Br Med J*, Vol. 292, No.6535, Pp. 1573-6.
- Marteau, TM, Humphrey, C, Matoon, G, et al, 1991. Factors influencing the communication skills of first-year clinical medical students, *Med Educ*, Vol. 25, No.2, Pp. 127-34.

Assessment of physicians' communication with patients in Ahvaz Hospitals from Patient and observer 'Perspectives

Shohreh Banidavoodi^{1,*}

Mohsen Hoseizadeh²

Elham Maraghi³

¹: M.A in Educational Management, Abuzar Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

²: Faculty member of Pediatrics, Abuzar Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

³: MSc in Epidemiology, Department of Biostatistics and Epidemiology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Abstract: Good communication between physician and patients during history taking and examination could lead to the both patient and his family' trust. Thus, examination, diagnosis, and treatment will be more precise and more accurate. The aim of this study was to investigate all sections of physicians' communication with patients from the observer and patient's view. This study was a descriptive – cross sectional study in 2013. In order to assess the physician's communication skill, 3 criteria of the Evans's questionnaire, two groups (physicians and their patients), and two questionnaires were evaluated. First group (N=50) were specialists, general, residents, and interns, second group consisted 50 of their patients were selected simple-randomly. Distribution of two questionnaires, observation, and interviews were conducted by the researcher. Data obtained with correlation coefficients spearman, descriptive, and inferential statistics were analyzed by SPSS 20.0 software. The Evans's checklist has three steps for examination (starting, implementing, and ending) through the present study; consequently, the first step (m=1.84), the second step (m=2.20), and third step (m=1.89) were obtained from 3 points and final result was (m=1.93). In total, the performance of physicians in communicating with their patients during visits was at intermediate level (m=1.93) from both the observer and patients' views. Moreover, according to their views, the most areas of deficit were at the beginning (m=1.84) and then ending (m=1.89) and during conducting of the interview (m=2.20), respectively. In the most parts, there was no consistent between observer's and patient's views.

There are some deficiencies in physicians' communication skills during history taking and visits. Considering the importance of communication skills, teaching them before confronting real patients would be necessary in Clinical Skills Learning Center.

Keywords: Assessment, Communication skills, Physician, Patient, Ahvaz.

***Corresponding author:** M.A in Educational Management, Abuzar Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Email: banidavoodshohreh@yahoo.com