

مدیریت مطب دندانپزشکی

دکتر محمود عاقل^۱، دکتر سارا عاقل^۲

۱-عضوهیئت علمی بخش پروتز ثابت دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد

۲-استادیار بخش بیماری های دهان فک و صورت دانشکده دندانپزشکی پردیس بین الملل تهران

ارتباط مؤثر

Orta و همکاران گزارش کردند، در نظر خواهی از جراحان ارتوپدیک، ۷۵ درصد آنها باور داشتند که ارتباط قابل قبولی را با بیمارانشان داشتند. اما تنها ۲۱ درصد بیماران ارتباط رضایتمندی را با پزشکانشان گزارش کردند. نظر خواهی از بیماران به طور هماهنگ و منظمی نشان میدهد که آنها ارتباط بهتری را با پزشکانشان مطالبه می کنند.^(۷) تاریخ اصول پزشکی بیمار محور (patient Centered Medicine) به مدرسه یونان باستان باز می گردد. با این حال P.C. Medicine همیشه به صورت معمول نبوده. برای مثال: در سال ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ بیشتر پزشکان، آشکار کردن خبر بد را به بیمار، غیر انسانی و مضر میدانستند، اخیراً مدل پزشکی از حالت پدر مآبانه (paternalism) به خود محوری (individualism) تغییر کرده و تبادل اطلاعات، مدل غالب ارتباطی است و موجب مدل اخیر بیمار محور شده است.^(۵)

فواید ارتباط مؤثر:

ارتباط مؤثر پزشک و بیمار یک اصل محوری است و ارتباط حاصل شده هنر و علم پزشکی در ارائه مراقبت سلامت است. سه هدف اصلی ارتباط پزشک و بیمار شامل:

الف - ایجاد یک ارتباط inter personal مناسب

ب - تسهیل تبادل اطلاعات

پ - دخالت دادن بیمار در تصمیم گیری ها

ارتباط مؤثر پزشک و بیمار با رفتار بالینی پزشکان نسبت به بیماران تعیین می شود که بیماران بعنوان عوامل اصلی در مورد توانمندی کلی پزشکان قضاوت می کنند.^(۳،۱)

بین پزشک و بیمار، محور اصلی ایجاد ارتباط، درمانی است که هنر و علم پزشکی است. این مسئله در ارائه مراقبت سلامت با کیفیت بالا حائز اهمیت است.^(۱) بسیاری از پزشکان تمایل دارند تا توانایی شان را در ارتباط مبالغه کنند (بیش از حد بها دهند). در طی سالها، در مورد این موضوع مهم مقالات بسیاری چاپ شده است اما تناقضات همچنان ادامه دارد.^(۲) طبابت هنری است که توانایی شگفت انگیزش، به خاطر در دست داشتن جنبه های ارتباطی بین پزشک و بیمار از گذشته شناخته شده است.^(۳)

ارتباط پزشک و مهارت های فردی شامل، توانایی جمع آوری اطلاعات به هدف تسهیل تشخیص دقیق، راهنمایی مناسب، ارائه دستورالعمل های درمانی، و برقراری ارتباط دوستانه و با محبت به بیماران است.^(۴)

مهارت های ارتباطی پایه به تنهایی برای ایجاد و پایدار بودن ارتباط درمانی موفق پزشک و بیمار کافی نیست که این ارتباط شامل:

درک و احساس مشترک در مورد ماهیت مشکل، اهداف درمانی و حمایت روانی اجتماعی است و ارتباط مناسب مخلوطی از هر دوروش بیمار محور و پزشک محور است.^(۵)

هدف نهایی هر ارتباط پزشک و بیمار، بهبود سلامت بیمار و مراقبت پزشکی است. مطالعات در مورد ارتباط پزشک و بیمار نشان داده اند که حتی وقتی بسیاری پزشکان ارتباط را کافی یا حتی عالی می دانند، بیمار ناراضی است.^(۶)

مشکلاتی در طرح درمان می شود. بعلاوه رضایت بیمار رانیز کاهش میدهد.^(۵)

Hall و همکاران گزارش کردند که بیماران اغلب پزشک شان را بعنوان یکی از مهم ترین منابع حمایت های روحی - روانی تلقی می کنند و همدلی یکی از قویترین راهها برای کاهش احساس بیمار از تنهایی است.^(۱)

مطالعات نشان داده است که آموزش مهارتهای ارتباطی می تواند ارتباط پزشک و بیمار را بهبود بخشد، که این مهارتها قابل یادگیری است و انگیزه کافی برای آموزش و یادگیری نیاز است. با این حال ، رفتارهای بهبود یافته ممکن است طی زمان از بین برود. بنابراین مهم است که مهارت ها تمرین شود.^(۷)

ارتباط گروهی

ارتباط گروهی یک ارتباط دینامیک و متقابل است که شامل تبادل اطلاعات دو طرفه است.^(۱،۲)

در جهان ایده آل ، پزشکان باید برای تأمین بهترین مراقبت با بیمارانشان همکاری داشته باشند از آنجائی که پزشکان تمایل دارند با یک ارزیابی سریع تصمیم گیری کنند ، ممکن است دچار سوءگیری (bias) شوند، به همین دلیل نیاز است که پزشکان زمان صرف کنند یا فرصتی را برای گفتگو و پیشنهاد انتخاب های درمانی به بیماران بدهند و مسئولیت را با بیمار تقسیم کنند.^(۴)

تبادل اطلاعات اگر موفق باشد باعث کاهش نگرانی ها می گردد و توضیحات در مورد روش های درمانی نیز متعادل می شود و shared decision making امکان پذیر می شود.^(۵)

در این روش، پزشک زمینه گفتگو با بیماران را تسهیل می کند ، روشهای درمانی ارزیابی می شود و نیاز بیمار سنجیده می شود تا اینکه به یک پروتکل استاندارد برسد.

روشهای مراقبت، نیازمند همکاری بین پزشک و بیمار است، و انتظارات بیمار باید مد نظر باشد.^(۶)

Conflict Management

conflict اغلب یک موقعیت چالش انگیزی است چون میتواند ایجاد احساس ناتوانی ، ناامیدی ، پریشانی ، خشم ، تردید ، شکست یا ناراحتی کند.^(۶)

این ارتباط مناسب ، موجب درک بهتر نیازهای بیمار و اطلاعات پزشکی نیز میگردد.^(۵)

بیمارانی که ارتباط خوبی با پزشکشان دارند از درمانشان راضی تر هستند ، توصیه های پزشک را دنبال می کنند و از درمان تجویز شده نیز تبعیت می کنند.^(۶)

موافقت بیمار با پزشک در درک نیاز به follow up قویاً با بهبودی بیمار در ارتباط است .

نتایج بیمار محور ،هم برای بیمار هم برای پزشک رضایت بخش است . بیماران راضی برای پزشکشان سودمند هستند، که این خودبه مفهوم رضایت شغلی بیشتر ، کاهش استرس و خستگی کمتر خواهد بود.^(۵)

موانع زیادی برای ارتباط مناسب پزشک و بیمار وجود دارد از جمله آنها ، ترس ، نگرانی بیمار ، فشار کاری پزشک ، ترس از شکایت ، ترس از سوء استفاده (abuse) کلامی یا فیزیکی و انتظارات غیرواقعی بیمار است.

گزارشاتی نشان می دهد که پزشکان از گفتگو در مورد مشکلات بیمار خودداری می کنند زیرا یا تصور می کنند موجب رنجش بیمار می شود و اثرات اجتماعی مضر خواهد داشت و یا نمی توانند این مشکلات را حل کنند یا زمان کافی را برای حل مشکل ندارند . این وضعیت به صورت منفی احساسات پزشک را تحت تاثیر قرار داده و ناراحتی بیمار را نیز افزایش می دهد. این نوع رفتار پزشک موجب می شود که بیماران مشکلاتشان را ابراز نکنند که خود باعث تاخیر در بهبودی خواهد شد.^(۶)

استراتژی هایی برای بهبود مهارت های ارتباطی

بهبود ارتباط پزشک و بیمار باعث مشارکت بیشتر بیمار و پیروی بهتر از درمان می شود. عوامل مهم در بهبود این ارتباط شامل : درک نظرات بیمار، دادن اطلاعات و آگاهی از انتظارات بیمار است.^(۷)

Miscommunication ، ارتباط نادرست پزشک و بیمار است که مانع از درک صحیح بیمار ، انتظارات درمانی یا

تحقیق بالینی، پیشرفتهایی را در تعیین بهترین درمان هدایت خواهد کرد.

رضایت، یک مفهوم پیچیده ای است با تعیین کننده های زیاد و به عنوان نتیجه نهایی ارائه سرویسهای مراقبت سلامت استفاده می شود، بعلاوه این که بعنوان نماینده ای برای سلامت است و درجه بندی آن اطلاعات مفیدی راجع به ساختار درمان و نتایج مراقبت فراهم می کند.

بیمارانی که پروسه های درمانی خوبی را تجربه کردند و نتایج آن نیز رضایت بخش بوده، احتمالاً به حفظ ارتباط با پزشکشان ادامه خواهند داد.

نتیجه گیری:

بیمار اهمیت نمی دهد که شما چقدر می دانید تا زمانی که بدانند شما چقدر توجه می کنید.

ارتباط پزشک و بیمار جزء اصلی پروسه مراقبت سلامت است.

بقراط پیشنهاد کرد که پزشکان در سلامت بیماران تاثیر گذار هستند.

ارتباط مؤثر پزشک و بیمار می تواند به عنوان منبعی برای انگیزه و حمایت روحی- روانی باشد.

برای جلوگیری از این حالت پزشک باید این احساسات را بشناسد و مهارتها را توسعه دهد و باعث شود مشکلات ارتباطی به موفقیت بالینی تبدیل گردد.^(۵)

علاوه بر حداقل کردن رفتار اجتنابی، که خود باعث جلوگیری از بیان نظرات بیمار می شود، ارتباط مؤثر پزشک و بیمار باید شامل گفتگو تاثیر گذار و درک نظرات هر دو طرف باشد.^(۱)

Health Beliefs

باورها و ارزشها بر ارتباط متقابل پزشک و بیمار اثر دارد. باورهای مختلف میتواند مراقبت سلامت را از طریق درمانهای رقابتی و ترس از سیستم مراقبت سلامت و یا اعتقاد نداشتن به درمانهای تجویز شده تحت تاثیر قرار گیرد. این ضعف در درک ممکن است اثر منفی را بر تصمیم های درمانی داشته باشد، بنابراین ممکن است نتایج بیمار را علیرغم درمان مناسب تحت تاثیر قرار دهد. با این حال پزشکان از یک مدل بیومدیکال استفاده می کنند تا بیماری را تشخیص دهند. در جایی که ارزشها و باورهای بیمار توسط عوامل اجتماعی، رفتاری، بیولوژی یا آناتومی تحت تاثیر قرار می گیرد.^(۲،۳)

ارتباط مناسب پزشک و بیمار برای به دست آوردن درک زمینه اجتماعی بیمار، انتظارات و تجربه بیمار استفاده می شود. آگاهی مؤثر پزشک و احترام به نظر بیمار در انتخاب روشهای درمانی مؤثر است.

محدودیت ها و دستورالعملهای آینده

ارتباط خوب پزشک و بیمار می تواند رضایت شغلی را افزایش دهد و اعتماد به نفس بیمار، انگیزه و دید مثبت به وضعیت سلامت را تقویت کند که روی سلامتی بیماران نیز مؤثر است.^(۲)

بیشتر شکایات در باره پزشکان مرتبط با مشکلات ارتباطی است، نه شایستگی بالینی آنها. بیماران، پزشکانی را می خواهند که ماهرانه تشخیص دهند و بیماری شان را درمان کنند و با آنها بطور مؤثری ارتباط برقرار کنند.^(۳،۴)

پزشکان با ارتباط بهتر و مهارتهای فردی قادر به تشخیص سریع تر مشکلات بوده و میتوانند بیماران را بهتر حمایت کنند. این مسئله منجر به نتایج با کیفیت بالا و رضایت بیشتر، هزینه کمتر مراقبت و تبعیت بیشتر از پروسه درمانی می گردد.

References:

1. Hall J. A., Roter D. L., Rand C. S. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav.* 1981;22((1)):18-30.
2. Duffy F. D., Gordon G. H., Whelan G., et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004;79((6)):495-507.
3. van Zanten M., Boulet J. R., McKinley D. W., DeChamplain A., Jobe A. C. Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam (USMLE) Step 2 Clinical Skills (CS) Exam. *Acad Med.* 2007;82((10 Suppl)):S65-S68.
4. Brédart A., Bouleuc C., Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 2005;17((14)):351-354.
5. Brinkman W. B., Geraghty S. R., Lanphear B. P., et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc.* 2007;161((1)):44-49.
6. Henrdon J., Pollick K. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84-A((2)):309-315.
7. Arora N. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57((5)):791-806.