مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره دوازدهم، ویژه نامه ۱ (آموزش پزشکی)، تابستان ۱۳۸۹، صفحه ۲۵-۱۹

مقایسه دیدگاه بیماران و اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل در خصوص بیمارمحوری در ارتباط پزشک و بیمار با استفاده از پرسشنامه PPOS

عظیم میرزازاده(MD)[۱]، ایمان جهانیان(MD,MSc)*[۲]، فرهاد شاهی(MD)[۱]، سیروس جعفری(MD)[۳]، ادوارد کروپات(PhD)[۴]

۱- گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- گروه عفونی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴- مرکز ارزشیابی دانشکده پزشکی هاروارد

دریافت: ۸۸/۵/۱۸ ، اصلاح: ۸۸/۶/۱۸، پذیرش: ۸۸/۷/۱۴

خلاصه

سابقه و هدف: مهارتهای ارتباطی مؤثر با افزایش رضایت پزشک و بیمار پیوند محکمی دارد که موجب دستاوردهای مثبت بهداشتی- درمانی برای بیمار می‌شود. پزشک محور و بیمار محور دو سبک عمده طبابت می باشند. این مطالعه به منظور مقایسه دیدگاه بیماران و اعضاء هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بابل، در خصوص بیمار محوری در ارتباط پزشک و بیمار انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۷۲ عضو هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی و ۷۲ بیمار که به روش نمونه گیری سهمیه ای و تصادفی انتخاب شدند، در بیمارستانهای آموزشی تخصصی و فوق تخصصی دانشگاه علوم پزشکی بابل، در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale) که نمره کلی آن، بیمار محور (۶ نمره) تا پزشک محور (۱ نمره) را شامل می شد، جمع آوری و مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره مراقبت (caring) اعضای هیأت علمی بالینی ۳/۷۲±۰/۴۸، تسهیم (sharing) آنان ۳/۱۰±۰/۶۲ و نمره کل ۳/۴۱±۰/۴۹ بوده است. میانگین نمره caring بیماران ۳/۸۷±۰/۵۳، sharing آنان ۳/۴۵±۰/۹۴ و نمره کل ۳/۶۶±۰/۵۷ بوده است. بین دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی و بیماران تفاوت معنی داری در زیر واحد sharing (p=۰/۰۰۶) و نمره کلی PPOS (p=۰/۰۰۸) وجود داشت اما تفاوت زیر واحد caring معنی دار نبود (p=۰/۰۶۸).

نتیجه گیری: در مجموع بیماران بیمارمحورتر بودند. بر اساس این مطالعه، با توجه به تفاوت دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی و بیماران، برگزاری کارگاههای مهارتهای ارتباطی پزشک و بیمار برای اعضاء هیأت علمی بالینی پیشنهاد می گردد تا با آموزش مناسب پزشکان، پاسخگویی به خواست اجتماعی برای تغییر در نوع رابطه پزشک و بیمار محقق گردد.

واژه های کلیدی: ***دیدگاه، بیماران، اعضای هیأت علمی بالینی، بیمار محوری، ارتباط پزشک و بیمار، پرسشنامه PPOS.***

مقدمه

اگر چه ضرورت برقراری ارتباط مناسب با بیمار یک تفکر بدیع به شمار نمی‌رود، اما یاددهی و ارزیابی این مهارتها در آموزش پزشکی روز به روز با اشکال گوناگونی مشاهده می گردد (۲و۱) با توجه به اینکه در آموزش پزشکی بر سه حیطه دانش، مهارتهای عملی و نگرش تأکید می‌شود، در آموزش مهارتهای ارتباطی (اعم از یاددهی و یادگیری)، مهارتهای عملی از بقیه موارد مهمتر می باشد. از آنجاییکه طبابت روزمره و برخورد با بیمار امری اجتناب ناپذیر است، لذا این مهارتها را باید یاد داد، یاد گرفت و یا بهبود بخشید، در خصوص اهمیت ارتباط مؤثر در پزشکی، نکات متعددی وجود دارد (۴و۳). مهارتهای

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، تلفن: ۲۱۹۰۵۹۳-۰۱۱۱.
e-mail:dr.jahanian@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.3.3]

ارتباطی با افزایش رضایت پزشک و بیمار پیوندی محکم دارد. علاوه بر آن موجب تبعیت بهتر از درمان، تصمیم گیری بهتر و دستاوردهای مثبت بهداشتی- درمانی برای بیمار می‌شود. میان ارتباط کارآمد و کاهش شیوع شکایتهای قانونی علیه پزشکان نیز رابطه مستقیم وجود دارد (۷-۵). عوامل مختلفی بر ارتباط بیمار و پزشک تأثیرگذارند، یک عامل عمده سبک طبابت پزشک است. بر اساس مطالعات انجام شده و بررسی نوارهای ویدئویی دو سبک عمده، پزشک محور و بیمار محور مشاهده شده است (۸). سبک پزشک محور (Doctor - centered)، شبیه مدل پارسون و پدرسالارانه می باشد. با این فرض که پزشک در کار درمان و تشخیص خبره است و بیمار فقط باید همکاری کند. سبک بیمار محور (Patient- centered) بر تسهیل و تشویق بیمار برای مشارکت در امر ارتباط با پزشک، توأم با کنترل مساوی روند ارتباط دلالت می کند. Parson اولین جامعه شناسی بود که ارتباط میان پزشک و بیمار را بررسی کرد. در مدل Parson از پزشک انتظار می‌رود که دانش و مهارت خود را به سود بیمار بکار ببرد و در این راه تلاش برای رفاه بیمار و جامعه، بر منافع وی ترجیح دارد. رضایت بیماران تا حدودی به مهارتهای بین فردی و بالینی پزشک مرتبط است. ارتباط مناسب، ارائه اطلاعات به بیماران، اعتماد به نفس و قابلیت کنترل علائم را افزایش و درد را کاهش می‌دهد (۱۰).

بیماران جوان تر و با سطح اجتماعی و سواد بالاتر تمایل بیشتری به مشارکت در ویزیت پزشکی داشته و نیاز کمتری به توضیحات و ارائه اطلاعات دارند (۱۱). در اجماع تورنتو در سال ۱۹۹۱، رابطه پزشک- بیمار از سه جنبه مورد بررسی قرار گرفت: ۱. مهمترین واقعیت هایی که از قبل در مورد رابطه پزشک- بیمار می دانیم، چیست؟ ۲. مهمترین اقداماتی که پزشکان باید برای بهبود وضعیت فعلی ارتباط بالینی انجام دهند، چیست؟ ۳. مهمترین سؤالاتی که پاسخی به آنها داده نشد و موارد با اهمیتی که به آنها پرداخته نشده است، چیست؟ این بررسی ها حاکی از نقش مرکزی ارتباط پزشک- بیمار در ارتقاء کیفی و مطلوب خدمات پزشکی و به همراه داشتن رضایت بیمار و سایر پیامدهای بیولوژیک، روانی و اجتماعی بود و رابطه پزشک- محور را مرتبط با کاهش اعتماد بیمار نسبت به رابطه وی با پزشک بر شمرد (۱۲).

در مطالعه Barry از ۳۵ بیمار بالاتر از ۱۸ سال که به پزشک مراجعه کردند فقط ۴ نفر پاسخ کافی برای سؤالات خود دریافت نمودند (۱۳). عوامل موثری بر تغییر رابطه پزشک- بیمار، نقش دارند از جمله پیشرفت های علوم پزشکی که توجه را از درمان بیماری های عفونی به برخورد با بیماری های مزمن معطوف داشته، تحولات اخلاق پزشکی از دهه ۱۹۶۰، نظریات بیمار- محور مطرح شده و نیز افزایش دانش عمومی به دلیل دسترسی به اینترنت بر این تغییرات موثر بوده اند (۱۴). اطلاعات در مورد هماهنگی (congruence) پزشک و بیمار نشان می دهد، بیماران زمانی کاملا راضی هستند که پزشکان با آنان هم عقیده (match) بوده یا اینکه بیمار محور باشند. اما بیمارانی که پزشکان آنها بیمار محور نبودند، بطور معنی داری کمتر رضایت داشتند (۱۵). عقاید بیمار محوری و آثارش بر رضایتمندی و اعتماد بیمار باید همواره مد نظر قرار گیرد. در میان بیماران، عقاید بیمار محوری (تمایل به اطلاعات و کنترل) با جنس مونث، نژاد سفید، سن پایین تر، تحصیلات بالاتر و درآمد بالاتر مرتبط می باشد. اما در میان پزشکان این عقاید ارتباطی به جنس، سن، قومیت و یا تجربه کاری ندارد. بیماران پزشکان دارای نگرش بیمار- محور، اطمینان، رضایت یا توصیه بیشتری نسبت به سایر بیماران راجع به پزشک خود ندارند، در عین حال بیمارانی که پزشکشان دارای عقیده مشابه می باشد، هر چند الزاماً رضایت کامل از ویزیت خود ندارند، ولی اعتماد بیشتری نسبت به پزشک خود داشته و بیشتر وی را توصیه می کنند (۱۶). در زمینه آموزش ابعاد انسانی مراقبتهای پزشکی، نقش اعتقادات انسان گرایانه و نیاز به آموزش شناخت ابعاد گوناگون انسانی را نباید از نظر دور داشت، امروزه طب فراتر از ترکیب علم و هنر و آمیزه ای از علم زندگی با انسان گرایی (humanism) است (۱۷). بیمارانی که کنترل مشارکتی را ترجیح می دهند، فعال تر بوده، بیشتر اظهار نظر، ابراز نگرانی یا سؤال می کنند و امتیاز متوسط PPOS نیز برای بیمارانی که کنترل مشارکتی را ترجیح می دهند به طور قابل توجهی بالاتر از گروهی که کنترل توسط پزشک را ترجیح می دهند، می باشد (۱۸). بیمارانی که از دیدگاه پزشک خود نسبت به رابطه پزشک- بیمار آگاه می شدند و پس از پرکردن پرسشنامه PPOS می توانستند پزشک خود را از میان پزشکان با امتیاز مشابه PPOS و دیدگاه مشترک انتخاب نمایند، اطمینان و رضایت بیشتری نسبت به پزشک خود داشتند. این موضوع لزوم ایجاد شرایطی را که در آن پزشک و بیمار در حالی که دیدگاه مشترکی درباره رابطه با یکدیگر دارند، برخورد نمایند، مطرح می نماید (۱۹). با توجه به این مهم که در کشور ما، آموزش مهارتهای ارتباطی پزشک و بیمار به عنوان یک واحد درسی آکادمیک ارائه نمی گردد. در این مطالعه به مقایسه دیدگاه بیماران و اعضای هیات علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی بابل، بعنوان دو رکن مهم و اساسی در آموزش پزشکی پرداخته شد و دیدگاه آنان درخصوص بیمار محوری در ارتباط پزشک و بیمار بررسی گردید. انجام چنین مطالعاتی می تواند در جهت آشکار سازی مشکلات و نقاط کور احتمالی فرا راه اقدامات و در صورت لزوم، مداخلات لازم قرار گیرد.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۷۲ عضو هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی و ۷۲ بیمار مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی تخصصی و فوق تخصصی، شهید بهشتی و شهید یحیی نژاد دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ که به روش نمونه گیری سهمیه ای و تصادفی انتخاب شدند، انجام گردید. برای بیماران سهمیه ای به بخشهای مختلف تعلق گرفت که با نسبت در نظر گرفته شده برای اعضای هیأت علمی بالینی آن بخش برابر بود. این تعداد بیمار از افراد بستری در تختهای بخش مربوطه و نیز بیماران سرپایی درمانگاه (لیست پذیرش) بصورت تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale) که روایی و پایایی آن به اثبات رسیده و شامل ۱۸ آیتم با مقیاس ۶ درجه ای می باشد، جمع آوری شد.

ابتدا پرسشنامه PPOS توسط دو متخصص زبان انگلیسی ترجمه شد. در مرحله بعد، هر دو فرم فارسی و انگلیسی برای سه نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در حیطه آموزش پزشکی فعال بودند، ارسال و کنترل گردید. جهت کنترل روایی پرسشنامه فارسی، مجددا به انگلیسی ترجمه شد و برای طراح اصلی فرم (Edward Krupat) ارسال گردید. بعد از تایید روایی آن برای تعیین پایایی، از روش آزمون مجدد استفاده شد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.3.3]

نمره کلی PPOS که از بیمار محور (نمره ۶) تا پزشک محور (نمره ۱) یک طیف را شامل می شود، شامل دو زیر واحد می باشد. ۹ آیتم، زیر واحد sharing را تشکیل می دهند که مبین آن است که افراد تا چه اندازه معتقدند پزشک باید قدرت، کنترل و اطلاعات را با بیمار تسهیم نماید و بیمار را در فرآیند تصمیم سازی دخیل نماید و ۹ آیتم، زیر واحد caring را تشکیل می دهند و مبین آن است که پزشک تا چه اندازه نسبت به احساسات، انتظارات و شرایط زندگی بیمار ارزش قایل است و آنرا جزیی حیاتی در فرآیند درمان بحساب می آورد. اعضاء هیأت علمی بالینی پرسشنامه را بصورت خود ایفا تکمیل نمودند. بیماران نیز بصورت فردی توسط پرسشگر مورد پرسش قرار گرفتند.

نهایتا اطلاعات کدگذاری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آنجاییکه پرسشنامه استاندارد PPOS بر مبنای مقیاس لیکرت بود و کلیه متغیرهای این مطالعه توزیع نرمال داشتند، از آزمونهای ANOVA، Kruskal-Wallis، T-Test(2-tailed) و Mann-Whitney جهت مقایسه وجود روابط و همچنین از ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین همبستگی بین متغیرها استفاده گردید و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه از اعضاء هیات علمی گروههای آموزشی مختلف استفاده شد (جدول ۱). بالاترین نمرات در گروه آموزشی روانپزشکی بدست آمد که از نظر caring ۱/۰۲±۴/۳۸، از نظر sharing ۰/۲۳±۴/۶۰ و از نظر نمره کلی PPOS ۰/۶۲±۴/۴۹ بوده است که بیمار محورتر از سایر گروه آموزشی بود. پایین ترین نمرات از نظر caring ۰/۳۶±۳/۵۱ در گروههای آموزشی چشم، گوش و حلق و بینی و ۰/۲۶±۳/۵۱ در گروه آموزشی زنان و زایمان و از نظر sharing ۰/۳۸±۲/۸۳ در گروه آموزشی آسیب شناسی و از نظر نمره کلی PPOS در گروه آموزشی داخلی ۰/۴۴±۳/۲۶ بوده است که پزشک محورتر از سایر گروههای آموزشی بود (جدول ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی اعضای هیات علمی بالینی به تفکیک گروههای آموزشی

گروه آموزشی	فراوانی	درصد
داخلی	۱۹	۲۶/۳۸
جراحی	۱۶	۲۲/۲۲
عفونی	۴	۵/۵۵
زنان و زایمان	۷	۹/۷۲
چشم، گوش، حلق و بینی	۶	۸/۳۳
بیهوشی	۷	۹/۷۲
رادیولوژی	۷	۹/۷۲
روانپزشکی	۲	۲/۷۷
آسیب شناسی	۴	۵/۵۵
مجموع	۷۲	۱۰۰

جدول ۲. توزیع نمرات اعضای هیات علمی بالینی در گروههای آموزشی مختلف به تفکیک زیرواحدهای sharing، caring و نمره کلی PPOS

نمرات	Sharing (سهیم)			Caring (مراقبت)			نمره کلی PPOS		
گروه آموزشی	حداقل	حداکثر	Mean±SD	حداقل	حداکثر	Mean±SD	حداقل	حداکثر	Mean±SD
داخلی	۲/۰۰	۴/۰۰	۲/۹۴±۰/۵۱	۲/۷۷	۴/۴۴	۳/۵۸±۰/۴۴	۲/۶۴	۴/۱۱	۳/۲۶±۰/۴۴
جراحی	۱/۷۷	۴/۳۳	۳/۰۱±۰/۶۹	۲/۷۷	۴/۸۸	۳/۷۸±۰/۵۹	۲/۵۵	۴/۴۴	۳/۴۱±۰/۶۰
عفونی	۳/۲۲	۴/۲۲	۳/۵۵±۰/۴۵	۳/۷۷	۴/۷۷	۴/۱۰±۰/۴۵	۳/۵۵	۴/۵۰	۳/۸۳±۰/۴۳
زنان و زایمان	۲/۶۶	۳/۳۳	۳/۰۴±۰/۲۲	۳/۱۱	۳/۸۸	۳/۵۱±۰/۲۶	۲/۸۸	۳/۵۰	۳/۲۷±۰/۲۰
ENT	۲/۲۲	۴/۰۰	۳/۲۶±۰/۶۶	۳/۰۰	۴/۰۰	۳/۵۱±۰/۲۶	۲/۸۳	۳/۸۸	۳/۳۹±۰/۳۹
بیهوشی	۲/۴۴	۴/۱۱	۳/۱۵±۰/۵۲	۳/۰۰	۴/۶۶	۳/۸۲±۰/۵۱	۲/۷۲	۴/۰۰	۳/۴۹±۰/۴۱
رادیولوژی	۱/۵۵	۳/۷۷	۳/۱۰±۰/۸۵	۳/۳۳	۴/۲۵	۳/۸۲±۰/۲۸	۲/۶۱	۴/۰۰	۳/۴۶±۰/۵۲
روانپزشکی	۳/۶۶	۵/۱۱	۴/۳۸±۱/۰۲	۴/۴۴	۴/۷۷	۴/۶۰±۰/۲۳	۴/۰۵	۴/۹۴	۴/۴۹±۰/۶۲
آسیب شناسی	۲/۳۳	۳/۲۲	۲/۸۳±۰/۳۸	۳/۳۳	۴/۵۵	۳/۷۱±۰/۵۷	۳/۰۰	۳/۶۶	۳/۲۷±۰/۲۸
کل اعضای هیات علمی	۱/۵۵	۵/۱۱	۳/۱۰±۰/۶۲	۲/۷۷	۴/۸۸	۳/۷۲±۰/۴۸	۲/۵۵	۴/۹۴	۳/۴۱±۰/۴۹

بین دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی گروههای آموزشی مختلف در خصوص بیمار محوری، تفاوت معنی داری در نمره مراقبت و سهیم وجود ندارد ولی نمره کلی PPOS معنی دار است ($p=0/047$)، بر اساس این مطالعه، بین دیدگاه اعضاء هیأت علمی بالینی و بیماران تفاوت معنی داری در زیر واحد سهیم ($p=0/006$) و نمره کلی PPOS ($p=0/008$) وجود دارد اما تفاوت زیر واحد مراقبت معنی دار نیست.

در این مطالعه میانگین نمره مراقبت بیماران ۰/۵۳±۳/۸۷، سهیم آنها ۰/۸۴±۳/۴۵ و نمره کلی PPOS، ۰/۵۷±۳/۶۶ بود. در خصوص اعضای هیأت علمی بالینی، تفاوت معنی داری میان دو جنس مذکر و مونث از نظر مراقبت، سهیم و نمره کلی PPOS وجود نداشت. در بیماران نیز بین جنس مذکر و مونث تفاوت معنی داری از نظر مراقبت، سهیم و نمره کلی PPOS وجود نداشت (جدول ۳).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.3.3]

جدول ۳. میانگین نمرات اعضای هیأت علمی بالینی و بیماران به تفکیک جنس

نمونه	امتیاز	جنس	تعداد	Mean±SD
اعضای هیأت علمی بالینی	sharing	مذکر	۵۴	۳/۷۰±۰/۵۰
		مونث	۱۸	۳/۷۸±۰/۴۴
	caring	مذکر	۵۴	۳/۰۳±۰/۶۵
		مونث	۱۸	۳/۲۸±۰/۴۹
	نمره کلی PPOS	مذکر	۵۴	۳/۳۷±۰/۵۲
		مونث	۱۸	۳/۵۳±۰/۴۱
بیماران	sharing	مذکر	۴۱	۳/۸۷±۰/۵۶
		مونث	۳۱	۳/۸۶±۰/۵۰
	caring	مذکر	۴۱	۳/۴۷±۰/۸۹
		مونث	۳۱	۳/۴۲±۰/۷۷
	نمره کلی PPOS	مذکر	۴۱	۳/۶۷±۰/۶۲
		مونث	۳۱	۳/۶۴±۰/۵۱

میانگین سن اعضاء هیأت علمی بالینی ۴۷/۰۵+۷/۷۶ سال بود که ارتباط سن با دیدگاه اعضاء هیات علمی در مورد caring منفی و این ارتباط معنی دار بود (p=۰/۰۱۴)، در مورد sharing این ارتباط معنی دار نبود و در مورد نمره کلی PPOS ارتباط معنی دار مشاهده شد (p=۰/۰۲۸) در واقع با افزایش سن اعضاء هیأت علمی بالینی، نمرات caring، sharing و نمره کلی PPOS کاهش می یابد. در بیماران میانگین سن ۴۲/۳۴+۱۵/۷۳ سال بود که در مورد caring، Sharing در مورد نمره کلی PPOS ضریب همبستگی پیرسون منفی و این ارتباط معنی دار نیست. در واقع با افزایش سن بیماران، نمرات sharing و نمره کلی PPOS کاهش می یابد. در این مطالعه، میانگین سابقه طبابت اعضاء هیأت علمی بالینی ۷/۶۵ ± ۱۹/۰۱ سال بود که حداقل سابقه یک سال و حداکثر ۳۷ سال بوده است. در خصوص ارتباط بین طول مدت طبابت اعضاء هیأت علمی و نگاه ایشان به بیمار محور بودن رابطه پزشک و بیمار باید گفت که در مورد caring و در مورد نمره کلی PPOS ضریب همبستگی پیرسون منفی و ارتباط معنی دار نیست. در واقع با افزایش طول مدت طبابت اعضاء هیأت علمی بالینی، نمرات caring، sharing و نمره کلی PPOS کاهش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، میانگین نمره caring اعضای هیأت علمی بالینی ۳/۷۲±۰/۴۸، sharing آنان ۳/۱۰±۰/۶۲ و نمره کل ۳/۴۱±۰/۴۹ بود و تفاوت معنی داری نیز میان دو جنس مذکر و مونث از نظر caring، sharing و نمره کلی PPOS وجود نداشت. اما هر ۳ مورد در جنس مونث بیشتر بوده است. نتایج مطالعه Krupat، حاکی از وجود تفاوت میان دو جنس از نظر sharing بود یعنی نگرش بیمار- محور در پزشکان زن بیش از پزشکان مرد بود ولی از نظر caring تفاوتی میان دو جنس وجود نداشت (۲۰). اما در تحقیق دیگری Krupat و همکاران، نشان دادند که براساس امتیاز کل و امتیاز caring پزشکان زن و پزشکانی که دوره مهارت های برقراری ارتباط با بیمار را در دوران تحصیل پزشکی گذرانده بودند، بیشتر نگرش بیمار- محور داشتند (۱۵). در مطالعه Sohn اساتید مؤنث نمره بیشتری از زیر واحد caring در قیاس با اساتید مذکر کسب کردند (۲۱) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.

در این مطالعه، با افزایش سن اعضاء هیأت علمی بالینی، نمرات caring، sharing و نمره کلی PPOS کاهش یافت که در مورد caring و نمره کلی PPOS این ارتباط معنی دار بود اما در مورد sharing این ارتباط معنی دار نبود. در واقع با افزایش سن اعضاء هیأت علمی بالینی نگرش پزشک- محور افزایش می یابد. با افزایش طول مدت طبابت اعضاء هیأت علمی بالینی، نمرات caring، sharing و نمره کلی PPOS کاهش یافت (اگر چه این ارتباط معنی دار نیست). در واقع با افزایش طول مدت طبابت اعضاء هیأت علمی بالینی نگرش پزشک- محور افزایش می یابد. براساس تحقیق Krupat سال هایی که هر پزشک مشغول طبابت بوده به طور چشمگیری با امتیاز کلی و امتیاز sharing مرتبط می باشد، بدین ترتیب که نگرش بیمار- محور در پزشکان با سابقه کار ۲۰-۱۱ سال نسبت به پزشکانی که کمتر از ۱۱ سال یا بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار داشتند، کمتر بود (۱۵) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. در این مطالعه بالاترین نمرات در گروه آموزشی روانپزشکی مشاهده شد که بیمار محورتر از سایر گروههای آموزشی بودند با توجه اینکه روانپزشکان در زمینه ارتباط پزشک و بیمار آموزش های لازم را در دوران تحصیل کسب نموده و خود، از مدرسین مباحث روابط پزشک-بیمار می باشند، قابل توجیه است.

پایین ترین نمرات از نظر caring در گروههای آموزشی چشم و گوش و حلق و بینی و زنان و زایمان، از نظر sharing در گروه آموزشی آسیب شناسی و از نظر نمره کلی PPOS در گروه آموزشی داخلی بود که پزشک محورتر از سایر گروههای آموزشی بودند. این مساله به ویژه در مورد گروه داخلی جای تامل دارد. بین دیدگاه اعضاء هیأت علمی بالینی گروههای آموزشی مختلف در خصوص بیمار محوری، تفاوت معنی داری در نمره caring، sharing وجود نداشت، اما در نمره کلی PPOS، تفاوت معنی داری وجود داشت، هر چند با توجه به تعداد کم نمونه ها در هر گروه این ارتباطات چندان قوی و قابل استناد نیست و نیاز به مطالعاتی با متدولوژی متفاوت دارد. در این مطالعه، میانگین نمره caring بیماران ۳/۸۷±۰/۵۳، sharing آنان ۳/۴۵±۰/۸۴ و نمره کل ۳/۶۶±۰/۵۷ بود. همچنین، در بیماران بین جنس مذکر و مونث تفاوت معنی داری از نظر caring، sharing و نمره کلی PPOS وجود نداشت، اما نمرات با اختلاف بسیار جزیی در جنس مذکر بیشتر بوده و با افزایش سن بیماران، نمرات caring، sharing و نمره کلی PPOS کاهش یافت و پزشک محور تر شد.

در تحقیق Krupat در میان بیماران، جنس مونث و سن کمتر با نگرش بیمار-محور ارتباط قابل توجهی داشت(۱۵). در مطالعه دیگری که توسط Krupat و همکارانش انجام شد در میان بیماران، عقاید بیمار محوری همراه با جنس مونث، پوست سفید و جوانی بود (۲۰). در مطالعه Hwang که به بررسی دیدگاه بیماران در خصوص بیمار محوری پرداخت بیمارانی که جوان تر از ۴۰ سال بودند، بطور معنی داری بیمار محورتر بودند (۲۲). مطالعات مذکور با نتایج این مطالعه در زمینه سن همخوانی قابل ملاحظه ای نشان داد اما در مورد جنس این طور نبود که شاید به علت تفاوتهای فردی و بافت فرهنگی منطقه باشد که نیاز به بررسیهای بیشتری دارد. در این مطالعه، بین دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.3.3]

بیماران تفاوت معنی داری در زیر واحد sharing و نمره کلی PPOS وجود داشت اما تفاوت زیر واحد caring معنی دار نبود. نتایج مطالعه دیگری که توسط Krupat و همکارانش انجام شد، نشان داد که متوسط امتیاز PPOS پزشکان بالاتر از بیماران بود (۱۶) که با نتایج این تحقیق ناسازگاری دارد، علت این امر را می توان به افزایش مطالبات اجتماعی برای تغییر در نوع رابطه پزشک و بیمار و عدم آموزش مناسب پزشکان برای انطباق با این خواست اجتماعی مرتبط دانست. بر اساس این مطالعه، برگزاری کارگاههای مهارتهای ارتباطی پزشک و بیمار برای اعضاء هیأت علمی بالینی و نیز اجرای پروژه هایی در سطح وسیع تر، در جهت مقایسه بیمار محوری در ارتباط پزشک و بیمار پیشنهاد می گردد.

امید است این مطالعه، زمینه ساز تحقیقات بیشتری به منظور شناخت بهتر کارآیی روشهای آموزش مهارتهای ارتباطی گردد و برای برنامه ریزی های آتی در کشور در حیطه ارتباط پزشک و بیمار (که در سالهای اخیر مورد توجه ویژه مسوولان امر آموزش پزشکی قرار گرفته است)، مد نظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر محمود حاجی احمدی که در تجزیه و تحلیل آماری این تحقیق همکاری داشتند، صمیمانه تقدیر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.3.3]

Comparative Study of Opinions of Patients and Clinical Faculty Members of Babol University of Medical Sciences on Patient-Centeredness in Doctor-Patient Relationship Using Patient-Practitioner Orientation Scale

A. Mirzazadeh (MD) [1], I. Jahanian (MD, MSc) [2*], F. Shahi (MD) [1], S. Jafari (MD) [3], E. Krupat (PhD) [4]

1. Department of Internal Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Education Development Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Department of Infectious Diseases, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Director, Center for Evaluation, Harvard Medical School

Received: Aug 9th 2009, Revised: Sep 9th 2009, Accepted: Oct 6th 2009.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Doctors' communication abilities are associated with outcomes of medical care such as satisfaction and compliance. Two styles of practice are observed: patient- centered and doctor-centered. We designed this investigation to compare the opinions of patients and clinical faculty members of Babol University of medical sciences on patient-centeredness in doctor-patient relationship.

METHODS: This cross sectional study was performed in the teaching hospitals of Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran in academic year of 2008-2009. We selected randomly 72 patients and 72 clinical faculty members. Our survey utilized PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale), a validated instrument with total score ranging from patient-centered (6 scores) to doctor-centered (1 score).

FINDINGS: Mean caring score of faculty members was 3.72±0.48, sharing was 3.10±0.62 and total was 3.41±0.49. Mean caring score of patients was 3.87±0.53, sharing was 3.45±0.94 and total was 3.66±0.57. Faculty members and patients showed significant differences in sharing (p=0.006) and total scores (p=0.008) but not in caring (p=0.068).

CONCLUSION: Totally, patients were more patient centered. Our data suggest that staff development programs should be organized for clinical faculty members to achieve social needs for change in doctor-patient relationship.

KEY WORDS: *Opinions, Patients, Clinical faculty members, Patient-centeredness,Doctor-patient relationship,PPOS.*

[*] **Corresponding Author;**
Address: Education Development Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
Tel: +98 111 2190593
E-mail: dr.jahanian@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.3.3]

References

1. Peabody FW. The care of the patient. J Am Med Assoc 1927;88:877-82.
2. Henderson LJ. Physician and patient as a social system. N Engl J Med 1935;212:819-23.
3. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication.1. Doctor patient interaction and patient satisfaction. Pediatrics 1968;42(5):885-71.
4. Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication: patients' response to medical advice. N Engl J Med 1969;280:535-40.
5. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes; a review. CMAJ 1995;152(9):1423-33.
6. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control 1999;3(1):25-30.
7. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. JAMA 1994; 272(20):1619-20.
8. Byrne PS, Long BL. Doctors talking to patients. Her Majesty's Stationery Office 1976. http://isbndb.com/ d/book/ doctors_taking_to_patients_a01.html.
9. Mishler EG. The discourse of medicine, dialectics of medical interviews, 1st ed, Norwood, NJ. Ablex Publishing Corporation 1984; pp: 1-16.
10. Fitzpatrick RM, Hopkins AP, Howard-Watts O. Social dimensions of healing. Soc Sci Med 1983;17(8):501-10.
11. Tuckett DA, Boulton M, Olson C, Williams A. Meeting between experts: an approach to sharing Ideas in medical consultations. 1st ed, London. Tavistock Publications 1985; pp: 35-91.
12. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ 1991;303(6814):1385-7.
13. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000;320(7244):1245-50.
14. Steinhart B. Patient autonomy: evoluaion of the doctor- patient relationship. Haemophilia 2002;8(3):441- 6.
15. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. Patient Educ Couns 2000;39(1):49-59.
16. Krupat E, Bell R, Kravitz R, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. J Fam Pract 2001;50(12):1057-62.
17. Branch WT Jr, Kern D, Haidet P, et al. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. J Am Med Assoc 2001; 286:1067-74.
18. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician- patient relationship. J Gen Intern Med 2003;18(8):609-16.
19. Krupat E, Hsu J, Irish J, Schmittdiel JA, Selby J. Matching patients and practitioners based on beliefs about care: results of a randomized controlled trial. Am J Manag Care 2004;10:817-22.
20. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. Int J Psychiatry Med 1999;29(3):347-56.
21. Sohn IK, Lee JH, Cho IH, et al. Patient-centeredness in faculties, residents and medical students. J Korean Neuropsychiatric Assoc 2002;41(2):290-7.
22. Hwang SW, Choi CJ. Patient-centered attitudes in primary care patients. J Korean Acad Fam Med 2006;27(12): 998-1004.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.5.3.3]