

## تجارب بیماران از برخورد های حرفه ای پزشک معالج خود در طول مدت بستری در بیمارستان

نسرین فیروزآبادی<sup>۱</sup>، دکتر نیکو یمانی<sup>۲</sup>، دکتر طاهره چنگیز<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** یکی از مهم ترین جنبه های ارائه خدمات سلامت، رفتارهای حرفه ای پزشکان در مواجهه با بیمار است که تأثیر بسزایی در روند درمان وی خواهد داشت. کسب اطلاع از ابعاد این رفتارها برای برنامه ریزی های آموزشی و مدیریتی در محیط بالینی ضروری است. هدف مطالعه حاضر، تبیین ابعاد مختلف برخوردهای حرفه ای پزشک معالج از طریق استخراج نظرات و بررسی عمیق تجارب بیماران بود.

**روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی بود که در سال ۱۳۹۰ در اصفهان انجام شد. جامعه مورد تحقیق، بیماران بستری در بخش های داخلی و جراحی دو بیمارستان آموزشی بودند. نمونه گیری مبتنی بر هدف تا رسیدن به اشباع اطلاعات در محیط تحقیق انجام پذیرفت. جمع آوری اطلاعات پس از اخذ رضایت آگاهانه از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند با استفاده از راهنمای مصاحبه صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها در ۱۷ مصاحبه انجام شده به روش تجزیه و تحلیل محتوا و استخراج درون مایه انجام پذیرفت.

**یافته ها:** تحلیل داده های مطالعه کیفی، منجر به استخراج ۳۳۳ کد در ۴ طبقه اصلی و ۱۹ طبقه فرعی گردید. ۴ طبقه اصلی شامل ارتباط پزشک با بیمار با ۵ طبقه فرعی، انتظارات حرفه با ۹ طبقه فرعی، دیدگاه انسانی پزشک به بیمار با ۲ طبقه فرعی و صفات عالی پزشک با ۳ طبقه فرعی بود.

**نتیجه گیری:** از یافته های این پژوهش با استخراج یک سری مفاهیم واقعی در خصوص تجارب مثبت و منفی بیماران در خصوص نحوه برخورد پزشک معالج در محیط بالین می توان از نیازهای روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی بیماران به طور عمیق اطلاع حاصل نمود و از آن ها در فرایند برنامه ریزی درسی و ارزشیابی خدمات بهداشتی - درمانی جهت ارائه خدمات مطلوب به بیماران بهره گرفت.

**واژگان کلیدی:** تجارب بیماران، برخوردهای حرفه ای، حرفه ای گری، پزشک معالج

**ارجاع:** فیروزآبادی نسرین، یمانی نیکو، چنگیز طاهره. تجارب بیماران از برخوردهای حرفه ای پزشک معالج خود در طول مدت بستری در بیمارستان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۱؛ ۳۰ (۲۲۰): ۲۳۹۱-۲۳۷۶

در مراکز بهداشتی - درمانی، بیماران می باشند، توجه به نقطه نظرات، دیدگاه و تجارب آن ها در هنگام برنامه ریزی و ارزشیابی خدمات حق آن ها است (۱). شرط بقای یک مرکز درمانی، با هدف مشتری مداری،

#### مقدمه

رسالت بهداشت و درمان، ارائه خدمات مطلوب و مورد نیاز برای تأمین سلامتی افراد جامعه می باشد. در همین راستا و از آن جایی که مهم ترین کانون توجه

- ۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- استادیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات علوم آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: yamani@edc.mui.ac.ir

نویسنده مسؤل: دکتر نیکو یمانی

فارغ‌التحصیلان آموزش پزشکی، اسناد شورای پزشکی عمومی انگلستان، انجمن پزشکی انگلیس (BMA یا British Medical Association)، سازمان بهداشت جهانی و شورای اعتباربخشی برنامه‌های دستیاری (Accreditation Council for Graduate Medical Education) همگی بر رعایت رفتارهای حرفه‌ای تأکید کرده و رعایت آن را ملزم دانسته‌اند (۴-۶). نتایج رعایت رفتارهای حرفه‌ای و ارتباط خوب پزشک و بیمار با کاربرد مهارت‌های ارتباطی مؤثر، منجر به رضایتمندی بیمار و کسب نتایج بهتر از درمان (Health outcome) در وی می‌گردد (۷).

با توجه به نقش غالب پزشکان در تیم درمان که به درست یا غلط به عنوان سنت تاریخی در نظام درمانی ما پذیرفته شده است و تأثیرگذاری پزشکان بر کل نظام درمانی، عنایت ویژه‌ی این گروه از تیم سلامت نسبت به رفتارهای حرفه‌ای می‌تواند در اصلاح رفتارهای سایر اعضای تیم نیز مؤثر واقع شود. متأسفانه تاریخچه‌ی حرفه‌ی پزشکی همواره تحت حاکمیت مطلق پزشک بوده است و به نیازهای بیمار یا توجهی نمی‌شد یا این توجه بسیار کم بوده است. افخم ابراهیمی و همکاران در یک تحقیق کیفی تحت عنوان انتظارات و رضایت بیماران از پزشک معالج خود نقل می‌کند که مطالعات متعددی بیانگر این موضوع هستند که بیماران هنگام ملاقات با پزشک خود درگیری فکری خاصی دارند که مایل هستند در مورد آن مشکل به خصوص و علت بیماری، شدت و پیش‌آگهی آن و اقدامات لازم از نظر بیمار با پزشک خود گفتگو کنند. آن چه در فکر بیمار می‌گذرد، اغلب با فکر پزشک متفاوت است و نادیده گرفته می‌شود و موجب کاهش رضایت بیماران می‌گردد (۸).

تعیین نیازها و خواسته‌های مشتری جهت جلب رضایت بیش از پیش آنان است. به دلیل این امر مهم، بند اول فرم رضایتمندی بیماران ۲۰۰۰-۹۰۰۱ Iso به نحوی برخورد کادر پزشکی اختصاص یافته است و این امر اهمیت رفتار حرفه‌ای را مشخص می‌سازد (۲). از سوی دیگر، جامعه از پزشک انتظار دارد علاوه بر تسلط بر مهارت‌های پزشکی، به صورت حرفه‌ای و اخلاقی با گیرندگان خدمت برخورد کند. پزشک باید سعی کند تا ارزش‌های حرفه‌ای‌گری (Professionalism) را کسب نماید. این ارزش‌ها شامل مقدم دانستن نیاز بیماران نسبت به نیاز خود، پاسخ‌گویی به نیازهای جامعه، حفظ تعهد به دانش‌پژوهی، توجه به رفاه بیماران و پای‌بندی به رعایت اصول انسان‌گرایانه جهت ایجاد یک رابطه‌ی مناسب بین خود و بیمار می‌باشد (۳). در انگلستان با توجه به نیازی که برای تبیین استانداردهای حرفه‌ای پزشکی وجود داشت، شورای پزشکی عمومی (General Medical Council) انگلیس در اکتبر ۱۹۹۵ کتابچه‌ای را منتشر نمود که بر اساس آن اهم وظایف یک پزشک و خصوصیات رفتارهای حرفه‌ای نسبت به بیمار عبارت از احترام به حق بیماران در مورد تصمیم‌گیری برای مراقبت خود، راستگو و قابل اعتماد بودن پزشک، احترام به غرور و حریم شخصی بیمار، گوش دادن به صحبت‌های بیمار، ارائه‌ی اطلاعات در حد فهم بیمار، به روز نگهداشتن اطلاعات و مهارت‌های حرفه‌ای و همکاری با سایر اعضای تیم درمان جهت رفع نیازهای بیمار بود (۴). قوانین حمورابی در ۱۷۹۰ سال قبل از میلاد مسیح، سوگندنامه‌ی بقراط، بیانیه‌ی ژنو در سال ۱۹۴۷، مصوبات شورای اعتباربخشی

مورد نظر، یعنی تجارب بیمار از برخوردهای حرفه‌ای پزشک خود و تعاملات دو طرفه به صورت عینی پی ببرند که بتوانند از درون‌مایه‌های موجود، به عنوان نیازهای اساسی بیماران در برنامه‌ریزی و ارزشیابی ارائه‌ی خدمات در سیستم‌های بهداشتی-درمانی استفاده کنند. سؤال محوری این مطالعه «توصیف تجارب بیماران در ارتباط با نحوه‌ی برخورد حرفه‌ای پزشکان با آنان در طول مدت بستری در بیمارستان چیست؟» بود.

### روش‌ها

این مطالعه از نوع کیفی بود که توصیفی جامع از تجربه‌ی بیماران در مورد رفتار و برخوردهای حرفه‌ای پزشک معالج خود در طول دوران بستری در بیمارستان را آشکار ساخت. یکی از دلایل عمده‌ی انجام پژوهش به روش کیفی، نبودن پیشینه‌ی پژوهشی مناسب از تجارب متنوع بیماران از رفتارهای حرفه‌ای پزشک معالج خود بود.

زمان انجام مطالعه در سال ۱۳۹۰ و جامعه‌ی مورد تحقیق، بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی دو بیمارستان آموزشی در اصفهان بود. حال عمومی رضایت بخش شرکت‌کنندگان، سابقه‌ی بستری به طور متوسط ۴ روز در بیمارستان، علاقمندی به همکاری با محقق و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، معیارهای ورود به مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف شرکت‌کنندگان، ترخیص با رضایت شخصی در حین تحقیق، خستگی ناشی از مصاحبه و فوت بیماران بود. نمونه‌گیری مطالعه به صورت مبتنی بر هدف یا هدفمند (Purposeful sampling) تا رسیدن به اشباع داده‌ها

به نظر می‌رسد در نظام سلامت، رابطه‌ی مناسبی بین پزشک و بیمار وجود ندارد و رفتارهای حرفه‌ای‌گری به صورت کامل رعایت نمی‌شود. مطالعه‌ی مؤمنی در تهران ذکر می‌کند که مهم‌ترین مشکلات و اختلافات میان پزشک و بیمار در مهارت‌های ارتباطی می‌باشد (۹).

در تحقیقی که توسط کلروزی و همکاران در تهران انجام شد، نشان داده شد که ۸ درصد بیماران از عملکرد پزشکان در خصوص رعایت حقوق آن‌ها ناراضی بودند. بیماران اظهار داشتند که یکی از عوامل مؤثر در ایجاد آرامش خاطر آن‌ها در زمان بستری در بیمارستان، میزان توجه و احترام کارکنان درمان به بیماران می‌باشد (۱۰). با وجود به اجرا در آمدن منشور حقوق بیمار در اکثر کشورها، به خصوص در کشورهای اروپای شرقی به نقطه نظرات بیمار توجهی نمی‌شود و بیماران به طور کامل به اطلاعات مورد نیاز خود دسترسی ندارند و شکاف‌هایی در فرایند ارتباط بین پزشک و بیمار وجود دارد (۱۱).

در یک مطالعه‌ی کیفی، Wofford و همکاران که در دانشکده‌ی پزشکی کارولینای شمالی در مورد بررسی شکایت بیماران از رفتارهای حرفه‌ای پزشک معالج خود انجام شده بود، شکایات بیماران در هفت مقوله‌ی بی‌احترامی، برآورده نکردن انتظارات درمانی، دادن اطلاعات ناکافی به بیمار، عدم دسترسی به پزشک، عدم ارتباط بین حرفه‌ای، ندادن اطلاعات و بی‌اعتمادی بود (۱۲).

با توجه به اهمیت نقش بیمار در مشخص نمودن نیازهای واقعی خود از برخوردهای حرفه‌ای پزشک در بیمارستان، محققین بر آن شدند تا در این راستا با انجام تحقیق به صورت کیفی به فهم عمیق پدیده‌ی

در محیط تحقیق مربوط انجام پذیرفت. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به این معنا بود که مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، در زمینه‌ی موضوع پژوهش «برخوردهای حرفه‌ای پزشک معالج» تجربه داشتند و مایل به در اختیار گذاشتن تجارب خود بودند. در این نمونه‌گیری برای دستیابی به اطلاعات به صورت عمقی و غنی، پژوهشگر مشارکت‌کنندگان یا واحدهای نمونه را بر اساس معیارهای از پیش تعیین شده گزینش نمود. این بیماران افراد مطلع از فرایند پیش‌گفته بودند و می‌توانستند به کمک واژه‌ها و مفاهیم، تصویری شفاف و عمیق در مورد رفتار حرفه‌ای پزشک ارائه دهند (۱۳).

به طور کلی، تعداد نمونه در این تحقیق کیفی ۱۷ نمونه بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها (Data saturation) ادامه یافت؛ به این معنی که با ادامه‌ی جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های قبلی تکرار شدند و داده‌های جدیدی به دست نیامد. راهنمای مصاحبه با سؤال پژوهشی باز و کلی در راستای هدف پژوهش یعنی «توصیف تجارب بیماران در ارتباط با نحوه‌ی برخورد حرفه‌ای پزشکان با آنان در طول مدت بستری در بیمارستان چیست؟» تنظیم گردید.

روش جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختاردار (Semi-structured interview) با استفاده از راهنمای مصاحبه بود. مصاحبه در اتاق انفرادی در بخش مربوطه با فراهم آوردن تخت و اطمینان از دمای مناسب اتاق صورت گرفت تا حریم خصوصی بیمار رعایت گردد و پاسخ‌گویی به سؤالات در محیط کم استرس صورت گیرد. قبل از شروع مصاحبه در مورد هدف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و عدم افشای نام آن‌ها و ضبط مصاحبه

برای بیماران توضیح داده شد و در صورت تمایل آنان برای شرکت در این مطالعه، رضایت‌نامه تکمیل گردید. هر مصاحبه ۶۰-۳۰ دقیقه به طول انجامید. در ارتباط با زمان مناسب جهت مصاحبه با مسئولین بخش و شیفت هماهنگی لازم به عمل می‌آمد تا در ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی خللی ایجاد نکند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تجزیه و تحلیل محتوا (Content analysis) و استخراج درون‌مایه مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل محتوا یک روش پژوهش برای تفسیر داده‌های متنی از طریق فرایند کدگذاری، طبقه‌بندی و شناسایی درون‌مایه‌ها و الگوها است (۱۴). با توجه به رویکردهای مختلف تحلیل داده‌های متنی، در مطالعه‌ی حاضر با استفاده از رویکرد قراردادی (Conventional approach)، متن مصاحبه‌ها مورد تحلیل قرار گرفت؛ چرا که هیچ پیش زمینه‌ای نسبت به کدها و طبقات وجود نداشت. کدها و طبقات در طی تحلیل داده‌ها تعریف شد و به طور مستقیم از داده‌های متنی استخراج گردید (۱۵). در این پژوهش متن مصاحبه‌ها به طور کامل ضبط گردید. مصاحبه‌ها کلمه به کلمه و بدون کم و کاست بر روی کاغذ پیاده شد. ابتدا جهت هم‌احساس شدن با شرکت‌کنندگان و کسب فهم عمیق‌تر از تجارب آنان، همه‌ی مطالب مصاحبه‌ها به دقت خوانده شد و عبارات مهم استخراج گردید. در مرحله‌ی بعد معانی به صورت کد یادداشت شد. در ادامه‌ی کار کدها به صورت دسته‌هایی سازمان‌دهی گردید. برای انجام این کار از نرم‌افزار ۲۰۱۰ One note استفاده شد. تحلیل داده‌ها بعد از اولین مصاحبه و تحت نظارت یک فرد با تجربه در مطالعه‌ی کیفی آغاز گردید و تا آخرین مصاحبه ادامه یافت.

تمام جزئیات تحقیق به طور کامل شرح داده شود تا خواننده‌ی مقاله نسبت به تعمیم‌پذیری نتایج قضاوت کند (۱۶-۱۷).

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۷ زن و ۱۰ مرد با میانگین سنی ۴۳ سال و سطح تحصیلات متغیر از بی‌سواد تا مقطع کارشناسی انتخاب شدند. ۸ نفر از آن‌ها روستایی و ۹ نفر شهری بودند. میانگین روزهای بستری افراد مود مطالعه ۵/۷ روز بود. مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ با علامت P (Participant) تعریف شده‌اند. اطلاعات ۱۷ مشارکت‌کننده از شماره‌ی P۱ تا P۱۷ در دسترس می‌باشد.

صحت و دقت (Trustworthiness and rigor) داده‌ها در چهار محور مقبولیت (Credibility)، قابلیت تأیید (Dependability)، قابلیت اعتماد (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) مورد ارزیابی قرار گرفت. برای بررسی مقبولیت، متن مصاحبه‌ها به شرکت‌کنندگان ارجاع داده شد و موثق بودن آن‌ها به دست آمد و به تأیید آنان رسید. همچنین برای قابلیت تأیید و قابلیت اعتماد مطالعه از یک ناظر خارجی مسلط به تحقیق کیفی استفاده شد که به مواردی از قبیل نوارهای مصاحبه، متون پیاده شده، یادداشت‌ها، داده‌های تحلیل شده، معانی استخراج شده، کدها و تم‌ها دسترسی داشت. در مورد انتقال‌پذیری در این مطالعه سعی گردید که

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه‌ی کیفی

بیماران	سن (سال)	جنس	تحصیلات	شغل	وضعیت تأهل	تعداد فرزند	تشخیص	روزهای بستری
P۱	۶۰	زن	ابتدایی	خانه‌دار	متاهل	۷	کوله‌سیستیت	۶
P۲	۳۷	زن	بی‌سواد	خانه‌دار	بیوه	۱	سرطان پانکراس	۶
P۳	۲۶	مرد	دیپلم	راننده	متاهل	۱	فیستول روده	۵
P۴	۳۲	زن	سیکل	خانه‌دار	متاهل	۳	سر درد	۴
P۵	۳۰	مرد	کارشناس	مدیر	مجرد	-	گلین‌باره	۴
P۶	۲۵	زن	دیپلم	خانه‌دار	مجرد	-	آندوکاردیت	۶
P۷	۵۳	مرد	ششم	بازنشسته	متاهل	۶	سرطان آنال	۱۰
P۸	۳۲	زن	سیکل	خانه‌دار	متاهل	۲	نارسایی میترا	۶
P۹	۵۷	زن	بی‌سواد	خانه‌دار	متاهل	۳	درگیری هر سه رگ کرونر	۷
P۱۰	۳۰	زن	کارشناس	دانشجو	مجرد	-	گلین‌باره	۱۰
P۱۱	۵۹	مرد	سیکل	مکانیک	متاهل	-	سکته‌ی مغزی	۴
P۱۲	۶۰	مرد	دیپلم	بازنشسته	متاهل	۶	گلین‌باره	۴
P۱۳	۴۸	مرد	ابتدایی	کارگر	متاهل	۴	پیوند عروق کرونر	۴
P۱۴	۴۱	مرد	راهنمایی	کشاورز	متاهل	۲	پیوند عروق کرونر	۲
P۱۵	۴۲	مرد	دیپلم	معاون	متاهل	-	پیوند عروق کرونر	۸
P۱۶	۴۱	مرد	ابتدایی	مکانیک	متاهل	۲	آنورسم پا	۱۰
P۱۷	۵۵	مرد	ابتدایی	راننده	متاهل	۵	پلی‌نوروپاتی	۴

مشارکت‌کنندگان (بیماران) شرح داده می‌شود.

### ارتباط پزشک با بیمار

این تم دارای ۵ زیر طبقه‌ی اصلی اعتماد، صمیمیت، صبر و حوصله، نحوه‌ی ارتباط با بیمار و مواجهه‌ی پزشک با بیمار بود. صبر و حوصله یکی از موارد بسیار مهمی بود که تمامی شرکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند؛ چرا که در روند تشخیص، درمان و پاسخ‌گویی به سؤالات آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. تجاربی مثبت و منفی در خصوص صبر و حوصله‌ی پزشک گزارش گردید.

برخی از موارد مثبت شاخص عبارت از صبر و حوصله در برخورد با بیمار، قشنگ جواب دادن به سؤالات بیمار، شنیدن فعال صحبت‌های بیمار هنگام ویزیت و خوب صحبت کردن با بیمار بود.

بعضی از موارد منفی نیز شامل بی‌ظرفیتی، عدم تحمل در شنیدن صحبت بیمار و عجله کردن در طبابت بود. نقل قول شرکت‌کنندگان این موضوع را تأیید می‌کند. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ شنیدن فعال صحبت‌های بیمار و داشتن حوصله در پاسخ به سؤالات بیمار را ناشی از صبر و حوصله پزشک می‌داند.

«ازش سؤال می‌کنم، بعد قشنگ و با حوصله جوابم را می‌ده. مثلاً بهش می‌گم، جواب آزمایش کی می‌آد؟ می‌گه یک هفته دیگه می‌آد. می‌گم کی مرخص می‌شم؟ می‌گه ۱ یا ۲ روز دیگه مرخص می‌شی... این جور.»

یا شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ بی‌حوصلگی و عجله بودن پزشک را عاملی جهت عدم مشارکت بیمار در فرایند درمان، گوش ندادن به صحبت‌های بیمار و عدم اطلاع رسانی مناسب به وی ذکر می‌کند و طبابت را فقط ویزیت عجولانه و زدن مهر در

تحلیل داده‌های مطالعه‌ی کیفی در زمینه‌ی تجارب مثبت و منفی بیماران از برخوردهای حرفه‌ای پزشک معالج خود بعد از حذف موارد تکراری و ادغام موارد مشابه منجر به استخراج ۳۳۳ کد در ۴ طبقه یا تم اصلی گردید. این تم‌ها عبارت از «ارتباط پزشک با بیمار» با ۵ طبقه‌ی فرعی، «انتظارات حرفه» با ۹ طبقه‌ی فرعی، «دیدگاه انسانی پزشک به بیمار» با ۲ طبقه‌ی فرعی و «صفات عالی پزشک» با ۳ طبقه‌ی فرعی بود که به طور جداگانه در جدول ۲ نشان داده شده‌اند.

جدول ۲. طبقه بندی یافته‌ها در مطالعه کیفی

تم یا طبقه‌ی اصلی (درون‌مایه)	تم یا طبقه‌ی فرعی
ارتباط پزشک با بیمار	اعتماد
	صمیمیت
	صبر و حوصله
	نحوه‌ی ارتباط با بیمار
	مواجهه‌ی پزشک با بیمار
انتظارات حرفه	احترام
	آگاهی بخشی
	اولویت به بیمار
	تبحر پزشک
	تقویت قوای روحی بیمار
	حریم خصوصی
	صداقت
	مسئولیت‌پذیری
	مشارکت بیمار
دیدگاه انسانی پزشک	در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان
نسبت به بیمار	نداشتن دیدگاه ابزاری به بیمار
صفات عالی پزشک	ایثار
	تقدس
	عدالت

در این جا به ترتیب و اختصار هر تم اصلی و نمونه‌هایی از تم فرعی با ذکر نقل قول‌های

پرونده قلمداد می‌کند:

«یک حرفی که می‌زدی، می‌گفت: خانم صحبت نکن (با داد). من می‌خوام این دارو را بنویسم. تا ازش سؤال می‌کردی می‌گفتی این جوریه، می‌گفت: سؤال نکن. هی فقط مهرش زد که بره (عجله می‌کرد و به نیاز من توجه نمی‌کرد)». یکی از موارد مهم دیگر در این طبقه که تمامی شرکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند، نحوه برخورد با بیمار بود که تجارب شرکت‌کنندگان از یک اثر معجزه‌آسای نحوه برخورد مناسب پزشک مانند ارتقا در روند بهبودی بیمار و مدیریت استرس تا سلب اعتماد و عدم مراجعه‌ی بعدی به وی متغیر بود. این زیر طبقه شامل تجارب مثبت و منفی بود. برخی از تجارب مثبت شامل برخورد درست پزشک عامل رفع ترس بیمار از پزشک و محیط درمانی، معجزه‌ی برخورد خوب در مقایسه با دارو و صحبت کردن توأم با مهربانی با بیمار قبل از عمل جراحی بود. به عنوان مثال، تجربه‌ی شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۸ برخورد درست پزشک و امید دادن به وی را مهم‌ترین عامل رفع ترس بیمار از پزشک و محیط درمانی می‌داند.

«مثلاً دکتری که مثلاً همین دکتر... دکتر خودم و مثلاً میومد بالای سرم، خیلی مثلاً یک جوری برخورد می‌کرد که امید به من می‌داد. خیلی مثلاً، خودم اول از بیمارستان و دکتر می‌ترسیدم، که دیگه به خاطر برخورد خوب دکتر نمی‌ترسم».

برخی از تجارب منفی شامل عدم مراجعه‌ی بیمار به پزشک به علت برخورد نادرست پزشک، ایجاد نگرانی در همراه به علت شیوه‌ی نادرست برخورد پزشک، عصبانیت پزشک در برخورد با بیمار، همراه و پرستار بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی

۱۴ برخورد نامناسب پزشک با وی را عامل عدم مراجعه‌ی بعدی به پزشک می‌داند.

«هرچی می‌گن برو پیش دکتر دیگه عمرا نمی‌روم پیش دکتر. چون واقعاً برخوردش درست نبوده».

### انتظارات حرفه

این تم دارای نه زیر طبقه‌ی احترام، آگاهی‌بخشی، اولویت به بیمار، تبحر پزشک، تقویت قوای روحی بیمار، حریم خصوصی، صداقت، مسؤولیت‌پذیری و مشارکت بیمار بود.

در این تم تمامی شرکت‌کنندگان بر دو زیر طبقه‌ی آگاهی‌بخشی و مسؤولیت‌پذیری تأکید فراوانی داشتند. تجاربی مثبت و منفی در مورد این دو زیر طبقه گزارش گردید. برخی از موارد تجارب مثبت مطرح شده در مورد زیر طبقه‌ی آگاهی‌بخشی عبارت از ارائه‌ی توضیحات پزشک به بیمار در مواردی نظیر تشخیص بیماری، عدم نگرانی از نوع عمل و آمادگی قبل از عمل، عوارض عدم مصرف به وقت داروها، زمان ترخیص و مراجعه‌ی بعدی بیمار بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۹ توضیحات کامل پزشک در خصوص عوارض عدم مصرف به وقت داروها را این گونه بیان می‌کند.

«دکترم، مثلاً این داروها، دونه به دونه می‌گفت که اگر اینو دیر بخوری چه طور می‌شه، اگر اونو دیر بخوری چطور می‌شه».

برخی از تجارب منفی در این زیر طبقه شامل عدم آگاهی بیمار از حقوق خود در خصوص نحوه‌ی ویزیت پزشک، صحبت نکردن شفاف و در حد فهم بیمار توسط پزشک و ارائه‌ی توضیحات لازم در خصوص تشخیص بیماری، تعداد زیاد بیمار که مانع گذاشتن وقت کافی توسط پزشک جهت توضیح به

بیمار می‌گردد و ایجاد نگرانی در همراه بیمار به علت نحوه‌ی اطلاع‌رسانی به وی بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴ یکی از عوامل بازدارنده‌ی ارائه‌ی اطلاعات کافی به بیمار توسط پزشک را تعداد زیاد بیمار معرفی کرد که این امر مانع از اختصاص وقت کافی جهت ویزیت می‌گردد.

«خب به دکتر گفتم که حتی رگ‌های سرم می‌گیره، لرز می‌گیرم... مثلاً نمی‌شینن، توضیحات کامل نمی‌دن. خب پزشک که نمیداد این جا..... پزشک این قدر بیمار ریخته رو سرش که بیاد یک ساعت وقتش را بذاره برای من؟»

در ارتباط با زیر طبقه‌ی مسئولیت‌پذیری برخی تجارب مثبت مطرح شده عبارت از ویزیت روزانه‌ی پزشک و اختصاص وقت کافی جهت ویزیت، انجام کارها در حد توان توسط پزشک معالج بیمار و پیگیری مرتب وضعیت بیمار (جسمی، روحی، روانی و اقتصادی) بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۵ به حضور پزشک بر بالین بیمار در زمان عمل در بخش جراحی و یا بخش مراقبت‌های ویژه (ICU یا Intensive care unit) و در زمان انتقال به بخش جراحی و پیگیری منظم وضعیت بیمار اشاره کرد.

«هفت و نیم صبح بردن اتاق عمل، بیهوش کردن، دیگه بعد از بیهوشی ظاهراً آقای دکتر عمل رو شروع کرده بود و خدا و کیلی، با موفقیت به پایان رساند و در ICU که تحت مراقبت ویژه بودم، دوباره اومد بالای سرم و ویزیت کرد و روزی که باید منتقل می‌شدیم به بخش... و این جا هم روزی یک بار، می‌اومد ویزیت می‌کرد.»

برخی از تجارب منفی در این زیر طبقه شامل ویزیت سرسری، عدم ویزیت بیمار در تعطیلات،

بی‌خیالی پزشک در انجام درست وظایف خود، مرخصی رفتن پزشک با وجود قول قبلی مبنی بر انجام عمل جراحی و امتناع پزشک از معاینه‌ی بیمار به علت ترس از سرایت بیماری به وی. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰ عدم مسئولیت‌پذیری پزشک را به صورت عدم انجام ویزیت در تعطیلات و انجام ندادن معاینه توسط پزشک معالج را بیان می‌کند.

«من بیشتر از ۲ بار ایشون را ندیدم؛ چون که تو ۲ روز تعطیلی برخورد کرد، ایشون نیومدن سر من و امروز که روز شنبه بود اومدن و خب ایشون خودشون معاینه نکردند. من انتظار داشتم خودشون معاینه بکنند. یک دونه نمی‌دونم شاگرداشون بود، ایشون داشت معاینه می‌کرد.»

برخی از تجارب مثبت در خصوص زیر طبقه‌ی اولویت به بیمار عبارت از تسلط پزشک بر خستگی خویش و مقدم دانستن نیاز بیمار، در نظر گرفتن امید به زندگی بیمار جوان و در اولویت قرار دادن ایشان جهت آنژیوگرافی، توجه پزشک به نگرانی مادر به دلیل دوری از فرزندانش و پیگیری انجام سریع MRI جهت وی بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۹ ذکر می‌کند که پزشک با تسلط بر خستگی خویش به طور باور نکردنی نیازهای روحی بیمار را در اولویت کاری خود قرار داد و با لبخند، برخورد مناسب و رفتار صمیمانه مانند اعضای خانواده‌ی خودش از بیمار استقبال نمود که رعایت نکات ذکر شده منجر به تقویت روحیه‌ی بیمار و احساس بهبودی بیمار می‌شود که این تجربه با زیر طبقه‌ی ایثار هم‌پوشانی دارد.

«تا اومد برنامه‌ی Pacemaker آماده بشه و بیاد،



قرص آسپرین، انجام پانسمان بیمار توسط پزشک معالج، از خود گذشتگی پزشک در گرفتن پذیرش برای بستری بیمار در بیمارستان، توجه پزشک به کاهش هزینه‌ی بیمار و انجام عمل جراحی در بیمارستان دولتی به جای بیمارستان خصوصی مطرح گردید. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۱ از خود گذشتگی پزشک در گرفتن پذیرش برای بیمار توسط تماس تلفنی با بیمارستان و هماهنگی با پرسنل تیم درمان را با وجود شناخت قبلی بیمار بیان نمود و این کار پزشک را غیر قابل توصیف معرفی کرد.

«ایشون هم عفونت شدید شده بود ریه‌هاش و همه؛ واقعاً مث یه برادر زنگ زدن تا ایشون را تا ساعت ۱۱ شب این جا بستری کردن، با این که وظیفشون نبود برای ما پذیرش بگیرن».

یکی از موارد منفی درخواست زیر میزی از بیمار توسط پزشک بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱ توجه نکردن پزشک به سطح اجتماعی و اقتصادی بیمار و در نظر گرفتن منافع شخصی خود را بدین صورت بیان داشت:

«دکتر گفت: دو میلیون تومان به حساب بریزی. یک میلیون تومان زیر میزی بدهی که به دلیل نداشتن پول (با حقوق بازنشستگی) دکتر گفت: (با تمسخر) اگر می‌خواهی مفتی عمل شوی برو توی بیمارستان دیگه».

در زیر طبقه‌ی تقدس برخی تجارب مثبت شامل قایل شدن روح الهی برای پزشک توسط بیمار و اعتقاد به سوگندنامه‌ی پزشکی، عامل پیشرفت اخلاقی پزشکان در برخورد با بیمار و خلوص پزشک در درمان بیمار بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۴ رفتار معنوی پزشک را مقدم بر تبحر پزشک در انجام عمل جراحی درست می‌داند و روح

چطور شد؛ قند او مد سر مرز، چربیم بالا بود، خوب خوب شد. عمل کردم، عمل خیلی ازش راضی بودم. خیلی کار دکتر خوب بود. اصلاً خود دکتر بعد تعجب کرده بود. پیس.... با این جور خیلی شانست گرفته، موقعی هم که می‌رفتم مطبش، خدا وکیلی خانم، باور نمی‌کنید، خسته بود، هلاک بود، اما هر مریضی درو وا می‌کرد یک لبخندی می‌زد، اصلاً انگار از خستگی بی‌حال بود، اما یک لبخندی می‌زد، با مریض طوری برخورد می‌کرد که انگار بچه خودت؛ بهتر از بچه خودت؛ بهتر از بچه خودت، برخورد داشت، خیلی خوب برخورد داشت».

### دیدگاه انسانی پزشک به بیمار

این تم دارای دو زیر طبقه‌ی در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان و نداشتن دیدگاه ابزاری به بیمار بود. در زیر طبقه‌ی نداشتن دیدگاه ابزاری به بیمار تجربه‌ی منفی مشترک بین شرکت‌کنندگان شامل نگاه ابزاری به بیمار، احساس وسیله شدن برای یادگیری دانشجو و پنداشتن بیمار مانند یک عروسک بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۰ عدم توجه به احساسات بیمار توسط پزشک و احساس وسیله بودن بیمار را به عنوان ابزاری جهت پاسخگویی به نیازهای دانشجویان در فرایند یاددهی - یادگیری ذکر کرد و تدریس پزشک را مقدم بر رسیدگی به بیمار می‌پنداشت. «شاید در حدود ۶، ۷ تا شاگرد او مده بودن بالای سر بیمار و انگار که این بیمار یک عروسکی بود اون وسط، بدون هیچ احساسی».

### صفات عالی پزشک

این تم دارای سه زیر طبقه‌ی ایثار، تقدس و عدالت بود. در زیر طبقه‌ی ایثار مواردی مثبت مانند تماس تلفنی با بیمار خارج از ساعات اداری جهت قطع

پزشک» و نوزده تم فرعی شامل اعتماد، صمیمیت، صبر و حوصله، نحوه‌ی ارتباط با بیمار، مواجهه‌ی پزشک با بیمار، احترام، آگاهی‌بخشی، مشارکت بیمار، تبحر پزشک، حریم خصوصی، صداقت، مسؤلیت‌پذیری، اولویت به بیمار، تقویت قوای روحی بیمار، در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان، نداشتن دیدگاه ابزاری به بیمار، ایثار، تقدس و عدالت را مطرح نمودند.

اولین درون‌مایه، ارتباط پزشک با بیمار می‌باشد. برخی از تجارب منفی شامل عدم اعتماد به پزشک به خاطر برخورد سرد وی نسبت به بیمار، ارتباط سطحی با بیمار و عدم تحمل در شنیدن صحبت بیمار بود. مطالعات Wofford و همکاران (۱۲)، یمانی و همکاران (۱۷) و عبداللهی و همکاران (۱۸) از نظر توجه به ارتباط پزشک و بیمار، تأییدکننده‌ی موارد به دست‌آمده در مطالعه‌ی حاضر بودند. به عنوان مثال، در مطالعه‌ی کیفی که توسط Wofford و همکاران در دانشکده‌ی پزشکی کارولینای شمالی در مورد بررسی شکایت بیماران از رفتارهای حرفه‌ای پزشک معالج خود انجام شده بود، ۱۸ درصد بیماران، مهم‌ترین عامل بی‌اعتمادی به پزشک را ارتباط نامناسب با بیمار ذکر کردند (۱۲). در این مطالعه (۱۲) تجربه‌ی منفی برخورد سرد پزشک با بیمار با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی داشت و بیماران از ارتباط سطحی پزشک شاکی بود و احساس رضایت نداشت.

در درون‌مایه‌ی ارتباط پزشک با بیمار، همان‌طور که پیش از این بیان شد، پزشکان صحبت‌های بیمار را قطع می‌نمودند و با عجله ویزیت می‌کردند. در این خصوص Green و همکاران در مطالعه‌ی کیفی که به شیوه‌ی بحث گروهی در شیکاگو انجام دادند، به

الهی را برای پزشک خود قابل می‌شود و در این رابطه مقدسات خود را به عنوان شاهد این احساس پاک و درونی معرفی می‌کند.

«اون دکتری که عملم کرد، من خدا شاهده با وضو دست رو قران می‌ذارم، یه روح الهی تو وجودش دیدم؛ واقعاً می‌گم هیچ کاری هم ندارم که حالا منو یا درست عملم کرد یا نکرد، ولی کارش خیلی درست بود».

در زیر طبقه‌ی عدالت برخی از تجارب مثبت عبارت از عدم تبعیض در خدمت‌رسانی به بیمار و به چشم فقیر نگاه نکردن به بیمار بود. به عنوان مثال، شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۴ عدم تبعیض اجتماعی-اقتصادی پزشک نسبت به بیمار، انجام وظایف پزشکی و رسیدگی در حد مطلوب در بیمارستان دولتی با وجود بنیه‌ی اقتصادی پایین بیمار را این‌گونه بیان کرد:

«ببینید خانم! هم از نظر اخلاق، هم از نظر این که مثلاً این شخصی که الان تو بیمارستانه، دستش خالیه، فقیره؛ به چشم مثلاً فقیر نگاه نمی‌کنندش... به عنوان این که مثلاً اومدین تو این بیمارستان، مثلاً عمل کردیم هزینه‌اش کمتره باید رسیدگی نشد، نه رسیدگی خوبی بوده برای ما»

### بحث

در این مطالعه‌ی کیفی، تجارب شرکت‌کنندگان در مورد برخورد حرفه‌ای پزشک معالج در بیمارستان با توجه به سؤال اصلی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در این مطالعه چهار طبقه‌ی اصلی «ارتباط پزشک با بیمار»، «انتظارات حرفه‌»، «دیدگاه انسانی پزشک به بیمار» و «صفات عالی

فهم بیمار را بیان نمود که تأییدکننده‌ی مطالعات پیش‌گفته می‌باشد. به نظر می‌رسد پزشکان نیازهای اطلاعاتی بیماران را به اندازه‌ی کافی پاسخگو نمی‌باشند. با آموزش مداوم استادان و نظارت بر عملکرد بالینی آن‌ها در راستای رعایت منشور حقوق بیمار تا حدودی می‌توان وضعیت موجود را بهبود بخشید و رضایت بیماران را ارتقا داد.

در زیر طبقه‌ی مسئولیت‌پذیری (Responsibilit) شرکت‌کنندگان تجارب مثبت و منفی خود را ابراز داشتند. از دیدگاه شرکت‌کنندگان مسئولیت‌پذیری به معنای انجام درست کار توسط پزشک و در نظر گرفتن نیازهای روحی، روانی و جسمی بیمار در طول زمان بستری در بیمارستان می‌باشد. برخی از تجارب منفی در این زیر طبقه شامل ویزیت سرسری و بی‌خیالی پزشک در انجام درست وظایف خود بود. پزشکان در بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با کلینیک‌های خصوصی به موقع در محل کار خود حاضر نمی‌شوند و امور متفرقه مانند نوشتن مقاله، حضور در جلسات اداری و تدریس در دانشگاه موجب بی‌نظمی حضور آن‌ها می‌گردد. در زمان حضور بر بالین بیمار به علت مشغله‌ی کاری فراوان و عدم اولویت به ویزیت بیمار، باعث عصبانیت بیمار می‌شوند و اعتماد بیمار نسبت به آن‌ها کم می‌شود (۲۴). تا آن جایی که بیمار در مطالعه‌ی حاضر صفت بی‌خیالی را به پزشک خود نسبت داد. اهمیت مسئولیت‌پذیری پزشک در مطالعه‌ی یمانی با اشاره به برخی مطالعات یادآوری شده است (۲۵).

سومین درون‌مایه‌ی مطالعه‌ی حاضر، دیدگاه انسانی پزشک به بیمار بود. برخی از تجارب مثبت

انتظارات بیماران در مورد ایجاد ارتباط شفاف و شنیدن سخنان بیمار توسط پزشک اشاره کردند (۱۹). در مطالعه‌ای به روش مرور سیستماتیک که توسط Farid و Khalib در مالزی در خصوص شکاف‌های ارتباطی بین پزشک و بیمار انجام گردید، نشان داده شد که در قطع فرایند ارتباط و اعتماد بین پزشک و بیمار، پزشکان هر ۱۸ ثانیه صحبت بیماران را قطع می‌کنند و فقط ۲۳ درصد آن‌ها صحبت‌های خود را به طور کامل ادامه می‌دهند (۲۰). در مطالعه‌ای که توسط معظم در اصفهان انجام شد، گزارش گردید که یکی از نارضایتی‌های عمده‌ی بیماران، عدم اختصاص وقت کافی به بیمار توسط پزشک بوده است (۲۱). با توجه به تجربیات منفی بیماران به نظر می‌رسد، هنوز ارزش‌های حرفه‌ای‌گری در بیمارستان‌های ما به طور کامل اجرا نمی‌شود و این امر نیازمند توجه بیشتر مسئولان بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در عملیاتی شدن اخلاق حرفه‌ای در بیمارستان‌ها و ارائه‌ی راهکارهای لازم جهت ارائه‌ی خدمات مطلوب‌تر به بیماران می‌باشد.

دومین درون‌مایه‌ی مطالعه‌ی حاضر، انتظارات حرفه‌ی می‌باشد. یک زیر طبقه‌ی مهم در این درون‌مایه، که اکثر مشارکت‌کنندگان بر آن تأکید داشتند، آگاهی بخشی بود. مطالعات Wofford و همکاران (۱۲)، مدنی و همکاران (۲۲) و بصیری مقدم و همکاران (۲۳) ذکر می‌کنند که اکثر شکایات بیماران به علت عدم ارائه‌ی اطلاعات کافی در مورد تشخیص و شیوه‌ی درمان توسط پزشک معالج به آن‌ها می‌باشد. می‌توان جهت روشن‌تر شدن موضوع، تجارب منفی شرکت‌کنندگان در این مطالعه مانند عدم توضیح پزشک در مورد تشخیص و پیش‌آگهی بیماری در حد

خود با بیمار به شخصیت وی احترام می‌گذارد و مانند یک ابزار با او برخورد نکرده است. تمامی این‌ها تأیید کننده‌ی یافته‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد.

چهارمین درون‌مایه‌ی مطالعه‌ی حاضر صفات عالی پزشکی است. Shrank و همکاران در مطالعه‌ی مروری خود اهمیت تاریخی توجه برد آمریکایی پزشکی داخلی (The American Board of Internal Medicine) به ایثار (Altruism) را در پزشکان یادآوری می‌کنند (۳۰). در آیه‌ی ۹۰ سوره‌ی نحل خداوند بندگان را به رعایت عدل و احسان فرمان می‌دهد که احسان، بخششی فراتر از عدل را در بر می‌گیرد. پزشک حافظ و امین بیمار می‌باشد، بنابراین باید به عدالت رفتار کند و مصالح دینی، دنیوی و متعلقات آن را در نظر گیرد (۲۴).

طبق مطالعات انجام شده توسط Puchalski (۳۱) و Friedman (۳۲) پیامد یک ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار و باور بیمار به اعتقادات مذهبی، حتی در صورت بیماری صعب‌العلاج، احساس شفا یافتن (Healing) در بیمار است که باعث کاهش اضطراب، نومییدی، احساس بهبودی و رهایی از درد در وی می‌گردد. این مطالعه تأیید کننده‌ی مطالعه‌ی حاضر می‌باشد که بیمار با مطرح نمودن مقدسات مذهبی خود و گواه گرفتن از آن‌ها به خاطر برخورد حرفه‌ای مناسب پزشک و ایجاد آرامش روحی در خود، معنویت و روح الهی را در پزشک خود احساس می‌کند.

هر چند با انجام این مطالعه‌ی کیفی، تنها ابعاد مفهومی موضوع مورد مطالعه روشن شده است، نمی‌توان با تعداد مصاحبه‌های انجام گرفته در مورد وسعت مشکلات موجود در برخوردهای حرفه‌ای پزشکان قضاوت نمود؛ اما انجام مطالعات مکمل کمی

عبارت از توجه به آبروی بیمار به عنوان یک انسان و اعتماد به پزشک به علت شخصیت قایل شدن و دیدگاه انسانی وی بود. Bendapudi و همکاران در یک تحقیق کیفی، تجارب مثبت بیمار را از دیدگاه انسانی پزشک مطرح نمودند. بیمار نقل کرده بود که نه تنها پزشک به فکر درمان بیماری وی است بلکه به تمام جنبه‌های زندگی او اعم از فعالیت‌ها و زندگی خانوادگیش توجه دارد و به عنوان یک شخص به وی می‌نگرد (۲۶). مطالعه‌ی Starfield نظام مراقبتی مبتنی بر شخص، نه مبتنی بر بیماری (Primary care is person-focused, not disease-focused) را یادآور شد. وی بیان کرد که به بیمار باید به عنوان یک انسان نگریده شود و بیمار به عنوان محوری در ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه باید مورد توجه تیم درمان قرار گیرد (۲۷). Beach و همکاران طی یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی در آمریکا نشان دادند که توجه به شخصیت بیمار و در نظر گرفتن وی به عنوان یک فرد، منجر به تبعیت وی از درمان و افزایش پیامدهای سلامتی می‌گردد (۲۸). توجه به افراد به عنوان یک انسان و ارج نهادن به مقام و منزلت وی به طور اکید مورد توجه خداوند متعال قرار گرفته است و در آیه‌ی ۳۱ سوره‌ی مائده در این خصوص می‌فرماید: کسی که در نجات جان یک انسان بکوشد مثل آن است که در نجات جان همه‌ی انسان‌ها کوشیده است (۲۹). بنابراین توصیه می‌شود پزشکان فقط از دریچه‌ی بیومدیکال به بیماری بیماران خود ننگرند، بلکه باید بدانند که با هم نوع خود مواجه هستند و این دیدگاه انسانی پزشک را به تصویر می‌کشد. نتایج به دست آمده در یک مطالعه‌ی اخیر (۲۹) تأیید کننده‌ی مطالعه‌ی حاضر می‌باشد؛ چرا که پزشک در ارتباط

می‌توان از نیازهای روحی، روانی، عاطفی و اجتماعی بیماران اطلاع حاصل نمود. در این مطالعه برخی از تجارب مثبت بیماران شامل برخورد مناسب و توأم با احترام پزشک، توجه به نیازهای روحی و روانی، صبر و حوصله در شنیدن سخنان بیمار و رعایت عدالت پزشک بدون توجه به طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی بود که به عنوان عوامل اصلی در سیر بهبودیشان تلقی می‌گردید. با نگاهی به تجارب منفی بیماران می‌توان به توجه پزشک در اختصاص دادن وقت کافی جهت ویزیت بیمار، ویزیت نمودن بیمار در روز تعطیل، ورود بر بالین بیمار با روی گشاده، سلام و احوال‌پرسی ساده در زمان ورود به اتاق بیمار و در نظر نگرفتن منافع شخصی خویش اشاره نمود. در واقع این تجارب منفی نشان دهنده‌ی نقاط ضعف در برخوردهای حرفه‌ای‌گری می‌باشد و می‌توان از آن‌ها در فرایند برنامه‌ریزی درسی و ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی جهت ارائه‌ی خدمات مطلوب به بیماران بهره گرفت.

### تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی اصفهان و کلبه‌ی عزیزی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

برای شناسایی فراوانی و وسعت این مشکلات ضروری می‌نماید. محیط پژوهش حاضر، بیمارستان‌های آموزشی بود و پزشکان ارائه دهنده‌ی خدمت، اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی پزشکی بود که سرمشق عملی برای دانشجویان و دستیاران نیز به شمار می‌روند بنابراین بذل توجه بیشتر به ارزشیابی این رفتارها نه تنها برای بهبود خدمات بالینی، بلکه برای اصلاح محیط یادگیری دانشجویان و دستیاران پزشکی امری اجتناب ناپذیر است.

با توجه به استقرار نظام حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها، امید می‌رود با استقرار نظام ممیزی بالینی از طریق تجزیه و تحلیل سیستماتیک و نقادانه‌ی کیفیت خدمات بالینی در حیطه تعامل پزشکان با بیمار و جامعه و بررسی و پایش مستمر سیستم شکایات بتوان فرایند موجود را پایش کرد و با مشخص شدن نقاط ضعف در شاخص‌های حرفه‌ای‌گری نسبت به اصلاح به موقع از طریق پررنگ نمودن سیستم بازخورد اقدام نمود و به حدی از استانداردها نایل شد (۳۳).

### نتیجه‌گیری

از یافته‌های این پژوهش با استخراج یک سری مفاهیم واقعی در خصوص تجارب مثبت و منفی بیماران در خصوص نحوه‌ی برخورد پزشک معالج بر بالین

### References

1. Eleftheriou A. Patient's rights. Trans. Tabrizi M. Tehran, Iran: Nozhat; 2007.
2. Poorhossein M. Standard establishment guideline ISO 9001: 2000. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Pourhossein; 2004. [In Persian].
3. American Board of Internal Medicine. Expectations for ethical and professional behavior adapted from project professionalism [Online]. 2001. [cited 2010 Nov 17]; Available from: URL: <http://www.abimfoundation.org/Resource-Center/Bibliography/~media/Files/Resource%20Center/Project%20professionalism.ashx>
4. Johnson Ch, Hall Klein H, Frances Forrest F. Good doctor. Trans. Gorgi HA, Rezania F, Foroughi Saeedi N, Latifi G, Sameie F. 1<sup>st</sup> ed.

- Tehran, Iran: Gorgi; 2005.
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2011 Annual Report. Focus on the future. [cited 2013 Mar 9]; Available from: URL: [http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/ACGME-2011\\_AR\\_F.pdf](http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/ACGME-2011_AR_F.pdf)
  6. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Principles to guide the relationship between graduate medical education, industry, and other funding sources for programs and sponsoring institutions accredited by the ACGME relationship of GME to Industry and other funding sources ACGME. [cited 2011 Oct 3]; Available from: URL: [www.acgme.org/acWebsite/positionPapers/pp\\_GMEGuide.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/positionPapers/pp_GMEGuide.pdf).
  7. Managheb E. Teachings of communication skills by feedback videos Isfahan medical college Interns' of clinical skills and comparing to control group [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2006. [In Persian].
  8. Afkham Ebrahimi A, Nasr Esfahani M, Saghafi N. Patients' expectation and satisfaction with their treating physician. *Razi j Med Sci* 2004; 11(4): 367-75. [In Persian].
  9. Momeni A. Review the effectiveness of learning how to communicate with physicians on patient satisfaction [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
  10. Kalroozi F, Dadgari F, Zareiyan A. Patients' satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. *J Mil Med* 2010; 12(3): 143-8. [In Persian].
  11. Morgan M. The doctor-patient relationship [Online]. 2012. Available from: URL: <http://faculty.ksu.edu.sa/nadalyousefi/communication%20skills/The%20Doctor%96Patient.pdf>.
  12. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, Kendrick SB, Smith A, Lichstein PR. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med* 2004; 79(2): 134-8.
  13. Sanei AS, Nikbakht Nasrabadi A. Qualitative research methodology in medical science. 1<sup>st</sup> ed. Baraye Farda Publications: Tehran, Iran; 2004. [In Persian].
  14. Khodaveisi M, Pazargadi M, Yaghmaei F, Alavimajd H. Requirements for effective evaluation in nursing education: a qualitative study. *Iran J Med Educ* 2011; 11(6): 648-63. [In Persian].
  15. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
  16. Soltani F. Family experiences of intensive care unit patients [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2005. [In Persian].
  17. Yamani N, Liaghatdar MJ, Adibi P, Changiz T. Professional behaviours among internal medicine and surgery interns: a professionalism assessment. *J Med Educ* 2009; 13(3): 63-8.
  18. Abdulhadi N, Al SM, Freudenthal S, Ostenson CG, Wahlstrom R. Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes patients in Muscat, Oman: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 162.
  19. Green M, Zick A, Makoul G. Defining professionalism from the perspective of patients, physicians, and nurses. *Acad Med* 2009; 84(5): 566-73.
  20. Khalib AL, Farid AR. Stopping doctor-patient communication gap: The ten essential methods. *J Community Health* 2010; 16(1): 48-53.
  21. Moazam E. Design, implementation and evaluation of communication skills training for GPs [PhD Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences. 2004. [In Persian].
  22. Madani Gh, Farzan A, Rabiee M. Patients' satisfaction from medical and nursing services. *Iran J Nurs Res* 2004; 9(3): Abstract.
  23. Basiri Moghadam K, BasiriMoghadam M, Moslem A, Ajam Zibad H, Jamal F. Health providers and patients' awareness on patient bill of rights and its observing rate in an educational hospital in Gonabad. *Ofogh-e-Danesh* 2013; 17(1): 45-57. [In Persian].
  24. Javadi MA, Abbasi M, Ziai Ardakani H. Medical ethics and patients' expectations of their physicians. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Sina Legal Cultural Institute; 2008.
  25. Yamani N. The role of hidden curriculum in developing professional behavior in medical education [Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2009. [In Persian].
  26. Bendapudi NM, Berry LL, Frey KA, Parish JT, Rayburn WL. Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clin Proc* 2006; 81(3): 338-44.
  27. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J* 2011; 15(2): 63-9.
  28. Beach MC, Keruly J, Moore RD. Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med* 2006; 21(6): 661-5.
  29. Dybaie A. Abstract of medical ethics and rules. 1<sup>st</sup> ed. 2002.
  30. Shrank WH, Reed VA, Jernstedt GC. Fostering professionalism in medical education: a call for improved assessment and meaningful incentives. *J Gen Intern Med* 2004; 19(8): 887-92.
  31. Puchalski CM. The role of spirituality in health

- care. Proc (Bayl Univ Med Cent ) 2001; 14(4): 352-7.
- 32.** Friedman D. The sacred nature of the doctor-patient relationship. Philadelphia, PA: Spirituality and Healthcare; 2010. [cited 2012 Mar 1]; Available from: URL: <http://jewishsacredaging.com/2010/02/28/the-sacred-nature-of-the-doctor-patient-relationship/>.
- 33.** Haiderpour P, Dastjerdi R, Rafiei S, Sadat M, Mostofian F. Introduction to clinical excellence. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Tandis; 2011.

## Patients' Experiences about Their Physician Professional Encounters during Hospitalization

Nasrin Firouzabadi MSc<sup>1</sup>, Nikoo Yamani MD, PhD<sup>2</sup>, Tahereh Changiz MD, PhD<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** One of the most important aspects of health services is physicians' professional behaviors that will affect treatment process. Obtaining information of behavioral dimensions is essential for educational and managerial planning in clinical setting. This study aimed to identify the different aspects of professional treating physicians' encounters via extracting and reviewing patients' opinions and deep experiences.

**Methods:** In this qualitative study, the hospitalized patients in internal and surgical wards of two educational hospitals in Isfahan, Iran, in 2011 were enrolled. Sampling was done by purposive sampling method to achieve data saturation in this field. After signing an informed consent by the patient, a semi-structured interview was done by the researchers using interview guide. The gathered data were analyzed by content analyzing method and extracting themes.

**Findings:** From the 17 interviews, 333 codes in four themes and 19 sub-themes were extracted. The themes were "physician-patient communication" with 5 sub-themes, "expectations of profession" with 9 sub-themes, "physician's humane perspective to patient" with 2 sub-themes, and "physician's excellent characteristics" with 3 sub-themes.

**Conclusion:** Findings of this study demonstrated a series of actual concepts about patients' positive and negative experiences related to their physicians' encounters in clinical settings; these findings let us to comprehend the spiritual, psychological, affective, and social needs of patients. In addition, they may be used in educational planning process and health care service evaluation to achieve optimum services for patients.

**Keywords:** Patients' experiences, Professional encounters, Professionalism

**Citation:** Firouzabadi N, Yamani N, Changiz T. **Patients' Experiences about Their Physician Professional Encounters during Hospitalization.** J Isfahan Med Sch 2013; 30(220): 2376-91

1- Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Nikoo Yamani MD, PhD, Email: yamani@edc.mui.ac.ir