بررسی نحوه برقراری ارتباط دانشجویان گروه علوم پزشکی با مددجویان، در بخش لیبر بیمارستان‌های منتخب شهر تهران

محبوبه احمدی[1]
نسرین عظیمی
مهرزاد کیانی
حمید علوی‌مجد

چکیده

مقدمه: ارتباط پزشک با بیمار فقط بر رضایت بیمار از فرایند درمان اثر ندارد بلکه بر یاد آوری اطلاعات، پیروی از دستورات، میزان فشار و سطح گلوکز خون بیماران نیز اثر دارد و ارتباط مؤثر می‌تواند باعث کاهش شکایت‌های ناشی از اقدامات غلط گردد.

روش: در این پژوهش توصیفی عملکرد ارتباطی ۳۹ دانشجوی علوم پزشکی که به روش سرشماری انتخاب شدند، با ۲۰۰ مددجوی بستری در بخش لیبر ۵ بیمارستان منتخب شهر تهران که این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند، مورد بررسی قرار گرفت. ابزار مطالعه یک چک لیست مشاهده‌ای پژوهشگر ساخته و دو فرم اطلاعات دموگرافیک دانشجو و مددجو بود. اطلاعات با کمک آمار توصیفی و نرم افزار Spss نسخه‌ی ۱۷ مورد بررسی قرار گرفتند.

بحث: برقراری ارتباط مناسب می‌تواند نقش مهمی در فرایند ایجاد اطمینان به کادر درمان، سرعت تشخیص و درمان کارآمدتر داشته باشد، این نکته توجه خاص اساتید و برنامه‌ریزان تحصیلی، در راستای توجه بیشتر به آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان گروه علوم پزشکی را بیان می‌نماید.

نتیجه گیری: نمره عملکرد دانشجویان در حیطه برقراری ارتباط با مددجو ۲۴/۴۵ بود که در این پژوهش بیانگر عملکرد ارتباطی در حد متوسط است.

---

۱. کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران، نویسنده‌ی مسؤول Email: mah1372@yahoo.com

واژگان کلیدی

مهارت‌های ارتباطی؛ دانشجویان گروه علوم پزشکی؛ مددجویان؛ بخش لیبر، بیمارستان‌های منتخب شهر تهران

بررسی نحوه برقراری ارتباط دانشجویان گروه علوم پزشکی با مددجویان، در بخش لیبر بیمارستان‌های منتخب شهر تهران

مجوبه احمدی، نسرین عظیمی، مهرزاد کیانی، حمید علوی‌مجد

اخلاق پزشکی از سابقه‌ای دیرینه در همه فرهنگ‌های بشری برخوردار است. در همه آیین‌های کهن و پیشین آموزه‌های خاصی در خصوص ویژگی‌های یک پزشک آرمانی و نحوه برخورد با بیماران وجود داشته و رابطه پزشک و بیمار و فضیلت‌های اخلاقی ضروری دو محور اصلی اخلاق پزشکی سنتی بوده است. بقراط از اولین کسانی است که مبانی اخلاقی را در قالب سوگندنامه با طبابت درهم آمیخت و آن را به عنوان تعهدنامه اخلاقی در اختیار پزشکان قرار داد. (زالی، ۱۳۸۷ ش.) ارتباط انتقال اطلاعات است از فرستنده به گیرنده به گونه‌ای که برای هر دو قابل فهم و واضح باشد. ارتباط پزشک با بیمار فقط بر رضایت بیمار از فرایند درمان اثر ندارد بلکه بر یادآوری اطلاعات، پیروی از دستورات و روش‌های درمانی، میزان فشار خون و سطح گلوکز خون بیماران نیز اثر دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۸۰-۶۰ درصد ازموارد تشخیص بیماری‌ها و نیز تصمیم‌گیری درمانی بر مبنای اطلاعات به دست‌آمده از مصاحبه پزشک صورت می‌گیرد، مصاحبه‌ای که در آن ارتباطات انسانی نقش اساسی دارد. (شاکرنیا، ۱۳۸۸ ش.) ارتباط مؤثر و با صرف زمان کافی برای مراقبت پزشکی ضروری بوده و می‌تواند باعث کاهش شکایت‌های ناشی از اقدامات غلط گردد. بر طبق آمار ۱٪ از بیماران که در بیمارستان بستری هستند از آسیب‌های جسمی شدید رنج می‌برند که ناشی از تخلفات پزشکی است. (زالی، ۱۳۸۷ ش.) ارتباط غیر مؤثر منجر به مخفی‌ماندن مشکلات و نیازهای مددجویان و نقص در رضایت‌مندی بیماران می‌گردد. مهمترین معیاری که بیمار بر اساس آن راجع به پزشک و مراقبین خود قضاوت می‌نماید نحوه ارتباط آن‌ها با وی است. برقراری ارتباط مؤثر کادر درمانی را قادر

می‌سازد نیازهای مددجویان را شناسایی نماید و در جهت حل مشکلات و رفع نیازهای وی گام بردارد. (فرج زاده، نوحی و مرتضوی۱۳۸۵ ش.) ارتباط پزشک و بیمار ارتباطی عقدی و قراردادی است و قوام و پایداری این ارتباط به حفظ تمامیت ارتباط مزبور بین پزشک و بیمار بستگی دارد و مادامی که چنین باشد بروز اختلاف بین پزشک و بیمار محتمل است همانطور که تمام قراردادهای دوجانبه دارای چنین ویژگی و خصلتی هستند. (زالی، ۱۳۸۷ ش.) اگر مایلید که بیمار به حرف‌ها و دستورات شما گوش فرا دهد شما هم موظفید حرف‌ها و شرح حال بیمار را گوش دهید. شرح حالِ صحیح، پزشک را به تشخیص می‌رساند و درمان بیماری دستاورد بعدی است و این مهم زمانی عاید می‌گردد که بیمار به حرف‌های پزشک گوش فرا دهد ودستورات درمانی را به دقت اجرا کند. احوال‌پرسی از بیمار و سلام و علیک با وی در اتاق عمل و قبل از شروع هر اقدامی پسندیده و مفید است. (جوادی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.)

چند تذکر مهم درباره گوش‌فرادادن: به گوینده توجه کامل داشته باشید، آنچه را که گوینده بیان می‌کند به طور آزمایشی با زبان خود بیان نمایید، در شناخت احساس و محتوای سخنان بیان شده سعی نمایید، شما با ابراز احساس و بیان نه تنها نشان می‌دهید که فهمیده‌اید، بلکه برای گوینده نیز قابل باور خواهد بود که منظورش را به خوبی بیان کرده و نیز درک شده است، اگر متوجه مطلبی نشده‌اید دوباره مطرح نمایید، تا آنجا که ممکن است خلاصه مطالب و مفاهیم را به دقت بیان کنید، با ناامیدی و ناتوانی مقابله کنید، به عنوان مثال نگویید کاری از دست من ساخته نیست، سکوت را هنگام مصاحبه رعایت نمایید، به عکس‌العمل‌های کلی توجه نمایید، اگر مطلبی را متوجه نشده‌اید نشان ندهید که درک کرده‌اید، نگذارید گوینده به مطالب کم‌اهمیت بپردازد، زیرا نشانه آن است که شما متوجه

صحبت‌های او نیستید، از تغییر، بهبود یا تثبیت سخنان گوینده بپرهیزید، موضوع را عوض نکنید، بر احساس خود در تمام موارد مصاحبه غلبه نمایید، از حرکات غیر کلامی که در هنگام مصاحبه وجود دارد غافل نباشید. (زالی، ۱۳۸۷ ش.)

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود که با هدف تعیین عملکرد ارتباطی دانشجویان گروه علوم پزشکی با مددجویان در بخش لیبر بیمارستان‌های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۰ ش.، انجام شد. محیط پژوهش شامل بخش لیبر ۵ بیمارستان منتخب شهر تهران بود. بر اساس مطالعات مشابه تعداد ۲۰۰ نفر مددجو جهت پژوهش فوق در نظر گرفته شد که به هر بیمارستان بر اساس آمار زایمانی سهمیه‌ای اختصاص داده شد و از هر بیمارستان تعداد مناسب مددجو به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. همچنین تعداد ۳۹ دانشجوی علوم پزشکی (مامایی:۲۱ نفر، کارورز زنان: ۸ نفر و دستیار زنان:۱۰ نفر) نیز وارد مطالعه شدند تا عملکرد ارتباطی آن‌ها با مددجو توسط پژوهشگر مورد مشاهده قرار گیرد. دانشجویان نیز در هر بیمارستان به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه می‌شدند. ابزار مطالعه شامل یک چک لیست مشاهده‌ای پژوهشگر ساخته و دو پرسش‌نامه دموگرافیک برای دانشجویان گروه علوم پزشکی و مددجویان بود. چک لیست شامل ۱۲ سؤال بود که ۸ سؤال با درجه‌بندی سه موردی (بلی، خیر، موردی ندارد) و ۴ سؤال آن با درجه‌بندی دو موردی (بلی و خیر) بود. برای گزینه بلی نمره ۳، موردی ندارد نمره ۲ و خیر نمره ۱ در نظر گرفته شد. نمره کلی چک لیست ۳۶-۱۲ به دست آمد، نمره ۲۰-۱۲ عملکرد ضعیف، ۲۸-۲۰ عملکرد متوسط و ۳۶-۲۸ عملکرد خوب در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه دموگرافیک دانشجو شامل سن، جنس، تأهل، رشته تحصیلی، درآمد ماهیانه، تعداد شیفت‌های هفتگی، گذراندن درس اخلاق در دانشگاه و شرکت در کارگاه اخلاق

بود و پرسش‌نامه دموگرافیک مادر هم شامل سن، تابعیت، تحصیلات و تعداد بارداری‌ها بود. پژوهشگر مددجویانی را که با هدف زایمان طبیعی بستری می‌شدند را انتخاب و پس از کسب اجازه کتبی از آن‌ها، از طریق مصاحبه پرسش‌نامه دموگرافیک را تکمیل و عملکرد دانشجویان را در زمینه برقراری ارتباط با وی مشاهده می‌نمود. پژوهشگر جهت کاهش خطای مشاهده‌ی خود، عملکرد هر دانشجو را پیرامون برخی سؤالات چک لیست که به دفعات برای مددجو تکرار می‌شد، ۳ بار مورد مشاهده قرار می‌داد. همچنین برای جلوگیری از اطلاع دانشجویان از موضوع پژوهش و اثر احتمالی آن بر عملکرد آن‌ها، پژوهشگر پرسش‌نامه دموگرافیک دانشجویان را پس از مشاهده عملکرد آن‌ها در اختیار دانشجویان قرار می‌داد. ابزار پژوهش پس از مطالعه متون و مقالات مرتبط و بهره‌مندی از نظرات اساتید محترم راهنما و مشاور تهیه و تدوین شد واعتبار آن به روش اعتبار محتوا توسط ۱۱ تن از اساتید دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و اساتید اخلاق زیستی دانشگاه شهید بهشتی بررسی شد و پایایی آن نیز با مشاهده هم زمان (هم‌ارز) توسط پژوهشگر و مشاهده‌گر دوم که هماهنگ با پژوهش بود، با مشاهده عملکرد ۱۵ دانشجو بررسی شد که پایایی آن r=۰/۸۹ به دست آمد. کلیه ملاحظات اخلاقی جهت انجام پژوهش انجام شد. نتایج مطالعه با کمک آمار توصیفی و نرم‌افزار آماری Spss نسخه‌ی ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری نیز p≤۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن مددجویان در ۵ بیمارستان ۳/۷±۲۶/۶۸ سال بود. ۷۳/۷ درصد ایرانی و مابقی غیر ایرانی بودند. ۳/۵۰ درصد تحصیلات دانشگاهی، ۵۵/۵۰ دبیرستانی، ۲۱ درصد راهنمایی، ۱۲ درصد ابتدایی و ۸ درصد بی‌سواد بودند. میانگین تعداد بارداری مددجویان ۱/۵۶ بود. میانگین سنی دانشجویان ۳/۹±۲۵/۲

سال بود. ۶۱/۵ درصد دانشجویان مجرد بودند. ۴۶/۱۵ درصد از آن‌ها دانشجویان ترم ۸ مامایی، ۷/۶۹ درصد ترم ۴ مامایی، ۲۰/۵۱ درصد کارورز زنان (انترن) و ۲۵/۶۵ آن‌ها دستیار تخصصی رشته‌ی زنان بودند. اکثر دانشجویان (۵۳/۸ درصد) درآمدی نداشتند. میانگین تعداد شیفت‌های دانشجویان در هفته، ۴/۲ بود. تمام دانشجویان رشته پزشکی و ۸۵/۷۱ درصد از دانشجویان مامایی درس اخلاق را در دانشگاه گذرانده بودند. ۹۴/۹ درصد از دانشجویان در کارگاه اخلاق شرکت نکرده بودند. عملکرد دانشجویان در خصوص نحوه برقرای ارتباط با مددجویان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱: عملکرد دانشجویان در خصوص نحوه‌ی برقرای ارتباط با مددجویان در بخش لیبر بیمارستان‌های منتخب شهر تهران

سؤال	درصد فراوانی	
	بلی	خیر
به مددجو در ابتدای ورود سلام کرد	۱۵/۲۲	۸۴/۷۸
با مددجو احوال‌پرسی کرد	۸/۷۸	۹۱/۲۲
خود را به بیمار معرفی کرد	_	۱۰۰
دانشجو دارای اتیکت برای شناسایی خود است؟	۳۰/۸	۶۹/۲

سؤال	بلی میانگین ۳ بار مشاهده	خیر میانگین ۳ بار مشاهده	موردی ندارد میانگین ۳ بار مشاهده
به سلام مددجو پاسخ داد؟	۳/۰۲	۶/۴	۹۰/۵۸
مددجو را با نام یا نام خانوادگی مورد خطاب قرار داد؟	۱۳/۹۹	۸۶/۰۱	_
در حین صحبت با مددجوبا وی تماس چشمی برقرار می‌کند؟	۸۵/۶۸	_	۱۴/۳۲
پس از پرسش از مددجو به او فرصت کافی برای پاسخ می‌دهد؟	۵۵/۷۵	_	۴۴/۲۵

سؤالات با زبانی ساده و روشن از مادر پرسیده می‌شود؟	۶۲/۸۷	_	۳۷/۱۳
با مددجو برخوردی صمیمی دارد؟	۷۴/۸۳	_	۲۵/۱۷
در گفت‌وگو با مددجو از کلمات مناسب استفاده می‌کند؟	۷۵/۲۵	_	۲۴/۷۵
در صورت ارایه توضیحات اضافی از جانب مددجو به طریقی مودبانه می‌تواند موضوع بحث را به مسیر اصلی برگرداند.	۱/۵۰	_	۹۸/۵۰

بحث: ارتباط پزشک و بیمار ارتباطی عقدی و قراردادی است و قوام و پایداری این ارتباط به حفظ تمامیت ارتباط مزبور بین پزشک و بیمار بستگی دارد. (زالی، ۱۳۸۷ ش.) مهم‌ترین معیاری که بیمار بر اساس آن راجع به پزشک و مراقبین خود قضاوت می‌نماید نحوه ارتباط آن‌ها با وی است. برقراری ارتباط مؤثر کادر درمانی را قادر می‌سازد نیازهای مددجویان را شناسایی نماید و در جهت حل مشکلات و رفع نیازهای وی گام بردارند. ارتباط غیر مؤثر منجر به مخفی‌ماندن مشکلات و نیازهای مددجویان و نقص در رضایت‌مندی بیماران می‌گردد. (شاکرنیا، ۱۳۸۸ ش.) یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که عملکرد دانشجویان گروه علوم پزشکی در حیطه برقرای ارتباط با مددجو در حد متوسط بود. در حیطه مهارت‌های ارتباطی در این پژوهش دانشجویان بیشترین ضعف را در زمینه معرفی خود به مددجو و خطاب‌دادن مددجو با نام یا نام خانوادگی داشتند، به طوری که هیچ‌کدام از دانشجویان خود را به مددجو معرفی نکرده بودند و همچنین تنها ۱۳/۹۸ درصد از دانشجویان، مددجویان را با نام یا نام خانوادگی صدا کرده بودند. در مطالعه وسکویی اشکوری و کریمی، اثنی‌عشر و کهن در سال ۱۳۸۸ ش.، کادر درمان در ۲۷/۶ درصد موارد خود را به بیماران معرفی کرده بودند و در ۵۴ درصد موارد

بیماران را با نام و یا نام خانوادگی خطاب کرده بودند. در مطالعه داداشی و اندرزحبیبی و مقدم در سال ۱۳۸۹ پرسنل در ۸۵/۵ درصد موارد با بیماران برخورد صمیمی داشتند. مطالعه نصیریانی و اسلامی، دهقانی در سال ۱۳۸۷ ش.، نیز نشان داد که بیماران در ۵۰ درصد موارد از نحوه ارتباط پزشکان و در ۴۵ درصد موارد از نحوه ارتباط پرستان راضی بودند. در مطالعه وسکویی اشکوری و همکارانش در سال ۱۳۸۸ ش.، میزان رعایت حقوق بیمار در حیطه ارتباط ۶۰ درصد گزارش شد که بیانگر مهارت ارتباطی در سطح متوسط بود. در مطالعه نصیریانی و همکارانش در سال ۱۳۸۷ ش.، میانگین نمره رضایت بیماران از نحوه برقراری کادر درمان ۲۷ بود و رضایت از ارتباط کادر درمان در حد متوسط بود. بیماران در ۴۵ درصد از رفتار پرستاران و در ۵۰ درصد موارد از رفتار پزشکان اظهار رضایت کردند. در مطالعه رسولی و معظمی گودرزی در سال ۱۳۸۸ ش.، میزان رعایت حقوق بیماران در خصوص برقراری ارتباط با آن‌ها ۶۵ درصد بدست آمد که مطرح‌کننده رعایت حقوق در سطح متوسط حیطه ارتباطی بود. در مطالعه تقی‌زاده، رضایی‌پور، علیمرادی و همکارانش در سال ۱۳۸۷ ش.، میزان به کارگیری مهارت‌های ارتباطی (کلامی و غیر کلامی) در بیشتر ماماها (۶۲ درصد و ۵۶ درصد) در حد نامطلوب بود. ارتباط صحیح با بیماران به عنوان اولین‌گام در دستیابی به اطلاعات جامع از وضعیت بیمار است. با توجه به اهمیت برقراری یک ارتباط مناسب بین مددجویان و کادر درمان و نقش آن در دستیابی به اطلاعات جامع از وضعیت بیمار که خود می‌تواند در تشخیص و درمان وی مؤثر باشد.

نتیجه

نمره عملکرد دانشجویان در حیطه برقراری ارتبا ط با مددجو ۲۴/۴۵ بود که در محدوده عملکرد متوسط قرار دارد و با توجه به نتایج این پژوهش بهبود و توجه به جایگاه آموزش بهتر و کاربردی‌تر مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان و بحث پیرامون اهمیت آن بیش از پیش احساس می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه خانم نسرین عظیمی می‌باشد. نویسندگان این مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و دانشکده‌ی پرستاری و مامایی شهید بهشتی، مسؤولین و دانشجویان گروه علوم پزشکی ۵ بیمارستان منتخب شهر تهران و همچنین مددجویانی که ما را در تدوین این مقاله یاری نمودند، تشکر می‌نمایند.

فهرست منابع

تقی‌زاده، زیبا؛ رضایی‌پور ا؛ مهران ع؛ علیمرادی ز. *بررسی میزان به کارگیری مهارت‌های ارتباطی توسط ماماها و ارتباط آن با میزان رضایت‌مندی مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی*، دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی، فروردین ۱۳۸۷ ش.، ۲۱۴ تا ۲۱۲

جوادی، علی و همکاران ـ (۱۳۸۶ ش.)، *اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک*، چاپ اول، تهران، انتشارات حقوقی

داداشی، مژگان؛ اندرزحبیبی، رویا؛ حبیبی‌مقدم، عطیه ـ (۱۳۸۹ ش.)، *میزان رضایت‌مندی مراجعان به درمانگاه‌های خصوصی از رعایت منشور حقوق بیمار*، ویژه‌نامه حقوق بیمار، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۶۸ تا۶۱

رسولی، پریسا؛ رسولی، بهمن؛ معظمی گودرزی، کیومرث ـ (۱۳۸۸ ش.)، *بررسی میزان رعایت حقوق بیماران از دیدگاه آنان در بیمارستان بعثت همدان*

زالی، محمدرضا ـ (۱۳۸۷ ش.)، *مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار*، چاپ دوم، تهران، انتشارات حقوقی

شاکرنیا، ایرج ـ (۱۳۸۸ ش.)، *ارتباط پزشک ـ بیمار و نقش آن در رضایت‌مندی بیماران در فرایند درمان*، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره دوم، شماره ۳، ۱۶ تا ۹

فرج‌زاده، سعیده؛ نوحی، عصمت؛ مرتضوی، حمیدرضا ـ (۱۳۸۵ ش.)، *وضعیت برقراری ارتباط کارورزان با بیماران هنگام مصاحبه: دیدگاه بیمار و مشاهده‌گر*، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، دوره ششم، شماره ۲، ۸۶ تا ۷۹

نصیریانی، خدیجه؛ اسلامی، محمدحسن؛ دهقانی، علی؛ دهقانی، حمید ـ (۱۳۸۷ ش.)، *بررسی رضایت بیمار از نحوه ارتباط کادر درمانی در بخش اورژانس بیمارستان شهید صدوقی یزد*، مجله علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی همدان، دوره پانزدهم شماره۲، ۲۷ تا ۲۳

- اوسکویی اشکوری، خورشید؛ کریمی، محبوبه؛ اثنی‌عشر، حمیده؛ کهن، نوشین ـ (۱۳۸۷ ش.)، *بررسی میزان رعایت حقوق بیماران در بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره دوم، شماره۴، ۳۵ تا ۴۸

یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

محبوبه احمدی: کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
نشانی الکترونیکی: mah1372@yahoo.com

نسرین عظیمی: کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
مهرزاد کیانی: فلوشیب اخلاق زیست پزشکی و دانشیار مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
حمید علوی مجد: دانشیار دانشکده‌ی پیراپزشکی و مدیر گروه آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۴/۱۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۶/۱۷