وضعیت برقراری ارتباط کارورزان با بیماران هنگام مصاحبه: دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر

سعیده فرج‌زاده*، عصمت نوحی، حمیدرضا مرتضوی

چکیده

مقدمه: مهارت ارتباط پزشک با بیمار موجب توفیق در گرفتن اطلاعات کافی از بیمار، تشخیص صحیح، جلب اطمینان بیماران و در نهایت، درمان موفقیت‌آمیز می‌گردد. هدف از این مطالعه، تعیین وضعیت برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیماران هنگام مصاحبه از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر بود.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۳ انجام شد. در این مطالعه نحوه برقراری ارتباط ۷۲ کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان با بیماران در هنگام مصاحبه با استفاده از دو ابزار جمع‌آوری اطلاعات، شامل یک چک‌لیست که با استفاده از مشاهده مستقیم تکمیل می‌گردید و یک پرسشنامه که توسط مصاحبه با بیمار تکمیل می‌شد، مورد بررسی قرارگرفت. اطلاعات به دست آمده با آمار توصیفی و ضریب همبستگی اسپیرمن و کاپا و نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

نتایج: وضعیت برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیمار در حین شرح حال‌گیری از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر در سطح متوسط ارزیابی گردید. بیشترین نقایص از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر در روند پایانی و سپس اجرا و شروع مصاحبه بود. در بیشتر قسمت‌ها، دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر همخوانی نداشت. با افزایش سن بیمار، نمره برقراری ارتباط از دیدگاه بیماران بطور معنی‌داری افزایش می‌یافت.

نتیجه‌گیری: نقایصی در مهارت برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیماران در حین شرح حال‌گیری وجود دارد. با توجه به اهمیت این مهارت بالینی، ضرورت آموزش آن در مرکز مهارت‌های بالینی قبل از تماس با بیمار واقعی آشکار می‌گردد. انجام مطالعات مداخله‌ای به منظور بهبود روش‌های تدریس و محتوای مناسب برای آموزش مهارت‌های ارتباطی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مهارت ارتباط، مصاحبه، کارورزان پزشکی، پزشک، بیمار، دیدگاه.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / پاییز و زمستان ۱۳۸۵؛ ۶(۲): ۷۹ تا ۸۶.

مقدمه

* **آدرس مکاتبه.** دکتر سعیده فرج‌زاده (استادیار)، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، کرمان.
E-mail: safaderm@yahoo.com

عصمت نوحی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان و دکتر حمیدرضا مرتضوی، پزشک عمومی.

این مقاله در تاریخ ۸٤/۷/۲۳ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۵/۵/۱۱ اصلاح شده و در تاریخ ۸۵/۵/۲۵ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

ارتباط عبارت است از مراحل پیچیده‌ای از دادن و گرفتن پیام‌های شفاهی و غیر شفاهی برای تبادل اطلاعات، احساسات، نیازها و اولویت‌هایی که هدف آن درک متقابل از منظور پیام است. ارتباط یک فرآیند دو جانبه بر اساس احترام و اعتماد متقابل است(۱و۲). مهارت برقراری ارتباط با بیمار، پایه و اساس خدمات درمانی و مراقبتی مؤثر و موفق می‌باشد(۳و٤). ارتباط غیر مؤثر منجر به مخفی ماندن مشکلات و نیازهای مددجویان و نقص در رضایت‌مندی بیماران می‌گردد(٥). مهم‌ترین معیاری که بیمار توسط آن در مورد پزشک یا مراقبین خود قضاوت می‌نماید، نحوه ارتباط آنها با وی است(٦). برقراری ارتباط مؤثر، کادر درمانی را قادر می‌سازد نیازهای مددجو را شناسایی نموده و در جهت حل مشکلات و رفع نیازهای وی گام بردارد(۷).

مطالعات اخیر بیانگر وجود نواقصی در ارتباط بین پزشک و بیمار بطور شایع بود و نحوه مصاحبه و ارتباط دانشجویان با بیمار از دقت کافی برخوردار نبوده است(۸،٤تا۱۰). از طرفی، تحقیقات نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش بر روی روند ارتباط پزشک و بیمار در راستای رفع نواقص کنونی بوده است(۸). نتایج مطالعه‌ای نشان داده است که آموزش مهارت برقراری ارتباط برای ارتقای سلامت جامعه باید در برنامه دانشجویان گنجانده شود(۱۱) و نیاز به ارتباط صحیح با بیمار، یکی از عوامل موفقیت حرفه‌ای در کار پزشکی است(۱۲).

با توجه به فقدان تحقیقات کافی در زمینه نحوه برقراری ارتباط پزشک با بیمار در ایران، بخصوص از دیدگاه بیمار و بطور همزمان واقعیت برقراری ارتباط از طریق مشاهده این تعامل و اهمیت چشمگیر این مسأله به عنوان نقطه آغازین تشخیص و درمان بیماری، بر آن شدیم که به این مطالعه بپردازیم. هدف این مطالعه، تعیین و مقایسه وضعیت برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیمار در حین شرح حال‌گیری، از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر بود. نتایج این بررسی می‌تواند رهنمودهایی برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی اثربخش برای ارتقای این مهارت اساسی به ارمغان آورد.

روش‌ها

مطالعه حاضر، پژوهش توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۸۳ انجام گردید. جامعه پژوهش متشکل بود از کلیه کارورزانی (۷۲ نفر) که در بخش‌های بستری وابسته داخلی، جراحی و پوست دانشگاه علوم پزشکی کرمان مشغول به کار بودند و ۳ تا ٦ ماه از دوره کارورزی آنان می‌گذشت. کارورزانی که در بخش‌های اورژانس، مراقبت‌های ویژه، روان‌پزشکی، اطفال و درمانگاه بودند، به علت وجود تفاوت در نحوه برقراری ارتباط و نیاز به وجود مهارت‌های ارتباطی خاص با این گروه از بیماران، از مطالعه حذف شدند.

به منظور سنجش مهارت برقراری ارتباط کارورز با بیمار در حین شرح حال‌گیری، از دو روش مصاحبه و مشاهده با دو نوع ابزار جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. بطور همزمان، اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی (سن و جنس بیماران و کارورزان) نیز ثبت می‌گردید. در روش مشاهده، با اقتباس از چک‌لیست تهیه شده توسط ایوانز (Evans) که متشکل از ٢٤ عبارت در زمینه شروع، اجرا و پایان مصاحبه بود، با مقیاس سه درجه‌ای خوب، متوسط و ضعیف، چگونگی برقراری ارتباط بررسی گردید(۱۳). این چک‌لیست توسط مشاهده‌گر (یک کارورز) که آموزش لازم را در این زمینه دیده بود در حین شرح حال‌گیری تکمیل می‌شد.

در روش پرسشنامه، ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای با ساختار مشابه و با مقیاس درجه‌بندی سه‌گانه پیش‌گفت بود که برای کسب نظرات بیمار بکار رفت. این پرسشنامه یک ساعت بعد از پایان شرح حال‌گیری توسط پرسشگر (کارورز) تکمیل می‌گردید. لازم به ذکر است که بیماران مورد مطالعه برای اولین بار شرح حال بیماری خود را می‌دادند و در مورد سؤالات پرسشنامه توضیحات لازم به آنان داده می‌شد.

روایی ابزار مطالعه با روش روایی محتوی با نظرخواهی از ۱۰ نفر از اساتید بالینی صاحب‌نظر در این زمینه صورت گرفت. پایایی پرسشنامه بیمار از طریق محاسبه ثبات درونی با اندازه‌گیری ضریب آلفای کرونباخ پس از کسب داده‌ها بود. مشاهده‌گر در تمام مراحل، یک نفر کارورز بود که موارد را به صورت یکسان مورد مشاهده و ارزیابی قرار می‌داد.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

از کلیه بیماران برای ورود به مطالعه کسب رضایت شد. به منظور عدم ایجاد خدشه در نتیجه مطالعه، در ابتدا کارورزان نسبت به انجام مطالعه ناآگاه بودند. ولی بعد از جمع‌آوری اطلاعات از آنان کسب اجازه شد. کلیه اطلاعات محرمانه بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-10، آمار توصیفی، ضریب هبستگی اسپیرمن و ضریب کاپا تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

پژوهش حاضر به منظور تعیین نحوه برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیمار در حین شرح حال‌گیری بر روی ۷۲ کارورز انجام شد. از بین کارورزان، ۳۰ نفر (۴۱/۷ درصد) مؤنث و ۴۲ نفر (۵۸/۳ درصد) مذکر بودند،

جدول ۱: فراوانی نسبی نظرات کلی بیمار و مشاهده‌گر در مورد وضعیت مصاحبه

مراحل مصاحبه	ضعیف		متوسط		خوب	
	مشاهده‌گر	بیمار	مشاهده‌گر	بیمار	مشاهده‌گر	بیمار
شروع	۲۵(٪۳۴/۵)	۹(٪۱۲/۵)	۲۶(٪۳۶)	۳۹(٪۵۴/۲)	۲۱(٪۲۹/۵)	۲۴(٪۳۳/۳)
اجرا	۲۳(٪۳۱/۹۵)	۸(٪۱۱/۳)	۴۴(٪۶۱/۱)	۵۱(٪۷۰/۵)	۵(٪۶/۹۵)	۱۳(٪۱۸/۲)
پایان	۴۴(٪۶۱/۱)	۱۸(٪۲۵)	۲۷(٪۳۷/۵)	۴۹(٪۶۸)	۱(٪۱/۴)	۵(٪۷)
کل	۲۳(٪۳۱/۹۴)	۱۲(٪۱۶/۵۵)	۴۴(٪۶۱/۱۱)	۵۰(٪۶۹/۴۵)	۵(٪۶/۹۵)	۱۰(٪۱۴)

میانگین سنی کارورزان ۲ ± ۲۷ و میانگین سنی بیماران ۲۵ ± ۳۵ سال و نتایج نشانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مخصوص بیمار در مورد وضعیت برقراری ارتباط بود (r = ۰/۷۷).

وضعیت برقراری ارتباط کارورز با بیمار در اکثر موارد از دیدگاه بیمار یا مشاهده‌گر متوسط (جدول ۱) و ارزیابی وضعیت برقراری ارتباط بر حسب مراحل مختلف مصاحبه (شروع، اجرا و پایان) به شرح ذیل بود:

شروع مصاحبه از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر متوسط ارزیابی گردید. در اجزای مربوط به شروع مصاحبه از دیدگاه آنان، بیشترین موارد خوب مربوط به سلام و احوال‌پرسی و در مرتبه بعد، دارا بودن ظاهر آراسته بود (جدول ۲).

بیشترین موارد ضعف در این مرحله از مصاحبه از دیدگاه مشاهده‌گر، مربوط به شرح هدف از انجام مصاحبه و در مرتبه بعد، معرفی خود به بیمار بود (جدول ۲).

از دیدگاه بیمار، سایر موارد متوسط گزارش شده بود. آزمون آماری ضریب کاپا در موارد سلام و احوال‌پرسی (۰/۳۷ با P < ۰/۰۳)، پرسیدن نام و مورد خطاب قراردادن بیمار با آن (۰/۲۶ با P < ۰/۰۵) و دارا بودن ظاهر آراسته (۰/۲۶ با P < ۰/۰۵)، بین بیمار و مشاهده‌گر اتفاق نظر نشان داد.

اجرای مصاحبه از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر متوسط ارزیابی گردید (جدول ۱). در اجزای مربوط به اجرای مصاحبه، بیشترین موارد ضعف مصاحبه از دیدگاه مشاهده‌گر مربوط به طرح عوامل اجتماعی- روانی مرتبط با بیمار، پاسخ مناسب به سؤالات بیمار، مطرح کردن سؤالات با شیوه مناسب، اطمینان از فهمیدن مطالب توسط بیمار بود. نقطه ضعف اجرای مصاحبه از دیدگاه بیمار پاسخ مناسب به سؤالات بود (جدول ۲). سایر موارد در حد متوسط گزارش شد. بر اساس آزمون آماری ضریب کاپا توافق نظر بین بیمار و مشاهده‌گر در موارد ابراز همدردی با بیمار (۰/۴۴ با P = ۰/۰۳)، برخورد صمیمی با وی (۰/۴۱ با P = ۰/۰۳) و گوش‌دادن به صحبت‌های بیمار (۲۲ /۰ با P=۰/۰۵) توافق نظر وجود داشت.

پایان مصاحبه از دیدگاه بیمار متوسط و از دیدگاه مشاهده‌گر ضعیف گزارش گردید (جدول ۱). در اجزای مربوط به پایان مصاحبه، از دیدگاه مشاهده‌گر بیشترین

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

موارد ضعف مربوط به ارزیابی درک بیمار از نتیجه مصاحبه، جمع‌بندی مناسب از مصاحبه و پاسخ به سؤالات اضافی بیمار بود. موارد ضعف از دیدگاه بیمار مربوط به پاسخ به سؤالات اضافی بیمار و ارزیابی از نتیجه مصاحبه بود (جدول ۲). سایر موارد از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر متوسط ارزیابی شد. براساس آزمون آماری ضریب کاپا در موارد اعلام خاتمه مصاحبه با رفتار کلامی و غیر کلامی (۰/۳٤ با $P<$ ۰/۰۵) و سؤال از بیمار در مورد مسائل مطرح نشده (۰/۲۵ با $P<$ ۰/۰۳)، بین بیمار و مشاهده‌گر توافق نظر وجود داشت.

ضریب همبستگی اسپیرمن بین سن بیماران و نمره برقراری ارتباط با بیمار از دیدگاه مشاهده‌گر $r=$ ۰/۱٦ بود که از نظر آماری معنی‌دار نبود. بین متغیر سن بیماران با نظر بیماران در مورد نحوه ارتباط با $r=$ ۰/٤۲۵ ارتباط آماری

جدول ۲: توزیع فراوانی مهارت برقراری ارتباط دانشجو با بیمار از دیدگاه مشاهده‌گر و بیماران

اجزای مصاحبه	ضعیف		متوسط		خوب	
	مشاهده‌گر	بیمار	مشاهده‌گر	بیمار	مشاهده‌گر	بیمار
شروع مصاحبه						
سلام و احوال‌پرسی	۰(٪۰)	۰(٪۰)	۱۰(٪۱۳/۹)	۸(٪۱۱/۱)	٦۲(٪۸٦/۱)	٦٤(٪۸۸/۹)
معرفی خود به بیمار	۳۹(٪٥٤/۲)	۱٦(٪۲۲/۲)	۲۹(٪۰٤/۳)	۳۸(٪٥۲/۸)	٤(٪٥/٦)	۱۸(٪۲٥)
پرسیدن نام و مورد خطاب قراردادن بیمار با آن	۳۳(٪٤٥/۸)	۷(٪۹/۷)	۲۸(٪۳۸/۹)	٥۰(٪٦۹/٤)	۱۱(٪۱٥/۳)	۱٥(٪۲۰/۸)
شرح هدف از انجام مصاحبه	٦۳(٪۸۷/٥)	۲٦(٪۳٦/۱)	۸(٪۱۱/۱)	٤٤(٪٦۱/۱)	۱(٪۱/٤)	۲(٪۲/۸)
آرام کردن بیمار	۱٤(٪۱۹/٤)	٥(٪٦/۹)	٥۸(٪۸۰/٦)	٥۷(٪۷۹/۲)	۰(٪۰)	۱۰(٪۱۳/۹)
دارا بودن ظاهر آراسته	۰(٪۰)	۰(٪۰)	۲٤(٪۳۳/۳)	۳۷(٪٥۱/٤)	٤۸(٪٦٦/۷)	۳٥(٪٤۸/٦)
اجزای مصاحبه						
مطرح کردن سؤالات با شیوه مناسب	٤٦(٪٦۳/۹)	٤(٪٥/٦)	۲۳(٪۳۱/۹)	٦۲(٪۸٦/۱)	۳(٪٤/۲)	٦(٪۸/۳)
سؤالات و توضیحات ساده و روشن	٥(٪٦/۹)	۷(٪۹/۷)	٦٥(٪۹۰/۳)	٥۲(٪۷۲/۲)	۲(٪۲/۸)	۱۳(٪۱۸/۱)
تشویق بیمار به صحبت بیشتر	۱(٪۱/٤)	۱(٪۱/٤)	٦٦(٪۹۱/۷)	٦۰(٪۸۳/۳)	٥(٪٦/۹)	۱۱(٪۱٥/۳)
گوش دادن به صحبت‌های بیمار	۲(٪۲/۸)	٦(٪۸/۳)	٥۲(٪۷۲/۲)	۳٦(٪٥۰)	۱۸(٪۲٥)	۳۰(٪٤۱/۷)
تشویق بیمار به صحبت کردن مرتبط با موضوع	۲۸(٪۳۸/۹)	٤(٪٥/٦)	٤٤(٪٦۱/۱)	٦٤(٪۸۸/۹)	۰(٪۰)	٤(٪٥/٦)
پاسخ مناسب به سؤالات بیمار	٥٦(٪۷۷/۸)	۳٤(٪٤۷/۲)	۱٦(٪۲۲/۲)	۲۷(٪۳۷/٥)	۰(٪۰)	۱۱(٪۱٥/۳)
اطمینان از فهمیدن مطالب توسط بیمار	٤۳(٪٥۹/۷)	۷(٪۹/۷)	۳(٪۳۸/۹)	٦۱(٪۸٤/۷)	۱(٪۱/٤)	٤(٪٥/٦)
برخورد صمیمی با بیمار	۰(٪۰)	۰(٪۰)	٥۹(٪۸۱/۹)	٤٥(٪٦۲/٥)	۱۳(٪۱۸/۱)	۲۷(٪۳۷/٥)
ابراز همدردی با بیمار	۱(٪۱/٤)	۱(٪۱/٤)	٥٦(٪۷۷/۸)	٤۷(٪٦٥/۳)	۱٥(٪۲۰/۸)	۲٤(٪۲۳/۳)
احترام به عقاید و باورهای بیمار	۳(٪٤/۲)	٥(٪٦/۹)	٦۰(٪۸۳/۳)	٤۱(٪٥٦/۹)	۹(٪۱۲/٥)	۲٦(٪۳٦/۱)
برقراری ارتباط غیر کلامی مناسب با بیمار	۲۰(٪۲۷/۸)	٥(٪٦/۹)	٥۱(٪۷۰/۸)	٦۳(٪٥۸۷)	۱(٪۱/٤)	٤(٪٥/٦)
طرح عوامل اجتماعی مرتبط با بیمار	٦٤(٪۸۸/۹)	۲۰(٪۲۷/۸)	۷(٪۹/۷)	٤۹(٪٦۸/۱)	۱(٪۱/٤)	۳(٪٤/۲)
توجه به جنبه‌های فردی بیمار	۲۷(٪۳۷/٥)	۱۳(٪۱۸/۱)	٤٥(٪٦۲/٥)	٥۷(٪۷۹/۲)	۰(٪۰)	۲(٪۲/۸)
پایان مصاحبه						
سؤال از بیمار درباره مسائل مطرح نشده	۳(٪٤۱/۷)	۱۰(٪۱۳/۹)	٤۱(٪٥٦/۹)	٥٤(٪۷٥)	۱(٪۱/٤)	۸(٪۱۱/۱)

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

پاسخ به سؤالات اضافی بیمار	۵۸(٪۸۰/٦)	۳۵(٪٤۸/٦)	۱۲(٪۱٦/۷)	۳۰(٪٤۱/۷)	۲(٪۲/۸)	۷(٪۹/۷)
جمع‌بندی مناسب از نتیجه مصاحبه	٦۵(٪۹۰/۳)	۲۱(٪۲۹/۲)	۹(٪۹/۷)	٤۷(٪٦۵/۳)	۰(٪۰)	٤(٪۵/٦)
ارزیابی درک بیمار از نتیجه مصاحبه	٦٦(٪۹۱/۷)	۲۲(٪۳۰/٦)	۵(٪٦/۹)	٤۷(٪٦۵/۳)	۱(٪۱/٤)	۳(٪٤/۲)
اعلام خاتمه مصاحبه با رفتار کلامی و غیر کلامی	۰(٪۰)	۲(٪۲/۸)	۷۲(٪۱۰۰)	٦۸(٪۹٤/٤)	۰(٪۰)	۲(٪۲/۸)

معنی‌داری وجود داشت (P < ۰/۰۳) بطوری که با افزایش سن بیماران، نمره برقراری ارتباط از دیدگاه بیماران افزایش می‌یافت. سن دانشجو با وضعیت برقراری ارتباط با بیمار ارتباط نداشت. ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی ارتباط جنس با نحوه برقراری ارتباط استفاده شد. از دیدگاه بیماران، جنس مخالف مصاحبه‌گر با نمره مهارت مصاحبه ارتباط نداشت، اما از دیدگاه مشاهده‌گر انجام مصاحبه توسط دانشجو با جنس مخالف با افزایش نمره ارتباط در بخش‌های شروع مصاحبه (P=۰/۰۲۷ و r = ۰/۵۸)، اجرای مصاحبه (P = ۰/۰۳ و r = ۰/۳۷) و نمره کل مصاحبه (P = ۰/۰۲۲ و r = ۰/۵۲) ارتباط داشت.

بحث

این مطالعه نمایانگر وجود نقاط ضعفی در برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیمار در حین شرح حال‌گیری بود. اغلب این نقایص از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر، به ترتیب در روند پایانی و اجرا و سپس شروع مصاحبه بود. اگرچه در ایران مطالعات کافی در این زمینه صورت نگرفته است، اما در سایر کشورها، این مطالعات حاکی از ضعف شدید در برقراری ارتباط پزشک با بیمار است(٤،۹و۱۰).

مطالعه راهمن (Rahman) حکایت از وجود نقص شدیدی در نحوهٔ آغاز مصاحبه از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر داشت(٤). در مطالعه حاضر، اگرچه شروع مصاحبه از نقایصی برخوردار بود، اما نحوه شروع مصاحبه از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر در حد متوسط ارزیابی شد. این تفاوت نسبی می‌تواند ناشی از کمتر بودن حجم نمونه در آن مطالعه (۲۵ نفر) در مقایسه با مطالعه حاضر (۷۵ نفر) باشد. بیشترین نقاط ضعف در مطالعه راهمن در روند آغازین مصاحبه، در شرح هدف از انجام مصاحبه و معرفی نمودن خود به بیمار بود که نتایج فوق با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. اغلب مطالعات حاکی از وجود اشکالاتی در زمینه اجرای مصاحبه بود(٤،۱٤و۱۵). مطالعه حاضر با مطالعات فوق در این زمینه همخوانی دارد.

در مطالعه راهمن، کارورزان تقریباً در تمامی موارد، مصاحبه را بطور نامناسب و ناگهانی پایان می‌دادند و هیچ کدام جمع‌بندی مناسبی از مصاحبه ارائه نداده و به سؤالات اضافی بیمار پاسخ نمی‌داده‌اند. این نقص شدید در پایان دادن به مصاحبه در مطالعه حاضر نیز مشهود بود. در مطالعه ما نیز بیشترین نقص این مرحله، ارزیابی درک بیمار از نتیجه مصاحبه، ارائه جمع‌بندی مناسب از مصاحبه و پاسخ به سؤالات اضافی بیمار بود که با مطالعه فوق همخوانی دارد.

در مطالعه‌ای، دانشجویان برای طرح سؤالات و توضیحات خود برای بیمار، اغلب از عبارات علمی و پیچیده استفاده می‌نمودند(۱٦) اما در مطالعه‌ای دیگر، کارورزان اغلب جملات و عبارات ساده و غیر علمی برای طرح سؤالات و توضیحات خود بکار می‌برده‌اند(٤). در مطالعه حاضر، ارزیابی مشاهده‌گر و بیمار از این امر در حد متوسط ارزیابی شده است. عدم همخوانی مطالعات فوق می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی- اجتماعی جمعیت مورد مطالعه باشد. در تحقیق مارتا، دانشجویان پزشکی و در مطالعه حاضر کارورزانی که ۳ تا ٦ ماه از دوره کارورزی آنان گذشته بود، بررسی شده ولی در مطالعه راهمن مشخص نشده است که چند ماه از دوره کارورزی جمعیت مورد مطالعه طی شده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

در مطالعه وربای (Verby)، توانایی کارورزان و کارآموزان در زمینه تشویق بیمار به صحبت کردن در حد خوب ارزیابی شده است(۱۷) درحالی که در مطالعه حاضر، این توانایی متوسط ارزیابی گردیده که می‌تواند ناشی از تفاوت در فرهنگ ارتباطی جامعه و محیط آموزشی باشد.

کارورزان در تشویق بیمار به صحبت کردن مرتبط با موضوع از خود ضعف نشان داده‌اند(۱۸و۱۹). مطالعه راهمن نیز مؤید این نکته بود(٤). این مورد در مطالعه ما در حد متوسط ارزیابی گردید.

مطالعات دیگر بیانگر فقدان برخورد صمیمی کارورز با بیمار بوده است(۱۹،۱٤و۲۰). در مطالعه ما، برخورد صمیمی کارورز با بیمار در حد متوسط ارزیابی شده است که این امر می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و نوع بخش مورد مطالعه باشد.

ضعف در طرح عوامل اجتماعی- روانی بیمار و توجه به جنبه‌های فردی وی در سایر مطالعات (٤و۱۰) با مطالعه ما همخوانی دارد.

توافق نظر بین بیمار و مشاهده‌گر در مطالعات عدیده‌ای گزارش شده است(۱٤،۲۰و۲۱). اما در مطالعه حاضر، در بیشتر موارد، این همخوانی دیده نشد. این مسأله می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، تفاوت در سطح تحصیلات بیماران و شناخت ناکافی بیماران از حقوق خویش باشد، چنان که در مطالعه‌ای دیگر این همخوانی در اکثر موارد مشاهده نشده(۲۲) که مؤید نتایج تحقیق حاضر است.

بطور کلی، نتایج حاصل از این مطالعه دال بر وجود اشکالاتی در برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیمار در حین شرح حال‌گیری بود که با توجه به نقاط ضعف کنونی در برقراری مهارت ارتباط پزشک با بیمار، توصیه می‌شود آموزش مهارت‌های مقدماتی بالینی از جمله مهارت ارتباط با بیمار، به صورت سازمان‌یافته، قبل از شروع بخش‌های بالینی، در مرکز مهارت‌های بالینی انجام شود و در طی تحصیلات دوره پزشکی، در موقعیت‌های پیچیده‌تر بالینی، ادامه یافته و تکمیل گردد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر در زمینه نحوه برقراری ارتباط با بیماران خاص، شامل اطفال، بیماران با اختلال روحی- روانی و... که نیاز به مهارت‌های ارتباطی ویژه دارد، انجام شود.

با توجه به این که در آموزش مهارت‌های ارتباطی، نحوه تدریس و ارزشیابی، زمان و محل آموزش، محتوی آموزشی و تخصص اساتید در آموزش حائز اهمیت است، بنابراین، مطالعات مداخله‌ای در جنبه‌های فوق توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

وضعیت برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیماران اکثراً در سطح متوسط ارزیابی گردید. بیشترین نقایص در روند پایانی و سپس اجرا و شروع مصاحبه بود.

ضرورت آموزش جامع‌تر مصاحبه با بیمار در مرکز مهارت‌های بالینی و مداخلات آموزشی به منظور بهبود روش‌های تدریس و ارزشیابی و محتوی آموزشی پیشنهاد می‌شود.

منابع

۱. زالی محمدرضا. مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی. ۱۳۷۷.
۲. کرشکی علی‌رضا. بررسی میزان کاربرد و کفایت مهارت‌های بالینی مقدماتی از دید کارورزان پزشکی. پایان‌نامه دکترا. کرمان: دانشکده پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳۸۲.
۳. رحمانی علی‌رضا. بررسی وضعیت آموزش در رابطه با میزان مهارت‌های عملی کارورزان پزشکی. پایان‌نامه دکترا. کرمان: دانشکده پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳۷۷.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

4. Rahman A. Initial assessment of communication skills of intern doctors in history-taking. Med Teach 2000; 22(1-2): 184-8.
5. Grant VJ, Hawken SJ. What do they think of it now? Medical graduates' views of earlier training in communication skills. Mead Teach 2000; 22(3): 260-4.
٦. نصیریان خدیجه. بررسی رضایت بیمار از نحوه ارتباط با کادر درمانی در بخش اورژانس بیمارستان شهید صدوقی یزد ۱۳۸۲. مجموعه مقالات همایش سراسری ارتباط درخدمات بهداشتی درمانی. ۱۳۸۲. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران. صفحه ۹۲.
7. Das M, Townsend A, Hasan MY. The views of senior students and young doctors of their training in a skills laboratory. Med Educ 1998; 32(2): 143-9.
8. Sanson-Fisher R, Cockburn J. Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. Med Educ 1997; 31(1): 52-7.
9. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ 1991; 303(6814): 1385-7.
10. Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. Med Educ 1991; 25(6): 517-26.
11. Brook DW, Gordon C, Meadow H, Cohen MC. Education in behavioral medicine. Med Teach 1998; 20(3): 241-6.
12. Edingham I. Mc A . Twelve tips for setting up a clinical skills training facility 1998; 20(6): 503-7.
13. Evans B, Stanley R, Coman G, Sinnott V. Measuring medical students' communication skills: development and evaluation of an interview rating scale. Psychol Health 1992; 6: 213-25.
14. Thompson JA, Anderson JL. Patient preferences and the bedside manner. Med Educ 1982; 16(1): 17-21.
15. Hannay DR. Teaching interviewing with simulated patients. Med Educ 1980; 14(4): 246-8.
16. Marteau TM, Humphrey C, Matoon G, Kidd J, Lloyd M, Horder J. Factors influencing the communication skills of first-year clinical medical students. Med Educ 1991; 25(2): 127-34.
17. Verby JE, Holden P, Davis RH. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. Br Med J 1979; 1(6179): 1686-8.
18. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994; 154(12): 1365-70.
19. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J 1986; 292(6535): 1573-6.
20. Finlay IG, Stott NC, Kinnersley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. Med Educ 1995; 29(6): 424-9.
21. Greco M, Spike N, Powell R, Brownlea A. Assessing communication skills of GP registrars: a comparison of patient and GP examiner ratings. Med Educ 2002; 36(4): 366-76.
22. Cooper C, Mira M. Who should assess medical students' communication skills: their academic teachers or their patients? Med Educ 1998; 32(4): 419-21.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

Interns' Communication with Patients during Interview: the Perspectives of Patient and Observer

Farajzadeh S, Noohi E, Mortazavi H

Abstract

Introduction: *Good communication between doctor and patient is one of the fundamental skills which can lead to getting adequate information from the patient, correct diagnosis, gaining patients' trust, and at the end, proper care and treatment. The aim of this study was to investigate interns' communication with patients from the observer and patient's view.*

Methods: *In this cross-sectional study performed in 2004, the communication skill of 72 interns of Kerman Medical University, during interview with patients was studied. The research tools included a checklist filled through direct observation and a questionnaire which was completed through interview with patient. The data was analyzed by descriptive statistics, Spearman and Kappa coefficients using SPSS software.*

Results: *In total, the performance of interns in communicating with patient during history taking was at an intermediate level, from both the observer and patients' views. Also, according to their views, the most areas of deficit were at the end, during conducting and beginning of the interview, respectively. In most parts, there was no agreement between observer's and patient's views. With increasing patients' age, the scores given to interns' communication skills increased significantly.*

Conclusion: *There are some deficiencies in interns' communication skills during history taking. Considering the importance of communication skills, teaching them in Clinical Skills Learning Center before confronting real patients is necessary. It is recommended to perform interventional studies in order to find proper content and teaching methods for the education of communication skills.*

Key words: Communication skills, Interview, Interns, Physician, Patient, Viewpoint.

Address: Saideh Farajzadeh, Assistant professor, Department of Dermatology, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. E-mail: safaderm@yahoo.com

Iranian Journal of Medical Education 2006; 6(2): 79-85.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]