

بومی سازی راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge برای سنجش مهارت های ارتباطی بین پزشکی و بیمار بر اساس استاندارد سازگاری فرهنگی متقابل در ایران

مرینا اسکندری^{۱*}، فخرالسادات حسینی^۲، کتایون رازجویان^۳، علیرضا ابدی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۷/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge یک ابزار شناسایی شناخته شده ارتباط بین پزشکی و بیمار می باشد و شواهد قابل توجهی از روایی، پایایی و سودمندی آن وجود دارد. هدف این مطالعه بومی سازی این راهنما بر اساس استاندارد سازگاری فرهنگی متقابل (CCA) Cross-Cultural Adaptation به منظور دسترسی به یک پوشش مناسب با فرهنگ و زبان فارسی بود.

روش بررسی: این مطالعه متدولوژیک، راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge بعد از کسب اجازه از نویسندگان اصلی، با استفاده از استاندارد سازگاری فرهنگی متقابل طی پنج مرحله به زبان و فرهنگ فارسی ترجمه و بومی سازی شد. روایی صوری، روایی محتوایی و افزایش دقت و پایایی چک لیست نهایی مورد بررسی قرار گرفت. **یافته ها:** بعد از انجام مراحل بومی سازی تایید روایی اولیه چک لیست نهایی تهیه شده متناسب با فرهنگ و زبان فارسی از نویسندگان اصلی و سپس گروه خبرگان مهارت های ارتباطی دریافت گردید. به منظور افزایش دقت و پایایی چک لیست تهیه شده با مشارکت ۲۰ نفر از رزیدنت های سال آخر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مشاهده مهارت ها بر اساس چک لیست انجام شد و شاخص ارزیابی پایایی k مساوی ۱،۰۰ شد یعنی از پایایی ۱۰۰٪ برخوردار بود.

نتیجه گیری: در مطالعات انجام شده بر مبنای راهنمای Calgary Cambridge در ایران، این راهنما فاقد ترجمه مناسب بوده و متناسب با فرهنگ ایرانی و زبان فارسی بومی سازی نشده است و از این رو پوشش مناسبی برای سنجش مهارت های ارتباطی پزشکی و بیمار فراهم نمی کند. چک لیست نهایی تهیه شده در این مطالعه، که اولین رفرنس اصلی بومی سازی شده مبتنی بر راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge است به حل این مشکل کمک نموده و پوشش مناسب و کاملی از این راهنما ارائه می دهد.

کلمات کلیدی: راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge، بومی سازی، استاندارد سازگاری فرهنگی متقابل، ارتباط پزشکی و بیمار

*۱. کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی، تهران، ایران. eskandari@nasrme.ac.ir

۲. دکترای تخصصی آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. دانشیار آمار حیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

ارتباط فرایندی است که طی آن افکار، عقاید و احساسات یک فرد به فرد دیگر آگاهانه یا ناآگاهانه، خواسته یا ناخواسته منتقل می‌شود و از طریق آن، احساسات و نظرات به شکل پیام‌های کلامی و غیر کلامی بیان، ارسال، دریافت و ادراک می‌شوند. در واقع ارتباط، فرایند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده است به شرطی که ذهنیات مورد نظر فرستنده به گیرنده پیام انتقال یابد و بالعکس (۱ و ۲). ارتباط بین پزشک و بیمار در قلب طبابت جای دارد و محور همه اقدامات بالینی است، به طوری که ۶۰ تا ۸۰٪ از تشخیص‌های پزشکی و نیز درصد مشابهی از تصمیم‌های درمانی بر مبنای اطلاعات به دست آمده از مصاحبه پزشکی است (۳ و ۴). تأکید به افزایش استقلال بیمار و مراقبت بیمار محور در سال‌های اخیر نیز به اهمیت ارتباط مؤثر پزشک و بیمار تأکید دارد (۵). مهارت‌های ارتباطی در مطالعات مراقبت‌های سلامتی توجه زیادی را به خود جلب کرده است و یکی از اجزاء اصلی صلاحیت‌های بالینی به شمار می‌رود که برای تشخیص صحیح و تبعیت بیمار از اقدامات درمانی کمک‌کننده است (۶). ضمناً این نکته به اثبات رسیده است که مهارت‌های ارتباطی مناسب موجب رضایت بیمار و پیروی وی از دستورات درمانی و در نهایت بهبود ارائه خدمات مراقبتی می‌گردد (۱۰-۷). عدم وجود مهارت ارتباطی یا همان ارتباط غیر موثر منجر به مخفی ماندن مشکلات و نیازهای مددجویان و نقص در رضایتمندی بیماران می‌شود و اگر ناهماهنگی بین پزشک و بیمار و عقاید و افکار آنها در مورد بیماری تشخیص داده نشود، حاصل آن درک نادرست، عدم پیروی بیماران از دستورات پزشکان، نارضایتی و نتایج

نامطلوب در درمان خواهد بود (۱۱ و ۱۲).

با توجه به بررسی‌های انجام شده در مورد آموزش مهارت‌های ارتباطی و سابقه کم آن و نیاز به بازنگری و تعامل بیشتر در زمینه آموزش این مهارت‌ها و عدم وجود پایه اطلاعاتی مناسبی در مورد میزان مهارت‌های ارتباطی در ایران، سنجش میزان مهارت‌های برقراری ارتباط بین پزشک و بیمار به منظور دستیابی به شواهد بومی دقیق‌تر در جهت بهبود این مهارت‌ها و افزایش کیفیت و اصلاح اشکالات موجود حایز اهمیت می‌باشد. یکی از روش‌های مناسب و مطرح برای آموزش و سنجش مهارت‌های ارتباطی بین پزشک و بیمار استفاده از راهنمای مشاهده‌ای Calgary Cambridge می‌باشد. با توجه به اینکه طبق مطالعه‌های مختلف در ایران مشخص گردید که مطالعات انجام شده بر مبنای این راهنما، ترجمه و بومی‌سازی مناسبی با فرهنگ و زبان فارسی ندارد و پوشش مناسبی نسبت به این راهنما نمی‌دهد، لذا هدف این مطالعه بومی‌سازی این راهنما بر اساس استاندارد سازگاری فرهنگی متقابل (Cross-Cultural Adaptation (CCA) (۱۳) به منظور دسترسی به یک پوشش مناسب با فرهنگ و زبان فارسی بود.

روش بررسی

این مطالعه که یک مطالعه متدولوژیک می‌باشد. در سال ۱۳۹۵ ترجمه و بومی‌سازی راهنمای مشاهده‌ای Cal-gary Cambridge بر اساس استاندارد سازگاری فرهنگی متقابل، بعد از مکاتبات و کسب اجازه از نویسندگان اصلی (Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper) در پنج مرحله به شرح زیر شروع شد

گزارش برای هریک از ترجمه‌ها	دو ترجمه (ت ۱ و ت ۲) به زبان مورد نظر ترجمه رسمی + غیر رسمی	مرحله اول: ترجمه
گزارش	ترکیب دو ترجمه به یک ترجمه واحد (ت - ۱۲) رفع هرگونه اختلاف نظر در ترجمه‌ها با گزارش مترجمین	مرحله دوم: ترکیب
گزارش برای هریک از ترجمه های مجدد به زبان فارسی	دو مترجم، زبان اول انگلیسی عدم اطلاع از موضوع مطالعه کار روی ت-۱۲ ۲ ترجمه بک ترنسلیشن (ب ت ۱ و ب ت ۲)	مرحله سوم: ترجمه مجدد به زبان اصلی
گزارش	بازنگری کلیه گزارشات توسط متدولوژیست، مترجم و ... رسیدن به توافق در اختلاف نظرها ایجاد یک فایل نهایی	مرحله چهارم: بازنگری کمیته کارشناسان
گزارش	انجام تست روی چک لیست تهیه شده تلاش در رسیدن به یک مفهوم در آیت‌ها	مرحله پنجم: پیش‌آزمون

شکل ۱. اقتباس از مقاله استاندارد سازی فرهنگی متقابل (CCA)

مجدداً این دو متن با کمک و همکاری کمیته کارشناسان معتبرگروه مهارت‌های ارتباطی از نظر متدولوژی و نوع ترجمه بررسی شد. بعد از رفع اختلافات موجود نهایتاً یک چک لیست نهایی به دست آمد.

لازم به ذکر است بعد از ترجمه مجدد نسخه فارسی پیش‌نهایی به زبان انگلیسی با استناد به لغت نامه آکسفورد هیچ تفاوت مفهومی بین این نسخ و نسخه اصلی وجود نداشت، مگر تفاوت‌هایی که به دلیل تطابق فرهنگی ایجاد شده بود.

سرانجام برای گرفتن تاییدیه صحیح بودن چک لیست نهایی به دست آمده، متن ترجمه‌های انگلیسی برای نویسندگان اصلی ارسال گردید که بعد از چندین بار مکاتبه و اعلام نظر نویسندگان در خصوص بعضی از بخش‌ها و سه بار رفت و برگشت ترجمه‌ها که حدوداً شش ماه به طول انجامید، نهایتاً چک لیست نهایی تایید شده

در ابتدا متن اصلی توسط دو مترجم ایرانی که هم به زبان فارسی و هم انگلیسی تسلط کامل داشتند و یکی از آنها از موضوع و هدف مطالعه مطلع نبود به زبان فارسی ترجمه شد. پس از آن دو ترجمه دریافت شده با همکاری یک کارشناس معتبر، مطلع و مسلط بر مهارت‌های ارتباطی با رفع اختلاف نظرهای موجود بین مترجم‌ها مطابقت داده شد و یک متن نهایی به دست آمد. در این مرحله که ترجمه متن انگلیسی و معادل سازی به زبان فارسی صورت گرفت، بعضی واژه‌ها و عبارات به منظور تطابق فرهنگی تغییر داده شدند.

سپس متن فارسی توسط دو نفر که زبان مادری آنها انگلیسی بود و با زبان فارسی آشنا بودند و از موضوع و هدف مطالعه نیز مطلع نبودند به زبان اصلی، یعنی انگلیسی، برگردانده شد.

با دریافت متون ترجمه شده به زبان انگلیسی،

تایید گردید.

به لحاظ ملاحظات اخلاقی نیز با توجه به اینکه در مطالعه انجام شده چگونگی مهارت ارتباطی دستیاران با بیماران مورد مشاهده قرار گرفت، اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه، اجازه سازمانی با موافقت مدیران محترم گروه های بخش های مرتبط کسب گردید و اصول کلی شامل احترام به فرد، مشارکت داوطلبانه، سودمندی، عدم ضرر رسانی و رعایت حریم خصوصی، عدالت، عدم ذکر نام نام خانوادگی افراد و محفوظ ماندن اطلاعات افراد در کلیه مراحل جمع آوری اطلاعات رعایت گردید.

یافته ها

در جدول شماره ۱، چک لیست بومی سازی شده ارتباط پزشکی و بیمار بر اساس راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge ارائه شده است.

برای شروع به کار به دست آمد. روایی صوری و محتوایی چک لیست نهایی توسط مولفین اصلی و کارشناسان گروه مهارت های ارتباطی مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. در مرحله آخر به منظور افزایش دقت و تایید پایایی چک لیست نهایی آزمون پایلوت با مشارکت ۲۰ نفر از رزیدنت های سال آخر رشته های روانپزشکی و جراحی چشم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شامل ۱۰ مرد و ۱۰ زن انجام شد. بدین صورت که پژوهشگر و کارشناس معتبر گروه مهارت های بالینی به عنوان دو ارزیاب به طور جداگانه چندین بار در درمانگاه و بخش مربوطه حضور یافتند و دستیاران را در هنگام اجرای کار بالینی با مشاهده مستقیم مورد ارزیابی قرار دادند و چک لیست را تکمیل نمودند که بر اساس پاسخ های ارائه شده و بررسی های انجام شده شاخص ارزیابی پایایی (kappa Coefficient) مساوی با ۱۰۰٪ شد یعنی ۱۰۰٪ پایایی چک لیست نهایی

جدول ۱. چک لیست بومی سازی شده بر اساس راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge

مهارت میان فردی پزشک و بیمار در آغاز جلسه

۱. به بیمار خوش آمد می گوید و نام او را می پرسد.
۲. خود را معرفی نموده و نقش خود و ماهیت مصاحبه را توضیح داده و در صورت لزوم رضایت بیمار را به دست می آورد.
۳. احترام و علاقه خود را نشان داده و به آرامش جسمی بیمار توجه می نماید.
۴. با طرح «پرسش های باز»، مشکلات یا موضوعاتی که بیمار به دنبال رفع آنها است را شناسایی می کند (مثلاً: «چه مشکلاتی باعث شد به بیمارستان بیایید؟» یا «می خواهید در مورد چه چیزی صحبت کنیم؟»)، یا «دوست دارید امروز چه سوال شما پاسخ داده شود؟»
۵. با دقت به جملات اولیه بیمار گوش می دهد بدون آنکه آنرا قطع کند و جواب های او را به سمت خاصی هدایت می کند.
۶. تایید مشکلاتی که مطرح شده است را می گیرد و جستجو می کند که مشکلات بیشتری (دیگری) وجود ندارد (مثلاً: «پس گفتید که سردرد و خستگی دارید، دیگر چه؟...»)
۷. درباره روند برنامه درمانی با بیمار مذاکره می کند به طوری که هم نیازهای بیمار و هم نیازهای پزشک تأمین شوند.

شناسایی دلایل برای مشاوره پزشکی

مهارت جمع آوری اطلاعات

۸. بیمار را تشویق می کند داستان مشکل (مشکلات) خود را از ابتدای شروع آن تا کنون بیان کند (شفاف کردن دلیل اینکه چرا الان بیمار مراجعه کرده است).

۹. از تکنیک پرسش های باز و پرسش های بسته استفاده می کند و به شکل مناسب از پرسش های باز به پرسش های بسته حرکت می کند.

۱۰. با دقت به صحبت های بیمار گوش می دهد و بدون اینکه حرف او را قطع کند اجازه می دهد جملات خود را کامل کند و به او فرصت می دهد قبل از پاسخگویی فکر کرده و یا پس از وقفه ای کوتاه به صحبت هایش ادامه دهد.

۱۱. با کلام و یا بطور غیرکلامی پاسخ های بیمار را تسهیل می کند برای مثال از عبارات تشویقی، سکوت، تکرار، نقل بیان بیمار و تفسیر استفاده می کند.

۱۲. سر نخ های کلامی و غیرکلامی بیمار را دریافت می کند (مثل زبان بدن، صحبت ها، حالت چهره و احساسات)، چنان که مناسب است آنها را بررسی نموده و تصدیق می کند.

۱۳. جملات بیمار را که روشن نیست یا نیاز به توضیح بیشتر دارند را شفاف می کند (مثلاً: می توانید توضیح دهید «منظور تان از اینکه احساس سبکی سر کردید چیست؟»)

۱۴. به صورت دوره ای خلاصه ای از آنچه گفته شده را تکرار می کند تا مطمئن شود حرف های بیمار را درست فهمیده است، بیمار را دعوت می کند تفسیرهای او را اصلاح کند یا اطلاعات بیشتری ارائه بدهد.

۱۵. از کلمات موجز، سؤالات و نظرات که به سادگی قابل فهم است استفاده می کند، از بکارگیری اصطلاحات تخصصی اجتناب می کند یا به اندازه کافی آنها را توضیح می دهد.

۱۶. تاریخ و توالی وقایع را برقرار می کند.

۱۷. آیتم های زیر را فعالانه و بطور مناسب کاوش می کند:

ایده های بیمار (به عنوان مثال باورهایی که در مورد مشکلاتش دارد)

دغدغه های بیمار (به عنوان مثال نگرانی ها) در خصوص هر مشکل

انتظارات بیمار (به عنوان مثال اهداف و کمک هایی که بیمار انتظار دارد در برابر هر یک از مشکلاتش دریافت نماید)

اثرات: چطور هر مشکل بر زندگی بیمار تأثیر می گذارد

۱۸. بیمار را تشویق می کند که احساسات خود را بیان کند.

کاوش کردن مشکلات بیمار

مهارت های اضافی برای درک منظر بیمار

مهارت ارائه دادن ساختار و ایجاد رابطه

۱۹. برای تایید درک درست خود در پایان هر بخش اختصاصی و قبل از رفتن به بخش بعدی مصاحبه، گفته های بیمار را خلاصه می کند.

شفاف سازی ساختار مصاحبه

۲۰. رفتن از یک بخش به بخش دیگر را با بیانات انتقالی اعلام می کند مانند بیان منطق بخش بعد.

۲۱. مصاحبه را در یک توالی منطقی سازماندهی می کند.

توجه کردن به روان بودن

۲۲. به زمان و متمرکز بودن مصاحبه توجه دارد.

روند مصاحبه

<p>۲۳. رفتار غیرکلامی مناسبی نشان می دهد:</p> <p>• (ارتباط چشمی، حالت چهره) • (حالت بدن، وضعیت و حرکات) • (نشانه های صوتی برای مثال سرعت، بلندی صدا و لحن)</p>	استفاده از رفتار غیرکلامی مناسب
<p>۲۴. اگر در حین صحبت کردن بیمار ناگزیر از خواندن، یادداشت برداری یا استفاده از کامپیوتر است این کار را به شکلی انجام می دهد که به گفتگو برای رسیدن به توافق و تثبیت ارتباط خوب لطمه نزنند.</p>	
<p>۲۵. به طور مناسب خود را قابل اطمینان نشان می دهد.</p>	
<p>۲۶. مشروعیت نقطه نظرات و احساسات بیمار را می پذیرد و در مورد او قضاوت نمی کند.</p>	
<p>۲۷. از همدلی استفاده می کند برای اینکه نشان دهد احساسات یا وضع نامساعد بیمار را درک کرده است، آشکارا نقطه نظرات و احساسات بیمار را تصدیق می کند.</p>	
<p>۲۸. حمایت خود را نشان می دهد: نگرانی برای بیمار را ابراز می کند، او را درک می کند، تمایل به کمک کردن دارد، تلاش های مقابله ای بیمار و خود مراقبتی مناسب را تصدیق می کند، پیشنهاد می دهد در این راه همراه و شریک او باشد.</p>	تعمیق برقراری ارتباط
<p>۲۹. با موضوعات خجالت آور و مضطرب کننده و همچنین دردهای فیزیکی با حساسیت برخورد می کند (شامل دردهایی که مربوط به معاینه فیزیکی می شود)</p>	
<p>۳۰. به منظور تشویق بیمار به همکاری تفکرات خود را با او دائما به اشتراک می گذارد (به عنوان مثال «آنچه که من الان دارم به آن فکر می کنم این است که»)</p>	
<p>۳۱. منطقی سؤالات یا بخش هایی از معاینه فیزیکی را که ممکن است در آن لحظه آشکارا برای بیمار توجیه پذیر نباشد، توضیح می دهد</p>	مشارکت دادن بیمار
<p>۳۲. در حین معاینه فیزیکی، فرایند کار را توضیح می دهد و از بیمار برای اجرای آن ها اجازه می گیرد.</p>	
مهارت توضیح و برنامه ریزی	
<p>۳۳. قطعات و بررسی ها: اطلاعات را در قطعات قابل مدیریت سازماندهی می کند، درک بیمار از آن قطعات را بررسی می کند، از درک بیمار به عنوان یک راهنما برای چگونگی ادامه مصاحبه استفاده می کند.</p>	
<p>۳۴. دانش بیمار در مورد بیماری خود را ارزیابی می کند و سوال می کند که دوست دارد چقدر اطلاعات بیشتر دریافت نماید.</p>	ارائه نوع و مقدار درست از اطلاعات
<p>۳۵. از بیماران در مورد سایر اطلاعاتی که برای ایشان مفید خواهند بود می پرسد به عنوان مثال آسیب شناسی، پیش آگهی</p>	
<p>۳۶. در زمان های مناسب توضیح می دهد: از نصیحت کردن، دادن اطلاعات و اطمینان نابهنگام پرهیز می کند.</p>	



۳۷. توضیحات را سازمان‌دهی می‌کند: آنها را به بخش‌های مجزا تقسیم می‌کند، یک ترتیب منطقی ایجاد می‌کند.

۳۸. از دسته‌بندی و تابلوهای راهنمای صریح استفاده می‌کند (برای مثال «سه چیز مهم است که دوست دارم درباره آن‌ها بحث کنیم. اول اینکه...»، «حالا می‌توانیم برویم به قسمت بعد؟»
۳۹. برای تحکیم اطلاعات از تکرار و خلاصه‌سازی استفاده می‌کند.

۴۰. از زبانی موجز که به سادگی درک می‌شود استفاده می‌کند، از بکارگیری اصطلاحات تخصصی اجتناب می‌کند یا آنها را توضیح می‌دهد.

۴۱. از روش‌های بصری انتقال اطلاعات مانند نمودارها، مدل‌ها، اطلاعات و دستورالعمل‌های مکتوب بهره می‌گیرد.

۴۲. درک بیمار از اطلاعات داده شده را بررسی می‌کند (یا برنامه ریزی‌هایی که انجام شده) مثلاً از بیمار می‌خواهد اطلاعات را به زبان خودش دوباره بیان کند و هر جا اشتباهی توسط بیمار اتفاق افتاد شفاف‌سازی می‌کند.

دستیابی به یک درک مشترک: الحاق دیدگاه بیمار

۴۳. توضیح خود را با دیدگاه بیمار مرتبط می‌کند: با ایده‌های استخراج شده قبلی، نگرانی‌ها و انتظارات بیمار

۴۴. فرصت فراهم می‌کند و بیمار را با پرسیدن سوالات، شفاف‌سازی یا بیان تردیدها و پاسخدهی بطور مناسب به همکاری ترغیب می‌کند.

۴۵. سرخ‌های کلامی و غیرکلامی بیمار را دریافت می‌کند به عنوان مثال نیاز بیمار به مشارکت اطلاعات یا پرسیدن سوالات، زیادی بار اطلاعات، پریشانی

۴۶. از عقاید، واکنش‌ها و احساسات بیمار در برابر اطلاعات ارائه شده مطلع و در صورت لزوم آن‌ها را تأیید و تصدیق می‌کند.

۴۷. تفکر خود را با بیمار به طور مناسب در میان می‌گذارد: ایده‌ها، فرایندهای فکری، معطلات

۴۸. بیمار را با دادن پیشنهادات و نه رهنمودها در روند کار مشارکت می‌دهد.

۴۹. بیمار را به مشارکت افکارش، ایده‌ها، پیشنهادات و ترجیحات تشویق می‌کند.

۵۰. در مورد طرح قابل قبول طرفین مذاکره می‌کند.

۵۱. گزینه‌هایی ارائه می‌دهد: بیمار را تشویق به انتخاب‌ها و تصمیم‌گیری‌های متناسب با سطح خواسته‌های آنها می‌کند.

۵۲. با بیمار بررسی می‌کند که آیا طرح‌ها را می‌پذیرد و آیا دغدغه‌ها برطرف شده‌اند؟

مهارت خاتمه دادن به جلسه

کمک به درک و یادآوری
دقیق

برنامه‌ریزی:
تصمیم‌گیری مشترک



۵۳. با بیمار بر سر گام‌های بعدی که بیمار و پزشک باید طی کنند توافق می‌کند.	
۵۴. شبکه‌های ایمنی، توضیح نتایج غیر منتظره ممکن، آنچه اگر برنامه کار نکرد باید انجام داد، زمان و اینکه چطور کمک را جستجو کند را توضیح می‌دهد.	برنامه ریزی پیش رو
۵۵. جلسه را به اختصار خلاصه می‌کند و طرح مراقبت را شفاف سازی می‌کند.	
۵۶. در انتها موافقت بیمار و احساس راحتی او را با برنامه بررسی می‌کند و از او می‌پرسد که آیا هر نوع تصحیحات، پرسش‌ها یا آیتم‌های دیگر برای بحث کردن دارد؟	اطمینان از نقطه مناسب ختم جلسه
گزینه‌های توضیحات و برنامه‌ریزی (در برگیرنده محتوا)	
۵۷. اطلاعات روشنی درباره پروسیجرها ارائه می‌کند، به عنوان مثال اینکه بیمار چه چیزهایی را ممکن است تجربه کند و چطور از نتایج مطلع خواهد شد.	بحث درباره تحقیقات
۵۸. رویکردهای مرتبط با برنامه درمانی و ارزش و منظور آن‌ها را توضیح می‌دهد.	تشخیصی و پروسیجرها
۵۹. بیمار را به طرح پرسش و بحث درباره اضطراب‌های بالقوه و پیامدهای منفی تشویق می‌کند.	
۶۰. در مورد آنچه در جریان است اظهار نظر می‌کند و اگر ممکن است نامی بر آن می‌گذارد.	
۶۱. منطق مربوط به هر یک از دیدگاه‌ها را بیان می‌کند.	بحث درباره اهمیت
۶۲. علت، جدیت، پیامد مورد انتظار و عواقب کوتاه و بلندمدت را توضیح می‌دهد.	مشکل
۶۳. از عقاید، واکنش‌ها و نگرانی‌های بیمار مطلع می‌شود.	
۶۴. درباره گزینه‌ها بحث می‌کند مانند عدم اقدام، تحقیقات تشخیصی، درمان دارویی یا عمل جراحی، درمان‌های غیر دارویی (فیزیوتراپی، حرکت‌درمانی، آب‌درمانی، مشاوره و سنج‌های پیشگیرانه).	
۶۵. درباره اقدام یا معالجه پیشنهاد شده اطلاعات می‌دهد: - نام - گام‌هایی که درگیر می‌شود، چطور کار می‌کند - مزایا و معایب - عوارض احتمالی	
۶۶. نقطه نظرات بیمار را در مورد نیاز به اقدام، منافع که درک کرده، موانع و انگیزه‌ها به دست می‌آورد.	بحث درباره برنامه‌های عملیاتی دو جانبه
۶۷. نقطه نظرات بیمار را می‌پذیرد و در صورت لزوم نقطه نظرات جایگزین توصیه می‌کند.	
۶۸. واکنش‌ها و نگرانی‌های بیمار درباره طرح‌ها و درمان‌ها نظیر اینکه آیا برای بیمار قابل قبول هستند را استخراج می‌کند.	
۶۹. باورهای سبک زندگی، پیشینه فرهنگی و توانایی‌های بیمار را مدنظر قرار می‌دهد.	
۷۰. بیمار را به مشارکت در اجرای برنامه‌ها، مسئولیت‌پذیری و اتکا به خود تشویق می‌کند.	
۷۱. درباره سیستم‌های حمایتی بیمار می‌پرسد، دیگر حمایت‌های در دسترس را بحث می‌کند.	

بحث

دادن بیمار، مهارت های توضیح و برنامه ریزی شامل مهارت در فراهم آوردن مقدار و نوع درست از اطلاعات، کمک به یادآوری دقیق اطلاعات و درک آن، دستیابی به یک درک مشترک و تصمیم گیری مشترک در چند محتوا و مهارت های پایان دادن به جلسه شامل مهارت در برنامه ریزی رو به جلو و اطمینان از نقطه مناسب بسته شدن جلسه تهیه و ارائه گردیده است (۱۸ و ۱۹).

مطالعه های پیشین در ایران نشان می دهد که در مطالعات انجام شده بر مبنای راهنمای Calgary Cam-bridge، این راهنما فاقد ترجمه مناسب بوده و متناسب با فرهنگ ایرانی و زبان فارسی بومی سازی نشده است و از این رو پوشش مناسبی برای سنجش مهارت های ارتباطی پزشک و بیمار فراهم نمی کند. چک لیست حاصل از این مطالعه که بر اساس استانداردهای سازگاری فرهنگی متقابل ارائه شده، می تواند خلاء موجود را جبران کند.

نتیجه گیری

راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge بومی سازی شده با فرهنگ و زبان فارسی اولین رفرنس اصلی قابل استناد به منظور سنجش مهارت های ارتباطی پزشک و بیمار و آموزش این مهارت ها در کشور ایران می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان بررسی مهارت های برقراری ارتباط پزشک و بیمار در رزیدنت های سال آخر رشته های اصلی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر اساس راهنمای Calgary Cam-bridge در سال ۹۶-۱۳۹۵ (نیازسنجی آموزشی) است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مولفین اصلی راهنمای Calgary Cambridge اجرا شده است.

راهنمای مشاهده ای Calgary Cambridge یک ابزار شناسایی شناخته شده ارتباط بین درمانگر و بیمار است که با استفاده از دوراهنمای دیداری، مهارت های ارتباطی بین پزشک و بیمار را با شواهد و براساس توضیحات مفصل به مجموعه مهارت های منطقی با ادبیات قابل درک و فهم تقسیم می کند. در این راهنما علاوه بر روش های قبلی که در شرح حال گیری معمول و در طی مصاحبه بین پزشک و بیمار اتفاق می افتاد و شامل معاینه فیزیکی، دریافت اطلاعات برای تشخیص مشکل بیمار و توضیح و ارائه برنامه درمانی می شد، به مهارت ساختاردهی و برقراری ارتباط عمیق با بیمار نیز می پردازد و در همه مراحل شرح حال گیری آنرا مورد توجه عمیق قرار می دهد. این راهنما از لحاظ بررسی میزان مهارت های ارتباطی بین درمانگر و بیمار از روایی (ظاهری، محتوایی و سازه ای)، پایایی (آلفای کرونباخ ۰.۸۲٪) و سودمندی لازم برخوردار است (۱۶-۱۴).

راهنمای Calgary Cambridge از سال ۱۹۹۸ مهارت های ارتباطی آموزش در علوم پزشکی را به زبان ساده و با رویکرد یادگیرنده محور به مدیران برنامه ها و دانشجویان در تمام سطوح در دانشکده های پزشکی بریتانیا، ایالات متحده آمریکا، کانادا و اروپا ارائه می نماید (۱۷).

این راهنما از ۷۱ گویه در پنج بخش مجزا شامل مهارت های میان فردی پزشک و بیمار در آغاز جلسه شامل مهارت در برقراری رابطه دوستانه به صورت کلامی و غیرکلامی و شناسایی دلایل مشاوره پزشکی، مهارت های گردآوری اطلاعات شامل مهارت در کاوش کردن مشکلات بیمار و درک منظر بیمار، مهارت های ساختاردهی و ایجاد رابطه شامل مهارت در شفاف سازی سازمان مصاحبه، استفاده از رفتار غیرکلامی مناسب، تعمیق برقراری ارتباط و مشارکت

منابع

- Zeyghami SH, Haghighi S. The Association between Nurses' communication Skills and Nurse-physician Relationship and Collaboration in Alborz Hospital of karaj in 2008, Medical Science Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch 2009;19(2):121-27. (Full Text in Persian)
- Roštami H, Rahmani A, ghahramanian A. The View Point of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2010;7(1):63-73. (Full Text in Persian)
- Ha JF, Longnecke N. Doctor-patient Communication: A review. The Ochsner Journal. 2010;10 (1):38-43.
- Lynch D, Mc Grady AV, Nagel RW, Wahl EF, The Patient Physician Relationship and Medical Utilization. Primary Care Companion Phychiatry. 2007;9(4):266-70.
- Shukla AK, Yadav VS. Kastury N. Doctor-patient Communication: an Important but Often Ignored Aspect in Clinical Medicine. Journal, Indian Academy of Clinical Medicine. 2010;11(3):208-11.
- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. Journal of the American Board of Family Medicine. 2011;24(3):229-39.
- Corkill C. The Doctor Patient Relationship. In: George IS. Cole's Medical Practice in NewZealand. 10th Edition. New Zealand: Medical Council of New Zealand; 2010, p 34-40.
- Farajzadeh S, Noohi E, Mortazavi H. Interns Communication With Patients during Interview: the Perspectives of Patient and Observer. Irnian Journal of Medical Education. 2006;6(2):79-86. (Full Text in Persian)
- Smith CM. scripts: A tool for cognitive Rehearsal. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2011;42(12):535-6.
- Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, Maclean CH, Solomon DH, Reuben DB, et al. Patients' Global Ratings of their Health Care Are not Associated with the Technical Quality of Their Care . Annals of Internal Medicine. 2006;144(9):665-72.
- Dehnavie R, Dehghani MR, Ebrahimipour H, Nouri Hekmat S, Merolhasani M H, Soroudi Nasab S, et al. Assessment of Communication Skills in Advisors of Undergraduate Students in Kerman University of Medical Sciences. Strides in Development of Medical Education. 2012;8(2):189-94. (Full Text in Persian)
- Dana Siyadat Z. The Effect of Teaching Communication Skills on the Clinical Skills of Infection Disease Residents of the School of Medical Sciences. 2005.[Full Text in Persian]
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Bosi Ferraz M. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures .Institute for Work & Health 2002, 2007.
- Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Medical Education. 1996;30(2):83-9.

15. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. Oxford: Radcliffe, 2013.
16. Kurtz SM, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford, San Francisco: Radcliffe Medical, 2005.
17. Gillard S, Benson J, Silverman J. Teaching and Assessment of Explanation and Planning in Medical Schools in the United Kingdom: Cross Sectional Questionnaire Survey. *Medical Teacher*. 2009;31(4):328-31.
18. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford).
19. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford).



Calgary Cambridge Observer Guide indigenization for measuring physician-patient communication skills based on the Cross-Cultural Adaptation Standard in Iran

Merina Eskandari ^{1*}, Fakhrolsadat Hosseini ², Katayoon Razjouyan³, Alireza Abadi⁴

Abstract

Background and Objectives: The Calgary Cambridge Guide is a well-known diagnosis tool for communication between the physician and the patient. It has significant evidence of its validity, reliability, and usefulness. The purpose of this study was to localize the Calgary Cambridge Guide according to the cross-cultural adaptation (CCA) standard in order to access a suitable cover with Persian culture and language

Method and Materials: In this non-experimental methodological study, in order to indigenization of Calgary Cambridge Guide, first we obtained the permission from the original authors then we used of CCA standard that consists of five main steps. Finally, Face validity, content validity, increasing the accuracy and reliability of the final checklist were examined.

Results: After the localization process, the initial validity confirmation of the final checklist prepared in accordance with Persian culture and language was received from the original author and then a group of communication skills experts. In order to increase the accuracy and reliability of the prepared checklist, observing skills was performed based on a checklist with help of 20 residents of the last year of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, The reliability index of k was equal to 1.00, which means it was 100% reliable.

Conclusion: In studies based on the Calgary Cambridge Guide in Iran, this guide has no proper translation and has not been indigenized in accordance with Iranian culture and Persian language and therefore does not provide a suitable cover for patient and physician communication skills assessment. The final checklist in this study, which is the first original localized referral based on the Calgary Cambridge Guide, helps to solve this problem and provides a comprehensive coverage of this guide.

Keywords: Calgary Cambridge Guide, Indigenization, Cross-Cultural Adaptation, physician-patient communication

1*. Corresponder Author, Master of Medical Education, National Center for Strategic Research in Medical Education, Tehran, Iran

2. MD. PhD. in Medical Education, Faculty of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Associate Professor of Vital Statistics, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran