مهلت داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه به پزشک در درمانگاه‌های سرپایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

زهرا موفقی*، عباس مکارم، نرگس بیرقی ، فخرالسادات حسینی ، محمد فارسی

چکیده

مقدمه: گوش دادن به بیمار برای طبابت و مراقبت از بیمار ضروری است. مطالعه حاضر با هدف تعیین زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه، قبل از قطع صحبت بیمار و تغییر جریان مصاحبه توسط اعضای هیأت‌علمی دانشکده پزشکی مشهد انجام گردید.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی مقطعی است که در در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شده است. نمونه پژوهش ۳۰ پزشک عضو هیأت‌علمی دانشکده پزشکی مشهد بود که به روش طبقه‌ای و به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ابزار اندازه‌گیری زمان بر حسب دقیقه و ثانیه، کرونومتر از نوع Fortex و ابزار ضبط صوت یک دستگاه MP3 بود. اطلاعات مربوط به ۳۳۰ ویزیت به روش مشاهده غیر مشارکتی جمع‌آوری گردید. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار JMP4 و با آزمون‌های ANOVA, T TEST، همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی و مجذور کای تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: میزان مشارکت پزشکان ۴۶٪ و بیماران ۹۳٪ بود. پزشکان هیأت‌علمی میانگین ۴۷ سال سن داشته و ۷۰٪ مرد و ۶۷٪ استادیار بودند. داده‌های ۳۲۰ مشاهده آنالیز شد. به طور متوسط پزشکان ۰/۵۵±۹/۵ ثانیه پس از این که بیماران توضیحات خود را شروع می‌کردند، صحبت آنها را قطع و مسیر صحبت را تغییر می‌دادند. فرصت بیماران برای توضیح علت مراجعه، با مدت کل مشاوره همبستگی مثبت معنادار (r=۰/۲۱ , p<۰/۰۰۰۱) و با تعداد بیماران نوبت داده شده، همبستگی منفی معنادار و تابعیت خطی داشت (p<۰/۰۰۷, r=-۰/۱۵).

نتیجه‌گیری: این پژوهش نشان داد که اعضای هیات علمی در مقایسه با مطالعات مشابه در سایر کشورها، مهلت کمتری برای صحبت به بیماران می‌دهند. نظر به رسالت خطیر اساتید در تربیت پزشکان آینده، انجام پژوهش‌هایی جهت تعیین استانداردهای طبابت و حداکثر حجم مجاز کار پزشکان توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: گوش کردن، مهارت‌های ارتباطی، مشاوره بالینی، رفتار حرفه‌ای ، اعضای هیأت‌علمی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ مهر ۱۳۹۲؛ ۱۳(۷): ۵۶۱ تا ۵۷۰

مقدمه

عبارت" به بیمار خود گوش کنید: او تشخیص را به شما می‌گوید" به آقای ویلیام اوسلر بنیان‌گذار و پدر پزشکی نوین منسوب است. گوش کردن مهم‌ترین مهارت مصاحبه، کلید اصلی برقراری ارتباط مؤثر و جمع‌آوری

*نویسنده مسؤول: **زهرا موفقی**، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، گروه توسعه آموزش، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. movaffaghiz1@mums.ac.ir

دکتر عباس مکارم، (استاد)، گروه دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (makarema@mums.ac.ir)؛ دکتر نرگس بیرقی (دانشیار)، گروه روانپزشکی و سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.(nbeyraghi@yahoo.com)؛ فخرالسادات حسینی، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (hosseini2761@hotmail.com)؛ دکتر محمد فارسی (استاد)، گروه بیوتکنولوژی، دانشکده کشاورزی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (mohfarsi@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۹/۱۸، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۲/۱۸، تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۹

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

اطلاعات ضروری محسوب می‌گردد. گوش کردن به صحبت بیمار نشان دهنده‌ی این است که پزشک از اهمیت پاسخ‌گویی به نیازهای زیستی، روانی و اجتماعی بیمار آگاه بوده و نسبت به آن احساس مسؤولیت می‌کند. این امر علاوه بر احترام به کرامت انسانی بیمار، اعتماد بیمار به پزشک را در پی خواهد داشت. اعتماد به پزشک در همکاری بیمار و پیروی از دستورات درمانی متجلی گردیده موجب بهبودی و بازگشت سریع تر بیمار به کار و جامعه خواهد گردید(۱).

مطالعات نشان می‌دهد که مردم در مراجعات خود به سیستم‌های بهداشتی- درمانی، بیش از هر چیز دیگری انتظار دارند که به صحبت آنها گوش داده شود(۲). گوش کردن به بیمار می‌تواند موجب کاهش مراجعات تکراری و غیر ضروری(۳) و جلوگیری از شکایت‌های قانونی(٤)، شود. در بسیاری از مشکلات جزیی سلامت، مهارت‌های ارتباطی مؤثر مانند گوش کردن فعال می‌تواند به تنهایی برای بیمار درمان‌کننده و تسکین دهنده باشد(٥). این در حالی است که عدم حساسیت در مقابل انتظارات بیمار و عدم شناخت و درک توقعات وی موجب می‌گردد که مجموعه سیستم درمانی و همچنین بیماران هزینه‌ها و عوارض سنگینی را متحمل شوند(۱). نتایج برخی مطالعات نشان داده است که بیماران ناراضی دستورات پزشک را کم‌تر اجرا می‌کنند، سیر درمان خود را کم‌تر پیگیری می‌کنند و هم چنین با احتمال بیش‌تری پزشک یا سیستم درمانی خود را عوض می‌کنند(۱).

از طرف دیگر کمبود وقت برای پزشکان یک مشکل دائمی بوده و آنها معمولاً تلاش می‌کنند که زمان مشاوره را کنترل کنند. یکی از استراتژی‌هایی که پزشکان برای کاهش زمان مشاوره استفاده می‌کنند، قطع کردن صحبت بیماران و تغییر جهت جریان مصاحبه از همان ابتدای مصاحبه است. در مطالعه بکمن و فرانکل ۲۳٪ بیماران فرصت پیدا کردند که اولین جمله خود را تمام کنند و پزشکان به طور متوسط ۱۸ ثانیه پس از این که بیماران شروع به بیان علت مراجعه خود می‌کردند، صحبت آنها را قطع کرده‌اند(٦). مارول با ضبط ۲٦٤ مشاوره از ۲۹ پزشک خانواده‌ی دارای گواهی بورد در آمریکا و کانادا(۷) نشان داد که تنها در ۲۸ ٪ موارد اولین جمله بیماران به پایان رسید و به طور متوسط ۲۳ ثانیه پس از این که بیماران توضیحات خود را شروع می‌کردند، صحبت آنها را قطع و جریان صحبت تغییر داده می‌شد.

بسیاری از پزشکان معتقدند که اگر به بیماران اجازه صحبت کردن بدهند، قادر به اداره کردن مشاوره نخواهند بود. در دسته ای از مطالعات از پزشکان خواسته شد که صحبت بیماران خود را قطع نکنند. در این مطالعات میانگین صحبت بیماران در کلینیک نورولوژی کمتر از ۲ دقیقه(۸)، در کلینیک طب داخلی ۹۲ ثانیه(۹) ثبت شده است. در کلینیک نورولوژی ۷۰٪ بیماران(۸) و کلینیک طب داخلی ۷۸٪ بیماران(۹) صحبت خود را در عرض ۲ دقیقه تمام کردند. لانجویتز و همکاران نتیجه گرفتند که حتی در شرایط محدودیت‌های زمانی و مالی، در ۸۰٪ موارد، ۲ دقیقه گوش کردن به بیماران می‌تواند برای بدست آوردن فهرست نسبتاً کاملی از دلایل مراجعه بیماران کافی باشد(۹). در مطالعه ویلکینسون میانگین صحبت پیوسته بیماران، وقتی که پزشک صحبت آنها را قطع نمی کرد، ٤٤ ثانیه گزارش شد. در این مطالعه ۸۹ بیمار کمتر از یک دقیقه و ٤٤ بیمار کمتر از ۳۰ ثانیه صحبت کردند(۱۰). این مطالعات نشان می‌دهد که فرصت دادن به بیماران در ابتدای مشاوره ممکن است وقت زیادی نگیرد اما تا وقتی که این فرصت به بیماران داده نشود، مشاوره تکمیل نمی‌شود.

بدیهی است که دانشکده پزشکی محل کسب رفتارها و نگرش‌های حرفه‌ای پزشکی بوده و آموزگاران پزشکی به عنوان الگوهای رفتاری، اساس این فرهنگ‌سازی محسوب می‌شوند. فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME) بیان می‌دارد: "قابلیت‌های حرفه‌ای و آکادمیک دانشجویان باید متوازن باشد. توانایی‌ها، نگرش‌ها و مهارت‌های

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

ارتباطی باید دقیقاً به اندازه درک مکانیسم‌های بیولوژیک پایه مورد تأکید قرار گیرند"(۱۱). این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت اعلام نموده است که "به موازات آن که علم پزشکی به تکنیک‌های پیشرفته‌تری مجهز می‌گردد، خطر جدایی پزشکان از بیماران بیشتر می‌شود. گاهی آموزش‌های پزشکی عملاً بی‌تفاوتی نسبت به احساسات عاطفی بیماران را رواج می‌دهد که این موضوع تأثیر مخربی بر قابلیت پزشک برای برقراری ارتباط مؤثر با بیماران ایجاد می‌کند"(۱۲). واقعیت این است که فقط بخشی از اهداف آموزشی پزشکی به صورت رسمی و از طریق آموزش‌های برنامه‌ریزی شده منتقل می‌شوند. بیش‌تر آنچه ارزش‌ها، باورها و رفتارهای حرفه‌ای پزشکی را تشکیل می‌دهد، از طریق کوریکولوم پنهان منتقل می‌شود. در عمل آنچه از طریق کوریکولوم پنهان کسب می‌شود، اغلب می‌تواند مخالف اهداف و محتوایی باشد که به صورت رسمی برای دوره برنامه‌ریزی شده است(۱۳). از این جهت الگوبرداری رفتاری، یکی از بحرانی‌ترین حیطه‌های آموزش پزشکی محسوب می‌شود؛ زیرا به صورت غیرعمدی و در خلال انجام فعالیت‌های روزمره اتفاق می‌افتد و از استانداردها می‌گریزد. به این ترتیب، تکرار تجربیات منفی، تأثیر مخربی بر شکل‌گیری رفتارهای حرفه‌ای پزشکان آینده ایجاد می‌کند(۱٤).

گوش کردن به بیماران مهارتی است که علی‌رغم اهمیت حیاتی برای طبابت، در کلیه ابعاد آموزش، عمل و تحقیقات مغفول مانده است. نظر به اهمیت جایگاه و نقش اعضای هیأت‌علمی به عنوان الگوهای رفتاری پزشکان آینده و تأثیر نگرش، رفتار و مهارت اساتید بر عملکرد حرفه‌ای آینده دانشجویان، این مطالعه با هدف اطمینان از تحقق پیامدهای مناسب آموزشی در دانشجویان پزشکی، به بررسی زمان داده شده به بیماران توسط اعضای هیأت‌علمی بالینی دانشکده پزشکی برای بیان علت مراجعه، در کلینیک‌های سرپایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد پرداخته است.

روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی مشاهده‌ای از نوع مقطعی است که در یک مقطع زمانی ۹ ماهه در سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ در کلینیک ویژه درمانگاه‌های سرپایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. جمعیت آماری پژوهش را استادان بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی و به روش طبقه‌ای انجام گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت ۲۳ عضو هیأت‌علمی تعیین شد که برای افزایش دقت به ۳۰ نفر افزایش یافت و با استناد به مطالعه مارول(۷)، تعداد ۱۱ مشاوره از هر پزشک و در مجموع تعداد ۳۳۰ مشاوره بالینی به روش غیر مشارکتی، مشاهده و ضبط گردید. گروه‌های بالینی طبقات را تشکیل داده و تصادفی‌سازی به وسیله لیست کارگزینی و با کمک جدول اعداد تصادفی انجام پذیرفت. گروه روانپزشکی از بین طبقات حذف گردید. شرط شرکت در مطالعه، رضایت پزشک و بیمار به حضور پژوهشگر در اتاق مشاوره بود. جهت کسب اجازه آگاهانه، به بیماران و پزشکان گفته شد که این مطالعه مهارت پزشکان را در گوش کردن به بیماران، مورد بررسی قرار می‌دهد.

ابزار اندازه‌گیری زمان بر حسب دقیقه و ثانیه، کرونومتر از نوع Fortex بود. ابزار ضبط صوت یک دستگاه MP3 از نوع Iriver T8 بود. در صورت لزوم نوارهای صوتی ضبط شده از مشاوره‌های بالینی جهت کنترل، رفع شبهات احتمالی و تأیید صحت اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات مربوط به بیماران و پزشکان بر اساس فرم مشخصات بیمار/ پزشک و اطلاعات مربوط به تعداد بیماران نوبت داده شده با استفاده از دفتر ثبت مراجعات درمانگاه جمع‌آوری گردید. کلیه اطلاعات در شیفت بعدازظهر کلینیک ویژه جمع‌آوری شد که شیفت دوم کاری اعضای هیأت‌علمی محسوب گردیده و بیماران خصوصی ویزیت می‌شوند. برای به حداکثر رساندن پایایی بین مشاهده‌گران، کلیه ویزیت‌ها توسط فرد ثابتی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

اندازه‌گیری و ثبت گردید. برای گزینش این فرد، دو موضوع مورد توجه قرار گرفت. نخست این که به منظور به حداقل رساندن تورش حضور مشاهده‌کننده، پژوهشگر، از میان چهره‌های جدید و ناشناخته برای اعضای هیأت‌علمی، انتخاب شد؛ دوم این که به جهت رعایت مصالح شرعی و عرفی از نظر بیماران به ویژه خانم‌ها، پژوهشگر یک خانم انتخاب شد. همچنین برای کنترل تورش، مسؤولیت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک پزشکان و بیماران، مسؤولیت مشاهده ویزیت و اندازه‌گیری زمان، و مسؤولیت تجزیه و تحلیل‌داده‌ها به سه فرد متفاوت داده شد. بر اساس آموزش ارائه شده به پژوهشگر، معیار محاسبه "زمان داده شده به بیمار برای توضیح علت مراجعه قبل از قطع و جهت‌دهی جریان صحبت بیمار توسط پزشک" زمانی بود که بیمار خودش صحبتش تمام شده و سکوت کند، یا این که پزشک جریان صحبت بیمار را قطع و با پرسش سؤال بسته به سمت خاصی هدایت کند، بدون این که واقعاً مطمئن شده باشد صحبت بیمار به پایان رسیده است. چنانچه صحبت پزشک یک عبارت تشویق‌کننده برای تداوم صحبت بیمار (بله، خوب، ادامه بده.) و یا یک سؤال باز و غیر جهت‌دهنده بود، صحبت پزشک اتمام زمان صحبت بیمار محاسبه نمی‌شد. این مطالعه پس از کسب مجوز از مسؤولین دانشکده و حراست بیمارستان‌های آموزشی انجام گردید.

متغیرهای دموگرافیک و مداخله‌گر مربوط به پزشکان (سن، جنس، مرتبه دانشگاهی، سابقه طبابت و تدریس) و بیماران (سن، جنس، تحصیلات، سطح درآمد، وضعیت سکونت، تکرار مراجعات) و همچنین کل مدت مشاوره، تعداد بیماران نوبت داده شده در شیفت کاری حضور پژوهشگر، به روش آماری تحت کنترل قرار گرفت. به منظور حذف تأثیر متغیر خستگی پزشک بر یافته‌های مطالعه، نمونه‌گیری از بین ۱۱ مشاوره‌ی نخست هر پزشک صورت گرفت.

اطلاعات به وسیله نرم‌افزار آماری JMP4 و نرمال بودن توزیع مشاهدات توسط آزمون شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت (نرم‌افزار JMP، بخشی از برنامه SAS و ابزاری قوی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات است). برای مقایسه تأثیر متغیرهای زمینه‌ای نظیر سن و جنس، سابقه کار بالینی و تدریس اساتید، بر زمان داده شده به بیماران از آزمون‌های ANOVA و t-test و برای بررسی تأثیر آنها بر متغیر کیفی تکمیل یا قطع صحبت بیمار، از آزمون مجذور کای استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی میزان همبستگی بین زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه با متغیرهای کمی، و رگرسیون خطی ساده برای بررسی تابعیت خطی این متغیرها مورد استفاده قرار گرفت. در کلیه آزمون‌ها $p\leq ۰/۰۵$ به عنوان سطح معنادار در نظر گرفته شد.

نتایج

برای جلب همکاری ۳۰ پزشک هیأت‌علمی، با ٦٥ نفر مکاتبه گردید و برای جلب رضایت ۳۳۰ بیمار با ۳٥٤ بیمار در سالن انتظار مصاحبه شد. به این ترتیب میزان مشارکت اعضای هیأت‌علمی و بیماران در این مطالعه و موافقت با حضور پژوهشگر در ضمن مشاوره‌های بالینی به ترتیب ٤٦٪ و ۹۳٪ محاسبه گردید. از مجموع ۳۳۰ مشاوره بالینی مشاهده و ضبط شده، اطلاعات مربوط به تعداد ده مشاهده مربوط به نخستین تجربه مشاهده‌گر کنار گذاشته شد و اطلاعات مربوط به ۳۲۰ مشاوره بالینی تجزیه و تحلیل گردید.

میانگین سنی در نمونه ۳۰ نفری پزشکان شرکت‌کننده در این مطالعه ٤۷ سال بود و ۷۰٪ آنها مرد بودند.

از مجموع ۳۲۰ بیمار، حدود دو سوم از بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه خانم و ساکن مشهد بودند. میانگین سنی بیماران ۳۷ سال بود. ۸٦ نفر (۲٦٪) بیماران بی‌سواد، ۱۰۳ نفر (۳۲٪) تحصیلات ابتدایی، ۹٦ نفر (۳۰٪)

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

دبیرستانی و ۳۳ نفر (۱۰٪) کاردانی و کارشناسی و ۲ نفر (۱٪) تحصیلات بالاتر داشتند.

هشت نفر از پزشکان (۲۶٪)، چندین بیمار را به صورت هم‌زمان در اتاق ویزیت می‌پذیرفتند. از این گروه تعداد ۳ پزشک (۱۰٪) ویزیت چند بیمار را نیز به طور مشترک با هم انجام می‌دادند.

میانگین زمان داده شده به بیماران برای توضیح مشکل ۹/۵±۰/۵۵ ثانیه و ضریب تغییرات ۱۰۳٪ محاسبه شد(جدول ۱). میانه زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه ٦ ثانیه بود.

جدول ۱: توزیع زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه قبل از قطع و جهت‌دهی به جریان صحبت بیمار توسط پزشک

زمان صحبت (ثانیه)	≤ ۵	۶–۱۰	۱۱–۱۵	۱۶–۲۰	۲۱–۲۹	۳۰–۳۹	۴۰–۴۹	مجموع
تعداد بیماران (٪)	۱۴۸(۴۶٪)	۷۱ (۲۲٪)	۳۵ (۱۱٪)	۳۱ (۱۰٪)	۲۰ (۶٪)	٦(۲٪)	۹(۳٪)	۳۲۰ (۱۰۰٪)

یافته‌ها نشان داد متغیرهای جنسیت پزشک ($p\leq ۰/۰۱$)، سابقه طبابت ($p\leq ۰/۰۰۰۱$)، و درآمد بیمار($p\leq ۰/۰۳$) تأثیر معناداری بر زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه داشته‌اند. سایر متغیرهای دموگرافیک/ مداخله‌گر تأثیر معناداری بر متغیر اصلی مطالعه نداشتند. جدول ۲ میانگین زمان داده شده به بیماران برای بیان مشکل را به تفکیک متغیرهای دموگرافیک بر اساس آزمون تجزیه واریانس نشان می‌دهد.

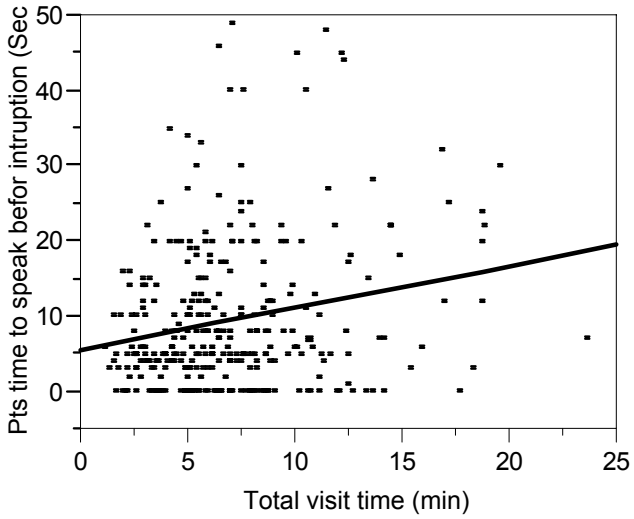
جدول۲: مقایسه میانگین زمان داده شده به بیماران برای بیان مشکل به تفکیک متغیرهای دموگرافیک و مداخله‌گر

متغیر	واحد	تعداد	میانگین زمان داده شده به بیمار برای توضیح مشکل* (ثانیه)
جنسیت پزشک	زن	۹	$۷/٤^{a}\pm ۰/۹۷$
	مرد	۲۱	$۱۰/٤^{b}\pm ۰/٦٦$
سابقه طبابت پزشک	کم‌تر از ۱۵	۱	$۱۱/٤۷^{a}\pm ۰/۷٤$
	۱۶–۲۵	۹	$٦/۰۲^{b}\pm ۰/۰۱$
	بیش‌تر از ۲۵	٦	$۹/۰۹^{c}\pm ۰/۱۷$
درآمد بیمار	کم‌تر از کفاف	۱۰۹	$۷/٦^{a}\pm ۰/۹۰$
	در حد کفاف	۲۰۲	$۱۰/۲^{b}\pm ۰/۷۰$
	بیش‌تر از کفاف	۵	$۱٤/۳^{b}\pm ٤/۸۰$

* برای هر متغیر، میانگین‌هایی که دارای حرف مشترک (a یا b یا c) هستند در سطح $\alpha=۰/۰۵$ تفاوت آماری معناداری ندارند.

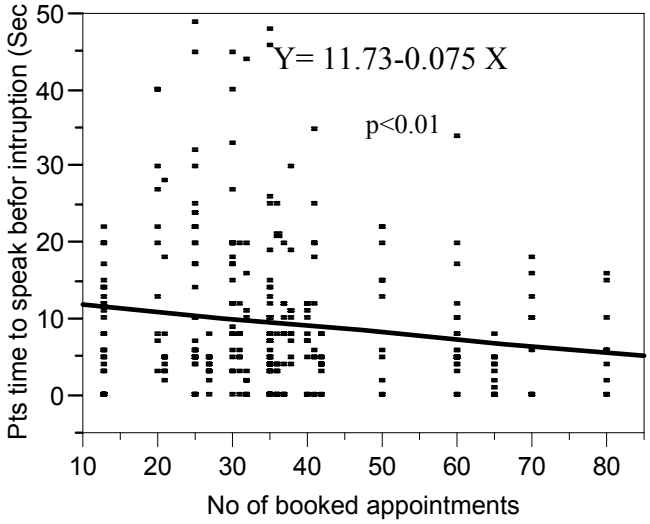
در مطالعه حاضر مدت کل مشاوره‌های بالینی به طور میانگین ٦/۹±۰/۲۱ دقیقه محاسبه گردید. زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه با کل مدت ویزیت همبستگی معنادار مثبت ($r=۰/۲۱$, $p<۰/۰۰۰۱$) و با تعداد بیماران نوبت داده شده، همبستگی منفی معنادار و تابعیت خطی داشت ($r=-۰/۱۵$، $p<۰/۰۰۰۷$). ارتباط رگرسیونی دو متغیر نشان داد که به ازای افزایش هر یک دقیقه به مدت مشاوره، زمان بیمار برای توضیح مشکل خود ۰/۵٦ ثانیه افزایش پیدا کرد (نمودار ۱).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]



نمودار ۱: رابطه رگرسیونی زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه با کل مدت مشاوره

در این مطالعه برای نیمی از پزشکان به بیش از ۳۵ بیمار، برای ۲۵٪ پزشکان بیش از ٤٤ بیمار و برای ٦ پزشک (۲۰٪ پزشکان)، به ۸۰-٦۰ بیمار نوبت داده شده بود. مهلت بیماران برای توضیح علت مراجعه با تعداد بیماران نوبت داده شده همبستگی منفی معنادار داشت($p\leq ۰/۰۰۷, r=-۰/۱۵$). ارتباط رگرسیونی دو متغیر نشان داد که به ازای افزایش هر بیمار به لیست بیماران نوبت داده شده، زمان بیمار برای توضیح مشکل خود ۰/۰۸ ثانیه کاهش پیدا کرد (نمودار ۲).



نمودار ۲: رابطه رگرسیونی میانگین زمان داده شده به بیمار برای توضیح علت مراجعه با تعداد بیمار نوبت داده شده در همان شیفت کاری

بحث

یافته‌ها نشان داد که پزشکان عضو هیأت‌علمی دانشکده پزشکی، به طور متوسط ۹/۵±۰/۵۵ ثانیه پس از این که بیماران توضیحات خود را شروع می‌کردند، صحبت آنها را قطع و مسیر صحبت را تغییر دادند. در این مطالعه تنها ١٤٪ بیماران فرصت پیدا کردند که توضیحات خود را در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

مورد علت مراجعه، تمام کنند. این یافته نصف و کم‌تر از نصف مدت زمانی است که در مطالعات بک‌من و همکاران و مارول، گزارش شده است(٦و٧).

همچنین یافته‌ها نشان داد که در میان پزشکان هیأت‌علمی، آقایان به طور متوسط ۳ ثانیه بیش از خانم‌ها اجازه دادند صحبت بیماران تکمیل شود. در مطالعه مارول ارتباطی بین فرصتی که پزشکان برای توضیح مشکل به بیماران خود دادند با جنسیت پزشکان وجودنداشت(٧). این یافته با یافته‌های مطالعه رضایی که مهارت‌های ارتباطی پزشکان خانم را نسبت به آقایان بهتر گزارش کرده بود هم‌خوانی ندارد (١٥).

یافته ها نشان داد پزشکان با سابقه طبابت کم‌تر از ١٥ سال بیش‌تر از همه و پزشکان با سابقه ٢٥-١٥ سال کم‌تر از همه به بیمار خود برای توضیح علت مراجعه زمان دادند. نتایج بررسی میرزازاده نشان داد که با افزایش سن اعضای هیأت‌علمی بالینی، نگرش پزشک محوری افزایش می‌یابد(١٦). این موضوع شاید بتواند برتری معنادار زمان داده شده به بیماران را توسط اساتید با سابقه کم‌تر از ١٥ سال نسبت به اساتید پرسابقه توجیه کند، اما برتری معنادار زمان داده شده به بیماران توسط اساتید پیشکسوت را نسبت به اساتیدی که ١٦-٢٥ سال سابقه داشتند، توجیه نمی‌کند.

یافته‌ها همچنین نشان داد بیمارانی که در پرسشنامه‌ی خودایفای اطلاعات دموگرافیک، سطح درآمد خود را کم‌تر از کفاف ارزیابی کرده بودند، زمان کم‌تری برای بیان علت مراجعه به پزشک پیدا کردند و صحبتشان بیش‌تر قطع شد. این درحالی است که متون اهمیت توجه به اقشار محروم و اقلیت‌ها را به جهت خطراتی که آنها را تهدید می‌کند، مورد تأکید قرار می‌دهد(١٧).

در این مطالعه مدت کل مشاوره بالینی با فرصت داده شده به بیماران ارتباط معنادار ($p<0/0001$, $r=0/21$) داشت. میانگین مدت مشاوره‌های بالینی (٦/٩±٠/٢١) در مطالعه حاضر با زمان به ثبت رسیده در مطالعه ملاباشی هم‌خوانی دارد. در این مطالعه مدت کلی تعامل استاد با بیمار در درمانگاه‌های آموزشی دانشگاه اصفهان در ٥٦٪ ویزیت‌ها کم‌تر از ٥ دقیقه و در ٣٨٪ ویزیت‌ها ٥ تا ١٠ دقیقه محاسبه گردید(١٨).

یکی از دلایل فرصت کم بیماران برای توضیح علت مراجعه خود، می‌تواند حجم کار پزشکان باشد. این مطالعه، در شیفت دوم کاری اعضای هیأت‌علمی انجام گردیده است. با این وجود نیمی از اساتید بیش از ٣٣ بیمار و ٢٠٪ ایشان بین ٨٠-٦٠ بیمار در لیست انتظار نوبت داشتند. ده درصد از پزشکان عضو هیأت‌علمی نه تنها بیماران را به صورت گروهی در اتاق مشاوره می‌پذیرفتند بلکه ویزیت چند بیمار را نیز به طور مشترک با هم انجام می‌دادند. در این مطالعه اگرچه جهت حذف متغیر خستگی، نمونه‌گیری از ١٠ بیمار نخست هر پزشک به عمل آمد، با این وجود زمان داده شده به بیماران برای توضیح علت مراجعه با تعداد بیماران نوبت داده شده همبستگی منفی معنادار داشت. این در حالی است که بر اساس متون، اطلاعات گفته نشده ی بیمار در یک مشاوره بالینی می‌تواند موجب نتیجه ضعیف در مشاوره بالینی گردد (١٩)؛ و از طرف دیگر خستگی ناشی از کار می‌تواند قضاوت و توانمندی‌های پزشک را مختل نموده و نتایج ناگواری را برای بیماران به بار آورد(٩). از این جهت برخی کشورها برای حجم کاری پزشکان محدودیت تعریف شده‌ای وضع نموده‌اند(٢٠).

ریچی در توضیح نقش نظام پرداخت و کمپانی‌های بیمه در این خصوص می‌گوید: "در زمان ویلیام اوسلر گوش‌کردن بخش اساسی و ضروری طبابت و هنر پزشکی محسوب می‌شد. نقش پزشکان سنتی این بود که بین علم و هنر پزشکی تعادل برقرار کنند، در حقیقت در حال حاضر به جای این که درمان برای هر فرد به طور ویژه و متناسب با شرایط اجتماعی-اقتصادی و روانی همان "بیمار" طراحی و تنظیم شود، برای هر "بیماری" یک پروتکل به عنوان "بهترین درمان شناخته شده"

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

معرفی گردیده و برای هر انسانی با همان علائم، اعمال می‌شود. از این جهت نارضایتی از مراقبت‌های سلامتی رو به افزایش نهاده است. بیماران می‌خواهند که مانند انسان با آنها رفتار شود، محترم شمرده شده به صحبت آنها گوش داده شود، آنها می‌خواهند که شان و شخصیت آنها در نظر گرفته شود. این در حالی است که بر اساس مقررات بیمه، هنر پزشکی لوکس است و گوش کردن به بیمار وقت تلف کردن محسوب گردیده و ارزش پول دادن را ندارد"(۲۱).

عملکرد ضعیف اعضای هیأت‌علمی به عنوان سنگربانان و آموزش‌دهندگان ارزش‌ها و رفتارهای ضروری برای طبابت، به هر دلیلی که باشد، موجب خواهد گردید که دانشجویان اصول اخلاق پزشکی را مفاهیمی آمیخته با انواع تناقض و پیام‌های دوگانه ببینند. نتیجه‌ی مستقیم این امر، بی‌تعهدی پزشکان آینده نسبت به تقدس استانداردهایی خواهد بود که قرار است بر زندگی حرفه‌ای آنها حاکم باشد. بدیهی است در این شرایط "ارزش"هایی از قبیل اخلاق و تعهد به حرفه مقدس پزشکی در گرداب مشکلات و مقتضیات روزانه‌ی بخش/ درمانگاه/... مدفون خواهد گردید.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اعضای هیأت‌علمی دانشکده پزشکی مشهد، در مجموع نصف و کم‌تر از نصف زمانی که در سایر مطالعات به ثبت رسیده بود، به بیماران خود گوش کردند. برای آینده پژوهش‌های کیفی و کمی جهت بررسی علل، عوامل تأثیرگذار و پیامدهای این پدیده، یافتن راه حل‌های بومی از قبیل تعیین استانداردها و حداکثر حجم کاری پزشکان متناسب با شرایط، منابع و نیازهای بومی ایران توصیه می‌گردد. همچنین طراحی ساز و کارهایی جهت توجه به باورها، ارزش‌های حرفه‌ای و رفتارهای مرتبط با آنها در معیارهای جذب و ارتقای اعضای هیأت‌علمی پیشنهاد می‌گردد.

قدردانی

این پژوهش با همکاری مشترک دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. بدینوسیله از مسؤولین گروه آموزش پزشکی مجازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به ویژه آقای دکتر شهرام یزدانی، خانم دکتر فتحیه مرتضوی، آقای دکتر همایونی، سرکار خانم هاشمی و همچنین از کلیه اعضای هیأت‌علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که با این پژوهش همکاری نموده حضور پژوهشگر را در درمانگاه خود پذیرفتند، صمیمانه سپاس‌گزاریم. این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۸۹۹۴۲ است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردیده و به تأیید رسیده است.

منابع

1.Shakerinia I. [Ertebate pezeshk- bimar va naghshe an dar rezayatmandiye bimaran az farayande darman]. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 2(3): 9-16. [Persian]
2. Shipley SD. Listening: A concept analysis. Nursing forum. 2010; 45(2): 125-134.
3. Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Active Listening in medical consultations: Development of the Active Listening Observation Scale(ALOS- global). Patient education and counseling. 2007; 68: 258-268.
4. Brittin ME. Improving patient care: Keys to Improving Your Listening Skills. Fam Pract Manag. 2005; 12(4): 68.
5. Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. Ann Intern Med. 1999; 131(7): 531–4.
6. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaivior on the collection of data. Ann Intern Med. 1984; 101(5): 692-6.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

7. Marvel HB, Epstin RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved?. JAMA. 1999; 281(3): 283-7.
8. Blau J. Time to let the patient speak. BMJ. 1989; 298(6670): 39.
9. Lanjewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic:Cohort study. BMJ. 2002; 325(7366): 682-3.
10. Wilkinson C. Time to let the patient speak .BMJ. 1989; 298(6670): 389.
11. Lindgren S. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, The 2012 Revision. World Federation for Medical Education (WFME). [citd 2013 Jul 03]. available from: http://www.wfme.org/standards/bme.
12. Aldana AM, Piechulek H, Al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh . Bull World Health Organ. 2001;79(6): 512-7.
13. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. 1994; 69(11): 861-71.
14. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. Acad Med. 2003; 78(12): 1203-10.
15.Rezaie R, Hosseini S, Valaie N.[Communication skills of doctors and their attitudes in Shiraz]. KAUMS Journal(FEYZ). 2001; 4 (4) :19-26.[Persian]
16. Mirzazadeh A, Jahanian E, Shahi F, Jafari S, Kroupat E. [Comparative study of opinions of patients and clinical faculty members of Babol university of medical science on patient- centeredness in doctor-patient relationship using patient- ptactitioner orientation scale]. Journal of Babol university of medical science. 2010;12(suppl 1): 19-26. [Persian]
17. Litt J. Putting prevention into practice: Guidlines for implementation of prevention into general practice setting. 2nd ed. Melbourne : The royal Australian College of General Practitioners; 2006.
18. Mollabashi R, Haghani F. [Teacher,Student and patients Interaction time in the ambulatory setting in Isfahan University of medical sciences]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11(9): 1025-1029.[persian]
19. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice .Br J Gen Pract..1991; 41(343): 48–54.
20. Nocera D. Khursandi DS. Doctors working hours: Can medical profession afford to let the courts decide what is resonable ?. MAJ. 1998; 168(12): 616-8.
21. Ritchie K. Why doctors don't listen .Angles and Bolters: Womens Canser Scripts .Bloomington : Xlibris Corp; 2002.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]

The Time Allowed to Patients to Explain Their Problem in Outpatient Clinics of Mashhad University of Medical Sciences Hospitals

Zahra Movaffaghi[1], Abbas Makarem[2], Narges Beyraghi[3], Fakhrossadat Hosseini[4], Mohammad Farsi[5]

Abstract

Introduction: *Listening to patients is essential for medical practice and patient care. This study was conducted to determine the time given to patients to explain their problem before being interrupted and redirected by clinical faculties in outpatient clinics of Mashhad University of Medical Sciences.*
Methods: *The cross-sectional observational descriptive study was carried out in year 2011-2012, by observing and audio recording 330 clinical consultations from 30 faculty member physicians. The sample size was determined by doing a pilot study and the faculties were selected randomly using stratified sampling. The time initially given to patients to explain their problem before being interrupted and redirected by physicians was measured in seconds using a chronometer. An MP3 recorder was used for audio recording. Data were collected by non-participatory observation method. Descriptive statistics was used along with ANOVA, t test, correlation and regression for data analysis.*
Results: *Participation rate in patients and physicians were 93% and 46%, respectively. The physicians had a mean age of 47, included both male(70%) and female(30%), and were mainly assistant professors(67%). Data from 320 observations were analyzed. The average time given to the patients to explain their problems was 9.5±0.55 seconds. The given times were negatively correlated with number of booked appointments($r= -0.15$, $p\leq0.007$) and positively correlated with total consultation time($r=0.21$, $p\leq0.0001$).*
Conclusion: *The findings show that the clinical faculties are giving relatively less time to their patients compared with the similar studies. Poor performance of faculties as the role models of future doctors leads to students' cynicism for professional medical standards. Future projects are recommended in order to set standards for medical practice and maximum workload of physicians.*

Keywords: Listening, Communication Skills, Clinical Consultation, Professionalism, Faculty.

Addresses:
[1] (✉)MSc in Medical Education, Education Development Office, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, E-mail: movaffaghiz1@mums.ac.ir.
[2]Professor, Pediatrics Department, Faculty of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: makarema@mums.ac.ir.
[3] Associate Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail:nbeyraghi@yahoo.com.
[4] PhD Candidate, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: hosseini2761@hotmail.com.
[5] Professor of Biotechnology and Plant Breeding, Faculty of Agriculture, Ferdowsi University of Mashhad. Mashhad, Iran. E-mail: mohfarsi@yahoo.com.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-10-09]