

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

# مہیاریت ہامی برقراری ارتباط: نظن، سلیقہ یا ضرورت؟

باشکر از دکتر نادر روشن - دکتر عظیم میرزا زاده

گروه آموزشی بیماری ہامی داخلی

# اهداف جلسه امروز

■ چرا مهارت های ارتباطی باید آموزش داده شود؟

■ آیا مهارت های ارتباطی قابل آموزش و یادگیری است؟

■ آیا به زحمت یادگیری آن می ارزد؟

# سناریو ۱

- پسر ۱۷ ساله ای به مطب شما مراجعه می کند. بیمار عنوان می کند که از ۳ روز قبل علایم سرما خوردگی داشته و بقدری علایم شدید بوده که نتوانسته حتی برای دادن امتحان به مدرسه برود.
- بعد شرح حال شما برای او عفونت ویروسی را تشخیص می دهید .
- شما برای درمان نسخه می نویسید ولی هر چه شما نسخه می کنید بیمار می گوید دارم ویاخورده ام و یا می دانم.

کار به دعوا می کشد. چرا؟

# سناریو ۲

- به دنبال اعلام کد CPR در بخش مراقبت های ویژه حاضر می شوید.
- بیمار علیرغم تمام اقدامات فوت می نماید.
- چگونه خبر فوت بیمار را به همراهان می دهید؟

# یک سناریو

- به دنبال آنژیوگرافی یک بیمار متوجه درگیری وسیع عروق کرونر می شوید.
- بیمار کاندید جراحی قلب باز است.
- چگونه به بیمار اطلاع می دهید؟

آیا مصاحبه پزشکی با بیمار مهم است؟

فکر می کنید در طول پزشکی چند  
بار با بیمار مصاحبه خواهید  
کرد؟

۲۰۰ هزار بار در طول زندگی حرفه ای هر پزشک

# آیا مصاحبه پزشکی با بیمار مهم است؟

■ ۲۰۰ هزار بار در طول زندگی حرفه ای هر پزشک

■ اجزای هر مصاحبه مؤثر:

■ دانش پزشکی

■ مهارت های ارتباطی

■ معاینه فیزیکی

■ حل مساله

■ شیوه در مقابل محتوا

فکر می کنید ما پزشکان چقدر به  
بیمارانمان وقت صحبت می دهیم؟





# پزشکان چقدر به بیمارانشان وقت صحبت می دهند؟

- Drs. interrupt patients within
  - 18 seconds (Beckman & Frankel 1984)
  - 23 seconds (Marvel et al 1999)
  - 12 seconds (Rhoads et al 2001)
- Actual time patients take to tell story
  - Primary care: Up to 150 seconds, most < 60 secs (Beckman & Frankel 1984)

# شناخت علت مراجعه بیمار

- عدم کشف ۵۴٪ مشکلات و ۴۵٪ نگرانی های بیماران در ویزیت ها

- قطع خیلی زود صحبت بیمار توسط پزشکان

- اغلب پس از بیان اولین مشکل توسط بیمار

# چرا برای گردآوری اطلاعات کم وقت می گذاریم؟

- برخورد اغلب پزشکان بصورت **پزشک محور** است

- قطع خیلی زود صحبت بیمار توسط پزشکان

- اغلب پس از بیان اولین مشکل توسط بیمار حرف بیمار را قطع می کنیم.

- چون فکر می کنیم اگر حرف بیمار را قطع نکنیم او خیلی صحبت غیر مرتبط و طولانی می کند.

- تمرکز زودرس بر روی مشکلات پزشکی و **مصاحبه کنترل شده**

- عدم تمایل پزشکان به پرسش در مورد **نظرات** بیماران

- میزان اندک پاسخ مثبت به **اشارات** بیماران

# چرا برای گردآوری اطلاعات کم وقت می گذاریم؟

• بیمار محور

۹/۵ دقیقه

فکر می کنید زمان گرفتن شرح حال بیمار محور چقدر طولانی تر از شرح حال گرفتن به روش پزشک محور است؟

• پزشک محور

۷/۱ دقیقه

## Does patient centered care take more time?

- 7.8 min = average consultation for Drs who don't use patient centered skills
- 8.5 min = average consultation for Drs who have mastered patient centered skills
- 10.9 min = average consultation for Drs who are learning patient centered skills

- Doctors overestimate time spent on patient education by up to 900%

(Waitzkin 1984)

- Picking up and responding to patient cues *shortens* rather than lengthens interviews

(Levinson et al 2000)

# پای بندی بیمار به برنامه تشخیصی درمانی

■ **عدم مصرف یا مصرف نادرست داروها در ۵۰٪ درصد**

■ کانادا: سالانه ۵ میلیارد دلار ضرر

■ **۸ میلیارد ضرر اضافه به خاطر**

■ ویزیت و آزمایش اضافی،

■ مصرف داروی اضافی دیگر،

■ بستری بی جهت،

■ عدم حضور در سر کار

# چه مشکلاتی در ارائه توضیحات و برنامه ریزی داریم؟

- پزشکان: **ارایه** اطلاعات کم
- بیماران: **تمایل** به اطلاعات بیشتر
- عدم توافق پزشک و بیمار در مورد **نوع اطلاعات ضروری** برای بیمار
- استفاده مکرر پزشکان از **اصطلاحات پزشکی** غیر قابل فهم برای بیمار
- مشکل بیماران در **فهم و به یاد آوردن اطلاعات** ارائه شده توسط پزشکان



# آیا برای آموزش بیمار وقت کافی می گذاریم؟

■ اگر پزشکی ۶۰ ثانیه وقت جهت آموزش بیمار صرف کند و از او بپرسیم چقدر وقت صرف کرده چه میزان اختلاف خواهیم داشت؟

Doctors overestimate time spent on patient education by up to 900%

(Waitzkin 1984)

تأثیرات بهبود مهارت‌های ارتباطی

■ بیماری با سرطان پستان تحت بررسی قرار دارد.  
فکر می کنید در مورد انتخاب روش جراحی لامپکتومی یا  
ماستکتومی دوست داشته باشد چه کسی تصمیم بگیرد؟

**TABLE 3 Preferences for Medical Decision Making of 999 Women with Breast Cancer**

<b>Theoretical Model</b>	<b>Decision Making Process</b>	<b>Percentage</b>
Paternalistic	Physician makes decisions	18
Physician as agent	Physician makes decisions after considering patient input	17
Shared decision making	Physician and patient make decision together	44
Informed decision making	Patient makes decisions after considering physician input	14
Consumerism	Patient makes decisions	9

# فرایند مصاحبه

↓ مدت  
ویزیت

■ قطع دیرتر صحبت بیمار:

■ ↑ مدت زمان صحبت اولیه بیمار

■ ↑ تعداد بیشتر مشکلات

■ ↓ احتمال پیدا شدن مشکل جدید در پایان مصاحبه

■ استفاده از سوالات باز و گوش دادن فعال:

■ ↑ احتمال آشکار شدن نگرانی های اصلی بیمار

■ توجه و پاسخ گویی به اشارات بیمار

# درک و یادآوری

## ■ ↑ یادآوری بیمار:

- با تقسیم بندی اطلاعات،
- signposting،
- خلاصه کردن،
- تکرار و شفاف سازی
- استفاده از نمودار
- بیان اطلاعات داده شده با کلام خود بیمار:
- ۳۰٪ ↑ میزان ماندگاری اطلاعات
- دادن اطلاعات نوشتاری، ضبط صوتی یا تصویری:
- ↑ رضایت، یادآوری، درک و اجرا توسط بیمار

# افزایش پای بندی

- برخورد با بیمار بصورت هم تراز (partner)، بیان منطق درمان و کمک در درک بیماری
- پرسش از بیمار در مورد اطلاعات، عقاید، نگرانی و نگرش بیمار نسبت به بیماریش
- کشف انتظارات بیمار (چه به آن عمل شود یا نشود)

آیا برخورد بیمار محور می تواند اثرات  
بالینی و فیزیولوژیک داشته باشد؟



# نتایج بیمار - محوری

هزینه ها	پیامدهای فیزیولوژیک	پیامد بالینی
↓ زمان بستری در ICU (روز ۹ ← ۶)	کنترل فشار خون	بهبود ناراحتی و نگرانی ها
↓ زمان بستری در بخش (روز ۱۶ ← ۱۱)	کاهش نیاز به مسکن بعد MI	↑ سلامت روحی، حتی تا ۲ ماه بعد
هزینه درمان (۳۲ هزار دلار ← ۲۰ هزار دلار)	کاهش افسردگی و اضطراب پس از جراحی سرطان سینه	↓ آزمایش و ارجاع
↓ مدت بستری به نصف در بیماران تعویض مفصل	کنترل قند خون	بهبود سردرد مزمن و یا کاهش مشکلات روحی
		تسریع درمان گلودرد
		تحرك بعد عمل و نبود درد پس از تعویض مفصل

فکر می کنید ارتباط بهتر با بیمار چه نقشی در شکایات  
بیماران و همراهان آنها از پزشکان داشته باشد؟



# رضایت بیمار

## عواملی منجر به افزایش رضایت مندی:

- افزایش بیمار-محوری مصاحبه
- کشف و ارج نهادن به انتظارات بیمار
- پرسش از بیمار در مورد داشتن سؤال در مورد بیماری و اطمینان از نبود سؤال پاسخ داده نشده
- ارتباط غیرکلامی پزشک
- میزان اطلاعاتی که بیمار فکر می کند پزشک به او داده است
- بیان احساسات و ایجاد ارتباط، همدلی

# جنبه های حقوق پزشکی

مطلع کردن، پرسش از نظرات، چک کردن درک، تشویق  
به گفتگو، خندیدن و خوش اخلاق بودن

↓ مشکلات قانونی پزشکان

- از میان ۱۰۳ ارتوپد:
- مهارت ارتباطی بهتر، وقت بیشتری برای توضیح به بیمار و در دسترس بودن بیشتر
- مشکلات کمتر پزشکی قانونی

# جنبه های حقوق پزشکی

■ ۷۰٪ علت شکایات بیماران:

## ضعف ارتباط و نگرش پزشک

■ مشکلات غالب:

- ❖ رها کردن بیمار
- ❖ اهمیت ندادن به ارزش های بیمار
- ❖ عدم شناخت دیدگاه های بیمار
- ❖ ندادن اطلاعات کافی به او

# جنبه های حقوق پزشکی

- در بعضی ایالات امریکا: تخفیف تا ۱۰٪ شرکت های بیمه به پزشکانی که در کارگاه مهارت های ارتباطی شرکت کنند

# نتیجه

- فرض می کنیم که قانع شدیم که مهارت های ارتباطی خیلی مهم هستند.
- فرض می کنیم که پذیرفتیم که اگر مهارت های ارتباطی ما بهتر باشد بیماران بهتر و زودتر بهبود می یابند و راضی ترند.
- اما هنوز مساله تمام نشده است.
- ..... ■

پس رعایت مهارت‌های ارتباطی  
یک نقش نیست



# آموزش مهارت های ارتباطی

آیا مهارت های ارتباطی قابل آموزش هستند یا  
فرآیند ذاتی هستند؟

شکی نیست که اگر آدم قدش بلندتر باشه تو  
خونه خیلی کارها را می تونه بدون نردبون  
هم انجام بده اما چه کنیم که خدا این قد رو به  
ما داده؟!

# آیا می توان مهارت های ارتباطی را آموزش داد و یاد گرفت؟

- این سوالی است که شما زیاد آن را می شنوید.
- بعضی معتقدند:
  - مهارت های ارتباطی **سلیقه ای** است.
  - مهارت های ارتباطی **ذاتی** است.
  - مهارت های ارتباطی از طریق **تجربه** کسب می شوند.

# 1<sup>st</sup> Common Assumption

- Communication is a “soft” social skill, an optional add-on extra with no scientific backing
  - *“Hey, I don’t need communication training – I learned to talk years ago...”*
- Communication is a core clinical skill and there’s considerable science behind it

## 2<sup>nd</sup> Common Assumption

- Communication is a personality trait, either you have it or you don't
  
- Communication is a series of learned skills
  - Not a personality trait
  - Anyone can learn who wants to

# تجربه می تواند معلم بدی باشد

- هر پزشک روشی ثابت را پس از ویزیت های مکرر عادت می کند و در مواجهه با بیماران مختلف و شرایط زمانی مختلف (کم یا زیاد) و در سنین مختلف آن را بکار می برد که می تواند نامناسب هم باشد.

■ **تجربه** تقویت کننده عادات است ولی تفاوتی بین عادات خوب و بد نمی گذارد.

- دقیق نبودن self rating در مقایسه با نظر expert آزمونگر
- بهتر بودن وضعیت مهارت های ارتباطی دانشجویان پزشکی در زمان ورود به دانشگاه، نسبت به زمان فارغ التحصیل شدن

## 3<sup>rd</sup> Common Assumption

- Experience is an effective teacher of communication skills
  - *“All I need is a little more practice...”*
  - *“I’ll get this later, on my own...”*

➤ Doctors 5 years out of medical school still strong in information gathering (taught) but weak in explanation and planning skills (experience only)

- discovering pt's views/expectations - 70% no attempt
- encouraging questions - 70% no attempt
- repetition of advice - 63% no attempt
- checking understanding - 89% no attempt
- categorizing information - 90% no attempt

Maguire et al 1986

# می توان مهارت های ارتباطی را آموزش داد.

- آموزش مهارت های مصاحبه به دانشجویان پزشکی:
  - ۳ برابر شرح حال دقیق تر
  - شرح حال مؤثرتر برای تشخیص
  - عدم صرف زمان بیشتر برای مصاحبه



# می توان مهارت های ارتباطی را آموزش داد.

- آموزش مهارت های مصاحبه به دانشجویان پزشکی:

- ۳ برابر شرح حال دقیق تر

- شرح حال مؤثرتر برای تشخیص

- عدم صرف زمان بیشتر برای مصاحبه

- یک جلسه آموزش پزشکان برای افزایش کمپلیانس بیمار ← وقت بیشتر

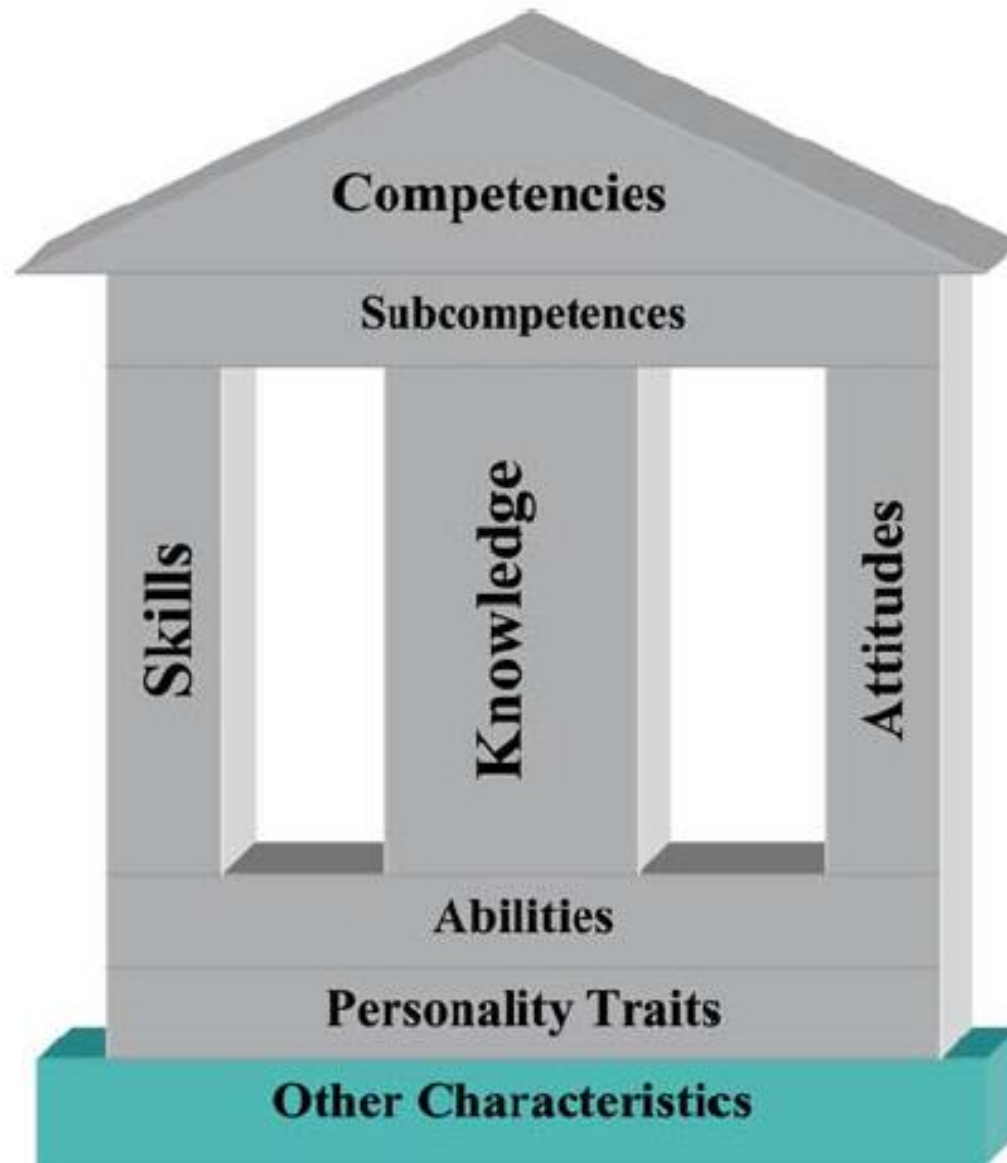
- برای شنیدن مشکلات و دادن اطلاعات HTN ← کنترل بهتر HTN

- حتی ۶ ماه بعد از جلسه

- امکان آموزش مهارت های ارتباطی به دستیاران داخلی در عرض ۶ ماه:

- در ارزیابی ۱۰ ماه بعد آن بهتر از گروه کنترل بود.

## Competence Architecture Model (Roe, 2002)



# در نهایت

مهارت های ارتباطی قوی باعث می شود پزشکانی بهتر  
برای ارائه خدمت با کیفیت به بیماران در نظام سلامت را  
فراهم می کند.

# Content to be discovered in gathering information:

## *the bio-medical perspective (disease)*

sequence of events  
symptom analysis  
relevant systems review

## *the patient's perspective (illness experience)*

ideas and beliefs  
concerns and feelings  
expectations  
effects on life

## *background information - context*

past medical history  
drug and allergy history  
family history  
personal and social history  
review of systems

پس رعایت مهارت‌های ارتباطی یک  
سلیقه است

### Patients' preferences for receiving clinical information and participating in decision-making in Iran

F Asghari,<sup>1</sup> A Mirzazadeh,<sup>2</sup> A Fotouhi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>2</sup>Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; <sup>3</sup>Department of Epidemiology and Biostatistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Correspondence to:  
Fariba Asghari, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, #21, Shanzdah Azar St, Tehran, Iran; fasghari@tums.ac.ir

#### ABSTRACT

**Introduction:** This study, the first of its kind in Iran, was to assess Iranian patients' preferences for receiving information and participating in decision-making and to evaluate their satisfaction with how medical information is given to them and with their participation in decision-making at present.

**Method and materials:** 299 of 312 eligible patients admitted to general internal medicine or surgery wards from May to December 2006 were interviewed according to a structured questionnaire. The questionnaire contained questions about patients' preferences regarding four domains of information and their participation in decision-making. Patients' responses were measured on a visual analogue scale graded from 1 to 10.

information concerning the risks of their treatment and 68% wanted to share in decision-making.<sup>4</sup>

The effect of factors such as age,<sup>4,5</sup> gender<sup>3</sup> and education<sup>4,5,7</sup> on patients' desire for information and decision-making has been shown consistently in several studies. In addition, the severity of illness<sup>1,3</sup> can affect patients' attitudes towards decision-making. Culture may also play a role in this scenario,<sup>8</sup> which is usually used as an excuse by Iranian doctors for depriving patients of medical information and their right to participate in medical decision-making.

The patient–physician relationship in Iran is rather paternalistic, and physicians usually do not provide sufficient information for patients to make

# Patients' preferences in Iran

This study shows that:

- Iranian patients are highly interested in receiving information about their condition and participating in clinical decision-making.
- The only way for the physician to recognize patients' desire is to ask them explicitly.

*J Med Ethics 2008; 34:348–352*

# Patients' preferences in Iran

- Level of education

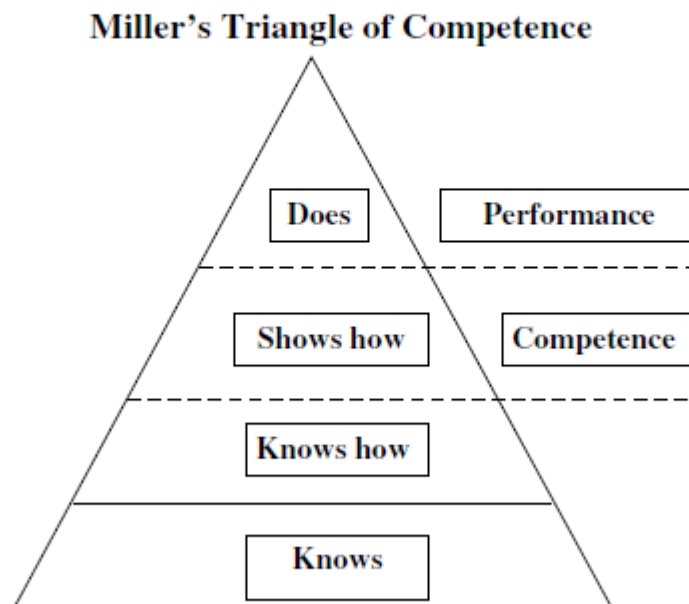
**Table 1** Demographics of patients

Variable	Per cent (n = 299)
Age (years)	
14–30	25.2
31–45	30.2
46–60	26.2
61–82	8.4
Gender	
Female	59.1
Male	40.9
Education (years)	
None	15.4
1–5	19.4
6–12	55.2
13–16	8.7
>16	1.3



# روش های آموزش و ارزیابی

**FIGURE 2**  
**Miller's Triangle of Competence Assessment (Miller, 1990)**



(Miller, 1990. Acad Med 65, S63)

Communication skills teaching model



Traditional medical history model

## Traditional Medical History Model (content)

- Chief complaint
- History of the present complaint
- Past medical history
- Family history
- Personal and social history
- Drug and allergy history
- Systematic enquiry

# مدل های ارتباط پزشکی و بیمار

مدل های مختلفی، برای آموزش مهارت های برقراری ارتباط به دانشجویان پزشکی، توصیه شده است:

- چک لیست مصاحبه ای براون (Brown)

- مدل E4

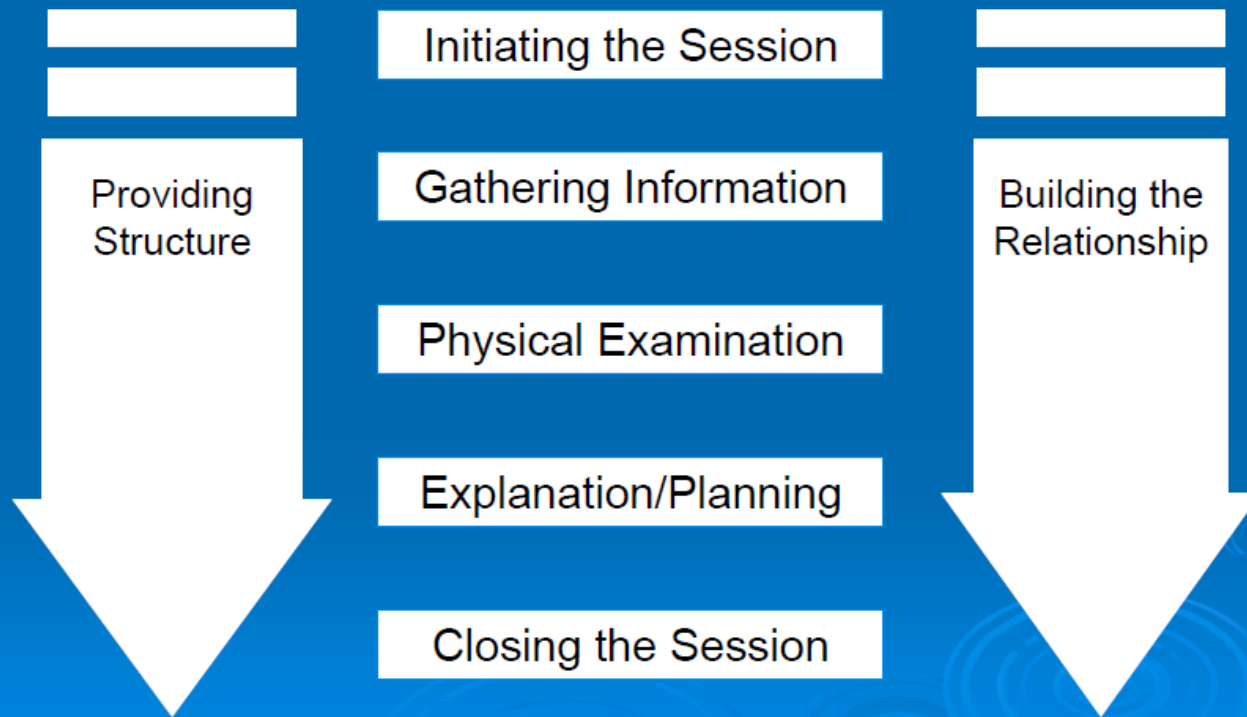
- مدل بالینی بیمار محور

- راهنمای کالگری - کمبریج

- بیانیه توافق کالمازو

- چارچوب کاری SEGUE

# CALGARY-CAMBRIDGE GUIDES FRAMEWORK FOR THE MEDICAL CONSULTATION



content to be discovered in gathering information:

*the bio-medical perspective  
(disease)*

sequence of events  
symptom analysis  
relevant systems review

*background information - context*

past medical history  
drug and allergy history  
family history  
personal and social history  
review of systems

content to be discovered in gathering information:

*the patient's perspective  
(illness experience)*

ideas and beliefs

concerns and feelings

expectations

effects on life



# Calgary-Cambridge Observation Guide 1 (adapted as an assessment instrument)

## **BUILDING RELATIONSHIP**

21. Demonstrates appropriate non-verbal behavior
22. If reads, writes doesn't interfere with dialogue/rapport
23. Is not judgmental
24. Empathises with and supports patient
25. Appears confident

## **CLOSING THE SESSION**

26. Encourages patient to discuss any additional points
27. Closes interview by summarizing briefly
28. Contracts with patient re: next steps

## **GATHERING INFORMATION**

### EXPLORATION OF PROBLEMS

6. Encourages patient to tell story
7. Appropriately moves from open to closed questions
8. Listens attentively
9. Facilitates patient's responses verbally & non-verbally
10. Uses easily understood questions and comments
11. Clarifies patient's statements
12. Establishes dates

### UNDERSTANDING PATIENT'S PERSPECTIVE

13. Determines and acknowledges patient's ideas re cause
14. Explores patient's concerns re problem
15. Encourages expression of emotions

16. Picks up verbal and non-verbal cues

### PROVIDING STRUCTURE TO CONSULTATION

17. Summarizes at end of a specific line of enquiry
18. Progresses using transitional statements
19. Structures logical sequence
20. Attends to timing

## **INITIATING THE SESSION**

1. Greets patient
2. Introduces self and role
3. Demonstrates respect
4. Identifies and confirms problems list
5. Negotiates agenda

# The SEGUE Framework

## Set the Stage

1. Greet pt. appropriately
2. Establish reason(s) for visit:
3. Outline agenda for visit (e.g., “anything else”, issues, sequence)
4. Make a personal connection during visit  
(e.g., go beyond medical issues at hand)
5. Maintain pt’s privacy (e.g., close door)

## Elicit Information

6. Elicit pt’s view of health problem and/or progress
7. Explore physical/physiological factors
8. Explore psychosocial/emotional factors  
(e.g., living situation, family relations, stress)
9. Discuss antecedent treatments  
(e.g., self-care, last visit, other medical care)
10. Discuss how health problem affects pt’s life (e.g., quality-of-life)
11. Discuss lifestyle issues/prevention strategies (e.g., health risks)
12. Avoid directive/leading questions
13. Give pt opportunity/time to talk (e.g., don’t interrupt)
14. Listen. Give pt undivided attention  
(e.g., face pt, verbal acknowledgement, nv feedback)
15. Check/clarify information (e.g., recap, ask “how much is that?”)

# The SEGUE Framework

## Give Information

16. Explain rationale for diagnostic procedures (e.g., exam, tests)
17. Teach pt about his/her own body & situation  
(e.g., provide feedback from exam/tests, explain anatomy/diagnosis)
18. Encourage pt to ask questions
19. Adapt to pt's level of understanding (e.g., avoid/explain jargon)

## Understand the Patient's Perspective

20. Acknowledge pt's accomplishments/progress/challenges
21. Acknowledge waiting time
22. Express caring, concern, empathy
23. Maintain a respectful tone

## End the Encounter

24. Ask if there is anything else pt would like to discuss
25. Review next steps with pt

# یک سناریو

- به دنبال آنژیوگرافی یک بیمار متوجه درگیری وسیع عروق کرونر می شوید.
- بیمار کاندید جراحی قلب باز است.
- چگونه به بیمار اطلاع می دهید؟

# Six Steps for Breaking Bad News

**S**etting up the interview

**P**erception of the patient illness

**I**nvitation from patient to share info

**K**nowledge and Information conveyed

**E**motions responded to empathically

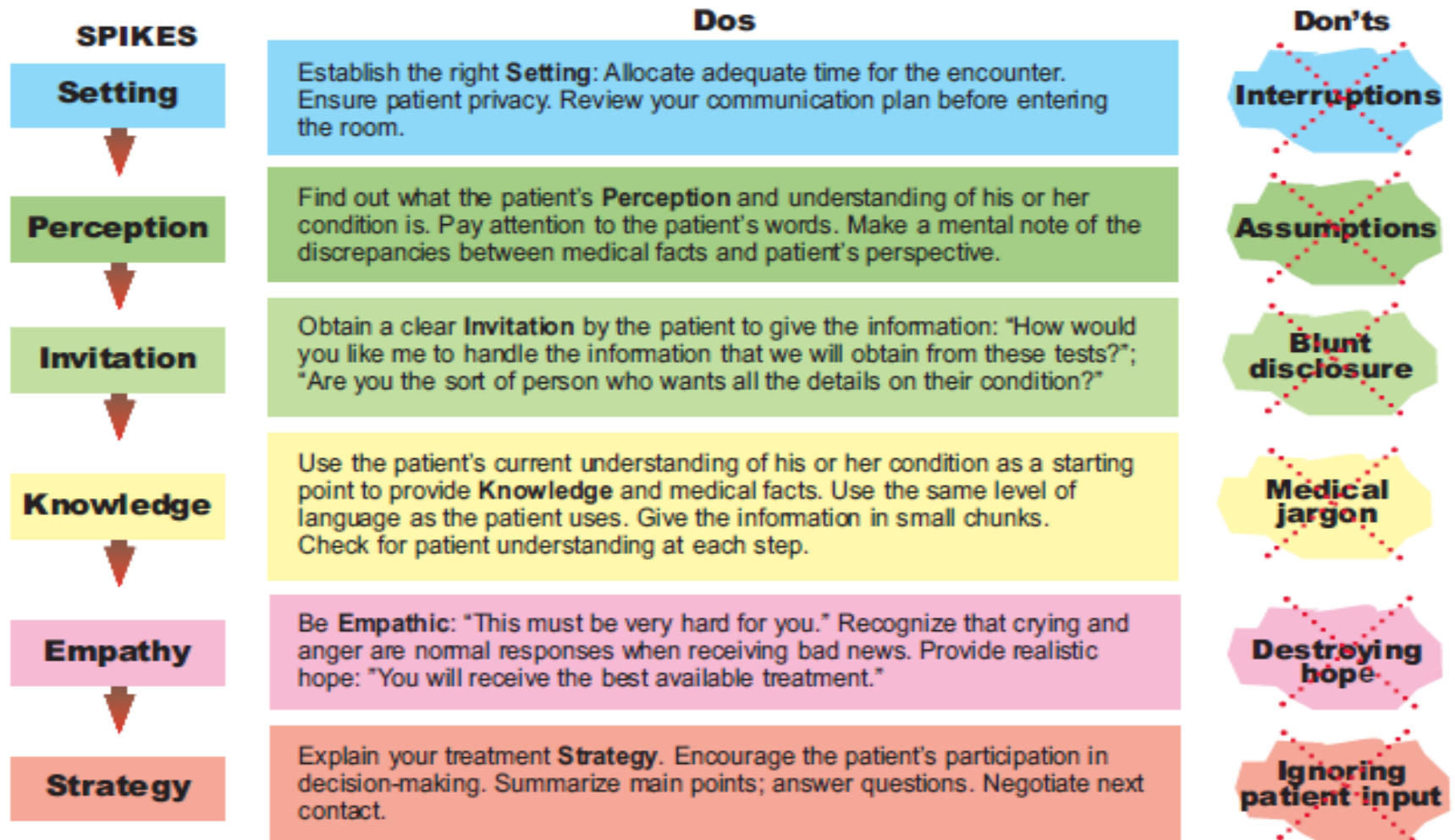
**S**ummary and Strategy for follow-up

# SPIKES Model

- Six steps
  - S – **S**etting up the interview
  - P – assessing the patients **P**erception
  - I – obtaining the patients **I**nvitation
  - K – giving **K**nowledge
  - E – addressing **E**motions
  - S – Strategy and **S**ummary

# SPIKES: A Six-Step Protocol for Breaking Bad News

Renato Lenzi, MD



1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. *Oncologist* 5:302, 2000.