

# دانشور

## پزشکی

### ارتباط پزشک و بیمار

دکتر اظهر معین\*<sup>۱</sup> و کبری عنبری اکمل<sup>۲</sup>

۱. دانشیار درماتولوژی، گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. کارشناس گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

Email: sj812003@yahoo.com

نویسنده مسئول: دکتر اظهر معین

#### چکیده

مقدمه: ارتباط خوب بین پزشک و بیمار سنگ زیر بنای مراقبت‌های خوب پزشکی است. تحقیقات نشان می‌دهد، بیشتر تشخیص‌های پزشکی و تصمیم‌های درمانی براساس اطلاعات به‌دست آمده از مصاحبه است و اساس مصاحبه پزشکی ارتباط است.

هدف: هدف از این مطالعه مروری بر نکات لازم در ارتباط پزشک و بیمار و مشخص کردن مواردی است که باعث ایجاد یک ارتباط خوب می‌شود.

مواد و روش‌ها: جهت مروری بر ارتباط پزشک و بیمار منابع Embase, Cochrane, Pubmed, Google, SID و کتابخانه‌های مختلف را از طریق کلمات ارتباط پزشک و بیمار، ارتباط، دکتر، پزشک، بیمار و مهارت مورد بررسی قرار دادیم.

نتایج: توانایی برقرارکردن ارتباط یک مهارت اساسی انسان است و مانند بسیاری از مهارت‌ها بعضی افراد استعداد ذاتی بیشتری برای برقراری ارتباط نسبت به بقیه دارند، اما مهارت‌ها می‌توانند و باید پیشرفت کنند. مروری بر مطالعات آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی و پزشکان نشان داده که این آموزش باعث موفقیت برقراری ارتباط شده است. هدف ارتباط عبارت است از: مبادله اطلاعات، ایجاد فهم مشترک، اعتماد و رسیدن به تصمیم‌گیری مشترک. نیاز است پزشکان مهارت‌های اساسی پایه مانند مهارت‌های بین فردی پزشک و بیمار مانند: سلام و احوالپرسی کردن، گوش دادن فعال، همدلی، احترام، علاقه‌مندی، تواضع، حلم و بردباری، رازداری، جمع‌آوری اطلاعات، دادن اطلاعات و آموزش بیمار و مهارت‌های پیشرفته ارتباطی را یاد بگیرند.

نتیجه‌گیری: ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار نقش مهمی در نظام سلامت دارد. مخلوطی از هنر ارتباط، آموزش، انسان‌شناسی، مهارت‌های رفتاری و بسیاری از علوم دیگر برای برقراری ارتباط مؤثر موردنیاز است.

واژگان کلیدی: ارتباط، پزشک، بیمار

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال هفدهم - شماره ۸۵

اسفند ۱۳۸۸

وصول: ۸۸/۷/۲۷

آخرین اصلاحات: ۸۸/۱۲/۲۴

پذیرش: ۸۸/۱۲/۲۷

#### مقدمه

ارتباط بین پزشک و بیمار در قلب طبابت جای دارد و محور همه اقدامات بالینی و سنگ زیربنای فعالیت خوب پزشکی توصیف شده است [۱-۳]. تحقیقات مختلف نشان داده است که ۶۰-۸۰ درصد تشخیص‌های پزشکی و درصد مشابهی از تصمیم‌های درمانی بر مبنای اطلاعات به‌دست آمده از مصاحبه پزشکی انجام می‌گیرد. اساس مصاحبه پزشکی که خود پایه فعالیت‌های پزشکی به‌شمار می‌آید، ارتباط است [۲]. تشخیص کارآمد نه تنها به

شناسایی علایم جسمی بیماری بستگی دارد، بلکه به شناسایی علایم جسمی که ممکن است ریشه‌های اجتماعی یا روان‌شناختی داشته و خود مستلزم طرح‌های درمانی متفاوتی هستند نیز ارتباط دارد. مشکلات ارتباطی پزشک و بیمار روی جنبه‌های مختلف مراقبت پزشکی شامل گرفتن شرح حال، تشخیص یا استفاده از درمان‌ها اثر می‌گذارد [۴]. بعضی مطالعات بیان کرده‌اند که استرس و ناراحتی ناشی از مشکلات ارتباطی، اثرات منفی روی سلامتی بیمار (و احتمالاً پزشک) گذاشته و با ارتباط و فهم بهتر

## مواد و روش‌ها

منابع SID، Google، Embase، Cochrane، Pubmed و کتابخانه‌های مختلف، در سی سال اخیر (۲۰۰۹-۱۹۷۹) مورد بررسی قرار گرفته و کلمات مورد جستجو عبارت بودند از: ارتباط پزشک و بیمار، ارتباط، پزشک، دکتر، بیمار، مریض، communication، physician، doctor، patient، relationship skill و ترکیب این کلمات.

## نتایج و بحث

توانایی برقراری ارتباط یک مهارت اولیه برای انسان است و مانند بسیاری از مهارت‌ها برخی افراد در این زمینه استعداد طبیعی بیشتری نسبت به دیگران دارند، اما مهارت‌ها می‌توانند و باید توسعه یابند. ثابت شده است، آموزش مناسب مهارت‌های ارتباطی موجب بهبودی ارتباط پزشکان با بیماران می‌شود [۱۶-۱۴].

**تعریف ارتباط:** ارتباط میان فردی فرآیندی تبادلی، هدفمند، چندبعدی، برگشت‌ناپذیر و احتمالاً اجتناب‌ناپذیر است. در مجله ارتباط بیش از پانزده تعریف مختلف از ارتباطات انسانی ارائه شده است [۱۷]. یکی از اشتراکات تعاریف ارتباط این است که همگی ارتباط را فرآیند ارسال و دریافت پیام می‌دانند. ارتباط یک تبادل است، نظریه پردازان قدیمی ارتباط را فرآیند خطی می‌دانستند که طی آن منبع، پیام را فرمول‌بندی و به گیرنده منتقل می‌کند، اما اکنون دیدگاه‌های تبادلی جای این نظریه را گرفته‌اند. در این دیدگاه ماهیت پویا و متغیر این فرآیند مورد توجه است و به تأثیر و تأثر ارتباط برقرارکنندگان بر یکدیگر در یک سیستم دو سویه تأکید دارد [۱۷]. ارتباط فرآیند ایجاد فهم مشترک است. مکالمه مهم‌ترین وسیله ارتباط‌گیری است و مکالمه حالت پویای صحبت کردن و گوش کردن است. کیفیت مکالمه بیشتر وابسته به کیفیت گوش کردن است تا کیفیت صحبت کردن [۱۸]. ارتباطات مجموعه‌ای از مهارت‌ها است، اما مهم‌ترین آن‌ها درک نقطه‌نظرهای طرف مقابل و تفهیم نقطه‌نظرهای خویش است [۱۸، ۱۹]. بهره‌وری در کارها از طریق کسب توانایی برقراری یک ارتباط خوب افزایش می‌یابد. مطالعات پژوهشی نشان می‌دهد، همه افراد در هر سنی می‌توانند مهارت‌های

به‌خصوص با در نظر گرفتن احساسات و علائم بیمار، پزشک مراقبت پزشکی مفیدتر و مؤثرتری خواهد داشت [۵]. در یک مطالعه مروری سیستماتیک در مورد مداخلات بهبودی ارتباط پزشک و بیمار در بیش از ۵۰ درصد موارد، این مداخلات باعث بهبودی سلامتی بیماران شد. این مداخلات شامل مواردی مانند تشویق بیمار به سؤال کردن یا نوشتن چیزهایی که برای او نگران‌کننده است یا در مورد پزشکان چگونگی فهم انتظارات و نگرانی‌های بیماران و ارائه اطلاعات شفاف و روشن درباره بیماری و درمان آن و تقویت توجه آنان به احساسات بود [۶]. تحقیقات نشان می‌دهد، در بسیاری از کشورها وجود مشکلات جدی در برقراری ارتباط در کار پزشکی و بالینی امری معمولی است [۷] و آگاهی نسبت به مهارت‌های ارتباطی پایین است [۸، ۹]. ضعف مهارت‌های ارتباطی اثرات زیان‌آوری روی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مراقبت‌های بهداشتی دارد [۱۰] و بررسی شکایات مربوط به پزشکان نشان می‌دهد، بسیاری از این شکایات به مهارت‌های علمی و کارایی پزشک مربوط نمی‌شود، بلکه ناشی از نحوه برقراری ارتباط با بیمار است. به عبارتی می‌توان گفت، دلیل نهایی بیشتر شکایات و تخلف‌های پزشکی، خطاهای ارتباطی است [۱۱]. رابطه پزشک و بیمار از قدیم تا به امروز از اهمیت خاصی برخوردار بوده است. سوگندنامه‌های بقراط، ابن میمون و علی ابن اهواری، مون پیله، ژنو، دانشگاه تهران و تدوین قوانین مختلف بیانگر اهمیت این رابطه است [۱۲]. موضوع ارتباط پزشک و بیمار موضوعی جذاب است و توجه جوامع بین‌المللی به آن زیاد بوده و موضوعی به‌روز است. امروزه مدل ارتباطی از مدل قدیمی با مرکزیت پزشک (پترنالیسم) و بیماری‌محور به مدل جدید بیمارمحور و انسان‌محور با در نظر گرفتن ابعاد مختلف انسانی تغییر کرده است. یک ارتباط کامل، درست و قابل فهم یک ضرورت برای پزشک و تمام افراد سیستم بهداشتی است و تمام افراد در سیستم سلامتی باید یاد بگیرند ارتباط مؤثر داشته باشند [۱۳]. در این مطالعه هدف ما بررسی چگونگی برقراری یک ارتباط خوب بین پزشک و بیمار با استفاده از کتب و مقالات مختلف است.

می‌کند. توجه پزشک کاملاً به بیمار است و محیطی ایجاد می‌کند که بیمار اعتماد به نفس بالایی داشته باشد [۲۰،۲۱]. بعضی از این مهارت‌ها عبارتند از:

۱. محیط فیزیکی مناسب مانند: طرز چیدن صندلی‌ها که نه خیلی نزدیک و نه خیلی دور باشد، خصوصی بودن محیط، قرار دادن پرده‌ای برای معاینه و... [۲].

۲. سلام و احوال‌پرسی کردن: نخستین برخورد پزشک در جذب و اعتماد بیمار یا بی‌اعتمادی و دفع وی نقش با اهمیتی دارد [۲۲]. مرحله مقدماتی و آشنایی معمولاً شامل نوعی اضطراب و یک مقطع مهم در رابطه است. بدون گذر موفق از مرحله آشنایی اغلب هیچ نوع پیوند کاری به وجود نخواهد آمد. اولین اثری که پزشک روی بیمار می‌گذارد، خیلی مهم است. در دقایق اول بیمار تصمیم می‌گیرد، آیا احساس راحتی می‌کند یا خیر و اثرات اولیه بستگی به این دارد که پزشک چگونه توجه و رفتار می‌کند. سلام گرم و احوال‌پرسی با رویی گشاده باعث حفظ شأن و منزلت بیمار و افزایش کارایی خواهد شد [۲۳،۲۴،۲۵].

با طرح سؤالات اجتماعی مانند وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، علایم شخصی و اعتقادات مذهبی، فرصت‌های ارتباطی را باید تحکیم کرد. خیلی از بیماران در اولین ملاقات ممکن است ناآرام، عصبانی و مضطرب باشند و رفتار مناسب پزشک باعث راحتی بیمار می‌شود. صحبت از مسائل خارج از بیماری بین پزشک و بیمار زمینه مشترک ایجاد کرده و روابط مناسب را گسترش می‌دهد [۲۴،۲۵].

۳. سؤال از بیمار در مورد دلیل مراجعه [۲۴].

۴. گوش دادن فعال با استفاده از مهارت‌های آن شامل: الف) مهارت‌های توجه مانند تحرک جسمانی به‌طور مثال با تکان دادن سر یا نگاه کردن، ب) مهارت‌های پی‌گیری مانند استفاده از تشویق، سؤالات کوتاه و سکوت توجه‌آمیز، ج. مهارت‌های انعکاسی مانند توضیح مطالب گفته‌شده یا انعکاس احساسات با گفتن کلماتی مانند درست است و می‌فهمم تا بیمار متوجه شود که توجه پزشک کاملاً به سوی اوست [۲۶،۲۷]. در یک مطالعه در

ارتباطی خاص خود را بیاموزند، به‌طوری که به بهبود روابط و افزایش کارایی شغلی آن‌ها منتهی شود. مطالعات نشان می‌دهند، آموزش مناسب مهارت‌های ارتباطی، موجب بهبود ارتباط کارآموزان پزشکی می‌شود [۲]. آموزش مهارت‌های ارتباطی یکی از مباحث آموزشی پزشکی است که در سال‌های اخیر مورد تأکید فراوان قرار گرفته و رو به گسترش است. اغلب پیش از این که دانشجویان از آموزش علوم پایه به آموزش بالینی انتقال یابند، دوره‌هایی برای آموزش آن‌ها گذاشته می‌شود. در این دوره‌ها مهارت‌های ارتباطی به عنوان قسمتی از شرح‌حال‌گیری و انجام مصاحبه پزشکی آموزش داده می‌شود. این شیوه از آموزش مهارت‌های ارتباطی در دانشکده‌های پزشکی انگلستان، ایرلند، ایالات متحده و استرالیا به کار گرفته می‌شود [۲]. در یک مطالعه در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و کرمانشاه اهداف آموزشی مشخص و مدونی برای درس آموزش مهارت‌های ارتباطی وجود نداشت و آموزش‌ها پراکنده و بدون طرح آموزشی مدون از نظر شیوه‌های گوناگون تدریس، محتوای علمی و ارزیابی بود [۲۰].

چهار هدف اصلی در ارتباط مؤثر پزشک و بیمار وجود دارد: ۱. تبادل اطلاعات؛ ۲. ایجاد فهم مشترک؛ ۳. ایجاد اعتماد؛ ۴. رسیدن به تصمیمات مورد توافق دو طرف [۲۱]. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ میزگردی با شرکت کارشناسان درباره ارتباط پزشک و بیمار در ژنو برگزار کرد و مهارت‌های ارتباطی ضروری برای دانشجویان پزشکی را تدوین کرد که براساس تقسیم‌بندی آن بحث را ادامه می‌دهیم.

به‌طور کلی دو دسته مهارت‌ها در جهت ارتباط پزشک و بیمار مطرح است: ۱. مهارت‌های ارتباطی پایه؛ ۲. مهارت‌های ارتباطی پیشرفته.

**مهارت‌های ارتباطی پایه شامل:** الف. مهارت‌های بین فردی پزشک و بیمار، ب. مهارت‌های گردآوری اطلاعات، ج. مهارت‌های ارائه اطلاعات و آموزش بیمار است [۲].

**الف. مهارت‌های بین فردی پزشک و بیمار:** به مهارت‌های اصلی گفته می‌شود که به ارتباط مؤثر کمک

مورد رضایت‌بخشی از پزشکان و این‌که چه اقدامی انجام دهد تا سبب بهبودی رابطه خود با بیمار شود، ۶۱ درصد معتقدند بودند باید به صحبت‌های بیمار خوب گوش دهند [۱].

۵. همدلی، صمیمیت و گرمی، خوش‌زبانی، احترام [۲۳، ۲]. مدارا و مهربانی کردن [۲۷]، حلم و بردباری [۲۳]، فروتنی [۲۸]، تقوا [۲۹] ایجاد امیدواری [۲۷]، ایجاد اعتماد [۲۹]، رازداری [۳۰] و ... باید در ارتباط پزشک با بیمار لحاظ شود.

موارد فوق در قلب مهارت‌های بین فردی قرار دارند. پزشک باید با احترام، علاقه، صمیمیت و مهربانی با بیمار رفتار کرده و به او توجه نشان دهد [۲، ۲۱]. همدلی پزشک یعنی من می‌توانم شما باشم یا من شما هستم؛ که با احساس همدردی متفاوت است که من می‌خواهم به شما کمک کنم [۱]. احساس نگرانی واقعی خود را در خصوص سلامتی بیمار و توجه نسبت به آسایش و رفاه او را بیان کند [۲۵] و طرف مقابل را بدون هیچ داوری و قضاوتی بپذیرد [۱۱]. پزشک بنا به اقتضای حرفه خود، پیوسته با افرادی سروکار دارد که بر اثر بیماری و گرفتاری، صبر و طاقت خود را از دست داده‌اند و ممکن است کوچک‌ترین برخورد تند، آن‌ها را تحریک کند. بنابراین ارتباط با این‌گونه افراد به منظور معالجه، مدارا، حلم و بردباری زیادی طلب می‌کند [۲۳]. پزشک باید خوش‌زبان باشد و با نرمی و فروتنی با بیماران رفتار کند [۲۸، ۲۳]. ریشه طب به معنای وفق و مدارا در کار و لطف ورزیدن است و طبیب را از آن روی طبیب نامیده‌اند که با مدارا و تدبیر لطف خود، اندوه را از دل می‌گیرد [۲۷]. طبیب باید همواره تقوا و ترس از خدا را رعایت کند. در رفتار خود با بیمار و اطرافیانش، در معاینات و لمس بدن جنس مخالف در تجویز دارو و مقدار آن، در تعیین حق ویزیت و عمل جراحی در همه حال خدا را حاضر و ناظر دانسته و تقوا را رعایت کند (من تطیب فلیتق ... ولیجتهد و لیصح «حضرت علی (ع)»). رفتار پزشک باید به‌گونه‌ای باشد که اعتماد همه را به سوی خود جلب کند (طبیب بصیر ثقة) [۲۹].

پزشک باید رازدار باشد، از وظایف اخلاقی و دینی هر مسلمانی این است که راز برادر و خواهر مسلمان خود را

حفظ کرده و از افشای آن خوداری کند و در تعلیمات اسلامی بر کتمان سر تأکید شده است [۲۸]. در حدیث نبوی آمده است: «المجالس بالامانة و افشاء سر اخیک خیانة فاجتنب ذلک: نشستن‌ها به امانت است و افشای راز برادرت نیز خیانت، پس از این کار پرهیز» [۲۷]. این فریضه اخلاقی در مورد پزشک، بنا به اقتضای شغلی از اهمیت بیشتری برخوردار است، زیرا در صورتی که بیمار اطمینان پیدا کند، اسرارش نزد پزشک معالجش حفظ خواهد شد، با اطمینان کامل همه آنچه را که در معالجه و مداوای وی ممکن است دخالت داشته باشد، بیان می‌کند و مسلماً اظهارات او در تشخیص بیماری و مداوای او به پزشک کمک می‌کند. در این‌باره حضرت علی(ع) می‌فرماید: کسی که زوایای بیماریش را کتمان نماید، طبیب او از معالجه وی عاجز می‌ماند. از طرفی افشای اسرار علاوه بر این که موجب هتک حرمت اشخاص می‌شود، ممکن است باعث فتنه و فساد و خون‌ریزی هم بشود. بنابراین حفظ اسرار پزشکی از اهمیت خاصی برخوردار است. در پندنامه اهوازی نیز به این امر تأکید شده است، می‌گوید: «طبیب باید راز بیماران را محفوظ دارد، از افشای سر آن‌ها به خودی و بیگانه دوری جوید» چرا که بسیاری از بیماران، بیماری خود را از پدر و مادر و کسان خود مستور و مکتوم می‌دارند، اما آن را به طبیب می‌گویند. پس طبیب باید از خود بیمار در کتمان بیماری بیشتر دقت کند. در برخی از آثار قدما پزشک را با عبارت «کتوماً للاسرار» خوانده‌اند در سوگندنامه بقراط هم آمده، پزشکان رازها را فاش نسازند و هتک حرمت نکنند [۳۰].

۶. توجه به جنسیت، عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بیمار

فهم این مطلب برای پزشک لازم است که تنها دانستن چگونگی تشخیص بیماری مهم نیست، بلکه نحوه شناسایی و پاسخگویی به واکنش‌های هیجانی بیمار نسبت به بیماری و عوامل زمینه‌ای فرهنگی اجتماعی اقتصادی و توجه به جنسیت نیز مهم است.

۷. زبان

پزشک باید از قابل فهم بودن کلمات برای بیمار مطمئن باشد، باید کلمات فنی به کار برده شده را بررسی و در

صحبت وی را قطع کرد و باید برخوردی مؤدبانه داشت. در هر بار فقط یک سؤال از بیمار پرسیده شود تا گیج‌کننده نباشد [۲،۲۴].

## ۲. سکوت

استفاده از سکوت باید به عنوان روشی برای تشویق بیمار به ابراز بیشتر حالت خود و یادآوری اطلاعات مهم به‌کار رود [۲].

۳. مشخص کردن انتظارات بیمار از مشاوره پزشکی باید انتظارات بیمار را از مراجعه پزشکی مشخص کرد، مشکلات یا شکایات پنهان را پیدا کرد که اگر شناخته نشوند، می‌تواند به تشخیص غلط منجر شود [۲]. در این موارد باید به تعهدات بیمار اشاره کرد که باید فهرستی از سؤالات و نگرانی‌هایی که انتظار دارد پزشک جواب دهد، تهیه کرده و پزشک را آگاه کند. در خصوص سوابق پزشکی خود به اندازه کافی و با دقت تبادل‌نظر کرده و با وضوح کامل نیازهای حمایتی خود را بیان کند و مرز مشخصی را برای میزان اطلاعاتی که باید به اطرافیان گفته شود، تعیین کند [۲۱].

۴. روشن کردن اطلاعات بیان‌شده توسط بیمار پزشک باید مفهوم چیزی را که بیمار می‌گوید و نشانه‌هایی که از ارتباط غیرکلامی درک می‌کند، روشن ساخته و با او مطرح کند تا اطمینان حاصل شود که درک درستی از وضعیت بیمار دارد.

## ۵. توالی مطالب

در حالی که سیر نشانه‌ها و رویدادها به ترتیب مشخص می‌شود، تصویری منطقی از موقعیت بیمار به دست می‌آید. با هدایت ماهرانه محتوای مصاحبه به طرف تشخیص حرکت کرده و کنترل مصاحبه و هدایت جریان اطلاعات را به عهده گیرد. باید سعی شود از یک موضوع به موضوع دیگر نرفته و بیمار هدف از هر سؤال را به خوبی بفهمد [۲،۲۴].

بعضی موارد از آن‌ها استفاده نکنند. از به‌کار بردن کلماتی که باعث ترس و نگرانی بیمار می‌شود مانند سرطان، تومور و ... با احتیاط استفاده کند [۲].

## ۸. ارتباط غیرکلامی

کانال‌های برقراری ارتباط غیرکلامی مانند حرکات بدنی یا رفتار حرکتی شامل بیان چهره‌ای، حرکات چشمی، وضع قرارگیری بدن و اشارات بدن (ژست‌ها) است. حین مشاهده چهره‌های برقرارکننده ارتباط متوجه وضع عاطفی یا عواطف موجود در ارتباط شده و می‌تواند بفهمد آیا مخاطبش شاد یا غمگین، هوشیار یا حواس‌پرت، خواب‌آلود، بی‌قرار یا مضطرب است؟ رفتار غیرکلامی به ویژه بیان چهره‌ای و چشمی به بافت و فرهنگ ارتباط بر می‌گردد، به عنوان مثال، در برخی از شرایط و فرهنگ‌ها، اجتناب از تماس چشمی بین افراد می‌تواند حاکی از احترام باشد. با این حال در سایر فرهنگ‌ها یا موقعیت‌ها می‌تواند حمل بر بی‌علاقگی، پرهیز یا بی‌احترامی باشد [۲،۲۵].

## ۹. تشریک مساعی و همکاری

تبادل‌نظر و همکاری متقابل با بیمار احساس یک ارتباط مشترک و موفق را در مراجعه‌کننده ایجاد می‌کند.

## ۱۰. خاتمه دادن مصاحبه

علاوه بر مهارت‌های آغاز و تداوم مصاحبه، خاتمه دادن آن نیز مهم است. در پایان باید مطالب را خلاصه و به بیمار اجازه داد اگر سؤالی دارد، بپرسد.

## ب. مهارت‌های گردآوری اطلاعات

قسمت مهمی از تعامل پزشک و بیمار جمع‌آوری اطلاعات از بیمار است. مهارت‌های اصلی که برای گردآوری اطلاعات لازم است، همان‌هایی هستند که به تسهیل مشارکت بیمار در مصاحبه پزشکی کمک می‌کنند [۲].

## ۱. برقراری تعادل بین پرسش‌های باز و بسته و

### جهت دادن به صحبت‌ها

به‌طور کلی پرسش‌های باز برای گردآوری اطلاعات بهتر از پرسش‌های بسته است، به‌خصوص موقعی که از بیمار خواسته می‌شود تا مشکل خود را توضیح دهد، کمتر باید

## ۶. پردازش و خلاصه کردن اطلاعات

مطالب زیادی در طی مشاوره و مصاحبه تبادل می‌شود. پزشک باید مطالب را پردازش و نکات مهم و اصلی را خلاصه کرده و با تکرار آن برای مریض اطمینان حاصل کند که فهم مشترکی از مطالب وجود دارد [۲].

موقعی که اطلاعات از طریق گرفتن شرح حال، تاریخچه، معاینه کردن و تست‌های دیگر جمع‌آوری شد، زمان توضیح دادن برای بیمار است [۲۴].

## ج) مهارت‌های ارائه اطلاعات و آموزش بیمار

پزشک لازم است در زمان مناسب و بیشتر در مراحل انتهایی مصاحبه، اطلاعات و توصیه‌هایی را در مورد روش‌های درمانی پیشنهادی یا طرح درمان بدهد. جالب توجه است که اضافه کنیم کلمه «دکتر» که امروزه در عرف عام به معنای پزشک مترادف شده است از کلمه یونانی *doce* یعنی آموزش می‌دهم، مشتق شده است، بنابراین چنین به نظر می‌رسد که آموزش باید جزء تفکیک‌ناپذیر هر خدمت بهداشتی درمانی باشد [۲۲].

رعایت چند اصل در آموزش بیماران و ارائه اطلاعات مهم است:

۱. ارائه اطلاعات به صورت ساده و روشن باشد و بررسی کند که آیا بیمار مطالب را فهمیده است یا خیر و آخرین اطلاعات علمی و بهترین روش‌های درمانی و عوارض دارویی را در اختیار مریض قرار دهد [۲-۲۱].
۲. استفاده از توصیه‌های ویژه با مثال‌های عینی که برای بیمار قابل فهم باشد.
۳. مطالب مهم را در ابتدا مطرح کند، تحقیقات نشان می‌دهد چیزی که در ابتدا گفته می‌شود، بهتر به خاطر می‌ماند.
۴. استفاده از تکرار، مطالب در قالب جملات مختلف تکرار شود.
۵. خلاصه کردن و آزمون درک بیمار از مطالب گفته شده.
۶. در پایان مصاحبه باید نکات اصلی به صورت کوتاه و واضح و روشن تکرار شود و از نظر اطمینان از درک مطلب می‌توان از بیمار خواست تا دستورات پزشکی را تکرار کند تا مطمئن شود که خوب شنیده و فهمیده

است. برای جلوگیری از دشواری اطلاعات بهتر است آن‌ها دسته‌بندی شوند و رئوس مطالب اطلاعات پیچیده را روی کاغذ نوشت و در نهایت اطلاعات به یک پروتکل سازمان یافته فکری برای بیمار منجر شود.

در صورت امکان، بیماران بسته‌های آموزشی مناسب حال خود را دریافت کرده و با منابع و مواد آموزشی مانند دست‌نوشته‌ها، وب‌سایت‌های مرتبط، اطلاعات آموزشی گروه‌های اجتماعی حمایتی، سمینارها و جلسات آموزشی گروهی لازم آشنا شوند [۲۱، ۲].

## مهارت‌های ارتباطی پیشرفته

الف. مهارت‌های مربوط به ایجاد انگیزه در بیمار برای همکاری با برنامه درمانی

به‌دنبال مهارت‌های ارائه اطلاعات که توضیح داده شد با حصول اطمینان از این‌که بیمار اطلاعات مربوط به تشخیص و درمان را فهمیده است، باید به برانگیختن همکاری وی نسبت به طرح‌های درمانی کمک کرد. مهارت‌هایی نیز برای افزایش تغییر در رفتار لازم است، چون تغییرات مهم رژیم غذایی، سبک زندگی یا جریان عادی زندگی در درمان ممکن است مؤثر باشد که نکات ذیل کمک‌کننده است:

- ارائه توجیه منطقی برای تغییر رفتار؛
- انتخاب درمان به تناسب سبک زندگی بیمار؛
- رویارویی با موانع تغییر؛
- ارائه نمونه‌ها والگوها؛
- فرصت دادن به منظور بیان و تکرار جزئیات دستورالعمل درمانی؛
- پس‌خوراند و تقویت مثبت برای تغییرات رفتاری سازنده که در جلسه قبل آموزش داده شده است.

ب. کاربرد مهارت‌های ارتباطی در وضعیت‌های خاص

بعضی از عوامل، کیفیت ایجاد ارتباط با بیمار را در مصاحبه پزشکی مشکل می‌کند که به توانایی‌های پیشرفته در زمینه مهارت‌های ارتباطی پایه نیاز است، مانند:

۱. گروه‌های خاص جامعه، تفاوت‌های فرهنگی، زبانی و ... در نظر گرفته شود.

پروردگار می‌بیند و این مسئله هم به تقویت روحیه تعبد در وی و هم امید دادن به بیمار می‌انجامد. «و هو الشافی» و «یا من اسمه دوا و ذکره شفاء» برایش روشن و ملموس است و او را در استواری در راهی که به مصلحت بیماری می‌داند، تشویق و گام‌هایش را محکم‌تر و بیمارش را امیدوارتر می‌سازد. بنابراین در شرایطی رازپوشی، در شرایطی افشای صریح آن و در غالب موارد افشای تدریجی وخامت بیماری به‌خصوص با آگاه ساختن برخی از اطرافیان بیمار که از درک و ظرفیت کافی برخوردارند، باید صورت گیرد [۳۱].

#### اثرات ارتباط مؤثر پزشک و بیمار

۱. ارتباط مؤثر، پیروی بیمار از طرح‌های درمانی تجویز شده را افزایش می‌دهد.
۲. ارتباط مؤثر، میزان مراقبت‌های شخصی و تغییرات رفتاری بیمار را تقویت و با ایجاد باور محکم در مراقبت از خود در زمینه مراقبت از خود فعال‌تر خواهد شد.
۳. ارتباط مؤثر، میزان فهم اطلاعات داده شده توسط پزشک را تقویت می‌کند.
۴. ارتباط مؤثر، باعث رضایت‌مندی بیماران و در نهایت باعث پیشرفت پیامدهای بالینی می‌شود [۳۵-۱۹، ۳۲]. در یک مطالعه در تهران ۷۴ درصد بیماران معتقد بودند، هر چه میزان ارتباط بهتر باشد، رضایت‌مندی بیشتر است [۱۱].
۵. ارتباط مؤثر، باعث می‌شود شکایات کمتری از طرف بیماران نسبت به پزشکان صورت گیرد [۴۳-۳۶].
۶. ارتباط مؤثر، بر رضایت پزشک، اعتماد به نفس و کفایت بالینی او اثر دارد. رضایت‌مندی پزشکان از شغل خود باعث شادابی و شغف آن‌ها و افزایش کارایی خواهد شد [۲۵].
۷. ارتباط مؤثر، ظرفیت پزشکان را برای نگاه به بیمار به عنوان یک انسان افزایش می‌دهد، نه فقط یک بیمار یا یک عضو و به‌طور متقابل بیماران پزشکان را به عنوان افرادی با صداقت، احساس مسئولیت و تعهد می‌دانند. ارتباط مؤثر، باعث کاهش هزینه‌ها و به‌کارگیری مؤثر امکانات و استفاده بهتر از زمان می‌شود [۴۶-۴۴، ۲۱].

۲. گروه‌های خاصی از بیماری‌ها، بیماری مزمن (به‌عنوان مثال، بیماران مزمن به‌دلیل مشکلات جسمی خاص توجه بیشتری را نیاز دارند، چرا که سلامتی روی روند زندگی و فعالیت‌هایی مانند ظرفیت انجام کار، کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی تأثیرگذار است)، معلولیت، عقب‌ماندگی ذهنی، بیمار در حال مرگ، خودکشی و افسردگی، ایدز، اختلالات جنسی واگیردار، درد مزمن، مشکلات گفتاری، اعتیاد، اختلالات شبه‌جسمی و اختلالات نوروتیک.

۳. مشکلات خاص شخصیتی مانند بیماری که همکاری نمی‌کند، بیماران تهاجمی، بیماران بیش از حد وابسته یا بیماران مقاوم که برقراری ارتباط با آن‌ها اغلب مشکل است.
۴. موقعیت‌های بالینی ویژه مانند دادن خبرهای بد، برخورد با مسائل حساس و آماده‌سازی برای روش‌های تشخیصی یا درمانی تهدیدکننده [۲].

در مواردی که آگاهی بیمار از وخامت بیماری موجب از دست دادن روحیه و احیاناً خودکشی او می‌گردد، کتمان حقیقت و رازپوشی از وی مجاز است. پزشک از آنچه که موجب ناامیدی قطعی بیمار می‌شود، باید اجتناب کند، در عین حال آنجا که ضرورت دارد، می‌تواند برخی از اطرافیان بیمار را به تناسب ظرفیت روحی آن‌ها و مصلحت بیمار و خانواده او از حقیقت آگاه سازد. گفته‌اند «دروغ نباید گفت، هر راست نشاید گفت».

در بعضی موارد طبیب می‌تواند با زبانی مسئولانه بیمار را به تدریج به وخامت بیماری آگاه سازد، به نحوی که وی با داشتن این آگاهی به ادای دیون خود نسبت به خالق و مخلوق و تنظیم برنامه آینده بازمندگان و وصیت و نظایر آن در فرصت باقی‌مانده عمر اقدام کند. البته این اعلام وخامت را می‌توان در طی یک برنامه مسئولانه مرحله به مرحله و با رعایت جمیع جوانب مادی و معنوی صورت داد. همواره قدرت پروردگار در بازگرداندن حیات و توان که چه بسیار علی‌رغم قطع امید محافل علمی و پزشکی در سایه توسلات انسان‌ها اعم از مسلمان یا غیرمسلمان به وقوع پیوسته، باید مدنظر قرار گیرد. یک پزشک عالم و آگاه و معتقد، پس از تلاش خویش شفا را به دست

موردنیاز است. آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان در حالی که هزینه و وقت کمی از برنامه آموزشی پزشکی را می‌گیرد، منافع زیادی داشته و کارآمدی نظام آموزشی پزشکی را ارتقا می‌دهد [۲۱،۲۵].

### نتیجه‌گیری

ارتباط مؤثر، نقش مهمی در نظام سلامت کشور دارد. مخلوطی از هنر ارتباط، آموزش، انسان‌شناسی، مهارت‌های رفتاری و بسیاری از علوم دیگر برای برقراری ارتباط مؤثر

### منابع

- Zali MR. *The novel Principles of patient - doctor relationship*. Tehran: Iranian Academy of Medical Sciences 1378.
- Zolfaghari-Motlagh M, Gadiri Lashkajani F. *doctor - patient interaction and communication in translation*; World Health Organization. Tehran: Iran University of Medical Sciences 1378.
- Lynch DJ, McGrady AV, Nagel RW, Wahl EF. The patient – physician relationship and medical utilization. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(4): 266 -270.
- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:647 – 654.
- VanDulmen A, Bensing J. Health promoting effects of the physician patient encounter. *Psychol Health Med* 2002;7:289-300.
- Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, et al. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):595–608.
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Nevack O, Till J. Doctor –patient communication: The Toronto consensus statement. *British Medical Journal* 1991;303;1385 – 1387.
- Tavakol M, Torabi S, Lyne OD, Zeinaloo A. A quantitative survey of intern's knowledge of communication skills: an Iranian exploration. *BMC Medical Education* 2005; 5(6):1 – 5.
- Singh V, Khandelwal R, Bohra S, Gupta R, Gupta BS. Evaluation of communication skills of physicians about asthma. *J Assoc Physician India* 2002;50; 1266 – 1269.
- Followfield L. The ideal consultation. *British Journal of Hospital Medicine*, 1992;47(5); 364 - 367.
- Van Der Merwe JV. Physician – patient communication using ancestral spirits to achieve holistic healing. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(4);1080-1087.
- Elahi A. Introduction to Social Psychology of Doctor and patient relationship, *Proceedings of Medical Ethics*, Tehran: Center for Studies of Medical Ethics. 1373: 278- 330.
- Conti AA, Gensini GF. Doctor - patient communication: a historical overview. *Minerva Med* 2008; 99:411-415.
- Bird J, Hall A, Maguire P, Heavy A. Workshops for consultations on the teaching of clinical communication skills. *Medical education* 1993; 27; 181 -185.
- Kahn Gs, Cohen B, Jason H. The teaching of interpersonal skills in U.S. medical schools. *Journal of medical education*. 1979; 54;29 -35.
- Sanson fisher RW, Redman S, Walsh R, Mitchell K, Reid ALA, Perkins JJ. Training medical practitioners in information transfer skills: the new challenge. *Medical education* 1991; 25; 322 – 333.
- Beigi Kh, Firozbakht M. In translation *social skills in communication among individual* Harge O, Saunders Ch , Dixon D. Tehran: Roshd Publications 1386.
- Harati F. *Improve, successful and effective communication skills*. Tehran: Behtadbir Publications, 1385.
- Alyasyn MR; in Translation *Golden Key of Communications* Chris C. Tehran: Jaihon Publications 1386.



20. Soltani Arabshahi K, Ajami A, Siabani S. Investigation of Doctor – patient communication skills Teaching: Medical Learners Perception(stager – Intern) and Staffs of Iran and Kermanshah University of Medical Sciences. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 1383; 11(41): 423- 431.
21. Johns Hopkins. Defining the patient-physician relationship for the 21<sup>st</sup> century, 3<sup>rd</sup> Annual Disease management outcomes summit, Phoenix, Arizona, October 30- November 2, 2003.
22. Esfahani MM.features necessary and desirable for medical practices and principles of education and training, *Proceedings of experts about medical ethics*. Tehran, Secretariat of the Council of Medical Education, 1369: 43 - 55.
23. AliJavady M, Abbasi M, Ziaee M. *Medical ethics and patient expectation of Doctor*, Tehran: Sina Law and cultural Institute, 1386.
24. Lypson H. Patient-Doctor communication: The fundamental skill of medical practice. <http://www.med.umich.edu/medstudents/curRes/ccam4/docs/2009/Patient-Doctor-Comm>.
25. Saffary M,Shojaezadeh D.*Principles and Foundations of Health Promotion and Education*, Tehran: Samat publications 1387.
26. Sohrabi H,Hayat Roshanaee A. in translation *Psychology of Human Relations* Bolton R ,Tehran: Roshd Publications 1386.
27. Mohammadi Reyshahri M. *Encyclopedia of Medicine Hadith*. Qum:Research Center of daro Alhdys1383 .
28. Saket MH.*Seemiliness and UnSeemiliness In Medicine*.Mashad:Ardeshir Publications1993.
29. Ayatollah amini A. Value of doctor and his heavy responsibilities, *Medical ethics in the mirror of Islam, Tehran*: Center for Studies and research of Medical Ethics1373:1 -5.
30. Sobhani J. Doctor and medicine in Islam, *Medical ethics in the mirror of Islam*. Tehran, Center for Studies and research of Medical Ethics1373:39 – 57.
31. Esfahani, MM. Duty of physician towards future of patient, *Proceedings of experts about medical ethics*. Tehran: Secretariat of the Council of Medical Education1376:131 – 143.
32. Hall JA, Dornan MC; What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*. 1988; 27:935–939.
33. Dietrich AJ, Marton KI; Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract*. 1982; 15:929–937.
34. Linn MW, Linn BS, Stein SR, et al.; Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Med Care*. 1982; 20(6):606–614.
35. Stewart M, Gilbert BW; Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract*. 2005 October 1; 55(519): 793–801.
36. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM; The doctor–patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994; 154:1365–1370.
37. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA; Factors that promoted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA*. 1992;267:1359–1363.
38. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et al.; Obstetricians’ prior malpractice experience and patients’ satisfaction with care. *JAMA*. 1994; 272(20): 1583–1587.
39. Lester GW, Smith SG; Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits? *West J Med*. 1993; 158:267–272.
40. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al.; Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997; 277(7):553–559.
41. Penchansky R, Macnee C; Initiation of medical malpractice suits: a conceptualisation and test. *Medical Care*. 1994; 32:813–831.
42. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, et al.; A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. *Arch Intern Med*. 1989; 149:2190–2196.
43. Vincent C, Young M; Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*. 1994;343:1609–1613.

44. Stewart M, Brown JB, Donner A; The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000; 49(9):796–804.
45. Arborelius E, Bremberg S; What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. *Fam Pract.* 1992; 9(1):61–66.
46. Williams M, Neal RD; Time for a change? The process of lengthening booking intervals in general practice. *Br J Gen Pract.* 1998; 48: 1783–1786.