

رابطه پزشک و بیمار در پزشکی خانواده: یک بررسی مروری

Doctor&Patient Relationship in Family Medicine: A Review Article

علی عمادزاده^۱، یلدا روانشاد^۲، آنوش آذرفر^۳، رؤیا وطن خواه^۴

۱ دکتری تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲ استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان قائم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳ فوق تخصص نفلولوژی اطفال، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴ کارشناس ارشد آموزش پزشکی، کارشناس واحد برنامه ریزی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسئول: یلدا روانشاد،

نشانی نویسنده مسئول: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، ساختمان قرشی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، پست الکترونیک: RavanshadY@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: تفکر پزشک خانواده در کشور ما ریشه در فرهنگ ایرانی اسلامی دارد. ارتباط، مجموعه ای از توانایی های قابل آموختن است که به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران یک مهارت بالینی پایه محسوب می شود؛ هر چند مهارت های ارتباطی پیچیده هستند، قابلیت آموزش و آموختن دارند. در این بررسی به رابطه پزشک و بیمار در سیستم پزشک خانواده پرداخته شده است.

روش: مطالعه حاضر از نوع مروری بوده و جهت برنامه پزشک خانواده و ارتباط پزشک و بیمار در سایت های sid.ir، Science direct، و موتور جستجوی google scholar جستجو انجام شد.

یافته ها: در برنامه پزشک خانواده توانایی های ارتباطی نه تنها شامل تعامل با بیماران بلکه تبادل اطلاعات از طریق کلامی و نوشتاری با خانواده های آنان و interaction with patients but also with their families and other members of the health team. Probably, the kalamazoo consensus statement is a good example of a comprehensive model for doctor-patient relationship in ambulatory/outpatient care such as family doctor. Other models include ILS, Framework SEGUE, and Calgary Cambridge.

Conclusion: Family medicine increases the efficiency of health care and patient satisfaction. Doctor-patient relationship plays a key role in Family Medicine Program and must be used in future policy making and planning programs especially in lesson plan development.

Keywords: The patient, family medicine, relationship/communication

مقدمه

تفکر پزشک خانواده در کشور ما ریشه در فرهنگ ایرانی اسلامی دارد و سابقه آن به قرن ها قبل بازمی گردد. در قانون برنامه پنجم توسعه نیز مبحث پزشک خانواده از ضروریات نظام سلامت تلقی و بر اجرای آن در قسمت های مختلف تاکید شده-

دیگر اعضای تیم بهداشتی نیز می شود. The kalamazoo consensus statement شاید یک مثال خوب از یک مدل همه جانبه ارتباطی پزشک و بیمار برای مراقبت های سرپایی از قبیل پزشک خانواده باشد. مدل های دیگر عبارتند از ILS، SEGUE Framework، مدل کالگری کمبریج.

نتیجه گیری: برنامه پزشک خانواده منجر به افزایش کارایی خدمات درمانی و افزایش رضایتمندی بیماران می شود. رابطه پزشک و بیمار نقش کلیدی در برنامه ی پزشک خانواده دارد و باید در سیاست گذاری ها و برنامه ریزی های آتی به خصوص تدوین برنامه های درسی این امر مدنظر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: بیمار، پزشک خانواده، ارتباط

Abstract

Background and Objectives: Family Medicine Idea comes out of Communication refers to some learnable skills considered as a basic clinical skill by some experts. Although communication skills are complex, they can be learned and taught. The present study investigated the relationship between Doctor and Patient in Family Medicine System.

Method: This study is a review article. we searched doctor-patient communication in family medicine system in the following sites: sid. ir, science direct, and Google scholar search engine.

Results: In Family Medicine Program, the family physician communication ability includes not only the exchange of information through verbal and written

است. به نحوی که در بند (ج) ماده ۳۲ بر ایجاد سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت های اولیه بهداشتی با محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، اشاره شده است. هدف اصلی از اجرای این برنامه، مقابله با مشکلات موجود در نظام سلامت است به نحوی که ارائه مناسب ترین شیوه خدمات سلامت با

آموزشی هر مشاوره‌ای پیچیده و منحصر به فرد می‌باشد. (۵) بنابراین داشتن یک راهنمای جالب یا دنبال کردن یک مدل ارتباطی بیمار پزشک برای یادگیرنده مفیدتر می‌باشد. طیف گسترده‌ای از مدل‌ها توصیف شده است که بیشتر آن‌ها مناسب برای برنامه پزشک خانواده بوده که شامل ترکیبی از موارد زیر می‌باشد (۶)

- رفتارها و ارتباطات کلامی و غیر کلامی (مهارت‌های کوچک شامل: تماس چشمی، بیان صورت، سوالات باز، خلاصه کردن و همدلی)
- اعمال و عناصر ارتباطی مهم که در خلال یک مشاوره پوشش داده می‌شود؛ مانند ساختن ارتباط پزشک و بیمار، توضیح و به اشتراک گذاری اطلاعات و...

The Kalamazoo consensus statement شاید یک مثال خوب از یک مدل همه جانبه ارتباطی پزشک و بیمار برای مراقبت‌های سرپایی از قبیل پزشک خانواده باشد که ۷ وظیفه‌ی ارتباطی ضروری را لیست می‌کند که باید به عنوان قسمتی از کوریکولوم بر پایه ارتباطات و ابزارهای سنجش باشد.

- ارتباط پزشک و بیمار را ایجاد کنید.
- اطلاعات را جمع‌آوری نمایید.
- از درک بیمار آگاهی پیدا کنید.
- اطلاعات را به اشتراک بگذارید.
- بر سر مشکلات به توافق برسید.
- بحث را خاتمه دهید.

مدل‌های دیگر عبارتند از ILS¹ (دعوت کردن، گوش دادن، خلاصه کردن)، SEGUE Framework، مدل کالگری کمبریج. (۷) تمامی این مدل‌ها به نظر می‌رسد که در ارائه راهنمایی دقیق در مورد تجزیه و تحلیل مشاوره قوی باشند. توصیه می‌شود که پزشکان خانواده یک مدل را انتخاب نمایند و با آن آشناتر شده و آن را قبل از تدریس تمرین نمایند حتی به مدل اضافه نموده یا برحسب نظریات و تجارب خود آن را تغییر دهند. (۶)

مدل‌های ارتباطی پزشکی همچنین در برنامه‌ریزی برای جلسات آموزشی به اساتید کمک می‌نمایند. مثلاً جلسه ایجاد تفاهم و جمع‌آوری و اطلاعات گرفتن در آموزش undergraduate متمرکز است در حالی که تاکید روی رسیدن به توافق روی مشکلات و برنامه‌ها با بیمار یا ارتباطات پیچیده‌تر مانند رویارویی با بیمار عصبانی یا احساساتی در برنامه‌های postgraduate پزشک خانواده تاکید می‌شود. (۶)

اصول اساسی آموزش مهارت‌های ارتباطی باید همانند اصل مهارت‌های دیگر باشد:

- فراهم آوردن اطلاعات در مورد چیزی که باید پوشش داده شود.
- نشان دادن مهارت
- ارائه تمرین کافی
- فیدبک کافی دادن و تقویت یادگیری

روش‌های مناسب برای آموزش مهارت‌های ارتباطی در زیر لیست شده است: Role-Modeling، مشاهده مشاوره یادگیرنده، Role-Playing، ضبط صدا یا ضبط ویدئویی مشاوره یادگیرنده Cinemeducation (آموزش با استفاده از کلیپ‌های فیلم یا دیگر پیش ضبط شده‌ها)، تمرین مصاحبه با بیمار استاندارد در

قابلیت دسترسی و اثربخشی حداکثر به منظور تامین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای افراد فراهم گردد و در آن پزشکان، مناسب‌ترین پاسخ را به نیازها و تقاضاهای مردم برای خدمات بهداشتی- درمانی براساس رعایت اصل احترام به آنان و ارزش‌ها و اعتقاداتشان بدهند. (۱)

ارتباط، مجموعه‌ای از توانایی‌های قابل آموختن است که به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران یک مهارت بالینی پایه محسوب می‌شود؛ هر چند مهارت‌های ارتباطی پیچیده هستند، قابلیت آموزش و آموختن دارند. (۲) برای اینکه چرا ارتباط پزشک و بیمار دارای اهمیت است، ۶ دلیل ذکر شده که عبارتند از:

- ۱- جلب رضایت بیمار
- ۲- اثرات مثبت بر مراقبت از بیمار
- ۳- پیروی بهتر بیمار از دستورات پزشک
- ۴- کاهش زمان لازم برای توجیه بیمار
- ۵- کاهش شکایات از پزشکان
- ۶- ارزیابی مثبت از عملکرد پزشک. (۳) به علت اهمیت موضوع ارتباطات، بر آن شدیم تا به این مقوله در برنامه‌ی پزشک خانواده بپردازیم.

بحث

مطالعه حاضر از نوع مروری بوده و جهت برنامه پزشک خانواده و ارتباط پزشک و بیمار در سایت‌های sid.ir، science direct و موتور جستجوی google scholar جستجو انجام شد. رابطه پزشک و بیمار نقش کلیدی در برنامه‌ی پزشک خانواده دارد. پزشکان خانواده یک جستجوی دقیق و با مهارت و مناسب برای یافتن بیماری‌ها در بیمارانشان انجام می‌دهند. آنها نظر بیمارانشان را در مورد تجربیات، عقاید، احساسات و انتظاراتشان مشخص می‌نمایند و همچنین تاثیر بیماری را بر زندگی و خانواده بیمار مشخص می‌نمایند. پزشکان خانواده تماس-های مکرری با بیمارانشان دارند تا بتوانند از آن طریق رابطه‌ی پزشک و بیمار را شکل دهند و موقعیت فردی به خصوص ماهیت مشکل و چگونگی پاسخ بیمار به بیماری را تشخیص دهند.

پزشکان خانواده تلاش خود را می‌کنند تا به تعریف واحدی از بیماری، اهداف درمان، نقش‌های پزشک خانواده و مدیریت بیماری با بیمار و خانواده‌اش برسند. مهارت آن‌ها در فراهم کردن اطلاعات از بیمار به طریقی است که اتونومی وی حفظ شده و بیمارانشان را برای حفظ توانایشان توانمند نماید. (۴)

اهمیت ارتباط موثر در بهداشت و درمان کاملاً ثابت شده است که این امر موجب افزایش رضایت بیمار، بهبود پیامدهای سلامتی و پایبندی به درمان در بیمار می‌شود. (۵) پذیرش رو به رشدی در مورد نیاز به آموزش و ارزیابی مهارت‌های ارتباطی در مقاطع undergraduate و همچنین postgraduate در برنامه پزشک خانواده وجود دارد. با این حال آموزش مهارت‌های ارتباطی از آموزش بقیه موضوعات آموزشی متفاوت می‌باشد. این تفاوت‌ها در موضوع آموزش، متدهای آموزشی و مهارت‌های آموزشی اساتید مشهود می‌باشد. (۶) پیچیدگی‌های ماهیت کار پزشک خانواده آموزش مهارت‌های ارتباطی را دشوار می‌سازد. به خصوص در برنامه پزشک خانواده توانایی‌های ارتباطی نه تنها شامل تعامل با بیمارانشان بلکه تبادل اطلاعات از طریق کلامی و نوشتاری با خانواده‌های آنان و دیگر اعضای تیم بهداشتی نیز می‌شود. (۷)

از پزشکان خانواده انتظار می‌رود که بتوانند با بیمار مهارت‌های ارتباطی خوبی برقرار نمایند که معمولاً هم همین طور است.

بنابراین اساتید این رشته نیاز به دیسپلین خاصی برای کسب دانش و مهارت آموزشی برای آموزش مهارت‌های ارتباطی دارند. (۶) در مورد یافتن محتوای

¹ Invite, Listen, Summarize

رسانند آیت‌های CAT روی عناصر پایه‌ای مهارت‌های ارتباطی متمرکز بودند.^(۱۱)

در مقاله‌ای که در مجله family Medicine به چاپ رسیده این ابزار در برنامه پزشکی خانواده به کار برده شده است و اطلاعات توسط این ابزار از بیمارانی که توسط ۱۲۷ رزیدنت پزشکی خانواده در ۶ برنامه‌ی رزیدنتی پزشکی خانواده مختلف ویزیت شده بودند جمع‌آوری شده بود این مقاله نهایتاً به این نتیجه می‌رسد که این اطلاعات می‌تواند معیاری برای مقایسه رزیدنت‌ها در در برنامه‌های رزیدنتی فراهم آورد و همچنین توصیه شده است که نتایج حاصل از CAT به عنوان ابزاری برای ارزیابی و یادگیری استفاده شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه برنامه پزشکی خانواده روستایی یک سیستم نوپا در ایران است و در سال‌های آتی ان شالله شاهد پدید آمدن پزشک خانواده شهری خواهیم بود، در نظر گرفتن نیازهای جامعه و بیماران در تدوین و بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی این رشته ضروری به نظر می‌رسد؛ از جمله این موارد نیازهای ارتباطی بین فردی که مورد شاخص آن در روابط بین پزشک و بیمار مشهود است می‌باشد، که این امر منجر به افزایش کارایی خدمات درمانی و افزایش رضایتمندی بیمار می‌شود.

پزشک خانواده نیاز دارد که نه تنها با بیمار بلکه با خانواده و اطرافیان وی و بخش‌های دیگر ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی و حتی ارگان‌های دیگر که در سلامت جامعه ذی نفع می‌باشند ارتباط موثر برقرار نماید. پس لازم است در این زمینه آموزش دیده و تعالیم را در کار خود به کار بندد توجه به این امور باید در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های آتی این رشته به خصوص تدوین برنامه‌های درسی مدنظر قرار گیرد.

زمینه آموزش مهارت‌های ارتباطی در دوره‌ی پزشکی خانواده. از همه این متدها به جز آخری می‌توان در خلال آموزش کلینیکی استفاده کرد.^(۶) در برنامه پزشکی خانواده از استراتژی‌های مختلف برای ارزیابی مهارت پزشکان استفاده می‌شود که از جمله آن‌ها فرم‌های Global Rating، چک لیست رفتاری مشاهده مستقیم یا مشاهده با ویدئو، امتحانات OSCE یا ۳۶۰ درجه یا سنجش رضایت بیماران می‌باشد.^(۸) هیچ روش ارزیابی واقعاً قادر به ضبط صلاحیت‌های پزشک در رفتارهای پیچیده‌ای مانند مهارت‌های ارتباطی و بین فردی نیست و ارزیابی چند جانبه مورد نیاز است.^(۹)

تجربه بیمار اهمیت حیاتی در هنگام ارزیابی مهارت‌های ارتباطی و بین فردی دارد و باید در هر سیستم ارزیابی جامع گنجانده شود. نظر سنجی‌های بسیاری در ارتباط با تعامل بیمار با پزشک انجام شده است. در بسیاری از موارد آیت‌های رضایت از درمان با موارد مهارت‌های ارتباطی در هم آمیخته و یا عناصر مختلف توانایی ارتباطی با هم در هم آمیخته و به یک آیت تبدیل شده است این اشکالات اغلب کاربرد ابزارها را به منظور ارائه بازخورد در مورد توانایی‌های ارتباطی پایه پزشکان دشوار می‌سازد در صورتی که این بازخوردها می‌تواند در یادگیری پزشکان و تغییر رفتار آنان مفید باشد.^(۱۰)

CAT (Communication Assessment tool) یا ابزار ارزیابی ارتباطات برای ارزیابی ادراک بیماران در مورد مهارت‌های ارتباطی پزشکان با توجه به محدودیت‌ها و اشکالات ابزارهای قبلی طراحی شده است.

تیمی که CAT را راه‌اندازی کردند تمام مراحل برای روایی و پایایی ابزار در به کارگیری آسان در فعالیت‌های پزشکان و محیط‌های آموزشی را به انجام

Reference

- 1-Ministry of Health and Medical Education. What you should know about your family doctor, Department of Health, Network Management Center. 2011, P 7-9
- 2-Kurtz, SM, Doctor-Patients communication: Principle and practices, Can J. Neurol Sci, 2002, 29(S2)-S23-29.
- 3-Baily BJ: Medical communication, www.\BJBtalks/medical communication, 2001
- 4-Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, Saucier D, Shaw L, Walsh A, et al. CanMEDS-Family Medicine: A Framework of Competencies in Family Medicine - See more at: <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=3031#sthash.wa7ie8Ri.dpuf>. College of Family Physicians of Canada; 2009. p. 1-22.
- 5-Kurtz S, Silverman J, Draper J; Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2005. P. 367
- 6-Rafidah, A. Y: Notes for the Primary Care Teachers: Teaching Doctor-Patient Communication In Family Medicine. Malaysian Family Physician 2007; 2(3)
- 7-Accreditation Council for Graduate Medical Education, Advancing education in interpersonal and

- communication skills. ACGME Outcome Project. Accessed October 6, Available from: URL: <http://www.acgme.org/outcome/implement/interperComSkills.pdf>, 2007
- 8-Duffy F, Gordon G, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R: all participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med; 2004, 79:495-507.
- 9-Lynch D, Swing S: ACGME Outcome Project: key considerations for selecting assessment instruments and implementing assessment systems. www.acgme.org/outcome/assess/keyConsider.asp. Accessed August 12, 2009.
- 10-Makoul G, Krupat E, Chang C: Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. Patient Educ Couns; 2007, 67:333-42.
- 11-Myerholtz, Linda: Using the communication Assessment Tool in Family medicine residency programs, Fam Med; 2010, 42(8): 567-73.