



Original Article

Open Access

Determining the contradictions of components of Calgary-Cambridge physician-patient communication skills with the attitude of Iranian patients

Ali Labaf^{1,3}, Saharnaz Nejat², Pegah Sasanpour³, Kamal Basiri^{1,3}, Ehsan Karimialavijeh^{1,3*}

¹ Prehospital and Hospital Emergency Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Department of Emergency Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Aims: The absence of an appropriate relationship between the patient and the medical staff can lead to verbal and physical arguments and, therefore, lead to police intervention and filing a complaint and consequent legal problems. In Iran, patient communication skills are taught to medical students based on the Calgary-Cambridge observational model. As the Iranian society has social, cultural, and belief differences, the present study was designed and performed with the aim of determining the contradictions of the components of this model with the attitude of Iranian patients.

Materials & Methods: The present cross-sectional study was performed in Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran, in 2016. The sample consisted of conscious patients admitted to the emergency department. A researcher-made questionnaire was used to evaluate patients' attitudes towards communication skills components based on the Calgary-Cambridge model. The questionnaire consisted of 33 questions regarding various communication skills components, and its reliability and validity were confirmed before being used in this study.

Findings: Overall, 100 patients with the mean age of 43.1 ± 16.7 years participated in the study, 51% of whom were male. The attitude of patients was contradictory to the guideline in some cases. There was more agreement with shaking hands with the physician among those residing in villages ($p = 0.01$); men more frequently agreed with being called by their name ($p = 0.03$), but women preferred to be called "madam" without a name or family name ($p = 0.04$); 68% of the patients preferred to sit across the physician during the visit; only 31% of the patients believed that the physician should ask for permission before the examination; only 31% of the patients agreed that a physician could look at a patient from the opposite sex. In other items, no significant difference was observed.

Conclusion: The attitude of patients participating in the present study was contradictory to the mentioned guideline in some cases. Therefore, it would be better to revise the present model of teaching Calgary-Cambridge communication skills for the physician-patient relationship in some categories according to the culture of the Iranian society.

KEYWORD: Education; Physician-Patient Relations; Iran; Culture; Attitude

How to cite this article

Labaf A, Nejat S, Sasanpour P, Basiri K, Karimi Alavijeh E. Determining the contradictions of components of Calgary-Cambridge physician-patient communication skills with the attitude of Iranian patients. J Police Med. 2020;10(1):39-46.

*Correspondence:

Address: Emergency room, Sina Hospital, Imam Khomeini St., Tehran, Iran.
Postal Code: -
Phone: +982163121432
Tel: -
Fax: -
Mail: e-karimi@sina.tums.ac.ir

Article History

Received: 22/12/2019

Accepted: 26/04/2020

ePublished: 06/10/2020

CITATION LINKS

[1] Communication skills training in the management ... [2] Use of simulated patients to develop communication skills ... [3] Communication Skills of Physicians ... [4] Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare ... [5] Doctor-patient communication ... [6] Association Between the Communication Skills of Physicians and the Signing ... [7] A teaching skills assessment tool inspired by the ... [8] Calgary Cambridge Observer Guide indigenization for measuring ... [9] Effect of communication skills training on components of burnout ... [10] Relationship between the communication skill of nurse-patient with patient ... [11] Correlation between nurses' communication skills and ... [12] Interpersonal communication skills and its association with personality ... [13] Psychiatric patients' attitude to the psychiatrist's style of dressing ... [14] Models of relationship between physicians and patients ... [15] Teaching and learning communication skills in medicine ... [16] An evidence-based perspective on greetings in medical ... [17] EM Talk: communication skills training ... [18] The relationships between doctor-patient affectionate communication ... [19] Eye contact in patient-centered communication ... [20] The influence of health literacy and patient activation ... [21] Patient Involvement in Decision-Making: An Important Parameter ...



تعیین مغایرت‌های اجزای الگوی مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار کالگری-کمبریج با نگرش بیماران ایرانی

علی لباف^۱، سحرناز نجات^۲، پگاه ساسانپور^۳، کمال بصیری^۳، احسان کریمی علویجه^{۳*}

^۱ مرکز تحقیقات فوریت‌های پیش بیمارستانی و بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
^۳ دپارتمان طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

اهداف: عدم روابط مناسب بین بیمار و کارکنان درمان می‌تواند موجب بروز درگیری لفظی و فیزیکی و در نتیجه دخالت نیروی انتظامی و شکایت و مشکلات قانونی متعاقب آن شود. آموزش مهارت‌های ارتباطی با بیماران به دانشجویان پزشکی در ایران با استفاده از الگوی مشاهده‌ای کالگری-کمبریج انجام می‌شود. با توجه به تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و باورهای افراد جامعه در بیماران ایرانی، مطالعه حاضر باهدف تعیین مغایرت‌های اجزای این مدل با نگرش بیماران جامعه ایرانی طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۵ در بیمارستان امام خمینی شهر تهران انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران هوشیار بستری در بخش اورژانس بودند. پرسشنامه محقق ساخته برای ارزیابی نگرش بیماران نسبت به اجزای مهارت‌های ارتباطی بر اساس مدل کالگری-کمبریج استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۳۳ سؤال در مورد اجزای مختلف مهارت‌های ارتباطی بود و پایایی و روایی آن پیش از استفاده در این مطالعه تأیید گردید.

یافته‌ها: در مجموع ۱۰۰ بیمار با میانگین سنی ۴۳/۱۶/۷ سال در مطالعه شرکت کردند که ۵۱ درصد مرد بودند. نگرش بیماران با دستورالعمل موردنظر در برخی موارد مغایرت داشت. در بین بیماران ساکن روستا موافقت بیشتری با دست دادن یا پزشک وجود داشت ($p=0/01$): مردان بیشتر موافق بودند که با نام خطاب شوند ($p=0/03$) ولی زنان بیشتر تمایل داشتند که با عبارت "خانم" بدون ذکر نام یا نام خانوادگی خطاب شوند ($p=0/04$): ۶۸ درصد بیماران تمایل داشتند که در حین ویزیت در مقابل پزشک بنشینند؛ فقط ۳۱ درصد پاسخ‌دهندگان اجازه گرفتن پزشک قبل از معاینه را لازم دیدند؛ فقط ۳۱ درصد بیماران موافق بودند که پزشک به بیمار غیرهمجنس خود نگاه کند. در سایر آیتم‌ها تفاوت معنی‌داری ثبت نشد.

نتیجه‌گیری: نگرش بیماران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر با دستورالعمل موردنظر در برخی موارد مغایرت دارد و لذا بهتر است که مدل مورد استفاده فعلی جهت آموزش مهارت‌های ارتباطی کالگری-کمبریج برای ارتباط پزشک و بیمار در قسمت‌هایی با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی بازنگری شود.

نحوه استناد به این مقاله

Labaf A, Nejat S, Sasanpour P, Basiri K, Karimi Alavijeh E. Determining the contradictions of components of Calgary-Cambridge physician-patient communication skills with the attitude of Iranian patients. J Police Med. 2020;10(1):39-46.

نویسنده مسئول:

آدرس پستی: تهران، خیابان امام خمینی، بیمارستان سینا، بخش اورژانس.
 کد پستی: -
 تلفن همراه: -
 تلفن ثابت: ۰۲۱۶۳۱۲۴۳۲
 فکس: -
 پست الکترونیک: e.karimi@sina.tums.ac.ir

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۱
 پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۷
 چاپ: ۱۳۹۹/۰۷/۱۵

کلیدواژه‌ها: آموزش؛ ارتباط پزشک-بیمار؛ ایران؛ فرهنگ؛ نگرش.

لینک‌های استناد

[1] Communication skills training in the management ... [2] Use of simulated patients to develop communication skills ... [3] Communication Skills of Physicians ... [4] Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare ... [5] Doctor-patient communication ... [6] Association Between the Communication Skills of Physicians and the Signing ... [7] A teaching skills assessment tool inspired by the ... [8] Calgary Cambridge Observer Guide indigenization for measuring ... [9] Effect of communication skills training on components of burnout ... [10] Relationship between the communication skill of nurse-patient with patient ... [11] Correlation between nurses' communication skills and ... [12] Interpersonal communication skills and its association with personality ... [13] Psychiatric patients' attitude to the psychiatrist's style of dressing ... [14] Models of relationship between physicians and patients ... [15] Teaching and learning communication skills in medicine ... [16] An evidence-based perspective on greetings in medical ... [17] EM Talk: communication skills training ... [18] The relationships between doctor-patient affectionate communication ... [19] Eye contact in patient-centered communication ... [20] The influence of health literacy and patient activation ... [21] Patient Involvement in Decision-Making: An Important Parameter ...

مقدمه

عدم روابط مناسب بین بیمار و کارکنان درمان موجب بروز درگیری لفظی و فیزیکی و دخالت نیروی انتظامی و شکایت و مشکلات قانونی برای گروه درمان، کارکنان و خود بیماران می‌شود. رعایت اصول مهارت‌های ارتباطی می‌تواند تا حد زیادی از بروز چنین مواردی جلوگیری کند [۱]. مهارت ارتباطی یک توانمندی انسانی است که طبق مطالعات قابل آموزش و یادگیری است [۲]. درمان موفق و کامل یک بیمار نیازمند ارتباط و تعامل بین پزشک و بیمار است، بنابراین مهارت برقراری ارتباط با بیمار برای پزشکان لازم است [۳]. ارتباط صحیح پزشک و بیمار باعث می‌شود بیماری به‌درستی تشخیص داده شود، درمان مناسبی انتخاب گردد، بیمار بهتر اقدامات درمانی را درک و پیگیری نماید، همچنین اعتبار پزشک نزد بیمار افزایش پیدا کند و حتی هزینه‌های ناشی از ویزیت‌های مکرر بیمار توسط پزشکان مختلف کاهش یابد [۴-۶].

امروزه مهارت‌های ارتباطی در آموزش پزشکی در دنیا جایگاه ویژه و رو به رشدی دارد. در دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز آموزش مهارت‌های ارتباطی از سال ۱۳۸۵ شروع شده است و بخشی از آموزش رسمی دانشجویان پزشکی قبل از ورود به دوره کارورزی است. در این دانشگاه الگوی انتخاب شده برای آموزش "الگوی کالگری-کمبریج" است [۷]. این مدل کل فرایند مصاحبه پزشک و بیمار را در قسمت‌هایی شامل شروع مصاحبه، جمع‌آوری اطلاعات، هدایت ساختار مصاحبه، ارتباط با بیمار و نتیجه‌گیری و برنامه‌ریزی درمانی نهایی تقسیم‌بندی می‌نماید. با وجود اینکه در جوامع غربی این مدل تأیید شده و استاندارد است [۵]. اما این سؤال همواره وجود دارد که آیا با توجه به تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و باورهای افراد جامعه در بیماران ایرانی، این مدل با جامعه ما همخوانی دارد؟ و آیا نیاز است قسمت‌هایی از آن برای جامعه ایرانی تغییر داده شود؟ اخیراً در مطالعه‌ای توسط اسکندری و همکاران، بومی‌سازی الگوی کالگری-کمبریج برای سنجش مهارت‌های ارتباطی بین پزشک و بیمار بر اساس استاندارد سازگاری فرهنگی متقابل در ایران انجام شده است که این اقدام با استفاده از نظرات محققین مربوطه و گروه خبرگان انجام گرفته است ولی مطالعه مذکور نگرش بیماران را در نتایج خود دخیل نکرده است [۸]. با توجه به تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و باورهای افراد جامعه در بیماران ایرانی، مطالعه حاضر باهدف تعیین مغایرت‌های اجزای این مدل با نگرش بیماران جامعه ایرانی طراحی و انجام گرفت. از آنجایی که جوامع مختلف تفاوت‌هایی ساختاری در فرهنگ، باورها، ارزش‌های اجتماعی و مذهبی باهم دارند، فرضیه مطالعه حاضر این است که ممکن است جامعه ایرانی مدل استاندارد غربی را در همه قسمت‌ها ارزش به شمار نیابد؛ بنابراین این مطالعه باهدف ارزیابی دیدگاه بیماران ایرانی به قسمت‌های مختلف مدل مهارت‌های ارتباطی کالگری-کمبریج انجام شد.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه. این مطالعه مقطعی طی سال ۱۳۹۵ در بیمارستان امام خمینی شهر تهران انجام گرفت.

جامعه آماری و نمونه‌گیری. جامعه آماری شامل بیماران کاملاً هوشیار (GCS=15/15)، آگاه و دارای علائم حیاتی پایداری بودند که در بخش اورژانس بستری شده و کاندید انتقال به سایر بخش‌ها بودند. ملیت غیر ایرانی و همچنین تکمیل ناقص و

مخدوش بودن پرسشنامه نیز به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. حداقل حجم نمونه موردنیاز با استفاده از فرمول و احتساب میزان خطا نوع اول معادل ۵ درصد، برابر ۱۰۲ نفر برآورد شد. از روش نمونه‌گیری در دسترس و آسان برای انتخاب شرکت‌کنندگان استفاده گردید.

پرسشنامه. محققین از یک پرسشنامه محقق ساخته استفاده کردند تا نگرش بیماران را نسبت به اجزای مهارت‌های ارتباطی پزشکان آموزش‌دیده بر اساس مدل کالگری-کمبریج ارزیابی کنند. این پرسشنامه حاوی ۳۳ سؤال در مورد اجزای مختلف مهارت‌های ارتباطی بود. برای طراحی پرسشنامه ابتدا گروهی متشکل از چهار عضو هیئت‌علمی که مدرس کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی در دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند، سؤالات پرسشنامه را بر اساس اجزای الگوی کالگری-کمبریج طراحی نمودند و پس از بحث در جلسه خبرگان، روایی محتوایی و ظاهری آن را تأیید نمودند. به‌منظور ارزیابی پایایی یک پژوهش آزمایشی بین ۱۸ بیمار انجام شد. پاسخ به عبارت‌های منفی به‌صورت معکوس کد دهی شده و با عبارت‌های مثبت مقایسه شد. سپس آنالیز مؤلفه‌های اصلی یا principal component analysis انجام شد و همسانی درونی سؤالات با استفاده از آزمون کرونیباخ سنجیده شد (مقادیر بیشتر از ۰/۶ قابل قبول در نظر گرفته شد). پرسشنامه نهایی دارای مجموعاً ۳۳ سؤال؛ شامل ۵ سؤال در رابطه با سلام و احوالپرسی در ابتدای مصاحبه، ۳ سؤال در مورد اینکه پزشک چگونه باید نقش درمانی خود را به بیمار توضیح دهد، ۵ سؤال در رابطه با اینکه پزشک چگونه بیمار را مورد خطاب قرار دهد، ۲ سؤال در مورد موقعیت قرار گرفتن پزشک و بیمار حین مصاحبه و سایر موارد در مورد نحوه ارتباط کلامی و اینکه چه نوع و به چه میزان اطلاعات درباره بیماری لازم است از سوی پزشک به بیمار داده شود، بود. برای جواب ۳ گزینه کیفی شامل "موافقم"، "مخالفم" و "نظری ندارم" در نظر گرفته شد.

روش اجرا و جمع‌آوری داده‌ها. برای انجام مطالعه، ۲ دانشجوی پزشکی با مراجعه حضوری به بخش اورژانس، پرسشنامه‌ها را در بین بیماران توزیع کردند و در مواردی مثل نداشتن سواد، همراه نداشتن عینک و یا عدم درک صحیح از سؤال در تکمیل پرسشنامه به بیماران کمک نمودند. اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنسیت، قومیت (آذری، فارس، عرب، لر، کرد)، میزان تحصیلات (زیر دیپلم، دیپلم، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری)، محل سکونت (شهر یا روستا) و همچنین علت بستری (بیماری داخلی یا تروما و جراحی) در ابتدای پرسشنامه از بیماران پرسیده شد.

آنالیز آماری. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-18 انجام گرفت. از آزمون‌های آماری توصیفی برای ارائه داده‌های دموگرافیک و میزان موافقت با هر پرسش استفاده شد. برای یافتن تفاوت در پاسخ‌دهی به سؤالات برحسب سن، جنس، قومیت، محل سکونت و تحصیلات بیمار از آزمون Kruskal-Wallis استفاده شد. در این مطالعه P-Value کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی. روش انجام پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شد (کد اخلاق: ۱۳۹۵/۲۳۷). محققین پایبند به حفظ اصول اخلاق پژوهش و رازداری در انجام این مطالعه بودند. بعد از تشریح اهداف مطالعه برای همه شرکت‌کنندگان، از ایشان رضایت آگاهانه به‌صورت شفاهی اخذ گردید. به بیماران اطمینان داده شد که نام آن‌ها در مطالعه ذکر

که پزشک به بیمار غیرهمجنس خود نگاه کند. در سایر آیتم‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

در مطالعه حاضر نگرش بیماران ایرانی نسبت به اجزای مختلف الگوی مهارت‌های ارتباطی کالگری - کمبریج انجام شد و مشخص گردید که در این زمینه مغایرت‌هایی وجود دارد. تحقیقات قبلی که در زمینه الگوی مناسب ارتباط پزشک و بیمار در کشور انجام شده مختصر بوده و شامل بخشی از اجزای ارتباط پزشک و بیمار هستند [۱۴-۹].

در مطالعه حاضر ۹۰ درصد بیماران معتقد بودند که پزشک باید در شروع مصاحبه به بیمار سلام کند. در این میان بین زن یا مرد بودن و دیگر خصوصیات دموگرافیک مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت. ۶۵ درصد بیماران هم سر تکان دادن پزشک را به جای سلام کردن کافی ندانستند. احتمالاً به علت بدیهی بودن خوشامدگویی در پزشکی، تحقیقات کمی در این رابطه صورت گرفته است. این مطلب در الگوی کالگری-کمبریج نیز مدنظر قرار گرفته است و توصیه شده که آغاز جلسه با سلام و خوشامدگویی به بیمار آغاز گردد [۱۵].

نکته جالب توجه اینکه، مطالعه حاضر نشان داد که بیماران ساکن روستا تمایل بیشتری به دست دادن با پزشک دارند. در مطالعه انجام شده توسط *Makoul* و همکاران در سال ۲۰۰۷ در شیکاگو، بیان شده که بایستی پزشکان را با توجه به شرایط و شخصیت بیمار، به دست دادن با بیمار ترغیب کرد [۱۶]. در فرهنگ ما دست دادن نشانه دوستی و صمیمیت متقابل افراد است. این امر در روستانشینان که زندگی اجتماعی بی‌آلایش‌تر و صمیمی‌تری دارند محسوس‌تر است. اما به صورت کلی مانند عمل برخاستن پزشک در برابر بیمار، بیماران توقعی در قبال این عمل پزشک ندارند و آن را نشانه حسن رفتار پزشک تلقی می‌کنند.

در مطالعه حاضر ۵۸ درصد بیماران معرفی کردن پزشک قبل از انجام مصاحبه را لازم دانستند. همچنین ۶۲ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه معتقد بر ضرورت بیان نقش و تخصص پزشک قبل از شروع مصاحبه بودند. معرفی پزشک با وجود برجسب شناسایی برای زنان مورد مطالعه قابل اهمیت‌تر از مردان بود. البته در بعضی شرایط مثل ویزیت پزشک خانواده، که هم پزشک و هم بیمار هدف از ویزیت را می‌دانند، انجام این قسمت ضروری نیست. ولی در شرایطی مانند بخش اورژانس یا بیمارستان‌های آموزشی که ممکن است چند پزشک یک بیمار را با اهداف خاصی ویزیت کنند، معرفی پزشک، نقش و هدفش ضروری به نظر می‌رسد [۱۷].

در مورد شیوه خطاب قرار دادن بیمار توسط پزشک بعضی از خصوصیات دموگرافیک با عبارات به‌کاررفته رابطه معنادار داشتند. رابطه جنس با خطاب قرار دادن با نام خانوادگی در حین مصاحبه معنادار بود. مردها بیشتر از زنان موافق این موضوع بودند. مردها نسبت به زنان در برخوردهای اجتماعی رسمی‌تر هستند و این شیوه خطاب کردن افراد در بین آقایان معمول‌تر است. به علاوه، رابطه جنس با خطاب قرار دادن با عبارت "خانم" یا "آقا" در حین مصاحبه معنادار بود. در مطالعه حاضر ۷۰ درصد خانم‌ها با این نحو مورد خطاب قرار گرفتن موافق بودند. در فرهنگ ما برخی خانم‌ها ترجیح می‌دهند که با نام، مورد خطاب قرار نگیرند. نامیدن بیمار با عبارت "حاج خانم" یا "حاج آقا" و موارد مشابه نیز با خصوصیات دموگرافیک مثل سن رابطه معنادار داشت و در گروه سنی بالای ۶۰ سال، ۵۵

نمی‌گردد و اینکه پرسشنامه در اختیار پزشک وی قرار نمی‌گیرد و همچنین اطلاعاتی که وی در اختیار می‌گذارد تأثیری در ارائه خدمات درمانی در مرکز مذکور ندارد.

یافته‌ها

پرسشنامه موردنظر در بین ۱۱۲ بیمار توزیع شد که از این میان ۱۲ بیمار از تکمیل پرسشنامه خودداری کردند. بنابراین درصد پاسخ‌دهی مطالعه حاضر ۸۹ درصد برآورد شد. در نهایت ۱۰۰ بیمار با میانگین سنی $43/1 \pm 16/7$ (حداقل ۲۵ تا حداکثر ۶۱) سال در مطالعه شرکت کردند که از این بین ۵۱ درصد مرد بودند. اکثر افراد، قومیت فارس داشتند (۵۵ درصد). مدرک تحصیلی ۹۰ درصد از افراد دیپلم و زیر دیپلم بود. اطلاعات دموگرافیک بیماران در **جدول ۱** آمده است.

| جدول ۱) اطلاعات دموگرافیک بیماران (۱۰۰ نفر) | |
|---|--------------|
| متغیر | تعداد (درصد) |
| جنسیت | |
| مرد | ۵۱ (۵۱) |
| زن | ۹ (۴۹) |
| سن (سال) | |
| ۲۰-۱۴ | ۸ (۸) |
| ۴۰-۲۱ | ۳۹ (۳۹) |
| ۶۰-۴۱ | ۳۷ (۳۷) |
| > ۶۰ | ۱۶ (۱۶) |
| میزان تحصیلات | |
| زیر دیپلم | ۴۸ (۴۸) |
| دیپلم | ۴۲ (۴۲) |
| کارشناسی | ۰ (۰) |
| کارشناسی ارشد | ۸ (۸) |
| دکتری | ۲ (۲) |
| محل سکونت | |
| روستایی | ۲۴ (۲۴) |
| شهری | ۷۶ (۷۶) |
| قومیت | |
| فارس | ۵۵ (۵۵) |
| آذری | ۲۲ (۲۲) |
| لر | ۹ (۹) |
| کرد | ۴ (۴) |
| بیماری علت بستری | |
| جراحی و تروما | ۳۷ (۳۷) |
| داخلی | ۶۳ (۶۳) |

در **جدول ۲** متن کامل سؤالات پرسشنامه به همراه ضریب آلفای کرونباخ هر سؤال و همچنین فراوانی پاسخ‌های شرکت‌کنندگان و همچنین نتایج آنالیز بر اساس اطلاعات دموگرافیک برای هر سؤال ارائه شده‌اند. بر این اساس در بین بیماران ساکن روستا موافقت بیشتری با دست دادن با پزشک وجود داشت؛ مردان بیشتر موافق بودند که با نام خطاب شوند ولی زنان بیشتر تمایل داشتند که با عبارت "خانم" بدون ذکر نام یا نام خانوادگی خطاب شوند؛ ۶۸ درصد بیماران تمایل داشتند که در حین ویزیت در مقابل پزشک بنشینند و در این میان زنان و بیماران بالای ۶۰ سال بیشتر موافق این طرز قرارگیری بودند؛ فقط ۳۱ درصد پاسخ‌دهندگان اجازه گرفتن پزشک قبل از معاینه را لازم دانستند؛ فقط ۳۱ درصد بیماران موافق بودند

درصد موافق این عبارات بودند. این امر نشان می‌دهد که در بیماران ایرانی با افزایش سن تمایل افراد برای این شیوه مورد خطاب قرار گرفتن بیشتر بوده است.

جدول ۲) نتایج تحلیلی پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه به تفکیک هر سؤال

| ردیف | سؤال | الفای کرونباخ | | | پاسخ | | | ویژگی دموگرافیک | | |
|---------|---|---------------|--------------|------|---------|--------------|-----------|-----------------|-------|------|
| | | میانگین | انحراف معیار | نظری | میانگین | انحراف معیار | محل سکونت | سواد | تخصص | سن |
| P-value | | | | | | | | | | |
| ۱ | پزشک باید در شروع مصاحبه به بیمار سلام کند. | ۰/۸۶ | ۹۰ | ۱ | ۹ | ۰/۲۹ | ۰/۷۴ | ۰/۱۸ | ۰/۴۳ | ۰/۰۷ |
| ۲ | پزشک می‌تواند به جای سلام کردن از حرکت سر استفاده کند. | ۰/۷۴ | ۹ | ۶۵ | ۲۶ | ۰/۵۸ | ۰/۲۷ | ۰/۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲ |
| ۳ | پزشک باید حال بیمار را با عباراتی مانند "حال شما؟" یا "خوب هستید؟" جویا شود. | ۰/۸۵ | ۸۴ | ۵ | ۱۱ | ۰/۹۲ | ۰/۶۵ | ۰/۹۶ | ۰/۹۴ | ۰/۷۵ |
| ۴ | پزشک باید در هنگام ورود بیمار به اتاق از جای خود برخیزد. | ۰/۷۵ | ۳۳ | ۴۵ | ۲۲ | ۰/۱۶ | ۰/۷ | ۰/۲۵ | ۰/۵۹ | ۰/۹ |
| ۵ | لازم است پزشک در صورتی که بیمار هم‌جنس باشد، با وی دست دهد. | ۰/۷۹ | ۳۷ | ۳۶ | ۲۷ | ۰/۰۱ | ۰/۴۲ | ۰/۷۴ | ۰/۱۶ | ۰/۸۲ |
| ۶ | در صورتی که بیمار پزشک را نشناسد، پزشک قبل از شروع مصاحبه باید نام خود را بگوید. | ۰/۸۴ | ۵۸ | ۳۲ | ۱۰ | ۰/۵ | ۰/۷۷ | ۰/۹۲ | ۰/۴۵ | ۰/۴۶ |
| ۷ | در صورتی که بیمار پزشک را نشناسد، پزشک قبل از شروع مصاحبه باید نقش یا تخصص خود را توضیح دهد. | ۰/۷۳ | ۶۲ | ۲۷ | ۱۱ | ۰/۸۸ | ۰/۴۶ | ۰/۷۳ | ۰/۷۷ | ۰/۳۲ |
| ۸ | در صورتی که پزشک برچسب شناسایی داشته باشد معرفی کردن ضرورتی ندارد. | ۰/۸۱ | ۵۳ | ۳۸ | ۹ | ۰/۲۱ | ۰/۹۴ | ۰/۵۵ | ۰/۴۵ | ۰/۰۴ |
| ۹ | لازم است پزشک در ابتدای مصاحبه نام و نام خانوادگی بیمار خود را بپرسد. | ۰/۸۳ | ۷۳ | ۱۸ | ۹ | ۰/۹۶ | ۰/۵۱ | ۰/۳۸ | ۰/۷۹ | ۰/۵۸ |
| ۱۰ | لازم است پزشک در ادامه مصاحبه بیمار را با نام خانوادگی خطاب کند. | ۰/۷۲ | ۶۵ | ۱۵ | ۲۵ | ۰/۶۳ | ۰/۵۴ | ۰/۸۳ | ۰/۴۲ | ۰/۰۳ |
| ۱۱ | خطاب کردن بیمار به صورت "آقا" یا "خانم" و بدون ذکر نام کافی است. | ۰/۸۹ | ۵۸ | ۲۵ | ۱۷ | ۰/۱۹ | ۰/۸ | ۰/۹۳ | ۰/۱۸ | ۰/۰۴ |
| ۱۲ | خطاب کردن بیمار به صورت "پدر جان"، "مادر جان"، "پسر"، "دخترم" و عبارات صمیمانه مشابه به جای گفتن نام بیمار مطلوب است. | ۰/۸۵ | ۸۳ | ۹ | ۸ | ۰/۲۷ | ۰/۷۱ | ۰/۷ | ۰/۶۳ | ۰/۳۴ |
| ۱۳ | خطاب قرار دادن بیمار با عباراتی مانند "حاج آقا"، "حاج خانم" و ... به جای گفتن نام وی مطلوب است. | ۰/۸۴ | ۳۷ | ۴۸ | ۱۵ | ۰/۵۹ | ۰/۶۶ | ۰/۵۶ | ۰/۰۴ | ۰/۴۶ |
| ۱۴ | لازم است پزشک در حین مصاحبه در چه موقعیتی نسبت به بیمار نشسته باشد؟ رو به روی بیمار | ۰/۷۱ | ۶۸ | ۲۵ | ۷ | ۰/۲۴ | ۰/۱۹ | ۰/۱۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۴ |
| | لازم است پزشک در حین مصاحبه در چه موقعیتی نسبت به بیمار نشسته باشد؟ کنار بیمار یا زاویه ۹۰ درجه. | | ۲۵ | ۶۸ | ۷ | | | | | |
| ۱۵ | مصاحبه پزشک با بیمار در حالتی که پزشک نشسته ولی بیمار ایستاده است اشکالی ندارد. | ۰/۷ | ۴۷ | ۰ | ۵۳ | ۰/۷۲ | ۰/۳۳ | ۰/۴۲ | ۰/۹۷ | ۰/۱۳ |
| ۱۶ | پزشک چگونه با بیمار مصاحبه کند؟ بیمار را تشویق کند تا مشکلاتش را از ابتدا تا انتها تعریف کند. | ۰/۷۳ | ۶۶ | ۱۸ | ۱۶ | ۰/۹ | ۰/۳۴ | ۰/۰۸ | ۰/۰۳ | ۰/۲۲ |
| | پزشک چگونه با بیمار مصاحبه کند؟ پزشک مصاحبه را در دست داشته باشد و بیمار فقط سؤالات پزشک را جواب دهد. | | ۱۸ | ۶۶ | ۱۶ | | | | | |
| ۱۷ | لازم است پزشک نظر خود بیمار را در مورد علت ایجاد بیماری جویا شود. | ۰/۷۴ | ۸۶ | ۶ | ۸ | ۰/۱۸ | ۰/۷۵ | ۰/۷۷ | ۰/۱۷ | ۰/۸۴ |
| ۱۸ | لازم است پزشک در مورد انتظارات و نگرانی‌های بیمار از او سؤال نماید. | ۰/۷۴ | ۶۵ | ۸ | ۲۷ | ۰/۶۵ | ۰/۳۱ | ۰/۵۲ | ۰/۳۶ | ۰/۳۶ |
| ۱۹ | لازم است پزشک قبل از پرسیدن سؤالاتی که ممکن است باعث خجالت بیمار شود مانند مصرف مواد مخدر یا الکل توضیحات لازم را بدهد. | ۰/۷۵ | ۷۳ | ۱۸ | ۹ | ۰/۹۶ | ۰/۵۳ | ۰/۶۱ | ۰/۵۸ | ۰/۵۱ |
| ۲۰ | لازم نیست پزشک قبل از هر معاینه نحوه انجام آن را به بیمار توضیح دهد. | ۰/۷۶ | ۴۶ | ۴۰ | ۱۴ | ۰/۷۲ | ۰/۱۸ | ۰/۹۷ | ۰/۵۲ | ۰/۱۹ |
| ۲۱ | لازم نیست پزشک در ابتدای هر معاینه از بیمار اجازه بگیرد. | ۰/۷۰ | ۳۱ | ۵۶ | ۱۳ | ۰/۴۳ | ۰/۲۲ | ۰/۵۴ | ۰/۴۸ | ۰/۷ |
| ۲۲ | لازم نیست پزشک در هنگام مصاحبه به بیمار نگاه کند. | ۰/۷۶ | ۴۰ | ۰ | ۶۰ | ۰/۶۶ | ۰/۹۸ | ۰/۶۵ | ۰/۸۸ | ۰/۱۱ |
| ۲۳ | در صورتی که پزشک و بیمار غیرهمجنس باشند بهتر است پزشک در طول مصاحبه به وی نگاه نکند. | ۰/۸۵ | ۳۱ | ۱۲ | ۵۷ | ۰/۲۴ | ۰/۸۱ | ۰/۸۴ | ۰/۳۶ | ۰/۰۷ |
| ۲۴ | ابراز همدردی با بیمار به صورت لمس کردن وی (دست یا شانه) مطلوب است. | ۰/۷۸ | ۴۷ | ۱۴ | ۳۹ | ۰/۶۴ | ۰/۲۶ | ۰/۷۷ | ۰/۳۳ | ۰/۳۶ |
| ۲۵ | لازم است بیمار همه چیز را در مورد بیماری خود بداند. | ۰/۷۶ | ۳۳ | ۷۷ | ۰ | ۰/۳۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۹ | ۰/۰۰۹ | ۰/۶۶ |
| | لزمی ندارد پزشک اطلاعات کامل به بیمار بدهد و همین‌که به سؤالات بیمار پاسخ دهد کافی است. | | ۳۳ | ۷۷ | ۰ | | | | | |
| ۲۶ | پزشک باید در خصوص علت بیماری به بیمار توضیح دهد. | ۰/۷۵ | ۷۸ | ۱۲ | ۱۰ | ۰/۵۴ | ۰/۶۱ | ۰/۳۴ | ۰/۹۴ | ۰/۶۵ |
| ۲۷ | پزشک باید در خصوص نحوه درمان بیماری به بیمار توضیح دهد. | ۰/۷۱ | ۸۳ | ۳ | ۱۴ | ۰/۲۹ | ۰/۳۷ | ۰/۷۳ | ۰/۲۶ | ۰/۵۱ |
| ۲۸ | پزشک باید در خصوص پیش‌آگهی بیماری به بیمار توضیح دهد. | ۰/۸۰ | ۶۶ | ۳ | ۳۱ | ۰/۷۲ | ۰/۸۶ | ۰/۷۶ | ۰/۵۹ | ۰/۲۴ |
| ۲۹ | پزشک باید در خصوص نحوه بررسی بیماری (آزمایش‌ها، عکس برداری و ...) به بیمار توضیح دهد. | ۰/۷۰ | ۷۰ | ۱۶ | ۱۴ | ۰/۷۳ | ۰/۷۹ | ۰/۱۲ | ۰/۲۴ | ۰/۲۹ |
| ۳۰ | در صورتی که پزشک در مورد علت بیمار به تشخیص نرسیده باشد بیان کردن آن به بیمار باعث ایجاد بی‌اعتمادی به پزشک می‌شود. | ۰/۷۱ | ۴۳ | ۴۶ | ۱۱ | ۰/۳۸ | ۰/۱۷ | ۰/۴۹ | ۰/۵۲ | ۰/۹۱ |
| ۳۱ | در صورتی که چند روش درمانی برای بیماری وجود دارد؛ تصمیم‌گیرنده نهایی پزشک است. | ۰/۸۶ | ۵۱ | ۴۰ | ۹ | ۰/۶۶ | ۰/۹۴ | ۰/۵۸ | ۰/۶۱ | ۰/۵۸ |
| ۳۲ | در صورتی که فقط یک‌راه درمان وجود داشته باشد؛ پزشک باید قبول درمان را با بیمار چک کند. | ۰/۸۳ | ۸۲ | ۳ | ۱۵ | ۰/۲۱ | ۰/۲۶ | ۰/۲۷ | ۰/۱۳ | ۰/۵۶ |
| ۳۳ | لازم است پزشک در انتهای مصاحبه با بیمار خداحافظی کند. | ۰/۷۷ | ۷۹ | ۲ | ۱۹ | ۰/۳۴ | ۰/۹۳ | ۰/۶۶ | ۰/۱۶ | ۰/۷۷ |

را تحت تأثیر قرار دهد [۱۹]. تنها ۴۷ درصد بیماران ابراز همدردی به صورت لمس کردن دست یا شانه توسط پزشک را مطلوب دانستند، با توجه به این مطلب، پزشک بایستی به شرایط بیمار در این خصوص توجه کند و با احتیاط رفتار نماید. در مطالعه حاضر ۷۷ درصد بیماران می‌خواستند که پزشک همه چیز را در مورد بیماری با آن‌ها در میان بگذارد. با افزایش سطح تحصیلات به نظر می‌رسد که توقع دانستن این موضوع افزایش یافته است زیرا آگاهی افراد در مورد مسائل پزشکی و درمانی با افزایش سطح تحصیلات افزایش می‌یابد. با توجه به نتایج به دست آمده، توضیح پزشک در رابطه با سیر بیماری، درمان، آزمایش‌ها لازم و پیش‌آگهی بیماری در بهبود روابط پزشک با بیمار مؤثر خواهد بود [۲۰].

در ۴۳ درصد بیماران در صورتی که پزشک در مورد علت بیمار به تشخیص نرسیده بود بیان کردن آن به بیمار باعث ایجاد بی‌اعتمادی بیمار نسبت به پزشک تلقی می‌شد و به نظر عدم قطعیت می‌تواند به بی‌اعتمادی منجر شود. تصمیم‌گیرنده نهایی درباره روند درمان از نظر ۵۱ درصد بیماران، پزشک معالج و از نظر ۴۰ درصد کمک و همفکری پزشک و بیمار بود. با توجه به مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته است، مدلی که اکنون در ارتباط با الگوی ارتباط بین پزشک و بیمار پذیرفته شده است، الگوی مشارکت بین پزشک و بیمار است [۲۱]. در خاتمه مصاحبه ۷۹ درصد بیماران خداحافظی کردن پزشک با بیمار را ضروری دانستند که این امر هم مانند سلام کردن از بدیهیات ارتباطات انسانی است.

در پایان باید ذکر کنیم که توصیه‌های ارائه شده در دستورالعمل کالگری-کمبریج هیچ‌کدام صد درصد الزامی نیستند و بر اساس موقعیت صرفاً توصیه می‌شوند و بنابراین تا حدی نتایج حاصل در این پژوهش نیز قابل توجیه است و به معنی منافات کامل با توصیه‌های آن نیست؛ ولی به هر حال با توجه به تفاوت‌های فرهنگی ما، نیاز به تطبیق این دستورالعمل با شرایط جامعه ایرانی وجود دارد. مطالعه حاضر تنها در بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده و گرچه به دلیل مرکز ارجاعی بودن، از تمام کشور، بیماران در این مرکز بستری می‌شوند، اما قطعاً نماینده جامعه کلی آماری بیماران در سراسر کشور نیست. محدودیت دیگر هم این است که توصیه‌های دستورالعمل کالگری-کمبریج بیشتر از این موارد است و در این مطالعه صرفاً مواردی که به نظر طراحان پرسشنامه بیشتر شبیه برانگیز بوده است وارد تحقیق شدند. همچنین مناسب‌تر می‌بود اگر مقادیر CVI و CVR محاسبه و گزارش می‌گردید و به صرف بررسی روایی ظاهری بسنده نمی‌شد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که نگرش بیماران با دستورالعمل مورد نظر در برخی موارد مغایرت دارد و لذا بهتر است که مدل مورد استفاده فعلی، یعنی الگوی کالگری-کمبریج، جهت آموزش مهارت‌های ارتباطی برای ارتباط پزشک و بیمار در قسمت‌هایی با توجه به فرهنگ جامعه ایرانی بازنگری شود. با توجه به مطالعه حاضر و تفاوت‌های مشاهده شده با مدل کالگری-کمبریج بر لزوم افزایش دانش مهارت‌های ارتباطی و تقویت آن با در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص فرهنگی بیماران ایرانی تأکید می‌شود.

زنان تمایل بیشتری جهت نشستن رودروای پزشک خود داشتند. در بین گروه‌های سنی نیز با افزایش سن تمایل به نشستن روبروی پزشکی بیشتر بود. این یافته با مطالعات خارج کشور همخوانی ندارد. طبق گایدلاین کالگری-کمبریج بهتر است پزشک و بیمار نسبت به یکدیگر در موقعیت زانو به زانو باشند تا اینکه به طور مستقیم روبروی هم یا در کنار هم بنشینند [۱۵]. در مطالعه حاضر ۴۷ درصد بیماران گفتند که هنگام مصاحبه بیمار بایستی بنشیند. برای ۵۳ درصد ایستادن یا نشستن حین مصاحبه فرقی نداشت. به جز مواردی که بیمار تهوع، درد و یا مشکل جدی برای نشستن داشته باشد، اغلب راحت‌تر است روی صندلی بنشیند. همچنین بهتر است پزشک نیز بنشیند.

نحوه مصاحبه پزشک از بیمار نیز از جمله مسائلی است که بیماران به آن توجه داشتند. در مطالعه حاضر ۶۶ درصد می‌خواستند که خودشان درباره مشکلشان صحبت کنند. در دستورالعمل هم آمده است که برای ویزیت پزشک بایستی مصاحبه را با سؤالات باز شروع کند و به بیمار اجازه دهد در ابتدا خود بیمار درباره مشکلش صحبت کند و در ادامه پزشک صحبت‌های بیمار را با پرسیدن سؤالات باز دیگر بررسی نماید [۱۵]. اکثر بیماران انتظار داشتند که در حین مصاحبه پزشک نظرشان را در ارتباط با نحوه ایجاد مشکل جویا شود. در مطالعه حاضر بیش از نیمی از افراد نیز مایل بودند که پزشک درباره نگرانی‌هایشان از آن‌ها سؤال کند. جدا از بحث ناراحتی جسمی که باعث بستری شدن بیمار در بیمارستان شده است، واکنش‌های روحی نیز در سیر بیماری تأثیر بسزایی دارد. چه بسا در میان گذاشتن نگرانی‌های بیمار با پزشک سبب اطمینان خاطر بیشتر بیمار از محیط بستری و پزشک شده و روند بهبودی را تسریع نماید. بسیاری از بیماران به دلیل شرم، قادر به صحبت درباره بعضی علائم خود با پزشک نیستند. در مطالعه حاضر هم ۷۳ درصد بیماران عقیده داشتند که قبل از پرسش بعضی سؤالاتی که ممکن است باعث خجالتشان شود و حتی ممکن است بیمار به دلیل شرمش پاسخ اشتباه به آن‌ها دهد، بهتر است پزشک ابتدا توضیحاتی درباره موضوع بدهد و سپس پرسش خود را مطرح نماید. این امر در کاهش شرم بیمار برای پاسخ دادن به سؤال پزشک بسیار مؤثر است. اگر انتظارات بیمار توسط پزشک برآورده شود می‌تواند، سرخ‌های بیشتری درباره بیماری فرد و عقاید بیمار به دست آورد [۱۸].

درباره اینکه پزشک قبل از شروع معاینه بایستی اجازه بگیرد یا نه ۵۶ درصد افراد اظهار داشتند که این کار لازم نیست. شاید این امر به دلیل این باشد که بیمار بستری در بیمارستان با هر بار مراجعه پزشک برای ویزیت انتظار انجام معاینه را دارد؛ بنابراین دیگر نیازی به کسب اجازه توسط پزشک برای معاینه نیست. با این وجود در گایدلاین آمده است که در خلال معاینه فیزیکی اجازه گرفتن برای انجام معاینه یک توضیح عادی برحسب عادت نیست؛ بلکه به بیمار نشان می‌دهد که شما به عدم راحتی او توجه دارید و همین امر ایجاد رابطه را تسهیل می‌کند [۱۵].

در مطالعه حاضر و در خصوص نگاه کردن پزشک غیرهمجنس در طی مصاحبه تنها ۳۱ درصد با نگاه نکردن پزشک به بیمار موافق بودند. این امر نشانگر اعتماد اجتماعی بیماران ایرانی نسبت به پزشکان معالج است و توجه پزشک به بیمار حتی اگر در حین مصاحبه به بیمار نگاه نکنند برای بیماران کافی است. اهمیت ارتباطات غیرکلامی در مصاحبه‌های پزشکی غیرقابل انکار است. چگونگی استفاده پزشک از تماس چشمی می‌تواند موفقیت ویزیت

ها و رفع اشکالات مقاله. تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادها کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند و با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع

بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی و تحت حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت.

تقدیر و تشکر

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه و کارکنان پرستاری و پزشکی بیمارستان امام خمینی تهران سپاسگزاریم. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه خانم دکتر پگاه ساسانیپور جهت اخذ درجه دکترای حرفه‌ای پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

سهم نویسندگان

علی لباف (نویسنده اول): طراحی مطالعه و رفع اشکالات مقاله؛ سحرناز نجات (نویسنده دوم): جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز آماری؛ پگاه ساسانیپور (نویسنده سوم): جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل یافته‌ها؛ کمال بصیری (نویسنده چهارم): تحلیل یافته‌ها و نگارش متن اولیه مقاله؛ احسان کریمی علویجه (نویسنده پنجم): تحلیل یافته

References

- 1- Baby M, Gale C, Swain N. Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and violent behavior*. 2018;39:67-82.
- 2- MacLean S, Kelly M, Geddes F, Della P. Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse education today*. 2017;48:90-8.
- 3- Biglu M-H, Nateq F, Ghajazadeh M, Asgharzadeh A. Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Mater Sociomed*. 2017;29(3):192-5.
- 4- Davidson KW, Shaffer J, Ye S, Falzon L, Emeruwa IO, Sundquist K, et al. Interventions to improve hospital patient satisfaction with healthcare providers and systems: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2017;26(7):596-606.
- 5- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*. 2010;10(1):38-43.
- 6- Chen C-H, Cheng Y-H, Chen F-J, Huang E-Y, Liu P-M, Kung C-T, et al. Association Between the Communication Skills of Physicians and the Signing of Do-Not-Resuscitate Consent for Terminally ill Patients in Emergency Rooms (Cross-Sectional Study). *Risk Management and Healthcare Policy*. 2019;12:307.
- 7- Sommer J, Lanier C, Perron NJ, Nendaz M, Clavet D, Audétat M-C. A teaching skills assessment tool inspired by the Calgary-Cambridge model and the patient-centered approach. *Patient education and counseling*. 2016;99(4):600-9.
- 8- Eskandari M, Hosseini F, Razjouyan K, Abadi A. Calgary Cambridge Observer Guide indigenization for measuring physician-patient communication skills Based on the Cross-Cultural Adaptation Standard in Iran. *Teb va Tazkiye*. 2019;28(3):59-70.
- 9- Mazloomi Mahmoodabad S, Safaeifar M, Gharraee B, Fallahzadeh H. Effect of communication skills training on components of burnout among nurses work in Tehran university of medical science hospitals. *Tolooebehdasht*. 2016;15(3):198-208.
- 10- Hemmati-Maslakpak M, Sheikhabaglu M, Baghaie R. Relationship between the communication skill of nurse-patient with patient safety in the critical care units. *Journal of clinical nursing and midwifery*. 2014;3(2):77-84.
- 11- Nasiripour A, Saeedzadeh Z. Correlation between nurses' communication skills and inpatient service quality in the hospitals of Kashan University of Medical Sciences. *Journal of health promotion management*. 2012;1(1):45-54.
- 12- Agha Mohammad Hasani P, Mokhtaree M, Sheikh Fathollahi M, Farrokjzadian J. Interpersonal communication skills and its association with personality dimensions of nurses in Rafsanjan University of Medical Sciences, Iran, in 2015. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*. 2018;7(2):112-8.
- 13- Semnani Y, Arababi M, Shams J, Naghshbandi J. Psychiatric patients' attitude to the psychiatrist's style of dressing and addressing. *Research in Medicine*. 2004;28(2):127-30.
- 14- Karami Z, Keyvanara M. Models of relationship between physicians and patients referring to the Clinic of Isfahan Shahid Beheshti Hospital, 2007. 2010.
- 15- Kurtz S, Draper J, Silverman J. Teaching and learning communication skills in medicine: CRC press; 2017.
- 16- Makoul G, Zick A, Green M. An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. *Archives of Internal Medicine*. 2007;167(11):1172-6.
- 17- Grudzen CR, Emler LL, Kuntz J, Shreves A, Zimny E, Gang M, et al. EM Talk: communication skills training for emergency medicine patients with serious illness. *BMJ supportive & palliative care*. 2016;6(2):219-24.
- 18- Hesse C, Rauscher EA. The relationships between doctor-patient affectionate communication and patient perceptions and outcomes. *Health communication*. 2019;34(8):881-91.
- 19- Gorawara-Bhat R, Cook MA. Eye contact in patient-centered communication. *Patient education and counseling*. 2011;82(3):442-7.
- 20- Ledford CJ, Cafferty LA, Russell TC. The influence of health literacy and patient activation on patient information seeking and sharing. *Journal of health communication*. 2015;20(sup2):77-82.
- 21- Makkar N, Jain K, Siddharth V, Sarkar S. Patient Involvement in Decision-Making: An Important Parameter for Better Patient Experience-An Observational Study (STROBE Compliant). *Journal of patient experience*. 2019;6(3):231-7.

این صفحه آگاهانه سفید گذاشته شده است