

ارتباط پزشک - بیمار و نقش آن در رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان

ایرج شاکری‌نیا^{۱*}

چکیده

درمان بیماری‌ها وابستگی زیادی به تعامل بین پزشک و بیمار دارد و نتیجه‌ی همکاری بیمار با پزشک، درمانی سریع و موفق است. این امر هنگامی محقق می‌شود که پزشک از توانایی برقراری ارتباط با بیمار برخوردار باشد. تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که ناتوانی کادر درمانی به‌خصوص پزشکان و پرستاران در ایجاد رابطه‌ی مناسب با بیماران نه تنها هزینه‌های زیادی ایجاد می‌کند بلکه موجب می‌شود که بیماران از فرآیند درمان نیز ناراضی باشند، به دستورالعمل‌های درمانی پزشک معالج عمل نکنند، تصمیم به تعویض پزشک داشته باشند و به‌طور کلی نسبت به درمان و سازمان‌های بهداشتی و درمانی نگرش منفی پیدا کنند. تحقیقات نشان داده است معایناتی که کم‌تر از ۱۰ دقیقه طول می‌کشند از برقراری یک ارتباط مناسب جلوگیری می‌کنند و مانع از انجام یک معاینه‌ی کامل و حاکی از دلسوزی بوده و رضایت‌مندی بیماران را کاهش می‌دهند. البته بسیاری از پزشکان نسبت به اصل برقراری ارتباط با بیماران نگرش مثبت دارند، اما فاقد مهارت‌های ارتباطی مناسب هستند. از آنجایی که برقراری ارتباط از مهارت‌های انسانی است و جزء جدایی‌ناپذیر مهارت‌های بالینی پزشکان است، از طریق گنجاندن دروس برقراری مهارت‌های ارتباط انسانی در واحدهای آموزشی تحصیلی یا برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت ارتباط باید به کادر درمانی علی‌الخصوص پزشکان و پرستاران برای درمان سریع و موفق بیماران کمک کرد.

واژگان کلیدی: مهارت بالینی، رابطه‌ی پزشک - بیمار، فرآیند درمان، رضایت بیمار از درمان

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی و عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان

* **نشانی:** رشت، کیلومتر ۱۰ جاده تهران، دانشگاه گیلان، دانشکده‌ی علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۱۶۶۰۶۶۰-۱۳۱

Email: irajshakerinia@gmail.com

مقدمه

معمولاً سلامتی^۱ را ارزشمندترین عنصر زندگی می‌دانند، سلامتی و تندرستی ضمن این‌که فوق‌العاده پرازش است در عین حال شکننده بوده، همواره در معرض صدمه است. با فقدان تندرستی، بیماری به‌وجود می‌آید که پس از استقرار در بدن موجب بروز دگرگونی‌هایی در رفتار فرد و در ارتباط با دیگران شده و شخص بیمار را از انجام بسیاری از فعالیت‌های مثبت و مهم محروم می‌کند. کسانی که دچار بیماری می‌شوند (بیماران) نیازمند خدمات درمانی هستند؛ این کمک‌ها در جوامع مدرن، در چارچوب سازمان‌های ویژه‌ای صورت می‌گیرد که بیمارستان‌ها و مطب‌ها دو مصداق مهم آن سازمان‌ها هستند؛ مانند تمام سازمان‌های رسمی، این مراکز نیز بدین دلیل ایجاد شده‌اند که به هدف‌های مشخصی که از پیش تعیین شده‌اند برسند، در این مورد هدف عمده مراقبت از بیمارانی است که نیازمند کمک‌های درمانی هستند (۱). برنامه‌های درمانی بر مسؤولیت‌های امدادی مجموعه‌ی کارکنان بخش درمان (پزشک، پرستار و ...) در ارائه‌ی صحیح و به موقع خدمات درمانی و بهبودی بیمار تأکید دارد؛ این مسؤولیت‌ها شاخص‌های مناسبی برای تعهدات سازمان متولی ارائه‌ی خدمات درمانی و ارزشیابی عملکرد آن‌ها محسوب شده و نارضایتی بیمار از خدمات فوق در نهایت باعث نارضایتی از فرآیند درمان می‌شود (۲).

بدیهی است که هدف اصلی از مراجعه‌ی بیمار به پزشک اعاده یا تأمین سلامت است و طبعاً دارای مراحل متعددی است و از آن‌جا که ارتباط پزشک با بیمار برای رسیدن به هدف مذکور کمک شایانی می‌کند، باید به کیفیت آن توجه عمیقی داشت زیرا توفیق هر دو در رسیدن به آن هدف، به‌طور مستقیم و بی‌واسطه در گرو کیفیت این رابطه است. ظاهراً این واقعیت مورد قبول است که وجود رابطه‌ی نیکو بین پزشک و بیمار که باعث ایجاد جو اطمینان میان آن‌ها می‌شود به حدی

حائز اهمیت است که در برخی موارد یا اکثر اوقات حاذق بودن پزشک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر چند تاریخچه‌ی حرفه‌ی پزشکی همواره تحت حاکمیت بلا منازع پزشک بوده و نیازهای بیمار یا مورد توجه نبوده یا مورد توجه بسیار اندکی بوده است، در سال‌های اخیر به خواسته‌های بیماران در امور پزشکی توجه بیش‌تری شده است، به‌طوری که می‌توان گفت چنین دیدگاه‌هایی موجب تحول و انقلاب در روابط پزشک با بیمار شده و پزشکی را در آستانه‌ی حاکمیت یا محور بودن بیمار در امور درمانی قرار داده است. این تحول در بسیاری از امور پزشکی از جمله پیش‌گیری، مراقبت، درمان، آموزش، تحقیقات و ارزیابی کیفیت سیستم خدمات بهداشتی و درمانی قابل مشاهده است. در حقیقت محور شدن بیماران در مراقبت‌های پزشکی موجب شده است تا به خواسته‌ها، نیازها و تمایلات بیماران نیز بها داده شود (۳). در عین حال هنوز نگرش غالب برنامه‌ریزان آموزش پزشکی رویکرد زیستی - پزشکی^۲ است و آموزش مهارت‌های ارتباط انسانی در برنامه‌ی رسمی آموزش پزشکی گنجانده نشده است (۴، ۵). ولی پیروان مدل زیستی - روانی، اجتماعی^۳ درک جامع از بیمار و موفقیت درمان را متکی بدان می‌دانند که پزشکان نه تنها باید اطلاعات کافی از وضعیت طبی بیمار داشته باشند، بلکه به نیازهای روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی بیماران خود نیز واقف باشند (۶).

ارتباط پزشک - بیمار

ارتباط، انتقال اطلاعات از فرستنده به گیرنده است؛ به‌گونه‌ای که برای هر دو قابل فهم و واضح باشد (۷). برقراری ارتباط یک توانمندی انسانی است که با آموزش و یادگیری، قابل توسعه به‌صورت مهارت ارتباطی است (۸). این مهارت‌ها جزء جدایی‌ناپذیر فعالیت‌های بالینی پزشکان هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۶۰ تا ۸۰ درصد از موارد

² biomedical³ biopsychosocial¹ health

قرار دهد. به عقیده‌ی این معاونت از میان مهارت‌های بالینی، مهارت‌های برقراری ارتباط، شاخص و دارای اهمیتی مضاعف است. احتمالاً یکی از دلایل عدم شناخت و ارضاء نیازهای روانی - اجتماعی بیماران توسط پزشکان و به‌طور کلی اعضاء گروه بهداشتی - درمانی می‌تواند تمرکز کلیه‌ی پروتکل‌های درمانی و مراقبتی روی بیماری باشد تا فرد بیمار (۱۷). براساس این مطالعات، به‌نظر می‌رسد پزشکان در زمینه‌ی مهارت‌های عمومی ارتباطی، کمبود آموزشی دارند و از طرفی مهارت‌های ارتباطی، عمدتاً اکتسابی و قابل یادگیری بوده و تجربه‌ی بالینی فرد نقش کمی در ارتقاء آن دارد (۱۰). این مهارت‌ها می‌توانند و باید آموزش داده شوند.

ارتباطات بین فردی^۱ و رضایت‌مندی بیماران از فرآیند

درمان

همان‌گونه که ذکر شد یکی از مهم‌ترین نتایج برقراری ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان است. رضایت‌مندی برداشت ذهنی بیماران از کمیت و کیفیت خدمات درمانی ارائه شده در مراکز درمانی است و این شناخت در جریان فرآیند درمان و فعل و انفعالات و روابط متقابل بین بیماران و کادر پزشکی به‌ویژه پزشکان به‌دست می‌آید (۲). توجه به مفهوم رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان در جهان که به دهه‌ی ۱۹۵۰ بر می‌گردد (۱۸)، امروزه در مراقبت‌های پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شده است. پژوهش‌های زیادی نشان داده است که نوع ارتباط پزشک با بیمار در ایجاد این رضایت‌مندی نقش مهمی دارد؛ در همین راستا، ابراهیمی و همکاران رضایت‌مندی بیمار از فرآیند درمان را تحت تأثیر دو دسته عوامل می‌دانند، عوامل مربوط به پزشک و عوامل غیر پزشک (۱۹). از عوامل مربوط به پزشک می‌توان قابلیت وی در توجه به نگرانی‌ها و انتظارات بیمار، فن ارتباط بین فردی وی، خصوصیات انسانی او و توانایی او از نظر بیمار را نام برد؛ نظافت مطب، زمان‌بندی ملاقات‌ها و رفتار دوستانه‌ی

تشخیص بیماری‌ها و نیز تصمیم‌گیری‌های درمانی بر مبنای اطلاعات به‌دست آمده از مصاحبه‌ی پزشک صورت می‌گیرد (۹)؛ مصاحبه‌ای که در آن ارتباطات انسانی نقش اساسی دارد. موضوع مهارت‌های ارتباطی در آموزش پزشکی در دنیا جایگاه مهم و رو به رشدی دارد (۱۰). مفید بودن آموزش مهارت‌های ارتباطی در برخی جوامع (۱۱) موجب شده است که بسیاری برآموزش مهارت‌های ارتباطی به کادر پزشکی پافشاری کنند. به نقل از زمانی و همکاران، Amack نشان داد از ۴ پی‌آمد ارتباط صحیح پزشک - بیمار یعنی افزایش رضایت بیمار، تجربه‌ی کلینیکی خوشایندتر، افزایش دقت تشخیص و افزایش پیروی از درمان؛ رضایت بیمار، مهم‌ترین پی‌آمد این ارتباط بوده است (۱۲). Rao و همکاران بیان داشتند که بیماران ناراضی کم‌تر تجویزهای پزشکی را انجام می‌دهند، کم‌تر جریانات درمان خود را پی‌گیری می‌کنند و هم‌چنین با احتمال بیش‌تری پزشک یا سیستم درمانی خود را تغییر می‌دهند (۱۳).

Bakker و همکاران نشان داده‌اند که درصد قابل توجهی از شکایت‌های بیماران از پزشک و به‌کارگیری نادرست دستورات درمانی نتیجه‌ی عدم کفایت پزشک نبوده بلکه از مشکلات ارتباطی نشأت می‌گیرد (۱۴). در پژوهش Murthy نیز مشخص شد که با وجود امکانات و تجهیزات کافی، بیماران از دریافت خدمات ابراز نارضایتی کرده و علت آن را عدم احترام کارکنان بهداشتی - درمانی به خود ذکر کرده بودند (۱۵). خوشبختانه، هم‌سویی زیادی که بین یافته‌های محققان کشور ما با کشورهای دیگر در خصوص اهمیت ارتباطات انسانی مشاهده می‌شود، موجب شده است که تارنمای معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران (۱۶) در مقدمه‌ی معرفی برگزاری دوره‌ی مهارت‌های ارتباطی در دانشگاه فوق به این امر اشاره کرده و یکی از مهم‌ترین جنبه‌های علوم پزشکی را جنبه‌ی اجتماعی - روانی آن قلمداد کند و مهارت‌های بالینی را به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین مهارت‌های عمومی مورد توجه

¹ interpersonal communication

در حالی که ۵۱/۱ درصد بیماران گروه آزمون رضایت شدید داشته و میانگین نمره‌ی رضایت‌مندی آن‌ها ۶/۹۵ بود. نتیجه‌ی آزمون X² نیز نشان دهنده‌ی وجود اختلاف آماری معنی‌دار بین میزان رضایت‌مندی دو گروه بود (۲۷).

دلیل اهمیت رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان چیست؟ در پاسخ به این سؤال باید گفت، رضایت‌مندی از فرآیند درمان، موجب می‌شود بیماران به انجام صحیح و به‌موقع دستورالعمل‌های درمانی ترغیب شوند که این امر موجب تسریع درمان و دستیابی به هدف اصلی درمان‌ها، یعنی بهبود بیماری می‌شود؛ از طرف دیگر، با ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران، ذهنیت مثبتی نسبت به فرآیند درمان در آن‌ها ایجاد می‌شود (۲۸). کلیه‌ی متون تحقیقاتی این جنبه‌ی کلیدی را در امر مراقبت و درمان بیماران مورد تأکید قرار داده‌اند (۳۰، ۲۹). ونکی مشاهده کرد بیمارانی که از مراقبت پرسنلی با رفتارهای همدلانه برخوردار بوده‌اند پیشرفت بهتر و سریع‌تری از خود در بهبود بیماری نشان داده‌اند (۳۱). پژوهش ابراهیمی و همکاران نشان داد که بین رضایت از فرآیند درمان با پیروی از دستورات پزشک همبستگی مثبت معنی‌دار و با تغییر پزشک رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود دارد و معادله‌ی رگرسیون به‌دست آمده در این تحقیق مشخص کرد که رضایت از فرآیند درمان می‌تواند متغیرهای پیروی از دستورات دارویی و تغییر پزشک را پیش‌بینی کند (۱۹). Pitts (۱۷) و Dimatteo و همکاران (۳۲) نیز نشان داده‌اند بیمارانی که به اندازه‌ی کافی از رفتار توأم با ابراز توجه و علاقه‌ی پزشک راضی هستند خیلی بیشتر با او همکاری کرده و به مراجعات خود ادامه می‌دهند تا آن‌هایی که از رفتار پزشک راضی نیستند. این نتیجه در پژوهش Kerse و همکاران نیز تکرار شد (۳۳).

علاوه بر همکاری بیشتر بیمار با پزشک و تسریع فرآیند درمان، اکثر مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند که میزان رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان، می‌تواند شاخصی برای برآورد کیفیت ارائه‌ی خدمات درمانی نیز محسوب شود (۳۵)،

کارکنان غیرپزشکی نیز جزء عوامل غیر پزشکی است. پژوهش حرازی و همکاران مشخص کرد که عنصر برقراری رابطه‌ی مطلوب با بیماران در بین سه گزینه‌ی اول رتبه‌بندی یک پزشک خوب قرار داشته، پی آمد این رابطه افزایش همکاری بیمار با پزشک و عدم تغییر پزشک معالج است (۲۰). در این خصوص Harris و همکاران به نقل از فرمبینی و همکاران دریافتند که رابطه‌ی پزشک - بیمار، مهم‌ترین عامل مؤثر بر رضایت‌مندی فرد از سیستم‌های بهداشتی - درمانی است (۲۱). البته ارتباط پزشک با بیمار فقط بر رضایت بیمار از فرآیند درمان اثر ندارد، بلکه بر یادآوری اطلاعات، پیروی از دستورات و روش‌های درمانی، میزان فشار خون و سطح گلوکز خون بیماران نیز اثر دارد (۲۲). این امر حتی بر انتخاب پزشکان توسط بیماران و ادامه‌ی مراجعه به آن‌ها نقش دارد (۲۳). پژوهش‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که به‌طور متوسط بعد از ۲۳ ثانیه صحبت بیماران قطع می‌شود و فقط ۲۸ درصد از آن‌ها به‌طور کامل نگرانی‌های خود را بیان می‌کنند و این درحالی است که ویزیت‌هایی که به‌طور معمول ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشند از انجام یک معاینه‌ی کامل و حاکی از دلسوزی جلوگیری می‌کنند و باعث کاهش میزان رضایت‌مندی بیماران می‌شوند (۲۵، ۲۴). پژوهشی که عامریون بر عوامل مؤثر بر رضایت بیماران از فرآیند درمان انجام داد مشخص کرد که بیش‌ترین رضایت‌مندی از مراقبت‌های روحی و روانی پرستاری با ۳۸/۵ درصد مربوط به «با احترام صحبت کردن پرستاران با بیماران» است و کم‌ترین رضایت‌مندی از خدمات پزشکان با ۱۲ درصد مربوط به «دادن توضیحات پزشک در زمینه‌ی بیماری» است (۲۶). در تحقیق ایمانی‌پور برای بررسی و مقایسه‌ی تأثیر دو روش برقراری ارتباط بر میزان اضطراب و رضایت‌مندی بیماران جراحی قلب باز دارای لوله تراشه بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، مشخص شد که ۶۲/۹ درصد بیماران گروه شاهد رضایت کمی از نحوه‌ی برقراری ارتباط پرستاران با ایشان داشته و میانگین نمره‌ی رضایت‌مندی آن‌ها ۳/۴۸ بود،

جامعه، موجب صدور بیانیه‌ها در مجامع بین‌المللی، ارائه‌ی رهنمودها در دانشکده‌های پزشکی و تدوین استانداردهای جدید حرفه‌ای و آموزشی برای پزشکان شده است (۴۳ - ۴۰)، نتایج تعدادی از پژوهش‌هایی که در خصوص تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به کادر بهداشتی و درمانی در ایران انجام شده (۲۷، ۲۶، ۲۱، ۱۲) نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های ارتباطی باید به‌عنوان جزئی کاربردی و لازم و مؤثر در افزایش رضایت‌مندی بیماران در آموزش مداوم پزشکان عمومی و آموزش‌های دوران تحصیلی لحاظ شود. در بررسی‌هایی که انجام شد مشخص گردید از یک سو سطح توان‌مندی‌های دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه‌ی مهارت‌های برقراری ارتباط در جایگاه مطلوبی قرار ندارد و از سوی دیگر در عمل برنامه‌ی مدونی برای آموزش این مهارت‌ها در برنامه‌های آموزشی آن‌ها گنجانده نشده است (۱۶). هم‌چنین پزشکان مشارکت‌کننده در تحقیق مظهاری درعین حال که نسبت به برقراری ارتباط با بیمار از نگرش مثبتی برخوردار بودند، در خصوص مهارت‌های ارتباطی دانش کمی داشتند (۴۴). این خود حکایت از لزوم آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه تلاش می‌شود بیمار، محور اصلی فرآیند درمان باشد و تمام خدمات درمانی به خاطر او انجام شود. بنابراین، رضایت بیمار می‌تواند تا حد زیادی نشان‌دهنده‌ی انجام صحیح خدمات باشد؛ رضایتی که صرفاً از تکنولوژی بالا به‌دست نمی‌آید بلکه رفتار پرسنل و عملکرد آن‌ها نیز در این میان بسیار حائز اهمیت است. نیازها، انتظارات، توقعات و تجارب بیمار از دریافت خدمات بهداشتی و درمانی در پدیده پیچیده رضایت‌مندی از فرآیند درمان متجلی شده و نمود پیدا می‌نماید. جلب رضایت بیمار نشان‌دهنده‌ی این است که کادر بهداشت و درمان از اهمیت پاسخگویی به نیازهای زیستی روانی و اجتماعی بیمار آگاه بوده و نسبت به آن احساس مسؤلیت می‌کنند. نتیجه‌ی رضایت بیمار از فرآیند درمان

(۳۴). Demir و همکاران نشان داده‌اند که در ترکیه برای تعیین رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان، ۴ عامل خدمات پزشک، خدمات پرستار، وسایل پزشکی و تغذیه، مورد بررسی قرار می‌گیرد (۳۶). ترکمانی و همکاران نشان داده‌اند که ارزیابی رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان به دلایل زیر حایز اهمیت است (۳۷):

- ۱- آگاهی از نکات ایجادکننده‌ی نارضایتی و تلاش برای رفع آن‌ها؛
- ۲- اطلاعات پایه‌ی رضایت به‌منظور ارزیابی کارایی اصلاحات؛
- ۳- دستیابی به اطلاعات برای دفاع از عملکرد سیستم؛
- ۴- استفاده از نتایج برای اصلاح ساختار سیستم ارائه‌ی خدمات.

این نوع ارزیابی در کشور ما نیز انجام می‌گیرد، به‌عنوان مثال، میزان رضایت‌مندی بیماران از فرآیند درمان در مراکز درمانی ایران، براساس تحقیقات، از ۴۷/۱ درصد تا ۹۶/۷ درصد به‌دست آمده است (۳۸، ۳۹). حتی در برخی از پژوهش‌ها مشخص شده است که نمره رضایت بیماران از درمان در کشور ما در مقایسه با سایرکشورها (۱۰)، بالاتر است؛ البته برخی از محققان (۱۲)، در تفسیر این یافته‌ها پدیده‌ی عدم آشنایی بیماران با حقوق خود را ذکر می‌کنند، که جای بررسی دارد. در حقیقت، توجه جدی به رضایت بیمار از فرآیند درمان، می‌تواند موجب ارتقای کیفیت اساسی ارائه‌ی خدمات درمانی شود و اصولاً در تمامی برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارائه‌ی خدمات و امکانات در این بخش‌ها در نظر گرفتن میزان رضایت بیماران و سنجش مداوم این رضایت‌مندی از اهمیت اساسی برخوردار است. حال آن‌که عدم حساسیت در مقابل انتظارات بیمار و عدم شناخت و درک توقعات او موجب می‌شود که مجموعه سیستم درمانی و هم‌چنین بیماران هزینه‌ها و عوارض سنگینی را متحمل شوند (۲۸). در هرصورت، نتیجه‌ی پژوهش‌های انجام گرفته در خصوص ارتباطات بین پزشک و بیمار و بازتاب آن‌ها در

اعتماد بیمار به سیستم درمانی است. اعتماد به‌دست آمده‌ی بیمار در همکاری وی با پزشک متجلی می‌شود و همکاری که از طریق پذیرش و اجرای دستورالعمل‌های پزشک نمودار می‌شود موجب بهبودی سریع‌تر بیمار و بازگشت وی به جامعه می‌شود. بنابراین، با توجه به چرخه‌ی حساس و مهم بیماری - تندرستی، جایگاه پر اهمیت ارتباط بین پزشک و بیمار و تأثیر اقتصادی، روانی و اجتماعی آن مشخص می‌شود. بنابراین پیشنهاد محقق تأکید بر تدوین و اجرای برنامه‌ی آموزش مهارت‌های ارتباطی به کادر بهداشتی و درمانی است. این پیشنهاد از آن‌جا ناشی می‌شود که مشاهده شده، هرچند پزشکان و کادر درمانی نگرش مساعدی نسبت به برقراری ارتباط مناسب درمانی با بیماران دارند، در تجربه‌ی پزشکی خود، به‌طور مؤثری با بیمارانشان ارتباط برقرار نمی‌کنند و نیازمند آموزش مداوم این مهارت‌ها هستند. آموزش مهارت‌های ارتباطی به تربیت پزشکانی کارآمدتر منجر می‌شود؛ پزشکانی که با استفاده از مهارت بالینی و ایجاد ارتباط و جلب اعتماد، در مدت زمان کوتاه‌تری به درمان بیماران اقدام کرده، به بازگشت سریع‌تر آن‌ها به فعالیت‌های اجتماعی کمک می‌کنند و بدین‌وسیله منافع این آموزش علاوه بر درمان بیماران، موجب ارتقاء سلامت جامعه نیز خواهد شد.

منابع

- ۱- اکبریان م ج. بررسی رضایت‌مندی بیماران ترخیص شده از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر یزد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی. تهران: واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد تهران؛ سال ۱۳۸۰.
- ۲- آریا ن. بررسی میزان رضایت بیمارانی که تحت پیوند کلیه قرار گرفته‌اند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ سال ۱۳۷۰.
- ۳- زالی م ر. مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار. تهران: انتشارات مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی؛ ۱۳۷۷.
- ۴- بدون نام. راهنمای جامع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان اصفهان. اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱.
- ۵- بدون نام. راهنمای جامع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران: دفتر ریاست و روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی؛ سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹.
- 6- Engle GL. The Clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137 (5): 535-44.
- ۷- برکور م، ولوین اد، ولوین دا. مدیریت ارتباطات. ترجمه‌ی اعرابی م، ایزدی د. تهران: دفتر نشر پژوهش‌های فرهنگی؛ ۱۳۷۸.
- ۸- قدیری ف، ذوالفقاری م. ارتباط پزشک و بیمار. تهران: انتشارات مرکز توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۸.
- 9- Haidet P, Daines JE, Paterniti DA, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002; 36(6): 568-74.
- 10- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for

(شماره ۳): ۷-۲۲.

۲۱- فرمهبینی م، کاشانی نیا ز، حسینی م ع، بیگلریان ا. تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران بر رضایت‌مندی بیماران از نحوه برقراری ارتباط. پژوهش در پرستاری ۱۳۸۵؛ دوره ۱ (شماره ۳): ۵۴-۴۷.

22- Brown LD, de Neqri B, Hernandez O, Dominguez L, Sanchack JH, Roter D. An evaluation of the impact of training Honduran health care providers in interpersonal communication. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(6): 495-501.

23- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor- patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40(7): 903-18.

24- Stevens L, Rodin I. *Psychiatry: An Illustrated Colour Text*, 1st edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2001, p 46-47.

25- Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav* 1987; 28(4): 375-88.

۲۶- عامریون ا. بررسی میزان رضایت‌مندی بیماران سرپایی و بستری از قسمت‌های مختلف یک بیمارستان نظامی در سال ۱۳۸۶. *مجله طب نظامی* ۱۳۸۸؛ دوره ۱۱ (شماره ۱): ۲۶-۱۸.

۲۷- ایمانی پور م. مقایسه تأثیر دو روش برقراری ارتباط بر میزان اضطراب و رضایت‌مندی بیماران جراحی قلب باز دارای لوله تراشه بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی؛ سال ۱۳۸۱.

۲۸- صیدی م. میزان رضایت بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی از خدمات پزشکی و پرستاری. فصلنامه پرستاری ایران ۱۳۸۳؛ دوره ۴۰: ۶۱-۵۵.

29- Moore PJ, Sickel AE, Malat J, Williams D, Jackson J, Adler NE. Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship. *J Health Psychol* 2004; 9(3): 421-33.

30- Shelton BK. Preventing crises in the patient

Communicating with Patients. Oxford: Radcliff Medical Press; 1998.

۱۱- بردج، ایورگینوف ر، هابس ر، کامل اسمعیل م. ارتباط بیمار - پزشک. ترجمه ی قدیری ف، ذوالفقاری مطلق م. تهران: انتشارات کوشیار؛ ۱۳۷۸.

۱۲- زمانی ار، شمس ب، معظم ا. آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان به‌عنوان راهکاری برای افزایش رضایت بیماران، الگویی برای آموزش مداوم. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۱۳۸۳؛ شماره ۱۱: ۲۰-۱۵.

13- Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1148-55.

14- Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed E, Bennett J. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 2001; 43(1): 67-71.

15- Murthy N. The quality of family welfare services in rural Maharashtra. In: MA Koenig, ME Khan, eds. *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme: The Challenge Ahead*. New York: Population Council; 1999, 33-48.

۱۶- بدون نام. برگزاری دوره مهارت‌های ارتباطی Communication skills، صفحه‌ی اصلی سایت معاونت آموزشی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

www.education.tums.ac.ir/content/?contentID=163 (accessed on 2009)

17- Pitts M. The medical consultation. In: Pitts M, Phillips K, (eds). *The Psychology of Health*, 2nd edition. New York: Routledge; 1999, p. 87-91.

18- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38(4): 509-16.

۱۹- ابراهیمی ع ا، نصر ابراهیمی م، ثقفی ن. انتظارات و رضایت بیماران از پزشک معالج خود. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران* ۱۳۸۳؛ دوره ۱۱ (شماره ۴۱): ۷۶-۳۶۷.

۲۰- حرازی م ع، عسکری ج. مهم‌ترین عوامل مؤثر بر انتخاب پزشک. *مجله پژوهشی حکیم* ۱۳۸۶؛ دوره ۱۰

مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان در سال ۱۳۷۳. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان ۱۳۷۳؛ دوره ۲ (شماره ۱): ۱۴ - ۱۰.

۳۹- کریم‌اللهی م، مظاهری ع. بررسی عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی بیماران مراجعه‌کننده به بخش‌های اورژانس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. مجله‌ی علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۱۳۷۹؛ دوره ۱ (شماره ۲): ۲۶ - ۱۵.

40- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325(7366): 697- 700.

41- Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine- a review with quality grading of articles. *Med Teach* 1999; 21(6): 563-70.

42- Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001; 76(4): 390-3.

43- Ashbury FD, Iverson DC, Kralj B. Physician communication skills: result of a survey of general/family practitioners in Newfoundland. *Med Educ online* 2001; 6: 1. www.msu.edu/~dsolomon/res00014.pdf (accessed on July 2009).

۴۴- مظاهری م، زمانی ار، شمس ب. ارزیابی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. پایان نامه دکترای حرفه‌ای. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی؛ سال ۱۳۸۰.

with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27(6): 905-13.

۳۱- ونکی ز. حمایت درپرستاری و بررسی تأثیر آن در رضایت بیماران سرطان تحت شیمی درمانی. پایان نامه دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس. تهران: دانشکده پرستاری دانشگاه تربیت مدرس. سال ۱۳۸۱.

32- DiMatteo MR, Reiter RC, Gambone JC. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice. *Health Commun* 1994; 6(4): 253-65.

33- Kerse N, Buetow S, Mainous AG 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med* 2004; 2(5): 455-61.

34- Turner PD, Pol LG. Beyond patient satisfaction. Broaden the scope of quality measurement by integrating the marketing view with other perspectives. *J Health Care Mark* 1995; 15(3): 45-53.

35- Blue AV, Chessman AW, Gilbert GE, Mainous AG 3rd. Responding to patients' emotions: important for standardized patient satisfaction. *Fam Med* 2000; 32(5): 326-30.

36- Demir C, Celik Y. Determinants of patient satisfaction in a military teaching hospital. *J Healthc Qual* 2002; 24(2): 30-4.

۳۷- ترکمانی ب، قاسمی الموسوی ا. بررسی میزان رضایت مراجعین به اورژانس بیمارستان‌های شهید رهنمون و افشار. پایان نامه دکترای یزد: دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی؛ سال ۱۳۷۶.

۳۸- ابوالحسنی ف، توکل م. بررسی رضایت همراهان