

# بررسی چگونگی آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط پزشکی و بیمار از دیدگاه فراگیران پزشکی (کارآموز-کارورز) و اساتید در دانشگاه علوم پزشکی ایران و کرمانشاه

## چکیده

طی ۲۰ سال اخیر، اهمیت مهارت‌های ارتباط با بیمار در حرفه پزشکی به طور روز افزونی مورد تأکید قرار گرفته است و دانشکده‌های پزشکی در سرتاسر دنیا برنامه‌های آموزشی در این زمینه اجرا می‌کنند. از آن جا که این گونه مهارت‌ها نوعی رفتار پیچیده محسوب می‌شوند، روش آموزش آن نیز از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. هدف از این پژوهش بررسی چگونگی آموزش مهارت‌های ارتباطی در مراکز آموزشی دانشگاه ایران و کرمانشاه بوده است. در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، پرسش‌نامه‌های خود ایفا حاوی اطلاعات دموگرافیک و ۲۵ سؤال رتبه‌ای براساس مقیاس لیکرت طراحی شد و مطالعه آزمایشی روی کارآموز، کارورز و استاد در ۴ بخش اصلی (داخلی، جراحی، کودکان، زنان) انجام شد که روایی صوری در حد مطلوب بود. روایی محتوایی و ضریب پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۴۵ و  $P=0/015$ ) نیز تعیین شد. تعداد کارآموز، کارورز و استاد در بخش‌های ذکر شده در دانشگاه ایران به ترتیب ۱۸۵، ۱۲۷ و ۱۴ نفر و در دانشگاه کرمانشاه ۶۳، ۶۱ و ۳۰ نفر بود. به طور کلی ۴۴۶ فراگیر پزشکی (کارآموز و کارورز) و ۴۵ استاد بالینی پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کرده و تحویل دادند. نظر گروه فراگیران پزشکی (کارآموز و کارورز) و نیز اساتید در ۲ دانشگاه براساس پرسش‌نامه‌ها استخراج گردید. محور نتایج پیرامون وجود اهداف آموزشی و شیوه‌های برقراری ارتباط با بیمار، تمرین و پس‌خوراند در زمینه شرح حال گرفته شده از بیمار، دریافت پس‌خوراند از اساتید و دستیاران، میزان آموزش مهارت‌های ارتباطی در هر یک از بخش‌های بیمارستانی، شیوه تدریس و ارزیابی مهارت‌ها، آموزش مهارت‌های پایه و پیش‌رفته بود که در هر مورد نتایج به دست آمده از ۲ دانشگاه مقایسه گردید. براساس نتایج به دست آمده، در هر دو دانشگاه اهداف آموزشی مشخص و مدونی برای برنامه درسی آموزش مهارت‌های ارتباطی وجود نداشت. آموزش‌ها پراکنده و بدون طرح آموزشی مدون از نظر شیوه‌های گوناگون تدریس، محتوای علمی و ارزیابی بود. در رابطه با آموزش مهارت‌های بین فردی و پایه به نظر رسید که در دانشگاه کرمانشاه اساتید تماس بیش‌تری با گروه فراگیران پزشکی دارند.

\*دکتر سید کامران سلطانی عربشاهی I

دکتر آریتا عجمی II

دکتر ثریا سیابانی III

کلیدواژه‌ها: ۱- مهارت‌های ارتباطی ۲- ارتباط پزشکی و بیمار ۳- تدریس

۴- بخش بالینی

این مطالعه تحت حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است (شماره ثبت: ۳۶۹۲).

(I) دانشیار بیماری‌های داخلی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (\*مؤلف مسئول)

(II) پزشک عمومی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران.

(III) پزشک عمومی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمانشاه.

## مقدمه

ارتباط مجموعه‌ای از مهارت‌های آموختنی است که به اعتقاد بسیاری از صاحب‌نظران یک مهارت بالینی پایه محسوب می‌شود (۱). هر چند که مهارت‌های ارتباطی رفتارهای پیچیده هستند، قابلیت یاددهی و یادگیری دارند.

Aspergren در درجه‌بندی کیفی ۱۸۰ مطالعه انجام شده روی یاددهی و یادگیری مهارت‌های ارتباطی در پزشکی نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی در صورتی که کوتاه مدت نباشد می‌تواند موجب تغییر در میزان مهارت‌های پزشکان شود (۲).

همچنین نشان داده شد که این آموزش برای متخصصان نیز به اندازه پزشکان عمومی مؤثر می‌باشد (۳).

باید این نکته را به خاطر داشت که تجربه به تنهایی آموزگار خوبی نیست و اگر چه می‌تواند عادت‌ها و رفتار پزشک را تحت تاثیر قرار دهد، بین عادت‌های خوب و بد تمایزی ایجاد نمی‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که مهارت‌های ارتباطی در صورتی که در طول یک دوره زمانی همراه با آموزش نباشد بدون تغییر خواهد ماند.

اجزای ضروری برای کسب تسلط در یک مهارت عبارتند از: توصیف دقیق و نظام‌مند مهارت، مشاهده اجرای مهارت، پسخوراند، روشن و دقیق با ذکر جزئیات هدف‌دار، تمرین و کسب تجربه در اجرای مهارت، تکرار و تلقین مهارت.

انواع مهارت‌های ارتباطی عبارتند از: ۱- مهارت‌های محتوایی (Content Skills)، ۲- مهارت‌های فرآیندی (Process Skills)، ۳- مهارت‌های ادراکی (Perceptual Skills).

مهارت‌های محتوایی و فرآیندی جنبه بین فردی بیشتری دارند.

در برنامه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی امروزه اغلب مهارت فرآیندی تدریس می‌شود.

در این جا این سؤال مطرح می‌گردد که چرا کیفیت ارتباط پزشکی و بیمار دارای اهمیت می‌باشد؟ در این رابطه ۶ دلیل ذکر شده است که عبارتند از (۴): ۱- رضایت بیمار ۲- اثرات مثبت بر دست‌آورد مراقبت از بیمار ۳- پیروی بیمار از دستورات پزشک ۴- کاهش زمان لازم برای توجیه بیمار ۵- کاهش شکایات از پزشکان ۶- ارزیابی مثبت از عملکرد پزشک.

در رابطه با محتوای آموزش مهارت‌های ارتباطی باید گفت که براساس توصیه‌های کارشناسان بخش بهداشت روان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳، مهارت‌های ارتباطی به ۲ گروه پایه (مهارت‌های بین فردی، مهارت‌های گردآوری اطلاعات، مهارت‌های ارائه اطلاعات و آموزش بیمار) و پیشرفته (مهارت‌های لازم برای جلب همکاری بیمار، کاربرد مهارت‌های پایه در شرایط ویژه مانند گروه‌های با زبان و فرهنگ متفاوت، اختلالات مغزی، بیماران نابینا، ناشنوا و لال) تقسیم‌بندی می‌شود. همچنین توصیه شده که پزشکان در هر فرهنگی رفتارهای مطلوبی که موجب عمل‌کرد خوب برای همان فرهنگ می‌شود را تدوین و ارائه کنند (۵).

از آن جا که در دانشکده‌های پزشکی کشور برنامه درسی برای آموزش و تدریس مهارت‌های ارتباطی وجود ندارد، این پژوهش با هدف بررسی چگونگی تدریس و آموزش بالینی مهارت‌های ارتباطی (پایه و پیشرفته) در ۲ دانشگاه تیپ ۱ و ۲ با استفاده از نظر فراگیران پزشکی (کارآموز و کارورز) و اساتید بالینی انجام شد تا از نتایج آن بتوان در صورت لزوم جهت تدوین برنامه‌های آموزشی یا اصلاح وضع موجود استفاده کرد. همچنین میانگین امتیازات ۵ مهارت ارتباطی اصلی در بین فراگیران ۲ دانشگاه مورد مطالعه مقایسه شد.

## روش بررسی

در این مطالعه مقطعی (توصیفی و تحلیلی) جامعه مورد پژوهش شامل تمام کارآموزان و کارورزان و اساتید بالینی در ۴ بخش اصلی (داخلی، جراحی، کودکان و زنان) بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی ایران و کرمانشاه بوده است.

روش جمع‌آوری داده‌ها روش سرشماری (Census) بود بنابراین تعیین حجم نمونه صورت نگرفت.

در ابتدا برای انجام دادن مطالعه آزمایشی (پیش پژوهش) معادل ۱۰٪ کل جامعه، جهت نمونه‌گیری انتخاب شدند.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ای خود ایفا، حاوی شناسنامه (دانشگاه محل تحصیل، بخش بالینی و مقطع تحصیلی) و سؤالات مربوط به یادگیری و چگونگی آموزش مهارت‌های ارتباطی در بخش‌های مربوطه صورت گرفت.

پرسش‌نامه اساتید به طور جداگانه از فراگیران پزشکی، طراحی شد و براساس مقیاس درجه‌بندی ۵ قسمتی از بسیار کم تا بسیار زیاد امتیازدهی شد.

در مطالعه آزمایشی، روایی محتوایی به حد مطلوب رسید و ضریب پایایی پرسش‌نامه تعیین گردید (آلفای کرونباخ ۰/۴۵ و  $P=0/015$ ).

با توجه به راحتی نمونه آزمایشی در پاسخ‌گویی، روایی صوری نیز مطلوب به نظر رسید.

آمار توصیفی با استفاده از جدول‌های توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری و نمودار ارائه شد و تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های آماری  $\chi^2$  و t-test صورت گرفت (خطای آلفا در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد). تمام اطلاعات استخراج شده توسط نرم‌افزار SPSS جمع‌آوری و تحلیل گردید.

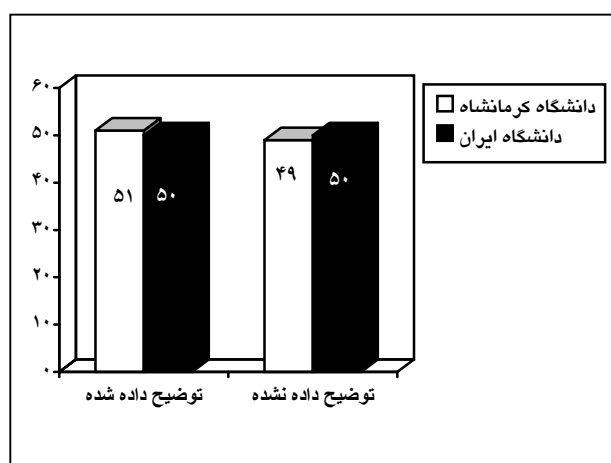
## نتایج

تعداد کارآموز، کارورز و استاد در دانشگاه ایران به ترتیب ۱۸۵، ۱۲۷ و ۱۴ نفر و در دانشگاه کرمانشاه ۶۳، ۶۱ و

۳۰ نفر بوده است (عدم همکاری و بی‌میلی اساتید دانشگاه ایران در این مطالعه قابل توجه بود).

در مجموع ۴۴۶ فراگیر پزشکی (کارآموز و کارورز) و ۴۵ استاد بالینی پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نموده و تحویل دادند.

در دانشگاه ایران ۵۰٪ از اساتید و در دانشگاه کرمانشاه ۵۱٪ از اساتید ذکر کردند که در شروع دوره در بخش بالینی اهداف آموزشی و روش‌های برقراری ارتباط با بیمار برای کارآموزان و کارورزان شرح داده شده است (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی میزان توضیح اهداف

آموزشی و شیوه‌های برقراری ارتباط با بیمار به دانشجویان از دیدگاه اعضای هیئت علمی برحسب دانشگاه

اهمیت شرح حال گرفته شده توسط فراگیران پزشکی در ۲ دانشگاه در نمودارهای شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است. اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران معتقد بودند که شرح حال گرفته شده توسط کارآموزان بیش از همه برای هیچ کس و شرح حال گرفته شده توسط کارورزان بیش از همه برای دستیاران بالینی اهمیت دارد.

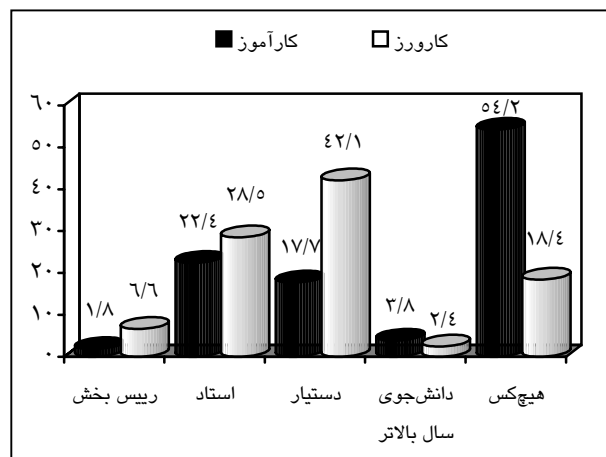
اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه معتقد بودند که شرح حال گرفته شده توسط کارآموزان بیش از همه برای اساتید و شرح حال گرفته شده توسط کارورزان بیش از همه برای هیچ کس اهمیت داشته است.

در مطالعه حاضر در مورد ارائه پسخورانده شرح حال گرفته شده از فراگیران و اساتید، سئوالاتی مطرح شد که بر اساس نتایج ثبت شده در جدول شماره ۱، در دانشگاه ایران نزدیک به نیمی از کارآموزان پسخوراندی دریافت نکرده بودند. این میزان در مورد کارورزان کم‌تر از ۲۰٪ بوده است.

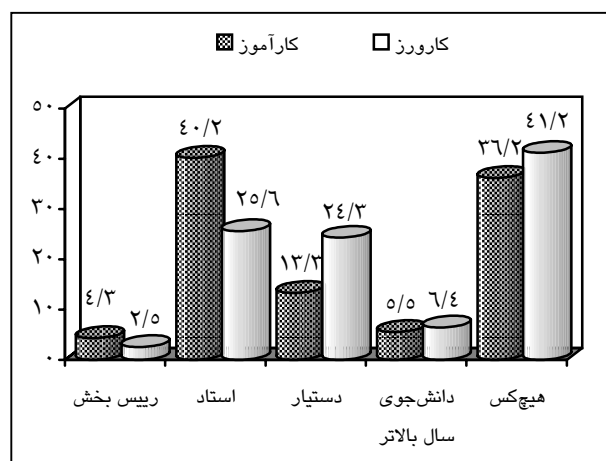
به نظر می‌رسد که در دانشگاه ایران کارآموزان تحت نظارت و سرپرستی اساتید نبوده و کارورز نیز به دلیل تماس با امور درمانی بیمار بیش‌تر مورد توجه دستیار است بنابراین از وی پسخوراند بیش‌تری دریافت می‌کند.

در دانشگاه کرمانشاه اساتید به کارآموز بیش‌تر توجه کرده و کارآموز در این دانشگاه مورد توجه نسبی دستیار قرار داشت.

اساتید دانشگاه کرمانشاه پسخوراند خود را دارای بیش‌ترین تاثیر بر یادگیری مهارت‌های ارتباطی فراگیران می‌دانستند اما اساتید دانشگاه ایران پسخوراند دستیار را دارای بیش‌ترین تاثیر بر یادگیری مهارت‌ها بیان کرده بودند.



نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی نسبی اهمیت شرح حال گرفته شده توسط کارآموز و کارورز برای کارکنان آموزشی مربوطه در بخش‌های بالینی ماژور در دانشگاه علوم پزشکی ایران از دیدگاه اعضای هیئت علمی



نمودار شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی اهمیت شرح حال گرفته شده توسط کارآموز و کارورز برای کارکنان آموزشی مربوطه در بخش‌های بالینی ماژور در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه از دیدگاه اعضای هیئت علمی

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی ارائه پسخوراند در مورد شرح حال گرفته شده توسط کارکنان آموزشی مربوطه

کرمانشاه		ایران			دانشگاه			
هیچکس	دانشجوی سال بالاتر	دستیار	استاد	هیچکس	دانشجوی سال بالاتر	دستیار	استاد	کارکنان آموزشی مربوطه
(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	دانشجو/استاد
۴۶	۹/۵	۱۴/۳	۳۹/۷	۵۶/۸	۳/۸	۲۰	۱۴/۶	کارآموز
۵۴/۱	۴/۹	۳۶/۱	۲۱/۳	۳۳/۱	۳/۱	۴۴/۹	۲۲/۸	کارورز
۱۳/۳	۳/۳	۳۳/۳	۷۳/۳	۷/۱	۷/۱	۸۵/۷	۲۸/۶	استاد

اساتید هر دو دانشگاه تمام بخش‌های فعالیت بالینی را دارای یادگیری زیاد تا بسیار زیاد ارزیابی کرده بودند.

در دوره سمیولوژی آموزش مهارت‌های ارتباطی اغلب از طریق مشاهده و مصاحبه و برخورد استاد با بیمار و پس از آن در هر دو دانشگاه، کلاس نظری محل تدریس بوده است که این نتایج در جدول شماره ۳ آورده شده است.

در رابطه با بیشترین میزان آموزش مهارت‌های ارتباطی در بخش‌های مختلف فعالیت بالینی از فراگیران پزشکی و اساتید سوالاتی مطرح شد که براساس نتایج استخراج شده از جدول شماره ۲ موثرترین بخش آموزش در این زمینه گزارش صبح‌گاهی و ویزیت (غیر از گزارش صبح‌گاهی برای کارآموز دانشگاه ایران که زیاد ذکر شده بود) در تمام موارد متوسط ذکر گردید.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی نسبی بیشترین آموزش مهارت‌های ارتباطی و ارائه پسخوراند در فعالیت‌های بالینی مختلف

دانشگاه		دانشگاه علوم پزشکی ایران		دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	
فعالیت بالینی	دانش‌جو/استاد	کارآموز	کارورز	استاد	کارآموز
۱- گزارش صبح‌گاهی	زیاد	متوسط	بسیار زیاد	متوسط	بسیار زیاد
	٪۲۹/۶	٪۲۴/۱	٪۲۸/۶	٪۴۲/۹	٪۵۷/۱
۲- ویزیت بالینی بخش	متوسط	متوسط	زیاد تا بسیار زیاد	متوسط	بسیار زیاد
	٪۴۴/۱	٪۳۱/۹	٪۳۰/۸	٪۳۸/۱	٪۴۴/۸
۳- درمانگاه	متوسط	متوسط	زیاد	کم	بسیار کم
	٪۳۶/۴	٪۴۲/۶	٪۳۰/۸	٪۲۰	٪۵۲/۶
۴- اورژانس	بسیار کم	متوسط	-	متوسط	-
	٪۴۹/۳	٪۳۱	-	٪۳۵/۵	٪۴۱
۵- گراند راند	بسیار کم	بسیار کم	متوسط	متوسط	زیاد
	٪۴۱/۱	٪۳۵/۲	٪۳۸/۵	٪۲۵	٪۳۷/۹
۶- ویزیت دستیاری	بسیار کم	بسیار کم	متوسط	متوسط	کم
	٪۳۲/۹	٪۳۰/۲	٪۴۱/۷	٪۳۷/۱	٪۴۰/۷

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی چگونگی تدریس مهارت‌های ارتباطی (پزشک بیمار) در طول دوره سمیولوژی از دیدگاه دانش‌جو

دانشگاه		دانشگاه علوم پزشکی ایران		دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	
چگونگی تدریس مهارت‌های ارتباطی	دانش‌جو	کارآموز	کارورز	کارآموز	کارورز
	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)	(درصد)
۱- مشاهده مصاحبه و برخورد استاد با بیمار	۳۷/۳	۱۵/۷	۳۸/۱	۱۸	۲۱/۳
۲- مشاهده مصاحبه و برخورد دستیار با بیمار	۱۴/۱	۱۲/۶	۲۷	۲۱/۳	۲۱/۳
۳- به صورت نظری در کلاس درس	۳۳/۵	۳۰/۷	۳۸/۱	۳۴/۴	۳۴/۴
۴- به صورت عملی بر بالین بیمار	۲۳/۲	۱۹/۷	۳۱/۷	۲۶/۲	۲۶/۲
۵- ایفای نقش توسط استاد یا دستیار	۲/۷	۲/۱	۱۲/۷	۳/۳	۳/۳

بحث

مهم‌ترین نکته در تجربیات بالینی وجود برنامه مدون برای کارآموزی و کارورزی است.

از سوی دیگر برای آموزش دادن و یادگیری مهارت‌های ارتباطی در بخش بالینی، ابزارهای مهمی در دست است که به واسطه آن فرآیند و تعامل میان استاد و دانشجو برقرار می‌شود.

این ابزارها عبارتند از: ۱- شرح حال (مصاحبه با بیمار) ۲- آموزش عملی در بخش بالینی (پسخوراند از مصاحبه، ایفای نقش، مشاهده، مصاحبه در بالین بیمار، درمانگاه، اورژانس، گراندراند و گزارش صبح‌گاهی) ۳- آموزش در دوره سمپولوژی که در آن هر یک از موارد ذکر شده به طور نظری و عملی یاد گرفته می‌شود ۴- ارزیابی بالینی و عملی مهارت‌های ارتباطی.

با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان گفت موفقیت در ارتباطات انسانی نیازمند تمرین و کسب مهارت است.

نتایج یک بررسی در استرالیا نشان داده است که مهارت در درس ادبیات و زبان برای یک دانشجوی پزشکی در ادامه تحصیل موفقیت بیشتری را نسبت به مهارت در درس ریاضی به دنبال دارد (۶).

در این مطالعه مهارت‌های ارتباطی پایه و پیشرفته بررسی شد که نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

در رابطه با میانگین آموزش مهارت‌های گردآوری اطلاعات از بیمار، کارآموزان دانشگاه کرمانشاه نمره بیشتری نسبت به دانشگاه ایران کسب کردند ( $17/9 \pm 4$ ). در این مهارت امتیاز کارورزان دانشگاه کرمانشاه نیز بیشتر بود. در این دسته مهارت‌ها تفاوت معنی‌دار نبود.

در بررسی میانگین آموزش مهارت‌های ارائه اطلاعات به بیمار و آموزش بیمار، دانشگاه کرمانشاه نمره بیشتری کسب نمود اما تفاوت با استفاده از آزمون t-test معنادار نبود.

در این گروه از آموزش‌ها نیز کارورزان دانشگاه کرمانشاه نمره بیشتری را کسب کردند که تفاوت میانگین نمرات در مهارت‌های بین فردی کارورزان در ۲ دانشگاه معنادار بود.

میانگین میزان آموزش مهارت‌های ارتباطی توسط اساتید در مجموع در دانشگاه کرمانشاه نمره بیشتری را به خود اختصاص داد که این تفاوت نیز معنی‌دار بوده است.

جدول شماره ۴- مقایسه شاخص‌های آماری مرکزی و پراکندگی آموزش انواع مهارت‌های ارتباطی بین کارآموزان و کارورزان برحسب دانشگاه محل تحصیل

P-Value	کارورز				P-Value	کارآموز				آموزش مهارت‌ها
	کرمانشاه		ایران			کرمانشاه		ایران		
	SD	میانگین (M)	SD	میانگین (M)	SD	میانگین (M)	SD	میانگین (M)	شاخص	
-	$\pm 2/9$	۱۷/۲	$\pm 6/1$	۱۶/۸	-	$\pm 4$	۱۷/۹	$\pm 5/7$	۱۷/۵	۱- مهارت‌های گردآوری اطلاعات از بیمار
۰/۰۰۰	$\pm 4/8$	۲۲/۷	$\pm 8/1$	۱۸/۸	۰/۰۰۰	$\pm 5/2$	۲۲/۵	$\pm 6/3$	۱۸/۷	۲- مهارت‌های ارائه اطلاعات به بیمار و آموزش بیمار
۰/۰۰۵	$\pm 6/7$	۳۶/۸	$\pm 12/07$	۳۲/۲	-	$\pm 7/8$	۳۵/۹	$\pm 9/2$	۳۴/۸	۳- مهارت‌های بین فردی پزشک و بیمار (Interpersonal Skills)
۰/۰۰۰	$\pm 2/6$	۱۱/۳	$\pm 4/11$	۹/۲	۰/۰۰۰	$\pm 3/06$	۱۰/۹	$\pm 3/14$	۸/۳	۴- مهارت‌های ارتباطی پیشرفته
۰/۰۲۷	$\pm 5/1$	۱۷/۷	$\pm 5/3$	۱۵/۷	۰/۰۳	$\pm 6/26$	۱۷/۷	$\pm 5/7$	۱۶	۵- مهارت‌های ارتباطی (به طور کلی)

اساتید دانشگاه ایران با دانش‌جویان پزشکی و درگیری بیش‌تر با آموزش پس از دوره عمومی (دستیار تخصصی و فوق تخصصی) باشد.

از آن جا که در پژوهش‌های سایر نقاط جهان، پسخوراند از ابزارهای سنجش عملکرد مهارت‌ها در نظر گرفته می‌شود (۱۲)، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که میزان ارزیابی مهارت‌ها در هر دو دانشگاه در سطح مطلوبی نیست (شدت این امر در دانشگاه ایران بیش‌تر بود).

نتایج این بررسی در مورد بخش‌های یادگیری مهارت ارتباطی نشان می‌دهد که گزارش صبح‌گاهی به دلیل فراوانی و جای‌گاه آن در فعالیت‌های آموزشی بخش‌های بالینی، به عنوان مهم‌ترین محیط برای آموزش مهارت‌های ارتباطی در هر دو دانشگاه مطرح بوده است که این نتیجه با پژوهش‌های جهانی مطابقت دارد (۱۳).

از مهم‌ترین نتایج به دست آمده در این پژوهش، بررسی انواع مهارت‌های ارتباطی پایه و پیش‌رفته در هر دو دانشگاه براساس طبقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی بود (۵).

این بررسی در هیچ یک از پژوهش‌های جهانی مورد مطالعه قرار نگرفته است.

مقایسه نتایج حاصل از ۲ دانشگاه نشان داد که در رابطه با مهارت‌های ارتباطی پایه، آموزش مهارت‌های گگردآوری اطلاعات از بیمار و ارائه اطلاعات به بیمار، نمرات دانشگاه کرمانشاه به طور معنی‌داری بیش از دانشگاه ایران بود.

براساس نتایج این مطالعه به علت تماس بیش‌تر اساتید با دانش‌جویان پزشکی در دانشگاه کرمانشاه و مشاهده و الگو برداری از اساتید، دانش‌جویان آن دانشگاه از مهارت بیش‌تری برخوردار بودند.

براساس یک بررسی دیگر ارتباط مطلوب میان پزشک و بیمار، رضایت و پیروی بیش‌تر بیمار را به دنبال خواهد داشت (۷ و ۸).

اغلب مطالعات انجام شده در زمینه سنجش و ارزیابی آموزش مهارت‌های ارتباطی، فاقد اطلاعات جامع از رفتارهایی است که آموزش داده می‌شوند (۹).

نتایج این پژوهش نیز حاکی از آن است که نیمی از اساتید در هر دو دانشگاه در شروع دوره بالینی، اهداف و روش‌های آموزش را برای فراگیران تشریح و تدریس نمی‌کنند بنابراین برنامه مدون آموزش دادن و یادگیری مهارت‌های ارتباطی بر بالین بیمار، در بخش‌های بالینی مورد پژوهش وجود ندارد. حال آن که بررسی‌های موجود در سایر کشورها نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های ارتباطی بیش از ۲ دهه قبل در برنامه درسی دانشکده‌های پزشکی قرار گرفته است (۱۰).

همان طور که قبلاً ذکر شد، گرفتن شرح حال و مصاحبه با بیمار از ابزارهای اساسی آموزش مهارت‌های ارتباطی است که به واسطه آموزش پسخوراند و به عبارت دیگر، ارزیابی از میزان مهارت‌های دانش‌جو نیز در آن وجود دارد.

نتایج این پژوهش نشان دهنده آن بود که از نظر کارآموزان و کارورزان، شرح حال در بیش از نیمی از موارد برای اساتید بی‌اهمیت است که این موضوع در پژوهش‌های جهانی از نشانه‌های جدی نگرفتن آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌باشد (۱۱).

ارائه پسخوراند به دانش‌جو در آموزش مهارت‌های ارتباطی در دانشگاه ایران کم‌تر از دانشگاه کرمانشاه بود که به نظر می‌رسد مهم‌ترین علت این امر تماس کم‌تر

6- Tor PC. New challenges facing the doctor-patient relationship in the next millenium, Singapore Med J, 2001, 42(12): 572-575.

7- Royston V. How do medical students learn to communicate with patients? A study of fourth year medical students' attitude to doctor-patient communication, Medical Teacher, 1997, 19(4): 257-62.

8- Suzuki LT., Mcleod H., Kaufman DM., Langille DB., Sargeant J. Implementing a communication skill program in medical schools: needs assessment and program change, Medical Education, 2002, 36: 115-124.

9- Cegala DJ., Lanzmeier Broz. Physician communication skills training A view of theoretical background, Objectives and skills, Medical Education, 2002, 36: 1004-1016.

10- Frederikson L., Bull P. An appraisal of the current status of communication skill training in British medical schools, social science and medicine, 1992, 34: 512-522.

11- Barrier PA., Lames TC., Lenssen NM. Two words to improve physician-patient communication: What else? Mayo clin Proc, 2003, 8: 211-214.

12- Boon H., Stewart M. Patient-physician communication assessment Instruments, Patient Educ Couns, 1998, 35: 167-176.

13- Humphris GM. Communication skills knowledge understanding and OSCE performance in medical trainees: A

از نتایج این پژوهش و مقایسه آن با مطالعات جهانی می‌توان به وجود کمبود و نقص اساسی در آموزش و یادگیری مهارت‌های ارتباطی در دانشگاه‌های علوم پزشکی پی برد.

از آن جا که برنامه درسی تربیت پزشک عمومی به صورت متمرکز و تحت نظارت وزارت بهداشت و درمان به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است، پیشنهاد می‌گردد تا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تدوین برنامه مدون آموزش مهارت‌های ارتباطی برای گروه پزشکی عمومی اقدام نماید. از سوی دیگر مهارت‌های ارتباطی نیاز به کسب مهارت، تمرین و تکرار دارد بنابراین باید در برنامه‌های آموزش مداوم برای پزشکان عمومی و متخصص قرار گیرد.

#### منابع

1- Kurtz SM. Doctor-Patients communication: Principle and practices, Can J. Neurol Sci, 2002, 29(S2)-S23-29.

2- Aspergren K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles, Med Teacher, 1999, 21(6): 570.

3- Maguire P., Fairbairn S., Fetcher C. Consultation skill of young doctors, BMJ, 1986, 292: 1576-8.

4- Baily BJ. Medical communication, www.\ BJBtalks/medical communication, 2001.

۵- قدیری لشکاجانی - ف، ذوالقدر - م. ارتباط پزشکی و بیمار. چاپ اول، تهران، انتشارات مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۸، ص: ۸-۹



multivariate prospective study using structural equation modeling, Medical Teacher, 2003, 36: 842-852.

*Investigation of Doctor-Patient Communication Skills Teaching:  
Medical Learners' Perception (Stager-Intern) and Staffs of Iran  
University of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical  
Sciences*

\***S.K. Soltani Arabshahi, MD**<sup>I</sup>     **A. Ajami, MD**<sup>II</sup>     **S. Siabani, MD**<sup>III</sup>

### *Abstract*

During last 20 years, the importance of communication skills in medicine has been increasingly stressed. Medical schools around the world have implemented instructional programs in this context. Since these skills are complex behavior, teaching has been of great importance. The objective of this study was to investigate communication skills teaching at IUMS and KUMS. In this descriptive-analytical study a self-administered questionnaire containing demographic data and 25 ordinal questions based on Likert scale was designed. A pilot study on stager/intern/staff in 4 main wards (internal medicine, surgery, pediatrics, OB & Gyn) was performed. Face validity was sufficient. Content validity and coefficient reliability were determined ( $\alpha$  of Cronbach 45%  $P=0.015$ ). The number of stager/intern/staff at IUMS were 185/127/14 and those of KUMS were 63/61/30 which comprised a total of 446 medical learners and 45 medical clinical staffs who returned the questionnaires. Opinions of medical learners/staffs at both universities were gathered and analyzed. The results obtained from each university were then compared. The main results were based on the following issues: formulating educational objectives and strategies for communicating with patients, drilling and giving feedback about patient's history, receiving feedback from staffs and residents, the extent of communication skills teaching in different clinical enterprises and hospital settings, teaching and assessing the skill, and teaching basic and advanced skills. There were no definite formal educational programs and written objectives for communication skills at both universities. Teachings are unintentional, with no instructional design and plan in terms of teaching strategies (knowledge content and assessment in teaching basic and interpersonal skills). It seems that KUMS medical staffs are more engaged in teaching and training the students.

**Key Words: 1) Communication Skills    2) Doctor-Patient Relationship  
3) Teaching    4) Clinical Wards**

*This study has been conducted under financial support of undersecretary of research of Iran University of Medical Sciences. (No. 3692)*

**I)** Associate Professor of Internal Medicine. Educational Development Center. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (\*Corresponding Author)

**II)** General Practitioner. Educational development Center. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

**III)** General Practitioner. Educational development Center. Kermanshah University of Medical Sciences and Health Services. Kermanshah, Iran.