طراحی، اجرا و ارزشیابی، ابزاری جهت تقویت مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار در دانشجویان پزشکی

احمدرضا زمانی، آرمین‌دخت شاه‌ثنایی*، مائده محسنی

چکیده

مقدمه: چگونگی ارتباط و تعامل با بیمار نقش مؤثری در رضایت‌مندی بیمار، نتایج درمان، اثرات روانشناختی، هزینه‌های پزشکی، کفایت بالینی پزشکان و حتی شکایت از پزشکان دارد. این مهارت‌ها قابل یادگیری هستند. مطابق مطالعات، پزشکان آموزش کافی در خصوص مهارت‌های عمومی ارتباطی دریافت نمی‌کنند. هدف این طرح تهیه ابزاری جهت تقویت مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پزشکی به شیوه‌ای ساده و قابل اجرا می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی در سال ۱۳۸۸ بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در مقطع اینترنی انجام شد. دانشجویان مذکور به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. حجم نمونه در هر گروه ۷۵ نفر بود. ابزاری که برای راهنمایی پزشکان جهت برقراری ارتباط با بیمار تهیه شده بود به گروه مداخله داده شده و گروه شاهد، ابزاری دریافت نکردند. پس از دو ماه، دانشجویان دو گروه از نظر نحوه ارتباط با بیمار مورد ارزشیابی قرار گرفته و نتایج دو گروه با هم مقایسه شد. نهایتاً تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج: میانگین امتیاز ارزشیابی در کل دانشجویان تحت مطالعه ۷/۲±۲۹/۳۶ بود. میانگین امتیاز ارزشیابی در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۷±۳۲/۵۳ و ۵/۹۱±۲۶/۱۹ بود که اختلاف میانگین دو گروه ۶/۳۵ امتیاز بود. تفاوت بین دو گروه مداخله و شاهد معنادار بود (p<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد استفاده از ابزارهای آموزشی در نحوه برقراری ارتباط با بیمار مؤثراست و آموزش در زمینه برقراری ارتباط مؤثر با بیمار به دانشجویان بایستی در متون آموزشی پزشکان لحاظ گردد.

واژه‌های کلیدی: ارتباط پزشک و بیمار، اینترن

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵)/ ۵۷۸ تا ۵۸۵

مقدمه

در طی سال‌های اخیر، پزشکی بیمار محور به تدریج جایگزین پزشکی پزشک محور شده است(۱). ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار باعث ارتقای سلامت بیماران وکاهش شکایت از پزشکان می‌گردد(۲). در ۷۰ درصد اشتباهات پزشکی مشکلات مربوط به ارتباط بیمار وپزشک وجود دارد(۳). پزشکی پزشک محور باعث کاهش رضایت بیماران می‌شود(٤). همچنین درصد قابل توجهی از شکایات بیماران از پزشک و بکارگیری نادرست دستورات درمانی ناشی از مشکلات ارتباطی است(۵).

مطالعات نشان داده است تعامل مناسب پزشک و بیمار

* **نویسنده مسؤول:** دکتر آرمین‌دخت شاه ثنایی، متخصص پزشکی اجتماعی. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
shahsanai@med.mui.ac.ir
دکتر احمدرضا زمانی، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی.دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
دکتر مائده محسنی، دستیار اروولوژی دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای دکتر مائده محسنی به شماره۳۸۹۰۵۸ می‌باشد.
این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۲۲ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۲/۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۱۲/۲۰ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

تأثیر چشم‌گیری بر رضایت‌مندی بیماران، بازده درمانی، اثرات روان شناختی دارد(۳و٤).

براساس مطالعات انجام شده پزشکان در زمینه مهارت‌های عمومی و ارتباطی کمبود آموزش دارند(٦). از طرفی این مهارت‌ها عمدتاً اکتسابی و قابل یادگیری هستند(۷و۸). مطالعات دیگر در بررسی دیدگاه اعضاء هیأت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران نشان داده است که آنها نگرش مثبتی نسبت به آموزش مهارت‌های ارتباطی دارند(۹و۱۰).آموزش مهارت‌های ارتباطی بر آگاهی، نگرش پزشکان و رضایت‌مندی بیماران تاثیر قابل ملاحظه‌ای دارد(۱۱).ارتباط یک مهارت بالینی اصلی است وبه دلیل مشکلاتی که در زمینه ارتباط پزشک و بیمار وجود دارد، این مهارت هم باید درست مشابه معاینه فیزیکی، در برنامه آموزش پزشکی گنجانده و ادغام شود.

تا کنون مطالعات گوناگونی در کشورهای مختلف در زمینه لزوم ونحوه آموزش مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار انجام شده است. در هر مطالعه شیوه خاصی برای آموزش این مهارت‌ها طراحی واجرا شده است که نتایج همگی آنها برمفید ومؤثر بودن این آموزش‌ها تأکید داشته‌اند(٦). تمامی این روش‌ها برای رسیدن به هدف مطلوب، نیازمند اختصاص دادن زمان و مکان ویژه، تجهیزات مورد نیاز، به کار گیری نیروی انسانی کافی می‌باشند که همگی این موارد هزینه نسبتاً قابل توجهی را به خود اختصاص خواهد داد. ازجمله شیوه‌هایی که در این مطالعات برای آموزش مهارت‌های ارتباطی به کار رفته‌اند می توان به طور مثال به موارد زیر اشاره کرد :

۱- آموزش به شیوه بازخورد ویدیویی(۱۲و۱۳).

۲-برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی وآموزش به شیوه سخنرانی(١٤).

مطالعات براین عقیده‌اند که مداخلات باید مورد قبول پزشکان بوده وبا برنامه روتین آنها پیوستگی داشته باشد(۱۵).

ساختار راهنمای کالگری کمبریج برای آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی به کار رفته و مرتب توسعه یافته و اصلاح شده است و یک برنامه ۵ قسمتی است که مهارت‌های فردی در آن سازمان‌دهی شده است(١٦). هدف ما طراحی ابزاری ساده ومفید بود که دسترسی همیشگی به آن امکان پذیر باشد به گونه‌ای که حداکثر اطلاعات مفید را در حداقل حجم و اندازه در خود بگنجاند و با حداقل هزینه بتوانیم گامی هرچند کوچک در جهت ارتقای مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار برداشته باشیم.

روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی بوده که در سال ۱۳۸۸ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. جامعه پژوهشی دانشجویان پزشکی ورودی ۱۳۸۲-۱۳۸٤ بودند که در حال گذراندن دوره اینترنی خود در بخش‌های ماژور بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بودند.

معیار ورود: اینترن‌هایی که قبلاً آموزش ویژه‌ای به صورت اختیاری در زمینه مهارت‌های ارتباطی پزشک و بیمار دریافت نکرده بودند وارد مطالعه شدند و دانشجویانی که به تناسب علاقه و به صورت اختیاری، آموزش‌هایی در این زمینه کسب نموده و یا هم اتاقی خوابگاه بودند به این مطالعه وارد نشدند.

معیار خروج: عدم تمایل به ادامه همکاری در افراد گروه مداخله.

نمونه‌گیری اولیه از نمونه‌های در دسترس انجام شد به این ترتیب که اینترن‌های چهار بخش ماژور که حداقل دو ماه در یک بخش حضور داشتند انتخاب شدند و چون تعداد آنها محدود بود به صورت آسان وارد مطالعه شدند وسپس به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند به این ترتیب که از بین بخش‌های ماژور یعنی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

داخلی، اطفال، جراحی و زنان به صورت قرعه‌کشی، اینترن‌های بخش‌های جراحی و زنان به عنوان گروه مداخله و اینترن‌های دو بخش داخلی و اطفال به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نیاز، با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه به تعداد ۷۵ نفر در هر گروه تعیین گردید (Z_{β} = ۰/۸٤ Z_{α} =۱/۹٦).

روش‌ها

الف) تدوین ابزار: جهت تهیه ابزاری با استانداردهای مورد نیاز، ابتدا جلسه‌ای باحضور مجری طرح وگروهی از دانشجویان خلاق تشکیل شد. هدف از بحث دراین جلسه، تهیه ابزاری ساده، کاربردی و قابل فهم بود که از جانب دانشجویان دارای مقبولیت، کابرد راحت وحمل ونقل آسان باشد. به منظور آسانی حمل و نقل ابزار، ابزار به فرم پمفلت تهیه شد. به منظور ایجاد مقبولیت و انگیزه در دانشجو برای به همراه داشتن هر روزه ابزار، بنا براین شد که در قسمتی از ابزار، دوز داروهای رایج در بخشی که دانشجو مشغول به گذراندن دوره اینترنی خود می باشد، گنجانده شود که ابزار کاربرد دوگانه یابد. جهت تدوین محتوای ابزار، از راهنمای کالگری کمبریج استفاده شد و با توجه به اینکه این راهنما یک راهنمای استاندارد جهانی است ودر ایران نیز در مطالعات دیگر مورد استفاده قرار گرفته نیاز به استانداردسازی مجدد نبود و یک فرم خلاصه و طبقه بندی شده در قالب پمفلت در زمینه ارتباط صحیح پزشک و بیمار تهیه شد که در حداقل حجم، حداکثر اطلاعات مفید را در اختیار بگذارد. در ضمن یک الگوریتم از کل مطالب به صورت نمودار، در یکی از صفحات پمفلت گنجانده شد که یک دید کلی در اختیار استفاده کننده قرار دهد.در ضمن جهت کمک به درک درست‌تر اطلاعات پمفلت دفترچه راهنمایی تهیه شد که حاوی اطلاعات مفصل‌تر به همراه مثال‌های عینی بود که همراه با ابزار در اختیار افراد گروه مداخله قرار گرفت. سپس این طرح مقدماتی جهت بررسی، اصلاح و تکمیل محتوا، در جلسه دیگری با حضوردو تن از اعضای محترم هیأت‌علمی متخصص در این زمینه، یک کارشناس آموزش بهداشت، دانشجویان نامبرده و مجری طرح به بحث و تبادل‌نظر گذاشته شد. درمرحله بعدی جهت بررسی پایایی ابزار، سادگی استفاده و کاربرد بالینی آن، از مطالعه پایلوت در یک گروه ۱۵ نفری از دانشجویان داوطلب کمک گرفته شد که با ضریب الفا کرونباخ حدود ۸۰ درصد نتیجه نهایی این مطالعه رضایت بخش بود و ابزار در مقیاس بزرگ تهیه شد.

ب) اجرای طرح: آغاز اجرای طرح نیمه دوم سال ۱۳۸۸ بود که در ابتدا ابزار مورد نیاز به همراه راهنمای استفاده، به دانشجویان گروه مداخله ارائه شد با تأکید برعدم ارائه ابزار به دانشجویان گروه شاهد ونیز توجه به اینکه افراد گروه مداخله و شاهد هم اتاقی خوابگاهی نباشند. آموزش‌های لازم جهت چگونگی استفاده از ابزار به افراد به صورت چهره به چهره در هنگام تحویل ابزار داده شد.این ابزار به مدت دو ماه در اختیار افراد گروه مداخله قرار گرفت که ابزار را به همراه خود داشته وروزانه به آن مراجعه کنند و راهنمایی‌های موجود در آن را در رفتار حرفه‌ای خود به کار ببندند، و تذکر داده شد که در صورت داشتن هر گونه مشکل در استفاده از ابزار و یا در صورت مفقود شدن ابزار، با مجری طرح تماس حاصل نمایند تا در اسرع وقت مشکل ایشان رفع شود. در طی مدت زمان اجرای طرح هیچ یک از اینترن‌های گروه مداخله از مطالعه خارج نشدند.

ج) ارزشیابی: برمبنای اطلاعات موجود در ابزار، چک لیستی تهیه شد که حاوی ۲۵ مورد از مهم‌ترین نکات ضروری در ارتباط پزشک و بیمار بود. و با کمک استاد راهنما در چار چوب استاندارد قرار گرفت. سپس روایی آن از نظر ساختار و محتوا و ظاهر توسط سه تن از کارشناسان واعضائ هیأت‌علمی مورد تأیید قرار گرفت.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

پس از گذشت دو ماه، از هر دو گروه مداخله و شاهد، با استفاده از آن چک‌لیست ارزیابی به عمل آمد. این چک‌لیست، توسط رزیدنت بخش مربوطه تکمیل شد. رزیدنت‌ها به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت قراردادی، در ازای دریافت هزینه پیشنهادی، قبول همکاری نمودند و قبلا، در مورد شرایط و نحوه تکمیل چک‌لیست، توسط مجری طرح توجیه شدند. تکمیل چک‌لیست در زمان امتحان پایان بخش اینترن‌ها، بدون آگاهی اینترن‌ها از وجود چک‌لیست، به صورت مشاهده‌ای توسط رزیدنت انجام شد. در این مرحله کور سازی مشاهده گر(رزیدنت) انجام نشد. در این چک‌لیست هر آیتم با پاسخ مثبت ۲ امتیاز و پاسخ منفی صفر امتیاز داشت.در پایان، چک‌لیست دیگری جهت بررسی کارایی و شیوه کاربرد صحیح ابزار از دیدگاه دانشجویانی که از ابزار استفاده کرده بودند، تهیه و توسط دانشجویان گروه مداخله تکمیل شد که این چک‌لیست حاوی ۱۴آیتم در زمینه نحوه کاربرد و به خاطر سپردن اطلاعات توسط دانشجو، تعداد مراجعات روزانه دانشجو به ابزار، تعداد دفعاتی که دانشجو ابزار را به خاطر داشته واز آن استفاده کرده، میزان اثر بخشی ابزار در دیدگاه بالینی دانشجو و.... بود. مبنای نمره‌دهی در این چک‌لیست مقیاس لیکرت بود.

نتایج به دست آمده به وسیله نرم‌افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون‌های آماری کای اسکویر ,T-Test، همبستگی پیرسون، همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه یک صد و پنجاه دانشجو، انتخاب و به روش تخصیص تصادفی در دو گروه قرار گرفتند گروه مداخله شامل افرادی بودند که از یک ابزار کمک آموزشی برای ارتباط با بیمار استفاده نمودند.

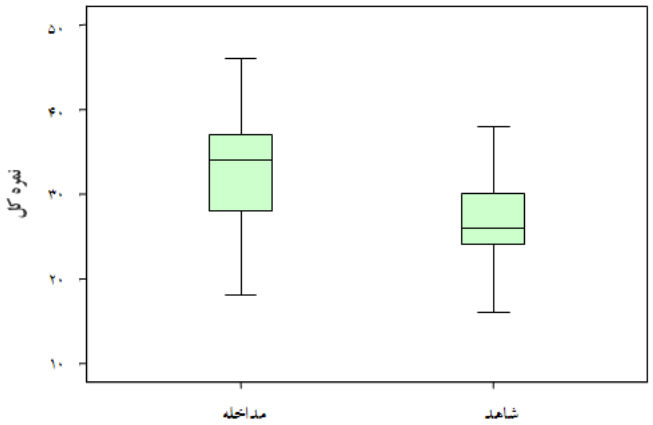
میانگین سن بیماران گروه مداخله و شاهد به‌ترتیب ۱±۲۴/۳۱ و ۱/۶±۲۴/۵۷ سال بود و طبق آزمون T تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت (**p**=۰/۲۳)

۳۶ نفر ازگروه مداخله و ۴۱ نفر از گروه شاهد، مرد بودند (۴۸ درصد در مقابل ۵۴/۷ درصد). در مقابل، ۳۹ نفر از گروه مداخله و ۳۴ نفر از گروه شاهد زن بودند (۵۲ درصد در مقابل ۴۵/۳ درصد) ولی طبق آزمون کای اسکویر، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت (**p**=۰/۴۱)

میانگین ماه اینترنی در کل دانشجویان مورد مطالعه ۴/۳۴±۶/۳۶ بود. میانگین ماه اینترنی در دو گروه مداخله و شاهد به‌ترتیب ۴/۵۹±۶/۱۷ و ۴/۱۱±۶/۵۴ ماه بود و طبق آزمون T تفاوت بین دو گروه معنادار نبود(**p**=۰/۱۵).

دو گروه از نظر سن و جنس و ماه اینترنی از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند. واز نظر این سه متغیر تقریبا همسان بودند. و اثر مخدوش‌کنندگی این متغیرها خنثی می‌شود.

میانگین امتیاز ارزشیابی در کل دانشجویان تحت مطالعه ۷/۲±۲۹/۳۶ بود. این میانگین در دو گروه مداخله ۷±۳۲/۵۳ و در گروه شاهد ۵/۹۱±۲۶/۱۹ بود که اختلاف میانگین دو گروه ۶/۳۵ امتیاز بوده و طبق آزمون T تفاوت بین دو گروه مداخله و شاهد معنادار بود (**p**<۰/۰۰۱).(نمودار ۱)

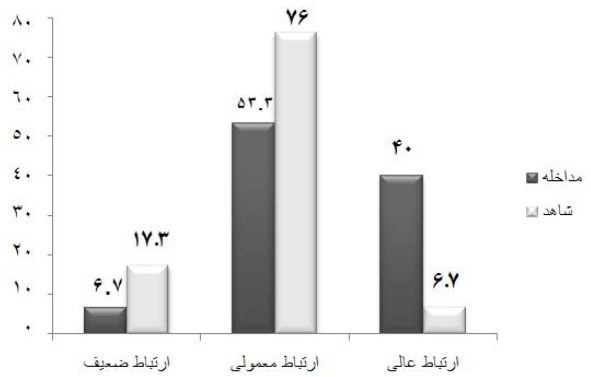


نمودار ۱: میانگین و دامنه اطمینان نمره ارزشیابی در دو گروه مداخله و شاهد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

طبقه‌بندی امتیاز، در این مرحله، نمرات چک‌لیست مذکور مورد طبقه‌بندی قرار گرفت و نمره کمتر از ۲۰ به عنوان ارتباط ضعیف با بیمار، نمره ۳۵-۲۰ به عنوان ارتباط معمولی و نمره بالاتر از ۳۵ به عنوان ارتباط مطلوب در نظر گرفته شد.

طبق نتایج به دست آمده در گروه مداخله ۵ نفر و در گروه شاهد ۱۳ نفر دارای ارتباط ضعیف با بیمار بودند (۶/۷ درصد در مقابل ۱۷/۳ درصد)، ۴۰ نفر از گروه مداخله و ۵۷ نفر از گروه شاهد، ارتباط معمولی با بیماران داشتند (۵۳/۳ درصد در مقابل ۷۶ درصد). ۳۰ نفر از گروه مداخله و ۵ نفر از گروه شاهد نیز دارای ارتباط عالی با بیمار بودند (۴۰ درصد در مقابل ۶/۷ درصد). انجام آزمون کای اسکویر بر روی داده‌های مذکور نیز نشان داد توزیع فراوانی نحوه ارتباط با بیمار، در گروه مداخله به طور معناداری مناسب‌تر بوده است (**p**<۰/۰۰۱).(نمودار ۲)



نمودار ۲: درصد فراوانی نوع ارتباط با بیمار در دو گروه مداخله و شاهد

میانگین امتیازکسب شده توسط مردان و زنان مورد مطالعه به ترتیب ۹/۶۳±۵۳/۸ و ۱۰/۴۴±۵۴/۸۵ بود و طبق آزمون **T** تفاوت معناداری بین امتیاز زنان و مردان وجود نداشت(**p**=۰/۶۶).

بر طبق آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط معناداری بین سن و نمره ارزشیابی وجود نداشت (**p**=۰/۶۱). طبق این آزمون، مقدار همبستگی بین سن و نمره ارزشیابی ۰/۰۴ بود.

طبق آزمون همبستگی اسپیرمن، بین ماه اینترنی و نمره ارزشیابی یک همبستگی مستقیم و ضعیف به مقدار ۰/۱۵ وجود داشت که از نظر آماری معنادارنبود(**p**=۰/۰۷).

به منظور ارزشیابی وسیله کمک آموزشی در نحوه ارتباط با بیمار، چک‌لیستی ۱۴ موردی طراحی شده و از دانشجویان گروه مداخله که از آن استفاده کرده بودند نظر خواهی شد. میانگین نمره ارزشیابی ابزار، ۱۰±۵۴/۲۴ (بر مبنای ۷۰) بود. کارآیی ابزار مذکوردر سه گروه نامناسب (امتیاز ۲۵ و کمتر)، مناسب (امتیاز بین ۵۰-۲۵) و کارآیی کاملاً مناسب (امتیاز بالاتر از ۵۰) طبقه‌بندی شد که طبق آن، ۵۴ دانشجو (۷۲ درصد) معتقد بوده‌اند که این ابزار جهت برقراری ارتباط مناسب با بیمار، کارآیی کاملاً مناسبی دارد. ۲۱ دانشجو (۲۸ درصد) نیز معتقد بوده‌اند که این ابزار جهت ارتباط با بیمار از کارآیی مناسبی برخوردار است.

بحث

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد در مجموع، دانشجویانی که با استفاده از این ابزار وراهنمای ساده، نسبت به برقراری ارتباط با بیمار اقدام نموده‌اند، به طور مؤثرتر و مفیدتری با بیماران خود ارتباط برقرار نمودند. و از طرفی رضایت مندی و مشارکت بیماران در مراحل درمان چشمگیرتر بوده است و نیز کارایی و مقبولیت ابزار به طور کلی قابل توجه بوده است.

بررسی نتایج کارایی ابزار توسط چک‌لیست ۱۴ موردی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

انتظار ما را در دست یابی به چنین ابزاری برآورده ساخت.در نهایت اکثریت قابل توجه افراد گروه مداخله در مورد استفاده از ابزار برای سایر همکاران، در مقیاس گسترده، نظر موافق داشتند.

در زمینه لزوم آموزش مهارت‌های ارتباطی پزشکان تحقیقات فراوانی صورت گرفته است ولی در مورد روش‌های مختلف آموزش مهارت‌های ارتباطی در ایران تحقیقات زیادی انجام نشده است.دریک مطالعه در ایران نشان داده شد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به شیوه باز خورد ویدیویی تأثیر عمده‌ای بر مهارت بالینی اینترن‌ها می‌گذارد(۱۲) در مطالعه دیگری عملکرد ۹ پزشک پس از دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی با کمک ضبط ویدیویی و مصاحبه‌ها و تحلیل بعدی آنها ارزشیابی شد. پزشکان دوره‌دیده علاقه‌مندتر و صمیمی‌تر ارزیابی شده و مهارت‌های هدف‌مند بیشتری را به کار می‌بردند(۱۷).

مطالعه هالسمن وهمکارانش نشان داد طراحی آزمون‌های ارزیابی مهارت‌های ارتباطی از طریق برنامه‌های رایانه‌ای مؤثر است(۱۸). در یک پژوهش انجام شده در ایران، مهارت‌های عمومی ارتباط با بیمار با استفاده از روش‌های نوین آموزشی درترکیب با روش‌های متداول آموزش در قالب کارگاه سه روزه به پزشکان گروه تجربی آموزش داده شد که در نهایت میزان رضایت بیماران پزشکان دوره دیده به طور معناداری بیشتر بود(٦). در مطالعه دیگری که انجام شده برگزاری کارگاه آموزشی بر اساس الگوی کالگری کمبریج با روش‌های مورد استفاده، تلفیقی از سخنرانی، بحث گروهی، ایفای نقش، نمایش فیلم و پرسش و پاسخ برای پزشکان خانواده مؤثر بوده و دانش و نگرش پزشکان نسبت به مهارت‌های آموزش داده شده بهبود یافته بود(۱۹). در نهایت سیاست‌گذاران وذی نفعان باید برای توسعه ارتباط مؤثر پزشک و بیمار طرح‌های بزرگ به اجرا درآورند و بودجه به آن اختصاص داده واز مکانیسم‌های مختلف استفاده کنند(۲۰)

نتیجه‌گیری

گنجاندن اصول مهارت‌های ارتباط پزشک و بیمار در ابزاری ساده به فرم پمفلت که حمل و نقل راحتی داشته باشد، قابل فهم و آسان بوده، و دسترسی دایمی و همیشگی به آن امکان‌پذیر باشد، و ارائه آن به دانشجویان پزشکی می تواند تأثیر چشمگیر و بسزایی در تقویت این مهارت‌ها در دانشجویان، اینترن‌ها و به تبع آن پزشکان فارغ‌التحصیل این مراکز داشته باشد.

قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترا به شماره ۳۸۹۰۵۸ می‌باشد لذا نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی اصفهان و دانشجویانی که در این طرح مشارکت کردند سپاس‌گزاری می‌نمایند.

منابع

1. Ronald M, Epstein, Kevin Fiscella ,Cara S. Lesser and Kurt Why the Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. Health Aff August. 2010;29(8):1489-1495.
2. Rollnick S, Kinnersley P, Butler C. Context-bound communication skills training: development of a new method. Med Educ. 2002 Apr;36(4):377-383.
3. Symons A, Swanson A. A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. BMC Med Educ. 2009; 9: 1.
4. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC.Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship . Med Educ. 2002 Jun;36(6):568-574.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

5. Bakker DA,Fitch MI,Gray R,Reed E,Bennet J.Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. Patient Educ Couns. 2001 Apr;43(1):61-71.
6. Zamani A ,Shams B ,Moazzam E. [Communication Skills Training for physicians as strategy for Enhancing Patient's Satisfaction :A Model for Continuing Education]. Iranian Journal of Medical Education. 2004; 4 (1):15-22. [Persian]
7. Ghadiri Lashkajani F,Zolfaghari M.[Patient- Physician Communication] .1st ed.Tehran:Education Developing Center of Iran University of Medical Sciences.1999. [Persian]
8. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J .Skills for Communicating with Patients.2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd. 2004.
9. Tavakol M, Murphy R, Torabi S. A needs assessment for a communication skills curriculum in Iran. Teach Learn Med. 2005 Winter;17(1):36-41.
10. Zamani AR, Shams B, Farajzadegan Z, Tabaeian M. [The viewpoints of clinical faculty members about teaching communication skills to medical students]. Iranian Journal of Medical Education. 2003; 3 (1): 45-51. [Persian]
11. Managheb SE,Firouzi H,Jaafarian J.[The impact of communication skills training on Calgary –Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physicians] . Jahrom Medical Journal. 2009; 6(2):74-84. [Persian]
12. Managheb E, Zamani AR, Shams B, Farajzadegan Z. [The Effect of Communication Skills Training through Video Feedback Method on Interns' Clinical Competency]. Iranian Journal of Medical Education.2010;10(2): 164-169 .[Persian]
13. Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, Wissow L. Use of an innovative video feed back technique to enhance communication skills training. Med Educ . 2004 Feb ; 38(2) :145-157.
14. Zamani A, Shams B, Siadat ZD, Adibi P, Salehi H, Saneii H.The effect of communication skill training on clinical skill of Internal Medicine and Infectious Disease residents of Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Medical Education, Winter. 2006 ;8(2):97-102.
15. Sanson-Fisher R, Cockburn J. Effective teaching of communication skills for medical practice: Selecting an appropriate clinical context. Med Educ. 1997 Jan;31(1):52-57.
16. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd. 2004.
17. Roter D, Rosenbaum J, de Negri B, Renaud D, DiPrete-Brown L, Hernandez O. The effects of a continuing medical education program in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago. Med Educ. 1998 Mar; 32(2);181-189.
18. Hulsman RL, Mollema ED, Hoos AM, de Haes JC, Donnison-Speijer JD. Assessment of medical communication skills by computer: assessment method and student experiences. Med Educ. 2004 Aug; 38(8):813-824.
19. Mohebpour F. [The impact of communication skills training on Calgary –Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physicians] [dissertation].Tehran University of Medical Sciences. 2009. [Persian]
20. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. Health Aff (Millwood). 2010 Jul;29(7):1310-1318.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]

Design, implementation and evaluation a tool to strengthen physician-patient communication skills of medical students

zamani ahmadreza, Shahsanai Armindokht*, Mohseni Maedeh

Abstract

Introduction: *How to communicate and interact with the patient play an effective role in patient satisfaction, treatment outcome, psychological effects, medical costs, clinical competence of physician, and even patient's complaining. these skills can be learned. Studies showed that physician did not receive enough training regarding general communication skills. this study aimed to provide a tool to strengthen communication skills of medical students in an effective and simple manner.*
Methods: *This quasi-experimental intervention study was performed on medical students of Isfahan University of Medical Sciences in Internship period in 1388. Participants were randomized to the intervention and control groups (75 student in each group). intervention group received the tool were developed for guiding physicians to communicate with patient. After two months, physician- patient communication in two groups was assessed and compared. Finally, data analysis was performed with spss software.*
Results: *The overall mean was 29/36±7/2. mean score in both intervention and control groups were 32/5±7 and 26/19±5/91 respectively. the mean difference between two groups was 6/35. Difference between intervention and control groups was significant (p<0/001).*
Conclusions: *The results showed the use of educational tools are effective on communication with patients. Education about effective communication with patients should be considered in educational material for medical students.*

Keywords: doctor and patient relationship, Internship

Addresses
[1] Associate Professor, Department of Medical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
[2](✉) Department of Medical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: shahsanai@med.mui.ac.ir
[3] Resident, Department of Medical Sciences, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-15]