ارتباط بیمار محوری در برنامه درسی پنهان با مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پزشکی

مهناز جلال‌وندی*، محمدرضا سهرابی، اختر جمالی، علی‌تقی پورظهیر

چکیده

مقدمه: امروزه بسیاری از پزشکان، سازمان‌های پزشکی و سیاست‌گذاران بر مراقبت‌های پزشکی بیمارمحور تأکید می‌کنند. با توجه به اهمیت برنامه درسی پنهان در رفتارهای حرفه‌ای دانشجویان پزشکی، این پژوهش به منظور بررسی رابطه بیمارمحوری در برنامه درسی پنهان با مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پزشکی انجام شد.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی ۳۲۷ کارورز به عنوان نمونه از سه دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی(واحدهای تهران، مشهد و یزد) در بهار ۱۳۹۲ به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بیمارمحوری در برنامه درسی(شامل سه بعد الگوهای نقش، تجربیات دانشجو و حمایت از ارتباط بیمارمحور) و پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی دانشجویان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها باروشهای آمار توصیفی و آزمون‌های اسپیرمن و من ویتنی یو انجام شد.

نتایج: در مجموع از بین ابعاد بیمارمحوری در برنامه درسی پنهان، بعد حمایت از ارتباط بیمارمحور با میانگین ۶۳/۱ از ۱۰۰ بالاترین و بعد تجربیات دانشجویان با میانگین ۴۴/۹ از ۱۰۰ کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داد. مهارت‌های ارتباطی دانشجویان با دو بعد الگوهای نقش و حمایت از ارتباط بیمارمحور، رابطه مثبت و معنادار داشت (به ترتیب r = ۰/۲۴ و r =۰/۳۷ و p =۰/۰۰۱). دختران نسبت به پسران به بیمارمحوری در برنامه درسی و مهارت‌های ارتباطی خود نمره کم‌تری داده بودند، ولی این اختلاف فقط در بعد حمایت از ارتباط بیمارمحور معنادار بود (۵۸/۴ در برابر ۶۶/۹، p=۰/۰۰۵).

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط مهارت‌های ارتباطی دانشجویان با دو بعد از ابعاد بیمارمحوری در برنامه درسی، شناخت هرچه بیش‌تر محیط یادگیری و طراحی مداخلاتی برای ایجاد تغییرات مطلوب، جهت توسعه ارتباط بیمار محور پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بیمارمحوری، ارتباط پزشک- بیمار، دانشجویان پزشکی، برنامه درسی پنهان

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ بهمن ۱۳۹۲؛ ۱۳(۱۱): ۹۲۰ تا ۹۳۰

مقدمه

ارتباط با بیمار یک مهارت بالینی اساسی و مهم ترین ویژگی لازم برای افراد شاغل در حرفه‌های مرتبط با سلامت است(۱و۲). رابطه پزشک و بیمار، عنصر اساسی یک مراقبت پزشکی با کیفیت است(۳). برقراری ارتباط اثربخش با بیمار موجب افزایش پیروی از درمان، بهبود پیامدهای سلامتی بیمار، افزایش رضایت بیمار و پزشک، کاهش اقامت در بیمارستان، کاهش استفاده از داروهای مسکن، افزایش درک و یادآوری بیمار، برطرف شدن علائم، کاهش هزینه‌های درمانی، افزایش کیفیت زندگی، کاهش خطاهای پزشکی و دارویی و همچنین کاهش

* **نویسنده مسؤول:** مهناز جلال‌وندی، دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، گروه مدیریت آموزشی، واحد علوم و تحقیقات تهران،دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. mz.jalalvandi@gmail.com

دکتر محمدرضا سهرابی (دانشیار)، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،تهران، ایران. (m_sohrabi@sbmu.ac.ir)؛ دکتر اختر جمالی (استادیار)، گروه مدیریت آموزشی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (akhtar_jamali2000@yahoo.com)؛ دکتر علی‌تقی پورظهیر (دانشیار)، گروه مدیریت آموزشی، واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (taghipoor2@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۴/۱۲، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۶/۲۵، تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۶

شکایات علیه پزشکان می‌گردد(۱و٤تا۱۱).
امروزه مدل ارتباط از مدل قدیمی با محوریت پزشک و بیماری، به مدل جدید بیمار محور و انسان محور تغییر یافته است(۳). هایدت مراقبت بیمار محور را از دیدگاه استوارت، به مفهوم پذیرفتن بیمار به عنوان فردی با نیازها و شرح حال منحصر به فرد تعریف می‌کند و این موضوع را برای ارائه مراقبت‌های بالینی اثربخش اساسی می‌داند(۱۲). همچنین مراقبت بیمار محور به معنی احترام گذاشتن و پاسخ دادن به خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیماران است به طوری که آنها بتوانند در مراقبت خود انتخاب‌هایی داشته باشند که با شرایط فردی آنها هماهنگی داشته باشد. مؤلفه‌ی اساسی چنین رویکردی در مراقبت، مهارت‌های ارتباطی است(۷).
ارتباط پزشک- بیمار در مراقبت بیمار محور باید طوری باشد که دو طرف رابطه دیدگاه‌های خود را در خصوص ناخوشی به طور واضح و روشن مطرح و این دیدگاه‌ها را برای تحقق یک هدف درمانی مشترک هماهنگ نمایند(۱۲).
ارتباط بیمار محور شامل ٤ بعد است: درک دیدگاه بیمار (ملاحظات، عقاید، انتظارات، نیازها، احساسات و کارکردها)، درک بیمار در زمینه منحصر به فرد روانی- اجتماعی او، درک مشترک از مشکل و درمان آن به طوری که با ارزش‌های بیمار همخوانی داشته باشدو تقسیم قدرت و مسؤولیت با مشارکت دادن بیمار در انتخاب‌ها تا حدی که مایل است(۱۳).
امروزه بسیاری از پزشکان، سازمان‌های پزشکی و سیاست‌گذاران بر مراقبت‌های پزشکی بیمار محور تأکید می‌کنند. برای ارائه این نوع مراقبت، لازم است که ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درک بهتری از نیازهای فردی بیمار، دیدگاه‌ها و ارزش‌هایش داشته باشند، به بیماران اطلاعاتی بدهند تا آنان در مراقبت از خود مشارکت کنند و بین پزشک و بیمار تفاهم و اعتماد برقرار گردد(۷).

علی‌رغم اهمیت برقراری ارتباط مؤثر توسط پزشکان، تحقیقات نشان می‌دهند که در حال حاضر این مهارت‌ها در سطح مطلوبی قرار ندارند. به طور مثال نتایج تحقیق غضنفری و همکاران در کرمان نشان داد که در بین مهارت‌های ارتباطی، آموزش برقراری ارتباط مناسب با همکاران، توانایی شرکت فعالانه در تیم درمانی و توانایی رهبری گروه درمانی از نظر دانش‌آموختگان پزشکی ناکافی است(١٤). همچنین نتایج تحقیق خاتمی و همکاران نشان داد که کارورزان دانشکده پزشکی قزوین به برقراری ارتباط مؤثر با بیماران تمایل دارند اما به علت عدم آگاهی و نبود آموزش‌های لازم در این زمینه، نقایص عمده در برقراری ارتباط دیده می‌شود(۱۵). نتایج مطالعه‌ای که دانش و نگرش دستیاران پزشکی را در مورد مهارت‌های ارتباطی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار داد نیز نشان داد که دانش دستیاران در خصوص مهارت‌های ارتباطی ضعیف است و دورنمای نه چندان رضایت بخش دانش و نگرش دستیاران در مورد مهارت‌های ارتباطی، ضرورت تشکیل کلاس‌های آموزشی را آشکار می‌سازد(١٦). نتایج مطالعه دیگری نیز وضعیت برقراری ارتباط کارورزان پزشکی با بیمار در حین شرح‌حال‌گیری از دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر را در سطح متوسطی ارزیابی کرد(۱۷).
مهارت‌های ارتباطی بخش اساسی مراقبت بیمارمحور است(۷). بنابراین ضرورت توجه بیش‌تر به آموزش مهارت‌های ارتباطی با دیدگاه بیمار محوری در برنامه درسی رشته پزشکی مطرح می‌شود.
صاحب‌نظران در خصوص سطوح برنامه درسی طبقه‌بندی‌های مختلفی را ارائه کرده‌اند که از جمله مشهورترین آنها، برنامه درسی آشکار(رسمی) و برنامه درسی پنهان(غیر رسمی) است. برنامه درسی آشکار، برنامه درسی است که برای رشد و تربیت ابعاد گوناگون شخصیت فراگیران به طور آگاهانه طراحی و برنامه‌ریزی می‌شود و دارای اهداف آموزشی مدون، محتوای معین و

سازمان‌دهی شده، اصول و روش‌های یاددهی- یادگیری متناسب با اهداف و محتوا و شیوه‌های ارزشیابی هماهنگ و پیش‌بینی شده است(۱۸). اما مجموعه یادگیری‌ها و تجاربی که یادگیرندگان کسب می‌کنند، محدود به برنامه درسی رسمی یا آشکار نیست و عوامل دیگری به طور اجتناب‌ناپذیری در کنار برنامه درسی آشکار وجود دارد که در بسیاری از جنبه‌ها به طور گسترده‌تر، پایدارتر و نافذتر در شکل‌گیری تجارب، انتقال افکار، نگرش‌ها و ارزش‌ها و اعمال و رفتار یادگیرندگان عمل می‌نماید. چنین تجاربی که جزو برنامه درسی از پیش تعیین شده نیست، همان برنامه درسی پنهان است که در طول سال‌های آموزش بالینی به دانشجویان فرهنگ و رفتار پزشکی را به صورت ضمنی آموزش می‌دهد. در طول دوره بالینی، دانشجویان چنین مواردی را از مکالمات سر راندها، جلسات غیر رسمی آموزشی و مشاهده رفتار اساتید خود به عنوان الگوی در حال تعامل با بیماران یاد می‌گیرند(۱۹).

با توجه به این که در حال حاضر در دانشگاه آزاد اسلامی آموزش مهارت‌های ارتباطی در برنامه درسی گنجانده نشده است و با توجه به اهمیت برنامه درسی پنهان در شکل‌گیری رفتارهای دانشجویان پزشکی، این پژوهش با هدف بررسی ارتباط میزان بیمارمحوری در برنامه درسی پنهان با رفتار ارتباطی دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی همبستگی بر روی کارورزان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی در فروردین و اردیبهشت سال ۱۳۹۲ انجام شد. از بین ۱۰ واحد دانشگاهی دانشگاه آزاد اسلامی که دارای رشته پزشکی هستند، ۳ واحد پزشکی تهران، مشهد و یزد به طور تصادفی انتخاب شدند. تعداد کارورزان در این سه واحد، ٤٢٥ نفر بود و در هرواحد نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد. کلیه کارورزانی که در دوره زمانی انجام پژوهش در مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه حضور داشتند و حاضر شدند پرسشنامه را تکمیل کنند، به نمونه پژوهش وارد شدند، لذا پرسشنامه به ٤٠٠ نفر داده شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود. برای سنجش میزان بیمار محوری در برنامه درسی پنهان از مقیاس تدوین شده توسط‌هایدت و همکاران استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۹ سؤال و سه بعد است. بعد اول آن الگوهای نقش(۱۵ پرسش)، بعد دوم تجربیات دانشجو(۱۱ پرسش)، و بعد سوم حمایت از برقراری ارتباط بیمار محور توسط دانشجویان(۳ پرسش) را می‌سنجد(۱۲). شایان ذکر است که این مقیاس در بعد اول(الگوهای نقش) ۵ سؤال دارد که در نسخه اصلی پرسشنامه توصیه شده است که این ۵ سؤال ۳ بار از دانشجویان پرسیده شود: یک بار درباره رفتار ارتباطی کارورزان، یک بار درباره رفتار ارتباطی دستیاران و یک بار هم درباره رفتار ارتباطی اعضای هیأت‌علمی. از آنجا که تحقیق حاضر از کارورزان سؤال شده است و از طرفی در دانشگاه آزاد اسلامی دوره دستیاری وجود ندارد، این ۵ پرسش فقط یک بار از کارورزان درباره رفتار ارتباطی استادان پرسیده شد و به این ترتیب تعداد کل سوالات این بخش ۱۹ سوال بود. ملاک پرسشنامه در قسمت الگوی نقش ۷ درجه‌ای و شیوه نمره‌دهی از هرگز(۱) تا همیشه(۷) بود. مقیاس پرسشنامه در دو حیطه بعدی ۵ درجه‌ای و شیوه نمره‌دهی از هرگز(۱) تا خیلی زیاد(۵) بود.

برای سنجش کاربرد مهارت‌های ارتباطی توسط کارورزان از پرسشنامه تدوین شده توسط اشوربی و همکاران استفاده شد. آنها در تحقیق خود برای سنجش میزان کاربرد راهبردهای ارتباطی توسط پزشکان خانواده از ۱۳ سؤال برای راهبردهای ارتباطی در طول ملاقات پزشکی و ۹ سؤال برای مهارت‌های پایان دادن به ملاقات استفاده کردند(۲۰). جهت استفاده از این پرسشنامه در پژوهش حاضر دو قسمت راهبردهای

ارتباطی در طول ملاقات پزشکی و مهارت‌های پایان دادن به ملاقات با هم ترکیب شد به طوری که کلیه پرسش‌های قسمت اول و ٤ پرسش از قسمت دوم (جمعاً ١٧ سؤال) مورد استفاده قرار گرفت. در این پرسشنامه از پاسخ‌دهندگان خواسته شده است که با یادآوری بیماران بزرگسالی که در یک ماه گذشته آنها را ملاقات کرده‌اند، میزان کاربرد هریک از مهارت‌های ارتباطی را به شکل کم‌تر از ٢٠درصد، ٤٠-٢١٪، ٦٠-٤١٪، ٨٠-٦١٪ و ١٠٠-٨١٪ اعلام نمایند.

برای برگرداندن پرسشنامه از روش ترجمه معکوس استفاده شد. هر دو پرسشنامه توسط دو متخصص زبان انگلیسی به طور جداگانه به فارسی ترجمه شد. سپس ترجمه‌ها با یکدیگر مقایسه و تلفیق شدند. ترجمه نهایی مجدداً توسط فرد دیگری به انگلیسی برگردانده و با نسخه اصلی مقایسه شد. نهایتاً نسخه اصلی و نسخه نهایی ترجمه در اختیار دو نفر از اعضای هیأت‌علمی رشته پزشکی قرار گرفت و از نظر روایی محتوا کنترل شد. همچنین هردو پرسشنامه در یک نمونه مقدماتی اجرا و اصلاحات لازم انجام شد. جهت بررسی پایایی هر دو پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب محاسبه شده برای هریک از ابعاد الگوهای نقش، تجربیات دانشجو و حمایت از ارتباط به ترتیب ٠/٨٥، ٠/٧٠و ٠/٧٨ و برای پرسشنامه کاربرد مهارت‌های ارتباطی ٠/٨٩ بود.

پرسشنامه با مراجعه پرسشگر به مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای تهران، مشهد و یزد توزیع شد. چنانچه کارورزان شرکت‌کننده در همان روز وقت کافی برای تکمیل پرسشنامه داشتند، در همان روز و در مواردی که نیاز به وقت بیش‌تری داشتند در روز بعد پرسشنامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری شد. سپس کدگذاری انجام و از نرم‌افزار SPSS-11.5 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

از آنجا که طیف پاسخ به سؤالات پرسشنامه بیمارمحوری در برنامه درسی متفاوت است، (طیف ٧ تایی در ٥ سؤال اول و ٥ تایی در بقیه سؤالات) نمره به دست آمده در هریک از ابعاد پرسشنامه به ٠ تا ١٠٠ تبدیل و سپس میانگین، انحراف معیار و نمره نسبی (نمره نسبی از تقسیم میانگین نمره به پایین ترین نمره در همان بخش به دست آمد) گزارش گردید. نمره بالاتر نشان‌دهنده بیمار محوری بیش‌تر است.

در خصوص کاربرد مهارت‌های ارتباطی توسط دانشجویان، فراوانی و درصد گزارش شد. همچنین با اختصاص نمره ٠ (برای پاسخ کم‌تر از ٢٠درصد موارد) تا ٤(برای پاسخ ١٠٠-٨١ درصد موارد)، میانگین در هر گویه (مهارت) محاسبه شد. با توجه به عدم تبعیت از توزیع نرمال در نمونه‌های انتخابی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی از ضریب همبستگی اسپیرمن برای سنجش ارتباط متغیرها و آزمون من ویتنی برای مقایسه نمرات دختران و پسران استفاده شد.

نتایج

پرسشنامه بین ٤٠٠ نفر از کارورزان توزیع شد و ٣٣٥ نفر (٨٤٪) به پرسشنامه پاسخ دادند. تعداد ٧ پرسشنامه به دلیل وجود تعداد زیادی سؤالات بدون پاسخ، حذف و نهایتاً ٣٢٧ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ٢٧/٥±٢/٦ سال و اکثریت آنان مرد بودند(٥٥٪). تعداد شرکت‌کنندگان واحدهای تهران، یزد و مشهد به ترتیب ١٤٩(٤٦٪)، ٧٧(٢٣٪)، و ١٠١(٣١٪) نفر بود.

در خصوص بیمارمحوری در برنامه درسی، نمرات میانگین و نمره نسبی ابعاد الگوهای نقش، تجربیات دانشجو و حمایت از ارتباط بیمار محور در هریک از دانشکده‌های مورد بررسی در جدول ١ آمده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد بیمارمحوری در برنامه درسی به تفکیک دانشگاه‌ها

دانشگاه	الگوهای نقش		تجربیات دانشجو		حمایت از ارتباط بیمارمحور	
	میانگین و انحراف معیار	نمره نسبی**	میانگین و انحراف معیار	نمره نسبی	میانگین و انحراف معیار	نمره نسبی
تهران	۶۹/۵±۱۸/۶	۱/۳۷	۴۱/۵±۹/۴	۱	۷۳/۴±۱۹	۱/۴۱
یزد	۵۶/۹±۱۰	۱/۱۲	۴۷/۵±۶/۹	۱/۱۴	۵۷/۷±۱۰/۳	۱/۱۱
مشهد	۵۰/۷±۲۳/۵	۱	۴۷/۸±۱۳/۷	۱/۱۵	۵۱/۹±۲۶/۴	۱
مجموع	۶۰/۷±۲۰/۵	-	۴۴/۹±۱۰/۹	-	۶۳/۱±۲۲/۳	-

*میانگین‌ها پس از تبدیل نمرات به ۰ تا ۱۰۰ محاسبه شده است.

** نمره نسبی از تقسیم میانگین نمره به پایین ترین نمره در همان بخش به دست آمده است.

با توجه به نتایج این جدول و نمرات نسبی کسب شده در هر بعد از ابعاد بیمارمحوری، مشخص می‌شود که در بعد الگوهای نقش و حمایت از ارتباط بیمارمحور، واحد تهران دارای بیش‌ترین نمره نسبی است در حالی که این واحد در بعد تجربیات دانشجو کم‌ترین نمره نسبی را به خود اختصاص داده است. به عکس در واحد مشهد، تنها نمره نسبی بالاتر از ۱، مربوط به بعد تجربیات دانشجو است و در ابعاد دیگر، کم‌ترین نمره نسبی را کسب نموده است.

همبستگی نمرات دانشجویان در ابعاد بیمار محوری با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن بررسی شد. بین نمره الگوهای نقش و حمایت همبستگی مثبت متوسطی معناداری وجود داشت ($r=۰/۵۳$ و $p<۰/۰۰۱$) ولی بعد تجربیات دانشجو با الگوهای نقش و حمایت، همبستگی معنادار آماری نداشت به ترتیب: $r=-۰/۱۲۶$، $p=۰/۰۹۳$ و $r=-۰/۱۶۲$، $p=۰/۰۶۴$).

در خصوص کاربرد مهارت‌های ارتباطی توسط کارورزان، نتایج در جدول ۲ ذکر شده است.

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، در ۱۲ مهارت از ۱۷ مهارت، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان اظهار کرده‌اند که در بیش از ۶۰٪ ملاقات‌های خود با بیماران این مهارت‌ها را به کار برده‌اند. در بین این ۱۲ مهارت، بیش‌ترین کاربرد مربوط به مواجهه گرم و دوستانه و محترمانه با بیماران (۶۲٪) و پس از آن، تلاش برای شناخت نیازهای روحی-روانی و اجتماعی بیماران (۶۰٪) بود. در ۵ مهارت، کم‌تر از نیمی از شرکت‌کنندگان آنرا در بیش از ۶۰٪ ملاقات‌های خود به کار گرفته بودند. به طوری که تنها ۱۲۲ نفر (۳۷٪) از پاسخ‌دهندگان در بیش از ۶۰٪ موارد مذاکرات مطرح شده در طی ملاقات را در پایان خلاصه کرده بودند و همچنین فقط ۱۲۸ نفر (۳۹/۲٪) از شرکت‌کنندگان در بیش از ۶۰٪ موارد برنامه درمانی را مرور کردند.

با توجه به این که قرار بود ارتباط بین میزان بیمارمحوری در برنامه درسی با کاربرد مهارت‌های ارتباطی توسط دانشجویان پزشکی بررسی شود، پاسخ‌های مربوط به کاربرد مهارت‌ها مجدداً کدگذاری شد به طوری که به پاسخ‌های کم‌تر از ۲۰٪ تا ۱۰۰-۸۱٪، به ترتیب نمره ۰ تا ۴ تعلق گرفت. سپس میانگین نمره و انحراف معیار در هریک از مهارت‌ها و همچنین کل مهارت‌ها محاسبه گردید. بیش‌ترین میانگین به تلاش برای شناخت نیازهای روحی و روانی و اجتماعی (۲/۶۸±۰/۹۲)، پاسخ دادن به پرسش‌های بیمار (۲/۶۷±۰/۹۹)، نشان دادن واکنش حمایت‌گرانه به احساسات بیمار (۲/۶۶±۰/۹۸) مربوط بود. همچنین کم‌ترین میانگین به مشخص کردن مراحل بعدی درمان (۲/۱۱±۱/۲)، پرسش از بیمار در خصوص درک برنامه درمانی (۲/۱۲±۰/۹۸)، خلاصه کردن مذاکرات مطرح شده در ملاقات (۲/۲۲±۰/۹۹)، و مرور برنامه درمانی (۲/۲۳±۰/۹۹) مربوط بود. میانگین نمره کل حاصل از پرسشنامه کاربرد مهارت‌های ارتباطی نیز ۲/۵۱±۰/۶۲ بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و میزان کاربرد هریک از مهارت‌های ارتباطی توسط دانشجویان

ردیف	پرسش‌ها	میانگین و انحراف معیار	فراوانی و درصد افرادی که در بیش از ٦٠٪ ملاقات‌ها این مهارت را به کار برده‌اند
١	با بیمارانتان به روشی محترمانه، گرم و دوستانه مواجه شدید	٢/٦٣±١/١	٢٠٣ (٦٢٪)
٢	از سؤالات باز و تشویق بیمار به توصیف مشکل استفاده کردید	٢/٥٥±٠/٩٦	١٦٨ (٥١٪)
٣	کمک کردید که بیمار احساس خود را بیان کند	٢/٥٨±٠/٩٥	١٧٨ (٥٤٪)
٤	بیماران را برای بیان احساس خود در خصوص مشکل فعلی فعالانه تشویق کردید	٢/٥٨±٠/٩٦	١٧٤ (٥٣٪)
٥	به بیمار نشان دادید که مشکلش را درک می‌کنید و با او همدلی کردید	٢/٦٣±٠/٩٧	١٨١ (٥٥٪)
٦	به احساسات بیمار به شیوه‌ای حمایت‌گرانه واکنش نشان دادید	٢/٦٦±٠/٩٨	١٨٥ (٥٧٪)
٧	برای شناخت نیازهای روحی، روانی و اجتماعی بیماران تلاش کردید	٢/٦٨±٠/٩٢	١٩٥ (٦٠٪)
٨	به بیمار در خصوص مشکلش و علت آن آموزش دادید	٢/٥٧±٠/٩٤	١٧٤ (٥٣٪)
٩	در جهت آموزش بیمار در خصوص انتخاب‌های درمانی ممکن و تعیین میزان درک او از آموزش‌های ارائه شده تلاش کردید	٢/٦٠±٠/٩٥	١٨٢ (٥٦٪)
١٠	به پرسش‌های بیمار با جزییات کافی و به زبان ساده پاسخ دادید	٢/٦٧±٠/٩٩	١٨٩ (٥٨٪)
١١	بیماران را در فرایند تدوین برنامه درمانی فعالانه مشارکت دادید	٢/٥٧±٠/٩٨	١٧٥ (٥٣٪)
١٢	وقتی برنامه درمان مشخص شد، در ایجاد تعهد و پایبندی بیمار به پیگیری برنامه درمانی تعیین شده تلاش کردید	٢/٥٩±١/٠٣	١٧٢ (٥٢٪)
١٣	بیمار را در طی ملاقات فعالانه درگیر کردید	٢/٢٤±١/٠٨	١٤٧ (٤٥٪)
١٤	مذاکرات مطرح شده در طی ملاقات را خلاصه کردید	٢/٢٢±٠/٩٩	١٢٢ (٣٧٪)
١٥	از بیمار پرسیدید که آیا جزییات مشکل و برنامه درمانی را فهمیده است؟	٢/١٢±٠/٩٨	١٢٩ (٣٩٪)
١٦	برنامه درمانی را مرور کردید	٢/٢٣±٠/٩٩	١٢٨ (٣٩٪)
١٧	مراحل بعدی درمان را مشخص کردید تا اطمینان یابید که اودرمان را به طور مناسب اجرا خواهد کرد	٢/١١±١/٢	١٣٤ (٤١٪)
	کل پرسشنامه	٢/٥١±./٦٢	١٩ (٠/٠٦)

همبستگی میزان کاربرد مهارت‌های ارتباطی با ابعاد بیمارمحوری در برنامه درسی با استفاده از آزمون اسپیرمن سنجیده شد. نتایج نشان داد که کاربرد مهارت‌های ارتباطی توسط دانشجویان با نمره زیرواحدهای الگوهای نقش و حمایت از ارتباط بیمارمحور همبستگی مثبت و ضعیف معناداری دارد (به ترتیب r=٠/٢٤ و r=٠/٣٧ و p=٠/٠٠١) هر چند که همبستگی پایین بود، ولی با زیر واحد تجربیات دانشجو رابطه معناداری وجود نداشت.

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد بیمار محوری بین دانشجویان دختر و پسر (جدول ٣) نشان داد که اگرچه دانشجویان دختر به دو بعد بیمار محوری در برنامه درسی (الگوهای نقش و حمایت از ارتباط) نمره کم‌تر و به بعد تجربیات دانشجو نمره بالاتری نسبت به دانشجویان پسر داده بودند، ولی این تفاوت فقط در بعد حمایت از ارتباط بیمار محور معنادار بود (p=٠/٠٠٥).

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد بیمار محوری در دانشجویان دختر و پسر

ابعاد	میانگین		مقدار z	p
	دانشجویان دختر	دانشجویان پسر		
الگوهای نقش	۵۸/۴±۲۳/۷	۶۲/۶±۱۷/۲	۱/۳۷۳	۰/۱۷۰
تجربیات دانشجو	۴۵/۲±۱۲/۹	۴۴/۶±۸/۹	۰/۷۱۱	۰/۴۷۷
حمایت از ارتباط بیمار محور	۵۸/۴±۲۵/۹	۶۶/۹±۱۸	۲/۷۸۳	۰/۰۰۵

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کاربرد مهارت‌ها در دختران برابر ۲/٤۸±./٦۷ و در پسران برابر ۲/۵۳±۰/۵٦ که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (z=۱/۰۵۳ و p=۰/۲۹۲)

بحث

این مطالعه به منظور بررسی رابطه کاربرد مهارت‌های ارتباطی توسط کارورزان با ابعاد بیمار محوری برنامه درسی پنهان انجام شد. نتایج نشان داد که میزان کاربرد مهارت‌های ارتباطی توسط دانشجویان، با ابعاد الگوهای نقش و حمایت از رفتار ارتباطی دانشجو رابطه مثبت و معنادار دارد. ولی با بعد تجربیات دانشجویان ارتباط معنادار نبود. به نظر می‌رسد این موضوع به پیچیدگی تجربیات دانشجویان در محیط‌های پیچیده آموزشی- درمانی و مبهم بودن چگونگی تاثیر این تجربیات بر رفتار آنان مربوط باشد. مطالعات دقیق‌تری لازم است تا بتوان در این خصوص نتیجه‌گیری کرد.

در مجموع نتایج این پژوهش در خصوص بیمارمحوری در برنامه درسی نشان داد که بعد حمایت از برقراری ارتباط بیمارمحور توسط دانشجویان، در هر سه دانشکده نسبت به سایر ابعاد نمره بیش‌تری را به خود اختصاص داده است و کم‌ترین نمره به بعد تجربیات دانشجو تعلق گرفته است. این نتیجه با نتایج مطالعه هایدت در امریکا مطابقت دارد(۲۱). همچنین در مطالعه ال‌باوردی در عربستان سعودی نیز بعد تجربیات دانشجو کم‌ترین نمره داشته ولی بیش‌ترین نمره متعلق به بعد الگوهای نقش بوده است(۲۲). شاید علت این وضعیت این باشد که تجربیات دانشجویان اغلب در شرایط پراسترس و غیرقابل پیش‌بینی محیط‌های درمانی رخ می‌دهند و برای اعضای هیأت‌علمی دادن بازخورد مثبت به رفتار ارتباطی دانشجو آسان‌تر و امکان‌پذیرتر از کنترل تجربیات روزمره آنان است. به نظر می‌رسد یکی از چالش‌های روبروی آموزش پزشکی، شناخت هرچه بیش‌تر انواع تجربیات دانشجویان در محیط‌های آموزشی- درمانی و یافتن راهی برای تغییر تجربیات نامطلوب باشد.

نمرات سه دانشکده در ابعاد بیمارمحوری نشان می‌دهد که اگرچه در هر سه دانشکده بیش‌ترین نمره مربوط به بعد حمایت بود، ولی الگوی نمرات در هر دانشکده متفاوت بود. مقایسه هایدت بین ۹ دانشکده پزشکی امریکا نیز نشان داد که الگوی نمرات در دانشکده‌ها متفاوت بود. این نتیجه نشان می‌دهد که مفهوم محیط یادگیری، مفهوم پیچیده‌ای است و اگر قرار باشد مداخلاتی برای بهبود محیط‌های یادگیری در جهت گسترش بیمارمحوری طراحی و تدوین گردد، بدون شناخت دقیق شرایط منحصر به فرد هر مؤسسه موفقیت آمیز نخواهد بود.

نتایج مربوط به کاربرد هریک از مهارت‌های ارتباطی توسط دانشجویان نشان داد که در مجموع دانشجویان میزان کاربرد مهارت‌های ارتباطی را خیلی خوب ارزیابی نکرده بودند زیرا در اغلب مهارت‌ها تنها کمی بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان آن را در بیش از ٦۰ درصد موارد به کار برده بودند. این نتایج با نتایج تحقیقاتی که رفتار ارتباطی کارورزان را در ایران بررسی کرده‌اند تطابق

داشت. به طوری که خاتمی در بررسی عملکرد ارتباطی کارورزان دانشکده پزشکی قزوین، به وجود نقایص عمده در برقراری ارتباط توسط کارورزان اشاره کرده است(۱۵). همچنین فرج زاده وضعیت برقراری ارتباط توسط کارورزان را متوسط ارزیابی کرد(۱۷). نتایج تحقیق عنبری نیز نشان‌دهنده متوسط بودن عملکرد ارتباطی کارورزان قبل از آموزش مهارت‌های ارتباطی بود(۲۳). نقص در کاربرد مهارت‌های ارتباطی احتمالا به کمبود دانش در این زمینه مربوط است. نتایج تحقیق توکل و همکاران نیز نشان داد که کارورزان پزشکی از دانش کمی در خصوص مهارت‌های ارتباطی برخوردار بودند(٤).

در مقایسه نتایج تحقیق حاضر با مطالعه اشوربی و همکاران مشاهده می‌شود که در هر دو تحقیق، مهارتی که بیش‌تر شرکت‌کنندگان در بیش از ٦٠ درصد بیماران به کار می‌گرفتند، مواجهه محترمانه، گرم و دوستانه با بیماران بود(۱۹). البته درصد پاسخ‌دهندگانی که مهارت مذکور را در بیش از ٦٠ درصد موارد به کار می‌بردند، در تحقیق اشوربی بسیار بالاتر از تحقیق حاضر بود (٩٢/٦٪ در مقابل ٦٢/١٪). این تفاوت چشم گیر در سایر مهارت‌ها نیز کم و بیش به چشم می‌خورد. البته اشوربی کاربرد مهارت‌های ارتباطی را در پزشکان خانواده سنجیده بود در حالی که در تحقیق حاضر کارورزان به پرسش‌ها پاسخ داده‌اند و ممکن است بخشی از این تفاوت به همین دلیل باشد. نتایج نشان داد که عملکرد دانشجویان در برخی مهارت‌ها به ویژه مهارت‌های مربوط به جمع‌بندی و خلاصه کردن و پایان دادن به ملاقات نیز نسبت به سایر مهارت‌ها ضعیف‌تر بود. همچنین تفاوت در عملکرد دانشجویان در مهارت‌های مختلف نشان‌دهنده ضرورت نیازسنجی منظم آموزشی برای طراحی و اجرای هرگونه مداخله آموزشی است.

این تحقیق دارای محدودیت‌هایی بود که باید در تفسیر و کاربرد نتایج آن در نظر گرفته شود. ازجمله این که این مطالعه در ۳ دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی به عنوان نمونه انجام شده است که با توجه به پیچیدگی مفاهیم مورد بررسی در تعمیم نتایج آن به سایر دانشکده‌های این دانشگاه و همچنین سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور باید احتیاط نمود. همچنین عملکرد دانشجویان با استفاده از پرسشنامه خودایفا سنجیده شده است که بایستی محدودیت‌های این ابزار در استفاده از نتایج و تفسیر آن مد نظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به رابطه مثبت و معنادار بعد الگوهای نقش با کاربرد مهارت‌ها، مهم ترین نتیجه این تحقیق این بود که رفتار اساتید به عنوان الگوهای نقش می‌تواند بر چگونگی رفتار دانشجویان پزشکی با بیماران تأثیرگذار باشد. همچنین حمایت اساتید از برقراری ارتباط بیمار محور از طریق دادن بازخورد مثبت، موجب تثبیت این رفتار در دانشجویان خواهد شد. عدم وجود ارتباط بین بعد تجربیات دانشجویان و کاربرد مهارت‌ها، احتمالا ناشی از پیچیدگی تجربیات دانشجویان و چگونگی تأثیر این تجربیات بر رفتار دانشجویان و غیرخطی بودن این ارتباط است. توجه به این نتایج در کنار آموزش رسمی مهارت‌های ارتباطی می‌تواند موجب توسعه بیمارمحوری و پاسخ به نیازهای مردم و بیماران در جامعه به شدت پیچیده و در حال تغییر کنونی گردد.

منابع

1. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Med Teach. 2006; 28(5): e127- 134.
2. Haq C, Steele DJ, Marchand L, Seibert Ch, Brody D. Integrating the art and science of medical practice: Innovations in teaching medical communication skills. Fam Med. 2004; 36: s43- 50.

3. Sibille KT. Assessing readiness in medical residents to implement patient-centered care. [Dissertation]. Santa Barbara, California: Fielding Graduate University; 2008.
4. Tavakol M, Torabi S, Lyne OD, Zeinaloo AA.A quantitative survey of interns' knowledge of communication skills: An Iranian exploration. BMC Medical Education. 2005; 5:6.
5. Penava DA, Stanojevic S. Communication skills assessed at OSCE are not affected by participations in the Adolescent Healthy Sexuality Program. Med Educ online. 2002; 7(1): 6-14.
6. Williams S, Sa B, Nunes P, Stevenson K. Communicating with first year medical students to improve communication skills teaching in the University of West India. International Journal of Medical Education. 2010; 1: 5-9.
7. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. Health Aff. 2010; 29(7): 1310-1318.
8. Scheffer S, Muehlinghaus I, Froehmel A, Ortwein H. Assessing students' communication skills: Validation of a global rating. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2008; 13(5): 583- 592.
9. Ommen O, Thuem S, Pfaf H, Janssen Ch. The relationship between social support, shared decision-making and Patient's trust in doctors: A cross sectional survey of 2197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. Int J Public Health. 2011; 56(3): 319-27.
10. Reinders ME, Blankenstein AH, van der Horst HE, Knol DL, Schoonheim PL, van Marwijk HW. Does patient feedback improve the consultation skills of general practice trainees? A controlled trial. Med Educ. 2010; 44(2): 156-64.
11. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N,et al. Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report. Acad Med. 2004 ;79(6):495-507.
12. Haidet P, Kelly A, Chou C, Communication, Cirriculum, and Culture Study Group. Characterizing the Patient-Centeredness of Hidden Curricula in Medical Schools: Development and Validation of a New Measure. Acad Med. 2005; 80(1): 44-50.
13. Del Piccolo L, Mazzi MA, Scardoni S, Gobbi M, Zimmermann Ch. A theory-based proposal to evaluate patient-centered communication in medical consultations. The Verona Patient-centered Communication Evaluation scale (VR-COPE). Health Education. 2008; 108(5): 355-372.
14. Ghazanfari Z, Forozy M, Khosravi F. [The opinions of graduated students of medicine on the amount of compatibility existing between the programs of clinical education and their occupation needs in Kerman]. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2010; 12(suppl 1): 52-59. [Persian]
15. Khatami S, Asefzadeh S. [Communication skills of medical interns of Qazvin UMS]. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2007; 11 (3) :79-81.[Persian]
16. Managheb E, Zamani A, Shams B, Farajzadegan Z. [The Effect of communication Skills Training through Video Feedback Method on Interns' Clinical Competency]. Iranian Journal of Medical Education 2010; 10(2): 164-169.[Persian]
17. Farajzadeh S, Noohi E, Mortazavi H. [Interns' Communication with Patients during Interview: the Perspectives of Patient and Observer] Iranian Journal of Medical Education. 2006; 6(2): 79-85. [Persian]
18. Maleki H. [Curriculum Development - Practice Guide]. 2th Ed. Mashhad: Payame Andishe; 2007. [Persian]
19. Yamani N, Changiz T, Adibi P.[Professionalism and hidden curriculum in medical education].Isfahan: Isfahan University of Medical Science, Medical Education Research Center. [citd 2013 Dec 19]. available from:
rds.sem-ums.ac.ir/edc/downloads/professionalism%20and%20hidden.pdf
20. Ashbury FD, Iverson DC, Kralj B. Physician communication skills: Results of a survey of general/family practitioners in Newfoundland. Med Educ Online [serial online]. 2001; 6:1. [citd 2013 Dec 18]. available from: http://www.med-ed-online.org
21. Haidet P, Kelly A, Bentley S, Blatt B, Chou CL, Fortin AH, et al. Not the same everywhere, Patient-centered learning environment at nine medical schools. J Gen Intern Med. 2006; 21(5):405–409.
22. Al-Bawardy R, Blatt B, Al- Shohaib S, Simmens SJ. Cross-cultural comparison of the patient-centeredness of the hidden curriculum between a Saudi Arabian and 9 US medical schools. Med Educ Online [serial online]. 2009; 14: 19. [citd 2013 Dec 18]. Available from: http://www.med-ed-online.org
23. Anbari Z, Godarzi D, Siros A, Mahdian F.[Design, implementing & evaluation of an educational program on improving the communication skills with patients based on WHO in interns]. Iranian Journal

of Medical Education. 2012; 12(5): 308-316.[Persian]

The Association between Patient-centered Hidden Curriculum and Medical Students' Communication Skills

Mahnaz Jalalvandi[1], Mohammad-Reza Sohrabi[2], Akhtar Jamali[3], Ali Taghipoor Zahir[4]

Abstract

Introduction: *Nowadays, physicians, medical organizations, and policy makers increasingly emphasize patient centered medical care. Regarding the importance of hidden curriculum in development of medical students' professional behaviors, this study was conducted to investigate correlation between patient-centered hidden curriculum and medical students' communication skills.*
Methods: *This descriptive correlation study was performed in spring 2013 within 3 Branches of Islamic Azad University (Tehran, Mashhad, and Yazd) on 327 randomly selected interns. Data gathering instruments were 2 questionnaires: One for patient-centered curriculum (including 3 dimensions of role modeling, students' experiences, and support for students' patient-centered behaviors) and the other for students' communication skills. Data analysis was performed using descriptive statistics as well as Spearman and Mann-Whitney U tests.*
Results: *Among dimensions of patient-centered hidden curriculum, the highest and lowest scores belonged to support for students' patient-centered behaviors dimension (mean: 63.1 out of 100) and students' experiences (mean: 44.9 out of 100). There was a significant positive correlation between students' communication skills with two dimensions of "role modeling" and "support for students' patient-centered behaviors" (r= 0.24, r= 0.37 respectively and P=0.001). Female students reported lower scores for patient-centeredness in curriculum and their communication skills compared to male students. But this was significant only in "support for students' patient-centered behaviors" dimension (58.4 versus 66.9, p= 0.005).*
Conclusion: *Considering significant correlation between communication skills and 2 dimensions of patient-centered curriculum, deeper understanding of learning environment and designing interventions for favorable changes, is recommended for development of patient-centered communication.*

Keywords: Patient-centeredness, physician- patient communication, medical students, hidden curriculum.

Addresses:
[1] Ph.D. Candidate of Educational Management, Department of Educational Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: mz.jalalvandi@gmail.com
[2] Associate Professor, Department of Health and Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: m.sohrabi@sbmu.ac.ir
[3] Assistant Professor, Department of Educational Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: akhtar_jamali2000@yahoo.com
[4] Associate Professor, Department of Educational Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: taghipoor2@yahoo.com