



Effect of Educational Intervention on Communication Skills and Self-Efficacy of Primary Healthcare Workers (Behvarz)

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Basiri M.¹ MSc,
Karimy M.² PhD,
Shahnazi H.*³ PhD

How to cite this article

Basiri M, Karimy M, Shahnazi H. Effect of Educational Intervention on Communication Skills and Self-Efficacy of Primary Healthcare Workers (Behvarz). *Iran Journal of Education and Community Health*. 2019;6 (2): 71-77.

¹Student Research Committee, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

²Social Determinants of Health Research Center, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

³Health Education and Promotion Department, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*Correspondence

Address: Health Education & Promotion Department, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Postal Code: 8144504500

Phone: +98 (31) 37923243

Fax: -

h_shahnazi@yahoo.com

Article History

Received: November 19, 2018

Accepted: December 30, 2018

ePublished: June 20, 2019

ABSTRACT

Aims Effective communication between primary healthcare workers and people is a critical skill for providing appropriate healthcare. The purpose of this study was to evaluate the impact of educational intervention on communication skills and self-efficacy of primary healthcare workers (Behvarz).

Materials and Methods This quasi-experimental study carried out between 104 people, who were the primary healthcare workers of health centers in Saveh and Zarandieh city in 2018. The primary healthcare workers of Saveh (60 people) were assigned to the test group and the primary healthcare workers of Zarandieh (44 people) were assigned to the control group. The test group received four 90 minute sessions training course on self-efficacy, and communication skills. Data were collected before the educational intervention and 2 months after the educational intervention by a questionnaire including demographic variables, self-efficacy, and a checklist of communication skills. Data were analyzed using SPSS 19 software through Chi-square test, paired sample t-test, and independent sample t-test.

Findings Based on the results, there was no significant difference between the mean scores of the self-efficacy and communication skills in the test and control groups before the educational intervention ($p>0.05$). After the educational intervention, a significant difference was observed in the all areas of communication skills (starting the session and creating a relationship, data collection, paying attention to people's point of view who referred to the health center and providing information, mutual agreement and ending the session) and self-efficacy ($p<0.001$). Also, the mean scores of self-efficacy and communication skills increased in the test group after the educational intervention ($p<0.001$).

Conclusion Educational intervention is effective on the improvement of communication skills and self-efficacy of primary healthcare workers.

Keywords Social Skills; Self-Efficacy; Health Care

CITATION LINKS

[1] Health sector evolution in Iran; a ... [2] Public health activist skills pyramid: a model for ... [3] The role of the primary healthcare network in Iran in hepatitis ... [4] Effectiveness of community health worker training programmes for cardiovascular disease ... [5] Attitude toward dental communication ... [6] Using improv to develop communication ... [7] Conclusion: Is there a future for comprehensive ... [8] Status of Iran's primary health care ... [9] Primary health care: an important approach for ... [10] Communication skills training for healthcare professionals ... [11] Communication skills training for physicians as a strategy ... [12] A tool for self-assessment of communication ... [13] Communication skills of doctors and their attitudes in ... [14] Patient-health care provider communication ... [15] Communication skills training for oncology ... [16] Why educators should apply theories and models ... [17] Improving interns' patient-physician communication ... [18] The association between attitude, self-efficacy, and social support ... [19] Using social cognitive theory to determine ... [20] Determinants of adherence to tuberculosis ... [21] The causal relationship between interns' knowledge ... [22] Skills for communicating with ... [23] A study of the effect of communication skills ... [24] The effect of communication skills training on ... [25] The effect of communication skills training on ... [26] Barriers to effective doctor-patient relationship ... [27] Communication skills training increases self-efficacy ... [28] The effect of communication skills training on ... [29] Coach training can improve the self-efficacy of neonatal ... [30] Effective training strategies for teaching communication skills ... [31] Communication skills education in medical school and ... [32] A controlled trial of a short course to improve residents' communication ... [33] Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic ...

تاثیر مداخله آموزشی بر مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی بهورزان

منصوره بصیری MSc

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

محمود کریمی PhD

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران

حسین شهنازی PhD*

گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

اهداف: برای ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی خوب و مناسب، ارتباط موثر بین بهورزان و مردم یک مهارت ضروری است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تاثیر مداخله آموزشی بر مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی بهورزان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه‌تجربی در سال ۱۳۹۷، تعداد ۱۰۴ بهورز شاغل در مراکز بهداشت ساوه و زندیه وارد مطالعه شدند که بهورزان ساوه به روش تصادفی ساده در گروه آزمون (۶۰ نفر) و تمامی بهورزان شاغل در زندیه (۴۴ نفر) در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون در ۴ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی شرکت کردند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، خودکارآمدی و چک‌لیست مهارت‌های ارتباطی، قبل و ۲ ماه بعد از مداخله آموزشی از هر دو گروه جمع‌آوری شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون‌های مجذور کای، T مستقل و T زوجی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: قبل از مداخله آموزشی بین گروه آزمون و کنترل از نظر میانگین نمرات مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). اما بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه در تمامی حیطه‌های مهارت ارتباطی (شروع جلسه و ایجاد رابطه، جمع‌آوری اطلاعات، توجه به دیدگاه مراجعان و ارزیابی اطلاعات، توافق دوطرفه و پایان‌دادن به جلسه) و خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0.001$). همچنین در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی میانگین نمرات خودکارآمدی و همه حیطه‌های مهارت ارتباطی افزایش معنی‌دار یافت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی موجب بهبود خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی بهورزان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های ارتباطی، خودکارآمدی، مراقبت بهداشتی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۹

*نویسنده مسئول: h_shahnazi@yahoo.com

مقدمه

در ایران، کوچک‌ترین جزء سیستم بهداشت و درمان کشور در شبکه بهداشت و درمان شهرستان، خانه بهداشت است که وظیفه اصلی آن فراهم‌آوردن خدمات بهداشتی به افراد و جمعیت تحت پوشش خود در روستا است^[1]. هدف از ارزیابی این خدمات، تامین سلامت جسمی و روانی افراد به بهترین نحو ممکن است. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های این مراکز باید دارا بودن کیفیت مناسب ارزیابی خدمات بهداشتی به جمعیت تحت پوشش باشد^[2]. از این رو مأموریت اصلی کارکنان مراکز بهداشتی باید فراهم‌آوردن خدمات بهداشتی با کیفیت و کسب دانش و مهارت لازم برای ارتقای سلامت جامعه باشد. برخورداری از کیفیت خدمات و به تبع آن بهره‌مندی از رضایتمندی مراجعان مستلزم دارا بودن ارزیاب‌دهندگان این خدمات از مهارت‌های مناسب ارتباطی و خودکارآمدی است^[2, 3]. از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده میزان رضایت مراجعان در محیط‌های بهداشتی و درمانی، توانایی برقراری ارتباط مناسب با مراجعان است^[4].

یکی از موانع جدی در ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی، توانایی برقراری ارتباط موثر با افراد است. عدم برقراری ارتباط موثر با مراجعان و بیماران موجب عدم برطرف‌سازی مشکلات و نیازها، اختلال در دریافت صحیح اطلاعات و آگاهی و در نتیجه، کاهش میزان رضایتمندی آنان خواهد شد. عدم وجود مهارت‌های ارتباطی مناسب باعث ایجاد آسیب در محیط‌های بهداشتی می‌شود و بسیاری از افراد به جهت فقدان این مهارت در معرض آسیب‌های فراوان در محیط کار و زندگی شخصی خود هستند^[5, 6]. بهورزان به‌عنوان اولین سطح از ارزیاب‌دهندگان خدمات بهداشتی شناخته می‌شوند^[7]. یکی از وظایف بهورزان ارزیابی آموزش مناسب به افراد تحت پوشش و ارزیابی خدمات بهداشتی از طریق به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی مناسب است. بهورزان به‌عنوان ارزیاب‌دهنده مراقبت سلامت در کوچک‌ترین واحد و اولین سطح ارزیابی خدمات نظام سلامت کشور از جایگاهی کلیدی برخوردارند^[8, 9]. لذا توانایی بهورزان در برقراری ارتباط موثر با افراد یکی از الزامات مهارتی آنها است^[4].

مهارت‌های ارتباطی به توانایی برقراری ارتباط با دیگران توسط فرد گفته می‌شود، به گونه‌ای که از هر گونه تنش اجتناب کرده و نتایج مثبتی به بار آورد. دارا بودن این مهارت سبب می‌شود افراد بتوانند ارتباط صحیح و موثری با یکدیگر برقرار نمایند. این مهارت در زندگی افراد به قدری حایز اهمیت است که می‌توان به‌نوعی ریشه اصلی آسیب‌ها یا پیشرفت‌های فردی را در گرو این مهارت دانست. مهارت ارتباطی میان‌فردی شامل توانایی برقراری کلام، گوش‌دادن فعال، درک منظور متقابل و ایجاد بازخورد نسبت به صحبت‌های افراد است^[5, 10]. در علوم پزشکی مهارت ارتباطی به‌عنوان مهارتی ضروری برای تمامی گروه‌ها معرفی شده است و با اهداف خاصی از جمله آموزش به بیمار، جمع‌آوری اطلاعات، حمایت از بیمار یا درمان وی برقرار می‌شود.

براساس مطالعات انجام‌شده، کارکنان حوزه سلامت در زمینه مهارت‌های ارتباطی مشکلاتی دارند^[11]. در یک مطالعه، سیمونز و همکاران نشان دادند که ۷۰٪ اشتباهات پزشکی، مربوط به مشکلات ارتباطی بین بیمار و پزشک است^[12]. تحقیق رضایی و همکاران نیز نشان داد که ۴۷/۵٪ پزشکان مهارت‌های ارتباطی ضعیف، ۳۵٪ متوسط و تنها ۱۷/۵٪ مهارت ارتباطی خوب دارند^[13]. همچنین درصد قابل توجهی از شکایات بیماران از کارکنان حوزه سلامت و به‌کارگیری نادرست دستورات درمانی ناشی از مشکلات ارتباطی است^[14]. علاوه بر این، مطالعات قبلی نشان دادند که مشکلات ارتباطی در ۹۴-۸۴٪ موارد بین بیماران و کارکنان درمانی وجود دارد^[15]. امروزه ثابت شده که ارتباط موثر کارکنان حوزه سلامت باعث کاهش اضطراب، پذیرش و پیگیری بهتر درمان و دستورات دارویی^[15]، کاهش هزینه‌های بهداشتی، افزایش آگاهی، خودمراقبتی و رضایتمندی بیماران^[10, 16, 17] می‌شود.

خودکارآمدی یکی دیگر از توانایی‌های شخص در اعتماد به خود برای پیگیری و دنبال‌کردن اهداف رفتاری است. مطابق نظر بندورا خودکارآمدی نقشی کلیدی در جهت تغییر رفتار ایفا می‌کند؛ چرا که می‌تواند بر انتخاب افراد در اتخاذ تصمیمات در مراحل مختلف رفتار اثر بگذارد^[18]. خودکارآمدی عنصر اصلی نظریه شناختی-اجتماعی است که به درک یا قضاوت هر فرد نسبت به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌های محوله اشاره دارد. این مفهوم به اعتماد فرد به این که توانایی عبور از طیف وسیعی از خواسته‌ها و موقعیت‌های جدید را دارد تا مسئولیت‌های محوله

اطلاعات زمینه‌ای شرکت‌کنندگان (نظیر سن، جنس، سابقه کار) سطح سواد و وضع تاهل) بود و بخش دوم شامل ۸ سؤال در رابطه با خودکارآمدی با سئوالاتی نظیر "من می‌توانم از رفتار غیرکلامی مناسب در ارتباط با بیمار استفاده نمایم" بود که پاسخ‌های آن روی طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از "همیشه" تا "هیچ وقت" تنظیم شده بود، به طوری که به پاسخ "همیشه" نمره ۵ و به پاسخ "هیچ وقت" نمره ۱ تعلق می‌گرفت. دامنه نمرات در این سازه بین ۴۰-۸ تنظیم شده بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بالاتر بود. بخش سوم شامل چک‌لیست مربوط به ارزیابی عملکرد به‌روزان در برقراری ارتباط با مراجعان در ۷ حیطه مهارت‌های ارتباطی شروع جلسه (۲ سؤال)، ایجاد رابطه (۶ سؤال)، جمع‌آوری اطلاعات (۳ سؤال)، مهارت‌های توجه به دیدگاه مراجعان (۲ سؤال)، مهارت ارایه اطلاعات (۳ سؤال)، توافق دوطرفه (۲ سؤال) و پایان‌دادن جلسه (۴ سؤال) بود. در این بخش به عملکرد صحیح (بله) نمره ۲ و عملکرد غلط (خیر) نمره ۱ تعلق می‌گرفت. دامنه نمره‌های فراگیر در این آیتم بین ۲۲ تا ۴۴ بود. مطالعه *غفاری‌فر* و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ، پایایی این بخش را ۰/۷۸ نشان داد[26]. سنجش پایایی پرسش‌نامه از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ و با ۲۰ نفر از به‌روزان که از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک مشابه جمعیت هدف بودند انجام شد که آلفای کرونباخ همسانی درونی برای پرسش‌نامه خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ نشان داد.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا توضیحات کافی به به‌روزان واجد شرایط در مورد اهداف پژوهش و محرمانه‌بودن اطلاعات اخذ شده از افراد شرکت‌کننده در مطالعه داده شد. همچنین تاکید شد که در هر زمان که تمایلی به ادامه حضور در پژوهش مورد نظر را نداشته باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. واحدهای پژوهش در صورت تمایل و با کسب رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شده و پرسش‌نامه خودکارآمدی و اطلاعات دموگرافیک قبل از اجرای برنامه آموزشی از طریق خودگزارش‌دهی و چک‌لیست مهارت‌های ارتباطی توسط محقق با مشاهده رفتار به‌روزان با مراجعان تکمیل شد. محتوای آموزشی مناسب، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه پیش‌آزمون طراحی و طی ۴ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمون برگزار شد (جدول ۱).

گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. روش‌های مورد استفاده برای آموزش شامل سخنرانی برای افزایش آگاهی، ارایه پاورپوینت برای افزایش آگاهی و تثبیت آن، نمایش فیلم به‌همراه ایفای نقش برای بهبود خودکارآمدی و آموزش مهارت‌های ارتباطی صحیح، پرسش و پاسخ برای تثبیت آموخته‌ها، بحث گروهی برای بهبود خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی، ارایه کتابچه آموزشی و ارسال پیام کوتاه حاوی نکات کلیدی ارتباط موثر برای تثبیت آموخته‌ها در زمان‌هایی غیر از شیفت کاری به‌روزان بود. دو ماه بعد از مداخله آموزشی، به‌منظور ارزیابی تاثیر مداخله آموزشی، همان پرسش‌نامه توسط شرکت‌کنندگان در گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. پژوهش حاضر مصوب معاونت پژوهشی با شماره ۳۹۷۱۸۳ و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.REC.1397.3.183 بود.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون مجذور کای برای مقایسه وضعیت متغیرهای کیفی دو گروه آزمون و کنترل، آزمون T مستقل برای مقایسه میانگین نمرات متغیرهای کمی دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله، و آزمون T زوجی برای ارزیابی تاثیر مداخله آموزشی بر میانگین نمرات

خود را انجام دهد اشاره دارد[19]. به‌طور کلی این توانایی به قابلیت فرد برای کنار آمدن با موقعیت‌های تنش‌زا به گونه‌ای کارآمد اطلاق می‌شود. این مفهوم با توجه به تفکرات و اعمال انسان‌ها در هر فردی متفاوت است و بدون وجود خودکارآمدی، رشد روان‌شناختی افراد و نیز توانایی افراد در مواجهه با مشکلات کاری و شخصی دچار مشکل می‌شود[19, 20].

ارتقای مهارت‌های ارتباطی و روابط انسانی و نیز خودکارآمدی در محیط‌های مراقبت سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است[21, 4]. به‌روزان به‌عنوان افرادی که یکی از بیشترین ارتباطات با مراجعان به محیط‌های بهداشتی درمانی را دارند، باید از مهارت‌های ارتباطی در حد مطلوب برخوردار باشند[11]. متخصصان علوم ارتباطی معتقدند این مهارت‌ها عمدتاً اکتسابی بوده و قابل یادگیری هستند[11]. همچنین مطالعات متعدد نشان می‌دهند که نه تنها مهارت‌های ارتباطی را می‌توان آموزش داد، بلکه تغییرات حاصل از آموزش مهارت‌های ارتباطی قابلیت دوام دارد[22]. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارتباطی منجر به بهبود خودکارآمدی می‌شود[23, 24].

با توجه به نقش اساسی به‌روزان در ارایه خدمات بهداشتی-درمانی کشور به کلیه آحاد جامعه، افزایش آگاهی و بهبود مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی آنها به‌وسیله مداخله آموزشی می‌تواند نقش مهمی در بهبود توانایی انجام مسئولیت‌های آنها و در نتیجه ایجاد رضایتمندی مراجعان به مراکز بهداشتی ایفا نماید[9]. بنابراین باید آموزش‌های مناسب در جهت بهبود الگوهای ارتباطی و میزان خودکارآمدی به‌روزان مورد توجه سیاست‌گذاران بهداشتی قرار گیرد[8]. لذا پژوهش حاضر با هدف ارزیابی تاثیر مداخله آموزشی بر مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی به‌روزان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه مداخله‌ای نیمه‌تجربی است که جامعه پژوهش آن را کلیه به‌روزان (به تعداد ۱۱۰ نفر) شاغل در مراکز بهداشت شهرستان‌های ساوه و زرنیدیه در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. حجم نمونه مورد نیاز برای انجام مطالعه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای مطالعات مداخله‌ای و با توجه به مطالعات قبلی[25] با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون برابر با ۸۰٪ و اندازه اثر ۰/۰۶، برای هر گروه ۴۴ نفر محاسبه شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها در گروه آزمون تعداد نمونه‌ها به ۶۰ نفر افزایش یافت و در گروه کنترل همه ۴۵ به‌روز شاغل در شهرستان زرنیدیه وارد مطالعه شدند که یک نفر قبل از شروع مطالعه انصراف داده و از مطالعه خارج شد.

روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا با توجه به این که به‌روزان شهرستان‌های زرنیدیه و ساوه از ویژگی‌های علمی و فرهنگی همسانی برخوردار بودند به‌صورت تصادفی ساده به‌روزان زرنیدیه در گروه کنترل و به‌روزان ساوه در گروه آزمون قرار گرفتند. در مرحله بعد با استفاده از لیست به‌روزان دو شهرستان به روش تصادفی ساده ۱۰۴ به‌روز (۶۰ نفر در گروه آزمون و ۴۴ نفر در گروه کنترل) انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه، عدم ابتلا به مشکل جسمی و روانی موثر برای ارتباط و معیار خروج عدم رضایت آگاهانه و عدم حضور در دو جلسه متوالی کلاس‌های آموزشی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه بخش اطلاعات زمینه‌ای، پرسش‌نامه‌های روا و پایایی خودکارآمدی و چک‌لیست ارزیابی مهارت‌های ارتباطی بود[13, 15]. بخش اول پرسش‌نامه مربوط به

متغیرهای کمی هر گروه قبل و بعد از مداخله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱) خلاصه جلسات آموزشی در خصوص مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی به‌روزان

اهداف رفتاری	حیطه ها	روش تدریس	مهارت ارتباطی	خودکارآمدی
جلسه اول				
بهورز در حضور مربی مراحل یک ارتباط خوب را توضیح دهد.	دانش	سخنرانی پرسش و پاسخ بازگویی	*	-
بهورز بتواند در حضور مربی عناوین و مشکلات مراجعان را به‌طور دقیق شناسایی کند.	عاطفی	سخنرانی پرسش و پاسخ ایفای نقش	*	*
جلسه دوم				
بهورز در حضور مربی موانع مهارت‌های ارتباطی موثر را به‌درستی توضیح دهد.	دانش	سخنرانی پرسش و پاسخ بازگویی	*	*
بهورز بتواند در حضور مربی و بدون استفاده از جزوه یا مواد آموزشی مراحل و فرآیندهای برنامه‌های بهداشتی را به‌خوبی اجرا نماید.	روانی حرکتی	پرسش و پاسخ فیلم آموزشی ایفای نقش	*	*
جلسه سوم				
بهورز در حضور مربی از رفتارهای کلامی و غیرکلامی مناسب در آموزش خود استفاده کند.	روانی حرکتی	پرسش و پاسخ ایفای نقش بحث گروهی	*	-
جلسه چهارم				
بهورز در مورد ویژگی‌ها و مراحل صحیح یک ارتباط برگزارشده قضاوت کند.	عاطفی	پرسش و پاسخ سناریو ایفای نقش بحث گروهی	*	*
بهورز بتواند در حضور مربی یک جلسه آموزشی با رعایت مراحل و ویژگی‌های یک ارتباط موثر شروع، اجرا و پایان دهد.	روانی حرکتی	ایفای نقش سناریو سخنرانی پرسش و پاسخ	*	*

یافته‌ها

میانگین سنی به‌روزان مورد مطالعه $39/60 \pm 9/22$ سال، در گروه آزمون $39/70 \pm 8/81$ سال و در گروه کنترل $39/46 \pm 9/88$ سال بود. دو گروه آزمون و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک کیفی (جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سابقه کار) و کمی (سن) همسان بوده و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0/05$; جدول ۲).

میانگین نمرات خودکارآمدی و حیطه‌های مهارت‌های ارتباطی به‌غیر از حیطه توجه به دیدگاه مراجعان، بین گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری نداشت، اما بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه در تمامی حیطه‌های مهارت ارتباطی و خودکارآمدی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد.

همچنین در بررسی درون‌گروهی، میانگین نمرات خودکارآمدی و همه حیطه‌های مهارت ارتباطی در گروه آزمون بعد از مداخله

آموزشی نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی‌داری داشت. در حالی که در گروه کنترل میانگین نمره حیطه مهارت جمع‌آوری اطلاعات در پس‌آزمون کاهش معنی‌دار و مهارت ارتباطی شروع جلسه افزایش معنی‌دار داشت و در سایر حیطه‌های مهارت ارتباطی و خودکارآمدی تغییر معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

جدول ۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز، درصد هستند) متغیرهای کیفی جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمون (۶۰ نفر) و کنترل (۴۴ نفر)

متغیرهای جمعیت‌شناختی	گروه آزمون	گروه کنترل
جنسیت		
مرد	۲۵ (۴۱/۶)	۱۶ (۳۶/۴)
زن	۳۵ (۵۸/۴)	۲۸ (۶۳/۶)
سطح تحصیلات		
ابتدایی	۸ (۱۳/۳)	۶ (۱۳/۶)
راهنمایی	۱۱ (۱۸/۳)	۵ (۱۱/۴)
دبیرستان	۳۳ (۵۵/۰)	۳۲ (۷۲/۷)
دانشگاهی	۸ (۱۳/۳)	۱ (۲/۳)
وضعیت تاهل		
مجرد	۸ (۱۳/۳)	۲ (۴/۵)
متاهل	۴۹ (۸۱/۷)	۴۲ (۹۵/۵)
سایر	۳ (۵/۰)	۰
سابقه کار		
کمتر از ۱۵ سال	۲۱ (۳۵/۰)	۱۵ (۳۴/۱)
۱۵ سال و بیشتر	۳۹ (۶۵/۰)	۲۹ (۶۵/۹)

جدول ۳) مقایسه میانگین آماری نمرات خودکارآمدی و حیطه‌های مهارت‌های ارتباطی قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه آزمون (۶۰ نفر) و کنترل (۴۴ نفر)

متغیرها	گروه آزمون	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی			
قبل از مداخله	$31/02 \pm 2/91$	$31/3 \pm 2/76$	۰/۷۰۴
بعد از مداخله	$34/25 \pm 4/00$	$31/26 \pm 4/52$	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۸۶۵	-
مهارت شروع جلسه			
قبل از مداخله	$2/02 \pm 0/72$	$2/38 \pm 0/51$	۰/۰۰۶
بعد از مداخله	$3/79 \pm 0/46$	$2/87 \pm 0/72$	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-
مهارت ایجاد رابطه			
قبل از مداخله	$8/95 \pm 1/07$	$9/00 \pm 1/04$	۰/۶۸۴
بعد از مداخله	$11/91 \pm 1/78$	$9/75 \pm 2/03$	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۶	-
مهارت جمع‌آوری اطلاعات			
قبل از مداخله	$5/00 \pm 0/78$	$4/84 \pm 0/73$	۰/۱۸۵
بعد از مداخله	$5/51 \pm 0/56$	$4/55 \pm 0/49$	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۴	-
مهارت توجه به دیدگاه مراجعان			
قبل از مداخله	$3/25 \pm 0/89$	$2/84 \pm 0/75$	۰/۰۰۱
بعد از مداخله	$3/78 \pm 0/48$	$2/77 \pm 0/72$	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۳۹	-
مهارت ارائه اطلاعات			
قبل از مداخله	$4/67 \pm 0/75$	$4/59 \pm 0/87$	۰/۵۶
بعد از مداخله	$5/49 \pm 0/74$	$4/69 \pm 0/71$	۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۵۵	-
مهارت توافق دوطرفه			
قبل از مداخله	$2/87 \pm 0/56$	$2/84 \pm 0/73$	۰/۹۵
بعد از مداخله	$3/21 \pm 0/58$	$2/76 \pm 0/74$	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۲۷	-
مهارت پایان‌دادن به جلسه			
قبل از مداخله	$5/64 \pm 1/00$	$5/37 \pm 0/85$	۰/۰۰۶
بعد از مداخله	$6/81 \pm 0/92$	$5/76 \pm 1/10$	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۱۷	-

ارتباط موثر، "گوش‌دادن" است نه صحبت کردن. خوب گوش دادن تنها به معنی شنیدن و درک واژه‌ها و جملاتی که مخاطبتان به کار می‌برد نیست، بلکه به معنی درک احساسات و حسی است که گوینده سعی دارد منتقل کند^[26]. بنابراین در طراحی و اجرای جلسات آموزشی بر مهارت گوش‌دادن و تأثیر آن بر شروع ارتباط خوب تأکید شد و با ایفای نقش و نمایش فیلم و بحث گروهی این موضوع تفهیم شد. با آموزش این موضوع به‌روزان متوجه شدند که هدفشان از برقراری یک رابطه، درک واقعی و برقراری ارتباطی موثر با مخاطبان است و به‌طور طبیعی به یک شنونده فعال تبدیل شدند و با تمام وجود و بدون قضاوت به بیماران و مراجعان گوش داده و صحبت‌های او را قطع نمی‌کردند. این یافته همسو با مطالعه ماکول در دانشجویان پزشکی بود که بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره مهارت ارتباطی دانشجویان پزشکی افزایش معنی‌داری یافت^[31]. در مطالعه مشابه دیگر، الکساندر و همکاران با آموزش مهارت‌های ارتباطی موجب ارتباط موثرتر رزیدنت‌های پزشکی با بیماران‌شان شدند^[32]. بارت و لائن نیز در فراتحلیل انجام‌شده آموزش مهارت ارتباطی به کارکنان بهداشتی را رویکردی امیدوارکننده برای تغییر رفتار و نگرش‌های ارتباطی آنها دانستند^[33].

این یافته ما، یعنی بهبود مهارت ارتباطی کارکنان مهم است، چرا که برخورداری کارکنان حوزه سلامت از سطح مناسبی از مهارت‌های ارتباطی به‌عنوان یک بستر ضروری برای ارائه خدمات و مراقبت‌های باکیفیت همواره یک چالش اساسی برای سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی بوده است^[17].

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدودیت‌های زمانی و وقت‌گیر بودن تکمیل چک‌لیست مهارت‌های ارتباطی به دلیل پراکندگی خانه‌های بهداشت تحت پوشش در دو شهرستان اشاره کرد. همین‌طور محدودیت زمانی به‌روزان برای برگزاری جلسات آموزشی باعث شد که اجرای آموزش‌ها در ۴ جلسه و به‌صورت فشرده و با سختی در انجام تمرین‌های عملی انجام شود.

پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در سایر گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی انجام شود تا با آموزش مهارت‌های ارتباطی و ارتقای توانایی ارتباطی این گروه شاهد بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت در سطح جامعه باشیم.

با توجه به اهمیت ارتباط موثر در پیشبرد اهداف و برنامه‌های بهداشتی و درمانی و رضایتمندی بیماران می‌توان برنامه آموزشی طراحی‌شده مورد استفاده در این مطالعه را به‌عنوان چارچوبی برای برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به‌منظور افزایش خودکارآمدی و ارتقای مهارت‌های ارتباطی به‌روزان و سایر گروه‌ها و کادر پزشکی همچون پزشکان، پرستاران و ماماها به کار برد.

نتیجه‌گیری

مداخله آموزشی، خودکارآمدی و مهارت‌های ارتباطی به‌روزان را بهبود می‌بخشد.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد رشته آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. لذا ضمن تقدیر و تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه مذکور برای حمایت‌های مادی و معنوی از این پایان‌نامه، تیم تحقیق بر خود لازم می‌دانند از به‌روزان شرکت‌کننده در این مطالعه و نیز مسئولان دانشکده علوم پزشکی ساوه مراتب سپاسگزاری خود را اعلام نمایند.

تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر مصوب معاونت پژوهشی با شماره

برای ارائه خدمات بهداشتی باکیفیت، برقراری ارتباط خوب و موثر بین کارکنان بهداشتی و مردم یک ضرورت انکارناشدنی است. بنابراین کارکنان بهداشتی برای برقراری ارتباط موثر با بیماران و مراجعان، باید دانش لازم را داشته باشند و مهارت‌های ارتباطی را فرا گرفته باشند. به عبارت بهتر، داشتن مهارت‌های ارتباطی موثر در کنار سایر مهارت‌های بالینی، از جمله نیازهای ضروری برای کارکنان بهداشتی است^[25]. مطالعه حاضر با هدف اصلاح و بهبود مهارت‌های ارتباطی و خودکارآمدی به‌روزان از طریق مداخله آموزشی انجام شد.

یافته‌های ما نشان داد بعد از آموزش مهارت‌های ارتباطی، خودکارآمدی به‌روزان افزایش معنی‌داری یافت. براساس مفهوم خودکارآمدی، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند شکستشان را به تلاش پایین نسبت می‌دهند تا توانایی کم؛ در مقابل افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند شکستشان را به توانایی پایین نسبت می‌دهند^[27, 21]. در واقع می‌توان گفت بعد از آموزش مهارت‌های ارتباطی با روش‌هایی فراگیرم‌محور همچون بحث گروهی و ایفای نقش که موجب درگیری ذهنی و عملی به‌روزان در برنامه آموزشی و توانمندی بهتر آنها در یادگیری و انجام مهارت‌های عملی همچون ارتباط موثر می‌شود، باور به‌روزان به توانمندی خود برای ارتباط موثر با مردم و ارائه خدمات بهتر افزایش یافته است. در مطالعات قبلی^[28, 29] خودکارآمدی برای ارزیابی رفتار سازمانی استفاده شده و کارآیی آن به‌عنوان یک روش کارآمد و قابل اعتماد برای ارزیابی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کارکنان اثبات شده است؛ برای مثال در مطالعه نورگارد و همکاران همسو با یافته ما بعد از آموزش مهارت‌های ارتباطی، خودکارآمدی کارکنان بهداشتی در ارتباط با بیماران افزایش معنی‌داری یافت^[27]. مطالعه مروری برکوف و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به کارکنان پزشکی در افزایش رضایتمندی بیماران و افزایش اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی پزشکان موثر است^[30]. در مطالعه مشابه دیگر، غفرانی‌پور و همکاران ثابت کردند که طراحی مداخلات آموزشی موفق برای ایجاد ارتباط موثر بین کارکنان پزشکی با مراجعان و بیماران نیازمند تمرکز بر افزایش خودکارآمدی کارکنان است^[17]. غفرانی‌فر و همکاران هم نشان دادند که همبستگی مثبت و معنی‌داری بین مهارت‌های ارتباطی با افزایش خودکارآمدی وجود دارد و با افزایش این مهارت‌ها خودکارآمدی پزشکان و پرستاران افزایش می‌یابد^[16]. برخلاف یافته ما در مطالعه/حمیدی و همکاران ارتباط معنی‌داری بین مهارت ارتباطی و خودکارآمدی ملاحظه نشد^[23]. از دلایل این ناهم‌سویی شاید بتوان به متفاوت بودن جمعیت هدف در دو مطالعه اشاره کرد؛ یعنی در مطالعه ما به‌روزان شاغل و در مطالعه/حمیدی و همکاران دختران دانش‌آموز مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله آموزشی اجراشده در ارتقای مهارت‌های ارتباطی به‌روزان نقش داشته است، به‌طوری که میانگین نمرات همه اجزای مهارت‌های ارتباطی شامل مهارت شروع جلسه و ایجاد رابطه، مهارت جمع‌آوری اطلاعات، توجه به دیدگاه مراجعان، مهارت ارائه اطلاعات، توافق دوطرفه و پایان‌دادن به جلسه در گروه آزمون افزایش معنی‌داری داشت. در ارزیابی پیش‌آزمون و تکمیل چک‌لیست مهارت ارتباطی ملاحظه شد اکثر به‌روزان زمانی که شروع به برقراری ارتباط با دیگران می‌کنند، بیشتر روی این که چه چیزی باید بگویند تمرکز می‌کنند، در حالی که مطالعات قبلی^[27] نشان داده مهم‌ترین فاکتور در برقراری یک

with breast cancer. *Patient Educ Couns*. 2001;43(1):61-71.

15- Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol*. 2012;30(11):1242-7.

16- Ghaffarifar S, Ghofranipour F, Ahmadi F, Khoshbaten M. Why educators should apply theories and models of health education and health promotion to teach communication skills to nursing and medical students. *Nurs Midwifery Stud*. 2015;4(4):e29774.

17- Ghofranipour F, Ghaffarifar S, Ahmadi F, Hosseinzadeh H, Akbarzadeh AH. Improving interns' patient-physician communication skills: application of self-efficacy theory, a pilot study. *Cogent Psychol*. 2018;5(1):1-13.

18- Karimi M, Koohestani HR, Araban M. The association between attitude, self-efficacy, and social support and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetol Metab Syndr*. 2018;10(1):86.

19- Jalili M, Barati M, Bashirian S. Using social cognitive theory to determine factors predicting nutritional behaviors in pregnant women visiting health centers in Tabriz, Iran. *J Educ Community Health*. 2015;1(4):11-21. [Persian]

20- Azizi N, Karimi M, Naseri Salahshour V. Determinants of adherence to tuberculosis treatment in Iranian patients: Application of health belief model. *J Infect Dev Ctries*. 2018;12(09):706-11.

21- Ghaffarifar S, Ghofranipour F, Ahmadi F, Khoshbaten M, Sallis . The causal relationship between interns' knowledge and self-efficacy and their value in predicting the interns' communication behavior with patients. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015;3(4):263-71.

22- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd Edition. Boca Raton: CRC Press; 2016.

23- Ahmadi MS, Hatami HR, Ahadi H, Asadzadeh H. A study of the effect of communication skills training on the female students' self-efficacy and achievement. *New Approach Educ Manag*. 2014;4(16):105-18. [Persian]

24- Moeini B, Karimi Shahanjarini A, Soltanian AR, Valipour Matlabi Z. The effect of communication skills training on females referred to health centers in Bahar; applying the social support theory for increasing marital satisfaction among couples. *J Educ Community Health*. 2016;3(3):9-16. [Persian]

25- Khodadadi E, Ebrahimi H, Moghaddasian S, Babapour J. The effect of communication skills training on quality of care, self-efficacy, job satisfaction and communication skills rate of nurses in hospitals of Tabriz, Iran. *J Caring Sci*. 2013;2(1):27-37.

26- Ghaffarifar S, Ghofranipour F, Ahmadi F, Khoshbaten M. Barriers to effective doctor-patient relationship based on precede proceed model. *Glob J Health Sci*. 2015;7(6):24-32.

27- Nørgaard B, Ammentorp J, Ohm Kyvik K, Kofoed PE. Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *J Contin Educ Health Prof*. 2012;32(2):90-7.

28- Amini M, Nouri A, Samavatian H, Soltanolkottabi MA. The effect of communication skills training on organizational citizenship behavior (OCB) of nurses. *Iran J Med Educ*. 2013;12(10):796-804. [Persian]

29- Ammentorp J, Kofoed PE. Coach training can improve the self-efficacy of neonatal nurses. A pilot study. *Patient Educ Couns*. 2010;79(2):258-61.

۳۹۷۱۸۳ و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.REC.1397.3.183 بود.

تعارض منافع: هیچ گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

سهم نویسندگان: منصوره بصیری (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی (۴۰٪)؛ محمود کریمی (نویسنده دوم)، پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری (۲۰٪)؛ حسین شهنازی (نویسنده سوم)، روش شناس/نگارنده بحث (۴۰٪)

منابع مالی: این پژوهش با حمایت مادی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

منابع

- 1- Arab-zozani M, Hosseini Barghazan S. Health sector evolution in Iran; a short review. *Evid Based Health Policy Manag Econ*. 2017;1(3):193-7. [Persian]
- 2- Damari B, Ehsani Chimeh E. Public health activist skills pyramid: a model for implementing health in all policies. *Soc Work Public Health*. 2017;32(7):407-20.
- 3- Behzadifar M, Abolghasem Gorji H, Rezapour A, Bragazzi NL, Alavian SM. The role of the primary healthcare network in Iran in hepatitis C virus elimination by 2030. *J Virus Erad*. 2018;4(3):186-8.
- 4- Abdel-All M, Putica B, Praveen D, Abimbola S, Joshi R. Effectiveness of community health worker training programmes for cardiovascular disease management in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Open*. 2017.;7(11):e015529.
- 5- Prakash T, Philip JM, Abraham HM, Venkatakrishnan C J, Chandran CR. Attitude toward dental communication skills among students in a south Indian dental college. *Drug Inven Today*. 2018;10(8):1493-5.
- 6- Sperr E, Baldwin A, Feeney J, Herring K. Using improv to develop communication skills for medical students. *Med Partnersh*. 2018.
- 7- Labonté R, Sanders D, Packer C, Schaay N. Conclusion: Is there a future for comprehensive primary health care? In: Revitalizing health for all. Labonté R, Sanders D, Packer C, Schaay N, editors. Toronto: University of Toronto Press; 2017. p. 292.
- 8- Tabrizi JS, Poursaghar F, Gholamzadeh Nikjoo R. Status of Iran's primary health care system in terms of health systems control knobs: a review article. *Iran J Public Health*. 2017;46(9):1156-66.
- 9- Behzadifar M, Tehrani Mirghaed M, Aryankhesal A. Primary health care: an important approach for health sector, missed in Iran's health system evolution plan. *Iran J Public Health*. 2017;46(9):1307-8.
- 10- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018(7): CD003751.
- 11- Zamani A, Shams B, Moazzam E. Communication skills training for physicians as a strategy for enhancing patients' satisfaction: a model for continuing education. *Iran J Med Educ*. 2004;4(1):15-22. [Persian]
- 12- Symons AB, Swanson A, McGuigan D, Orrange S, Akl EA. A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. *BMC Med Educ*. 2009;9(1):1.
- 13- Rezaei R, Hosseini SJ, Valaei N. Communication skills of doctors and their attitudes in Shiraz. *Feyz*. 2001;4(4):19-26. [Persian]
- 14- Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed E, Bennett J. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women

32- Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A controlled trial of a short course to improve residents' communication with patients at the end of life. *Acad Med.* 2006;81(11):1008-12.

33- Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2011;22(5):1030-40.

30- Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):152-62.

31- Makoul G. Communication skills education in medical school and beyond. *JAMA.* 2003;289(1):93.