مقاله تحقیقی

دوفصلنامه آموزش پزشکی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره ششم، شمارهٔ ۲، بهار – تابستان ۱۳۹۷، صفحه ۳۱-۲۲

# رابطه پزشک و بیمار، روشهای آموزش یک مهارت در بالین

**مینو سعیدی (MD)[۱*]**

۱. متخصص بیماریهای کودکان، استادیار، بیمارستان کودکان امام حسین (ع)، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**دریافت: ۹۶/۱۰/۱۹، اصلاح: ۹۷/۵/۲۸، پذیرش: ۹۷/۵/۳۰**

## خلاصه

**سابقه و هدف:** ایجاد ارتباطی دوطرفه و پویا بین پزشک و بیمار، منجر به جمع آوری دقیق اطلاعات، تشخیص صحیح، درمان و پایبندی به درمان خواهد شد. مهارت ارتباط با بیمار، نیازمند آموزش است. آموزش این مهارت در بالین بیمار با چالشهایی روبرو است. بیمارستانهای شلوغ، زمان ناکافی، شرایط بیمار و عدم آگاهی اساتید بالینی، فرصت طلایی آموزش را از دانشجویان می گیرد. هدف از این مطالعه، مروری بر روشهای آموزش مهارتهای ارتباطی در پزشکی است.

**مواد و روشها:** در این مطالعه مروری، پایگاههای اطلاعاتی لاتین شامل Pubmed، Proquest، Google scholar، Web of science و Ovid با کلید واژه های لاتین و منابع اطلاعاتی فارسی شامل Magiran، Iran medex و SID نیز با کلید واژه های فارسی جستجو شدند. همه پژوهشها، طی سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ که در ارتباط با موضوع بودند، وارد مطالعه گردید.

**یافته ها:** در بررسی اولیه ۱۰۳ مقاله یافت شد. پس از حذف موارد تکراری، مطالعه چکیده مقالات و تعیین تطابق با هدف مطالعه، ۳۸ مقاله باقی مانده، به دقت مطالعه گردید. روشهایی چون استفاده از بیمارنمای آموزش دیده، ضبط ویدئو و بازنمایش آن، ایفای نقش، استفاده از چک لیست و آموزش از طریق کامپیوتر، برای آموزش این مهارت در موقعیتهای بالینی متنوع، مطرح گردید.

**نتیجه گیری:** روشهای نوین و موثر زیادی در زمینه آموزش مهارت ارتباط با بیمار در پزشکی وجود دارد که در برخی از آنها نیاز به وجود بیمار واقعی هم نیست. آگاهی اساتید از قوت، ضعف و کاربرد هر روش، می تواند نقش مهمی در بهبود فرایند آموزش داشته باشد.

**واژه های کلیدی: ارتباط پزشک و بیمار، آموزش پزشکی، مهارت ارتباطی**

## مقدمه

برقراری رابطه مناسب بین بیمار و پزشک، جزء اساسی یک مراقبت پزشکی با کیفیت است (۱). بهبود این رابطه باعث پایبندی بیشتر بیمار به درمان، رضایت بیشتر وی از تیم درمانی و کاهش خطاهای پزشکی و شکایات می شود (۲). از سالها پیش، آموزش برقراری رابطه مناسب با بیمار در برنامه آموزشی پزشکان قرار گرفت و آن را به عنوان بنیادی ترین مهارت در پزشکی قلمداد کردند (۳). سیستم آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویان پزشکی در کشورها و دانشگاههای گوناگون متفاوت است (۳). بطور سنتی بخشهایی از برقراری ارتباط با بیمار از جمله اینکه چطور به حرفهای بیمار گوش کنیم یا چطور از سوالات باز در گرفتن شرح حال استفاده کنیم، آموزش داده می شود اما به نظر می رسد که این آموزشها، رفع کننده نیاز یک پزشک که متعهد است با بیمار خود به خوبی ارتباط برقرار کند، نیستند (۴). در کشور ما نیز مهارت ارتباط با بیمار، به دانشجویان آموزش داده می شود و مورد ارزیابی قرار می گیرد. با این وجود به نظر میرسد که آموزشها کافی و کارآمد نیستند (۵). بطوریکه بسیاری از بیماران، از نحوه مراوده پزشک خود ناراضی هستند و به همین دلیل، بارها و بارها پزشک معالج خود را تغییر می دهند و از درمان تبعیت نمی کنند. این موضوع ضمن لطماتی که به جایگاه پزشک در جامعه می زند، باعث تحمیل هزینه درمانی زیاد به خانوارها و جامعه و افزایش شکایتهای از جامعه پزشکی خواهد شد (۶). متاسفانه این مشکل در پزشکان و پرستارانی که در سالهای اخیر فارغ التحصیل شده اند، نمود بیشتری دارد. محتوای آموزشی نا مطلوب، توانمندیهای ارتباطی ناکافی فردیکه آموزش را عهده دار است، عدم تکرار آموزشها در مراحل مختلف تحصیلی، تمرکز بیش از حد بر محتوا و غافل ماندن از تمرین آموخته ها در بالین بیماران به همراه اورژانسها و بیمارستانهای شلوغ و عدم تمایل بیماران برای ویزیت بوسیله دانشجو از جمله عواملی هستند که آموزش مهارت ارتباط با بیمار را در بخشهای بالینی با مشکل مواجه می کنند (۵).

هدف از این مطالعه، افزایش دانش اساتید بالینی به روشهای تدریس و بکار گیری مهارتهای ارتباط با بیمار در بالین است به گونه ای که اساتید قادر باشند بر اساس شرایط، از روشهای متنوعی استفاده کنند. قبلا Cegala و همکارش ۲۶ مقاله مرتبط با آموزش مهارتهای ارتباطی در پزشکی، طی سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ را مرور کرده اند (۷). این دو پیشنهاد می کنند که آموزش ارتباط به بیمار باید زمانی مشخص از یک مصاحبه پزشکی را به خود اختصاص دهد و لازم است که تحقیقات وسیع تری در این باره انجام گیرد. در مطالعه حاضر، پژوهشهای بعد از سال ۲۰۰۰ میلادی مورد بررسی قرار گرفته اند.

* نویسنده مسئول مقاله: دکتر مینو سعیدی
آدرس: اصفهان، خیابان امام خمینی، بیمارستان دانشگاهی کودکان امام حسین (ع)، تلفن : ۰۳۱۳۳۸۶۶۲۶۶
Email:minoo.saeidi@gmail.com

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

## مواد و روش ها

پژوهش پیش رو از راه مرور متون و با هدف جمع بندی روشهای مورد استفاده در آموزش مهارتهای ارتباط پزشک و بیمار در بالین انجام گرفته است. واژه های کلیدی مورد استفاده در جستجوی متون عبارتند از ارتباط پزشک و بیمار، آموزش و طب بالینی که در پایگاههای اطلاعاتی Eric، Iran medex، SID، Google scholar، Web of science، Ovid، Pubmed، Proquest و Magiran مورد جستجو قرار گرفتند. همه مقالات مرتبط و چاپ شده بعد از سال ۲۰۰۰ مورد بررسی قرار گرفتند. در کل ۳۶ مقاله به زبان انگلیسی بودند و ۴ پژوهش از کشورمان ایران به ثبت رسیده بود.

در ابتدا تعداد ۱۰۳ مقاله جستجو شد. بعد از حذف مقالات تکراری و غیر مرتبط تعداد ۳۸ مقاله باقی ماندند که متن کامل آنها مورد مطالعه قرار گرفت. منبع پژوهش، ابزارهای آموزشی مورد استفاده، طراحی مطالعه و نتایج بدست آمده از مداخله انجام شده در جدولی خلاصه گردید تا استفاده از آن با سهولت بیشتری امکان پذیر باشد.

## یافته ها

تعداد ۳۸ مقاله مورد مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد ۳۶ مورد انگلیسی و بقیه فارسی بودند. اکثر مطالعات ضمن تاکید بر لزوم توجه بیشتر به آموزش اصول حرفه ای ارتباط با بیمار، سعی در تبیین روشی داشتند که بتوان آن را در آموزش بالینی با سهولت بیشتری به کار برد. با وجودیکه پژوهشگران کشور ما نیز فعالیتهای زیادی را در این حیطه انجام داده و می دهند اما مطالعات نشان میدهد که در دانشگاههای ما همچنان برنامه مدون و منسجمی برای آموزش ارتباط با بیمار در سطح کلان وجود ندارد (۸) (جدول ۱).

| منبع | ابزار آموزشی مورد استفاده | طراحی مطالعه | یافته ها |
|---|---|---|---|
| Hardoff et. al 2001(9) | آموزش شرح حال گیری در طب نوجوانان از طریق آموزش ۲۰ سناریوی بالینی به دانش آموزان هنرستان هنرهای دراماتیک که نقش بیمار نما را بازی می کردند، هر مصاحبه و بحث پیرامون آن ۳۰ تا ۴۵ دقیقه زمان لازم داشت | مطالعه مداخله ای مقطعی با شرکت ۳ گروه ۲۰ تا ۳۰ نفره فراگیران پزشک | همه شرکت کنندگان این نحوه آموزش را مفیدتر از منابعی که درباره رابطه با بیمار می شناختند، ارزیابی کردند |
| Makoul et. al 2001(10) | آموزش و نیز ارزیابی نحوه شرح حال گیری بر اساس چهار چوب SEGUE که مخفف واژه های ایجاد یک فضا برای ارتباط، فراخوانی اطلاعات از بیمار، دادن اطلاعات به بیمار، درک نقطه نظرات بیمار و پایان دادن به مصاحبه است و بصورت یک چک لیست با ۳۲ جزء است | مطالعه مداخله ای مقطعی روی تعداد زیادی از دانشجویان پزشکی و استفاده از متخصصان داخلی به عنوان ارزیاب | به عنوان ابزار آموزشی و هم ارزیابی از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بود |
| Chou et. al 2002(11) | ضبط مصاحبه دستیاران طب داخلی با بیماران بعد از اخذ رضایت از آنان و تعهد به اینکه از فیلمها فقط در امر آموزش استفاده شود و سپس سخنرانی دستیار و بحث پیرامون نکات مصاحبه در سمینارهای ۹۰ دقیقه ای، ۲ بار در طول هر سال تحصیلی | مطالعه مداخله ای مقطعی با شرکت ۱۶ دستیار طب داخلی و توصیف و تحلیل نتایج | دستیاران این روش یادگیری را بخصوص در شرح حال گیری در شرایط سخت مفید دانستند و توانستند از مصاحبه های چالش برانگیز یک آرشیو آموزشی مفید تهیه کنند |
| Rollnick et. al 2002(12) | آموزش مصاحبه با بیمار به پزشکان عمومی در مورد یک شکایت بالینی شایع و پر برخورد مانند تصمیم به تجویز آنتی بیوتیک در سرماخوردگی ها بصورت نوشتن سناریوی بیماران سخت و ایفای نقش | مطالعه مداخله ای مقطعی با شرکت ۳ گروه از پزشکان عمومی | با این روش می توان یادگیری مصاحبه با بیمار را وارد کار بالینی روزمره پزشکان کرد |
| Kurtz et. al 2003(13) | آموزش محتوا و روال مصاحبه در پزشکی بطور توامان از طریق مدل تکامل یافته تر کالگری کمبریج | مطالعه مداخله ای مقطعی | آثار سودمند برای آموزش دهنده و دانشجو |
| Rider et. al 2004(14) | آموزش از طریق انجام مصاحبه با بیمار دانشجوی پزشکی در مقابل استاد و سپس تذکرات لازم برای بهبود مهارت برقراری ارتباط و بعد از توافق استاد و دانشجو بر سر ۲ نکته آموزشی نیاز به بهبود، دانشجو به منابع اینترنتی از جمله اسلاید، ماجولهای آموزشی یا متون آموزشی دیگر ارجاع داده میشود تا مطالعه خود را کامل کند و در پایان دوره، ارزیابی مهارتهای مورد تمرین از پس از مصاحبه با بیمار نما انجام خواهد شد | مطالعه مداخله ای مقطعی و سپس توصیف یافته ها | با توجه به اینکه معمولا اساتید بالینی فرصتهای کمتری برای آموزش دارند این روش می تواند وقت کمتری از آنان بگیرد |
| Brown et. al 2005(15) | استفاده از کودکان و نوجوانان تعلیم داده شده بعنوان بیمار نما برای آموزش ارتباط با بیماران | مطالعه مداخله ای مقطعی برای تعدادی از دستیاران و دانشجویان در بخش کودکان | دانشجویان این روش را به روش مرسوم آموزش مصاحبه با بیمار ترجیح دادند |
| Deveugele et. al 2005(16) | استفاده از ویدیوی آموزشی، سناریوی بالینی آموزشی مکتوب، تمرین و آموزش در گروههای کوچک ۱۰ تا ۱۵ نفره، ضبط مصاحبه های واقعی و آموزش روی آنها با فکر به ایجاد موقعیتهای بالینی نزدیکتر به واقعیت | مطالع مداخله ای مقطعی با مشارکت دانشجویان پزشکی | کار در گروههای کوچک مفید اما بسیار زمان بر است و یافتن افرادیکه علاقمند به آموزش ارتباط با بیمار باشند، مشکل خواهد بود |
| Aspergen et. al 2005(17) | زیر نظر گرفتن دانشجویان از سالهای ابتدایی ورود به دانشکده پزشکی با ارزیابی مصاحبه با بیمار توسط آنان و تداوم این ارزیابی تا سالها بعد از فراغت از تحصیل | مطالعه توصیفی | بدون آموزش دانشجویان به مرور زمان روابط اجتماعی بهتری کرده بودند اما هیچکدام از معیارهای ارتباط صحیح با بیمار را خودبخود نیاموخته بودند |
| Rider et. al 2006(1) | بهبود آموزش زیر شاخه های مهارت مصاحبه با بیمار در ۳ گروه پزشکان عمومی، دستیاران و آموزش مداوم با استفاده از بیمار نما، ضبط مصاحبه ها، بررسی مصاحبه در شرایط واقعی و دادن بازخورد، آموزشهای کوتاه، آموزش بر بالین، ایفای نقش و کارگاه آموزشی | مطالعه مداخله ای مقطعی | روش ارجح از نظر فراگیران، روش آموزش در عرصه و ضبط مصاحبه و دادن بازخورد بود |
| Zamani et. al | برگزاری کارگاه آموزشی مهارت ارتباط با بیمار و سپس ارزیابی با آزمون عینی | مطالعه مداخله ای با | نقش موثر در بهبود عملکرد دستیاران مشاهده شد |

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2006(18) | | شرکت ۳۰ دستیار طب داخلی و بیماریهای عفونی | |
| Nestel et. al 2007(19) | روش ایفای نقش در تدریس مهارتهای ارتباط با بیمار | مطالعه مداخله ای با گروه کنترل داخلی با شرکت ۲۸۴ دانشجوی سال پنجم پزشکی | با وجودیکه عده ای از دانشجویان سابقه ذهنی خوبی از این روش نداشتند، در کل آن را مفید شمردند و مهمترین نکته منفی در این روش را فاصله آن با واقعیت موجود در شرایط بالینی می دانستند |
| Brown et. al 2008(20) | معرفی روش روان شناسانه و مفهومی کامسکیل مبتنی بر پایه های ارتباطات بین فردی بعنوان ابزار آموزش مهارتهای ارتباطی در پزشکی | مطالعه مداخله ای | این روش می تواند بسیار مفید و مفهومی باشد و نیاز به پژوهشهای بیشتری است |
| Nickendei et. al 2009(21) | بهبود برقراری ارتباط با والدین در طب اطفال با آموزش در ۳ بخش که هر کدام شامل کارعملی و بحث روی ۳ سناریوی بالینی شایع و مشکل از نظر برقراری ارتباط با والدین بود، گروه کنترل غیر از آموزشهای روزمره، آموزشی ویژه ارتباط با بیمار ندیدند | مطالعه مداخله ای با داشتن گروه کنترل، هر گروه شامل ۱۴ دانشجوی پزشکی | اختلاف معنی دار در بهبود کیفیت ارتباط با بیمار در گروه مداخله |
| Managheb et. al 2010(22) | آموزش اولیه مهارتهای ارتباط با بیمار به صورت سخنرانی و سپس بررسی ویدیوی ضبط شده و دادن بازخورد در گروه مداخله و ارزیابی گروه مداخله و کنترل | مطالعه مداخله ای با گروه کنترل، هر گروه شامل ۲۰ کارورز پزشکی | گروه مداخله بهبود معناداری در بهبود توانایی ارتباط با بیمار پیدا کردند |
| Szmuilowicz et. al 2010(23) | بهبود مهارتهای ارتباطی دستیاران در برخورد با بیماران بسیار بدحال و رو به فوت با استفاده از یک آموزش کوتاه در مبانی ارتباط با بیمار و کار گروهی با بیمارنماهای استاندارد شده | مطالعه مداخله ای با گروه کنترل، با شرکت ۴۹ دستیار طب داخلی که در ۲ گروه مداخله و کنترل بطور تصادفی قرار گرفتند | پاسخ به احساسات بیمار در گروه آموزش دیده بطور معنی داری بهتر از گروه غیر آموزش دیده بود |
| Sibille et. al 2010(24) | تمرکز بر آموزش مهارتهای ارتباط با بیمار به عنوان مهارت پایه ای در طب با برگزاری کارگاههای منسجم برای دانشجویان و فارغ التحصیلان پزشکی | مطالعه مداخله ای | به طور معنی داری موثر بود |
| Ak et. al 2011(25) | آموزش مهارتهای ارتباط با بیمار به پرستاران اورژانس از طریق شرکت پرستاران در یک دوره آموزشی ۶ هفته ای | مطالعه مداخله ای، بررسی نتایج قبل و بعد از مداخله با شرکت ۱۶ پرستار اورژانس | ضمن بهبود اعتماد به نفس در پرستاران، باعث ارتقاء رفتارهای حمایتی آنان از بیماران و در نتیجه کاهش تشنج در روابط بیماران با پرستاران شد |
| Cinar et. al 2012(26) | آموزش مهارتهای ارتباطی به رزیدنتهای طب اورژانس از طریق برنامه آموزشی ۶ هفته ای شامل مبانی ارتباط و همدلی با بیمار، ایفای نقش و بحث و تمرینهای منزل به صورت کارگروهی و در نهایت ارزیابی برنامه از دید شرکت کنندگان و نیز بررسی میزان اتفاقات ناخوشایند بین پزشکان و بیماران بعد از طی دوره آموزشی | مطالعه مداخله ای با کنترل داخلی با حضور ۲۰ دستیار طب اورژانس | ارتقاء معنی دار تواناییهای ارتباطی شرکت کنندگان و بهبود اعتماد به نفس پزشکان و کاهش ۷۵ درصدی اتفاقات ناخوشایند بین پزشک و بیمار در اورژانس |
| Hausberg et. al 2012(27) | تقویت مهارتهای ارتباطی در دانشجویان پزشکی با استفاده از سخنرانی و بیمار نما و سناریوی آموزشی طراحی شده و در پایان ارائه گایدلاین از سوی فراگیران درباره مراحل مصاحبه اصولی با بیمار | مطالعه مداخله ای | بهبود توانمندی دانشجویان شرکت کننده |
| Keir et. al 2013(28) | آموزش مهارتهای ارتباطی در طب اطفال با تمرکز بر یادگیری از راه تجربه و استفاده از کارگاههایی که ضمن ایراد سخنرانی، فرصت تجربه از راه ایفای نقش و صحبت راجع به تجربه های سخت برای فراگیران فراهم شد | مطالعه مداخله ای | کارگاههایی با اجزاء شناختی، رفتاری و احساسی می توانند مفید باشند و آموزشهای مختصر اغلب مفید نیستند |
| Curtis et. al 2013(29) | بهبود رابطه با بیماران مبتلا به بیماری سخت و لاعلاج از طریق آموزش از راه بیمار نما | مطالعه مداخله ای با گروه کنترل، مقایسه دو گروه آموزش معمول و آموزش از راه بیمار نما (۲۳۲ نفر گروه مداخله و ۲۴۰ نفر گروه کنترل) | تاثیر آموزش از راه بیمار نما از نظر آماری معنی دار نبود |
| Schell et. al 2013(30) | آموزش مهارتهای ارتباطی در نفرولوژی با برگزاری کارگاه مهارت ارتباطی شامل بخش سخنرانی و سپس تمرین روی بیماران استاندارد (شروع دیالیز، دادن خبر بد، همدردی با بیمار و ...) | مطالعه مداخله ای با شرکت ۲۰ متخصص نفرولوژی و مقایسه قبل و بعد | شرکت کنندگان در دوره آن را برای تبدیل خود به یک نفرولوژیست واقعی لازم شمردند |
| Karkowsky et. al 2013(31) | استفاده از شبیه سازی شرایط بالینی و بیماران برای آموزش هدفمند ارتباط با بیمار به دانشجویان پزشکی | مطالعه مداخله ای | روشی مفید ارزیابی شد |
| Labaf et. al 2014(32) | ارتقاء ارتباط با بیمار در دستیاران از راه دادن فید بک های سازنده طی ۱۵ دقیقه هر ۲ ماه یکبار طی یک سال آموزشی | مطالعه مداخله ای با کنترل داخلی با شرکت ۲۰ دستیار طب اورژانس | در حیطه جمع آوری اطلاعات، ایجاد رابطه با بیمار و پایان دادن به مصاحبه بهبود معنی دار ایجاد شد |
| Deveugele et. al 2015(33) | آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویان پزشکی با استفاده از نمایش فیلم درباره ارتباط بیمار و پزشک، تمرین مهارتها در گروههای کوچک، استفاده از بیمارنما و نقش بازی کردن توسط گروه هم کلاس ها، طی ۶ سال ادغام این مجموعه آموزشی در برنامه آموزشی دانشجویان پزشکی | مطالعه مداخله ای | کار در گروه های کوچک، بسیار سخت و وقت گیر است در ضمن در پایان، گروهها از نظر سطح یادگیری تفاوتهای قابل توجه دارند، انتخاب مدرس خوب برای کلاسهای برقراری ارتباط کاری سخت و چالش برانگیز است، انتخاب و آموزش بیمار نما ها نیز امری چالش برانگیز است |

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| Flint et. al 2015(34) | آموزش صحبت درباره خبرهای بد با والدینی که فرزندی از دست داده اند یا فرزندشان مبتلا به بیمار سختی است توسط کارگاههای ممتد در طول سال تحصیلی برای دستیاران اطفال با نقش بازی کردن والدینی که فرزندی از دست داده اند یا فرزندشان دچار بیماری سختی است، بطوریکه آنان ماجرای خود و نحوه رابطه پزشک کودکشان را کامل تشریح می کنند، چه این رابطه درست چه اشتباه بوده باشد، سپس دستیاران به ارائه نظر پرداخته و در نهایت استاد موضوع را جمع بندی و نتیجه گیری می کرد | مطالعه مداخله ای | ۷۹ درصد شرکت کنندگان عقیده داشتند که همکاری والدین، کارگاه را واقعی تر نموده است. ۹۱ درصد شرکت کنندگان بعد از شرکت در کارگاه احساس نیاز بیشتری برای شرکت در کارگاههای مشابه در خود احساس می کردند و آن را مطابق با نیاز خود می دانستند و همه دستیاران شرکت در کارگاه را مایه بهبود و تقویت اعتماد به نفس خود می دیدند |
| Manze et. al 2015(35) | آموزش مهارتهای ارتباطی برای بهبود پایبندی به درمان بیماران مبتلا به هیپرتانسیون مقاوم به درمان از طریق دوره کوتاه آموزشی شامل ارتباط با بیمار، پرسیدن سوالات باز پاسخ برای درک علت عدم پایبندی به درمان مبتلایان به هیپرتانسیون بد کنترل شونده به صورت جلسه سخنرانی و ترتیب دادن جلسات شبیه سازی شده مصاحبه با بیمار | مطالعه مداخله ای | هرچند پزشکان احساس توانمندی بهتری بعد از طی دوره آموزشی داشتند اما آموزش نتوانست کمپلیانس دارویی این دسته از بیماران را بهتر کند |
| Frost et. al 2015(36) | آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویان پزشکی با آموزش در گروههای کوچک شامل بررسی ۳ ویدئو از نحوه ارتباط پزشک با اطفال و والدین آنها که همه توسط بیمار نما یا بازیگر بازی شده بودند به همراه یک کتاب کار که موضوعات مهم و منابع مطالعه درباره هر سناریو را ارائه کرده بود | مطالعه مداخله ای | ۹۶ درصد دانشجویان، کلاسهای مزبور را در عملکرد بالینی خود موثر دانستند |
| Zamani et. al 2015(37) | استفاده از موقعیتهای روتین سیستم بهداشتی برای آموزش مهارتهای ارتباطی و آموزشهای درون گروهی | مطالعه مداخله ای تصادفی شده با حضور ۲۸ پزشک خانواده در دو گروه مداخله و کنترل | اداره کنندگان سیستم، از نظر قابل اجرا بودن و قابل پذیرش بودن این روش را مطلوب ارزیابی کردند و روی دانش و نگرش دانشجویان موثر بود |
| Karbasi et. al 2016(38) | استفاده از روش ایفای نقش در آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویان پرستاری | مطالعه مداخله ای با گروه کنترل | این روش موثر ارزیابی شد |
| Halkett et. al 2016(39) | آموزش مهارتهای ارتباطی به متخصصین رادیوتراپی با برگزاری دو کارگاه در زمینه مشاوره با بیمار برای آماده کردن او برای رادیوتراپی و پاسخ دادن به نشانه های روانی بیماران طی ۹ روز با استفاده از بیمار نما و بررسی سناریوهای بالینی | مطالعه مداخله ای با حضور ۶۰ متخصص رادیوتراپی | این مداخله موثر بود |
| Anderson et. al 2016(40) | آموزش مهارتهای ارتباطی برای رادیوتراپیستها با استفاده از نقاشیهای کمیک در آموزش مهرتهای ارتباطی | مطالعه مداخله ای | شواهد کم اما امیدوارکننده بود |
| Gerber et. al 2016(4) | استفاده از فلسفه در آموزش مهارتهای ارتباطی با پیشنهاد یک کوریکولوم آموزشی مهارتهای ارتباط با بیمار بر اساس فلسفه احترام به طبیعت و اهمیت دادن به رشته پزشکی به طور خاص و اینکه چطور علم پزشک به این موضوع، بر نحوه ارتباط او با بیمارش اثرگذار است | مطالعه توصیفی | فعلا در حد مطرح کردن یک ایده برای آینده است |
| Kron et. al 2016(41) | استفاده از شبیه سازی کامپیوتری برای آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویان پزشکی در ۳ دانشکده پزشکی آمریکا و با استفاده از تعامل با بیمار ساختگی در کامپیوتر با هدف آموزش نحوه دادن خبر بد و نیز رابطه با پزشکان دیگر در مدیریت یک بیمار | مطالعه مداخله ای با گروه کنترل | گروه مداخله نمرات بالاتری را در حیطه های کلامی و غیر کلامی ارتباط کسب کردند و دانشجویان گروه مداخله به نگرش بهتری درباره نیاز به تمرین برای برقراری ارتباط موثرتر با بیمار دست یافته بودند |
| Liu et. al 2016(42) | ایجاد زمینه برای آموزش مهارتهای ارتباطی در جریان یک مشاوره بالینی از طریق استقرار EQ Clinic بعد از همکاری واحد کامپیوتر دانشگاه سیدنی با بخش پزشکی آن برای ارزیابی بعد غیر کلامی ارتباط بطوریکه مهارتهای غیر کلامی دانشجو توسط سیستمهای کامپیوتری و بررسی صوت ارزیابی می شد و بیمار نما نیز در جریان مشاوره از راه دور، نظرات خود را درباره نحوه ارتباط پزشک با دادن کامنت یا نشان دادن علامت تایید یا تکذیب با انگشت خود اعلام می کند | مطالعه پیلوت | بیش از نیمی از شرکت کنندگان با این نوآوری، به خوبی ارتباط برقرار کرده و آن را مفید و کارآمد دانستند |
| Peterson et. al 2016(3) | ایجاد یک کوریکولوم آموزشی جامع مهارتهای ارتباط با بیمار برای دستیاران اطفال شامل سخنرانی آموزشی، ایفای نقش و تجارب بالینی واقعی | مطالعه مداخله ای | دستیاران آن را برنامه ای کارآمد دانستند که باعث اعتماد به نفس بیشتر آنان در کار با اطفال و کاهش اضطراب آنان می شد |
| Watson et. al 2016(43) | معرفی برنامه Medical Improv که سمینارهایی با محوریت آموزش مهارتهای ارتباطی است | مطالعه پیلوت | مطالعات اولیه ای در این حیطه انجام شده است، بیانگر چشم اندازهای روشنی برای آینده است |

## بحث و نتیجه گیری

مرور متون نشان می دهد که مراکز آموزش پزشکی معتبر دنیا، در حال پژوهشهای متنوعی بر روی موضوع نحوه تدریس مهارت ارتباط با بیمار به دانشجویان پزشکی و پرستاری و ارزیابی کارآمدی این روشها در شرایط بالینی روزمره یا سخت و پیچیده هستند. آموزش پزشکی نمی تواند به تدریس علایم بیماری و درمانها بسنده کند، چرا که تا زمانیکه بین پزشک و بیمار، رابطه ای هدفمند و سالم ایجاد نشود، تشخیص درست بیماری اتفاق نمی افتد. آموزش پزشکی باید پزشکان آینده را برای مواجهه با جامعه در حال تغییر آماده کند. WHO یک پزشک پنج ستاره آینده را با این پنج مشخصه تعریف می کند (۱۶):
۱-پزشکی که به خوبی با تیم درمان ارتباط برقرار کرده و همکاری می کند

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

۲-پزشکی که دانش خود را به نحو مطلوب با نیازهای بهداشتی جامعه وفق می دهد

۳-پزشکی که سبک زندگی سالم را ترویج می کند

۴-پزشکی که از امکانات جدید تشخیص و درمان به بهترین شیوه استفاده می کند

۵-پزشکی که مراقبتهای ارائه شده توسط خود را مرتب ارزیابی نموده و بهبود می بخشد

همانطور که ملاحظه می شود، اساس همه این توانمندیها، برقراری ارتباط خوب با بیمار است. تصور اینکه آموزش رابطه حرفه ای با بیمار باید در غالب کوریکولوم پنهان اجرا شود و دانشجویان از برخوردهای روزمره اساتید با بیماران، درس آموزی کنند، تصوری خطا است و منجر به نتایج مفیدی نخواهد شد (۴۴) و لازم است که آموزش رابطه پزشک – بیمار جزیی از کوریکولوم آموزشی در طب باشد (۱۴).

هر چند معیارهای استاندارد طلایی یک رابطه مطلوب پزشک – بیمار تبیین نشده است اما رابطه بیمار محور، رابطه ای است که در آن به نظرات و احساسات بیمار توجه می شود (۴۵). نیاز او به دانستن، محترم شمرده می شود و حتی تشویق می شود (۴۶). ایجاد رابطه مستمر، بحث و گفتگو با بیمار و فراهم ساختن امکان همکاری بیمار در درمان، پایه های اساسی آن چیزی است که به عنوان " رابطه مطلوب " قلمداد می گردد (۱۶). تصمیم گیری مشترک درباره درمان، توجه به احساسات بیمار و دادن اطلاعات کافی به وی، در بهبود پایبندی به درمان بسیار موثر است و منجر به افزایش رضایتمندی وی خواهد شد (۴۷).

همه متون بررسی شده به اجزاء اساسی برقراری ارتباط صحیح با بیمار (۴۸) توجه داشتند اما هر کدام روشی خاص برای آموزش این اصول را مطرح می کردند. این اصول کلی عبارتند از:

۱-گوش دادن دقیق به داستان بیماری نقل شده توسط بیمار

۲-کشف احساسات، عقاید، انتظارات و نگرانیهای بیمار

۳-کمک به کنترل احساسات بد بیمار و حمایت از او

۴-دادن اطلاعات دقیق و شفاف و قابل فهم به بیمار

۵-یافتن زمینه های درمان و بررسی های آینده

۶-دادن توانایی تصمیم گیری فعال به بیمار

۷-ایجاد تعادل میان مسایل بیومدیکال و سیکوسوشیال

آموزش ارتباط پزشک – بیمار به دانشجویان از بسیاری نظرها دچار چالشهای جدی است. اول اینکه، آموزشها معمولا شرایط پیچیده و خاص ارتباطی را هدف قرار می دهند مثلا دادن خبر بد به بیمار، در نتیجه بسیاری از مراودات معمول پزشک و بیمار مورد کم توجهی قرار می گیرد (۴۹). دوم آنکه آموزش در غالب سخنرانی، به هیچ وجه تامین کننده نیازهای آموزشی فراگیران این حیطه نیست (۱۶). موضوع بعدی و مهم آن است که معمولا آموزشهای داده شده در مرحله ورود به بالین بیمار، به طور عملی مورد تمرین و توجه قرار نمی گیرند (۲۸). به عبارت دیگر دوره های بالینی آنچنان بر تشخیص و درمان متمرکز شده اند که دانشجویان، اغلب بی توجهی به احساس و نگرانی بیمار را فرا می گیرند تا اصول یک رابطه بیمار محور (۴۵). از سوی دیگر، ارزیابی توانمندیهای ارتباطی دانشجویان و فارغ التحصیلان پزشکی در اکثر موارد مورد غفلت قرار می گیرد یا سهل انگارانه با آن برخورد می شود (۵۰). برای آموزش مهارت ارتباط با بیمار می توان توانمندیهای اصلی مورد نیاز برای برقراری این رابطه را لیست کرد و سپس هر توانمندی را به اجزاء خاص خود تقسیم نمود و بعد برای آموزش هر کدام از آنها روشی را طراحی نمود (۱۴). بطور مثال یکی از توانمندیهای اساسی در این حیطه، توان ایجاد رابطه اخلاقی و درمانی با بیمار و تداوم آن است. زیر مجموعه های این توانمندی عبارتند از اینکه (۱۴):

۱-پزشک حاضر باشد به بیمارش توجه کند و مراقبت از او را بر عهده گیرد، هر قدر هم که این کار زمان بر باشد

۲-احساسات بیمار را کشف کرده و به آنها احترام بگذارد

۳-در مورد خطاهای احتمالی با بیمارش رو راست باشد و فرصت جبران را فراهم آورد

۴-با خانواده بیمار با صداقت برخورد کند و حامی آنان باشد

یکی دیگر از توانمندیهای اساسی پزشک، مهارت گوش دادن است. زیر مجموعه این توانمندی را می توان به این صورت بر شمرد (۱۴):

۱-طوری با بیمار رفتار کند، که او بفهمد که مورد توجه قرار گرفته و حرفهایش شنیده می شود مثلا سر تکان دهد، در چشم بیمار نگاه کند، هر از گاهی صحبتهای قبلی بیمار را یادآوری استفاده کند یا گاهی واکنش آنی به صحبت بیمار داشته باشد

۲-صحبتهای بیمار را جمع بندی کند مثلا بگوید اینطور که من از حرفهای شما فهمیدم ...

۳-به نگرانیها، اعتقادات و انتظارات بیمار اهمیت بدهد و در حین تصمیم گیریها آنها را مد نظر قرار دهد

همانطور که دیده می شود وقتی مهارت پایه به مهارتهای زیر مجموعه تقسیم بندی می شود، آموزش آن به مصداقهای عملی بسیار نزدیکتر می شود.

یکی از مدلهای آموزش مهارتهای ارتباطی، مدل کامسکیل نام دارد (۲۰). این مدل بر پایه دو تئوری اساسی قرار دارد. اول اینکه پایه هر ارتباطی، هدف آن است و دوم اینکه روابط انسان محور، اساسا مقبول تر هستند. رابطه پزشک و بیمار نیز نوعی رابطه فردمحور است که ماهیتی انعطاف پذیر دارد، بطوریکه هدف از آموزش آن هم باید به گونه ای باشد که بتواند توانمندی پزشک را برای ارتباط با بیمار در شرایط گوناگون، بهتر و بیشتر کند (۲۰).

به طور مثال وقتی می خواهیم نحوه دادن خبر بد را آموزش دهیم، هدف ما این است که به دانشجو بیاموزیم که یک پیام تهدید کننده را طوری به بیمار منتقل کند که وی آن را درک کند، به یاد آورد و احساس کند که پزشک در همه حال حامی او است. پس استراتژی دانشجو در این مرحله دادن اطلاعات قابل درک به بیمار است. حال باید مشخص کرد که او برای دستیابی به این هدف، نیازمند چه مهارتهایی است. مثلا باید بتواند یک موضوع پیچیده پزشکی را ساده کند، اطلاعات را خلاصه کند، اطلاعات را به صورت تدریجی به بیمار ارائه دهد و در هر مرحله به بیمار فرصت تحلیل داده ها را بدهد و کنترل کند که آیا بیمار واقعا آنچه که منظور او بوده را به درستی درک کرده است یا خیر. در عین حال دانشجو باید یاد بگیرد که برای ارتباط خود، بستر سازی کند. بطور مثال باید خود را به عنوان پزشک معالج یا عضوی از تیم درمان به بیمار معرفی کند، شرایط خصوصی و دور از مزاحمت برای وی فراهم کند تا بتواند روی موضوع تمرکز کند و خود را هم سطح با بیمار قرار دهد نه اینکه حالت تسلط و فرماندهی داشته باشد (۲۰).

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

استفاده از چک لیست برای تدریس موارد لازم در یک مصاحبه پزشکی بیمار محور نیز از جمله راههای مناسب برای آموزش و حتی ارزیابی و بهبود ارتباط با بیمار است (۱۰). چهارچوب SEGUE یکی از این ابزارها است که نوعی چک لیست مبتنی بر مطالعات دقیق است و در آمریکای شمالی کاربرد زیادی دارد. حروف سازنده نام این ساختار هرکدام به بخشی از یک مصاحبه پزشکی مربوط است.

۱-Set the stage

۲-Elicit information

۳-Give information

۴-Understand the patient perspective

۵-End the encounter

هر کدام از این مراحل مصاحبه پزشکی، زیر مجموعه هایی دارند که برای یک رابطه صحیح لازم است. بطور مثال برای جمع آوری اطلاعات از بیمار باید به این موارد توجه کرد (۱۰):

۱-جویا شدن نظر بیمار درباره بیماری و سیر علایم

۲-کشف فاکتورهای جسمی و فیزیولوژیک بیمار به صورت علایمی که بیمار ابراز می کند و یافته های بالینی

۳-کشف فاکتورهای روحی و اجتماعی بیمار از جمله شرایط زندگی و استرسها

۴-بحث درباره درمانهای قبلی

۵-بحث درباره اینکه بیماری چه اثری بر زندگی بیمار گذاشته است

۶-بحث درباره سبک زندگی بیمار

۷-پرهیز از سوالات مستقیم و خط دهنده

۸-دادن فرصت کافی به بیمار برای صحبت کردن و قطع نکردن حرف او

۹-گوش کردن به بیمار

۱۰-اطلاعات را شفاف سازی کردن و کنترل درک بیمار از مطالب بیان شده

برای اینکه فراگیر رشته پزشکی بتواند آموخته های خود درباره حیطه ارتباط با بیمار را در بالین بیماران تمرین و اجرا کند، باید شرایط ساختاری اورژانسها، درمانگاهها، بخشهای بستری و سایر موقعیتهای آموزشی در بیمارستانهای آموزشی، در راستای این امر طراحی شده باشد. اورژانسهای شلوغ و پر رفت و آمد، درمانگاه های مملو از بیمار و بخشهایی که در آنها ساده ترین حقوق بیمار یعنی حفظ حریم خصوصی او، مورد توجه قرار نمی گیرد، نمی تواند مکان مناسبی برای رویارویی دانشجویان برای تمرین مصاحبه با بیمار باشد (۵۱). هر قدر هم که شبیه سازیهای ما به محیط طبیعی مصاحبه با بیمار نزدیک باشد باز هم تفاوتهایی با آن دارد. بنابراین لازم است شرایط بیمارستانهای آموزشی را به مکانی مناسب برای آموزش تبدیل نمود.

در کشور ما ضمن اینکه بستر مناسب برای آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویان پزشکی و پرستاری، فراهم نیست. در عین حال، اساتید بالینی، آنچنان که باید به این مقوله اهمیت نمی دهند. فرصتهای بی شمار آموزش، ناشناخته مانده و تلف می شوند. در نهایت پزشکان و پرستارانی تربیت می شوند که توانمندی های کمتری دارند و نمی توانند با بیماران خود ارتباط برقرار کنند.

همانطور که از مرور متون بر می آید، در وجود آیتم آموزش ارتباط با بیمار در کوریکولوم آموزشی دانشجویان پزشکی شکی وجود ندارد اما راههای مختلفی برای برآورده کردن این نیاز آموزشی وجود دارد. در سیستم آموزش پزشکی کشور ما دانشجویان در مقاطع متفاوتی به صورت تئوری اصول رابطه با بیمار و مباحث مربوطه از جمله دادن خبر بد را به صورت تئوری می آموزند. این آموزش متاسفانه با تداوم تمرینات اصولی بر بالین بیمار همراه نمی شود و در مرحله ارزشیابی توانایی های ارتباطی دانشجویان پزشکی نیز، تا حدی با اغماض برخورد می شود. مجموعه این عوامل باعث می شود که پزشکان فارغ التحصیل از نظام آموزشی ما، در نهایت در رفتار حرفه ای خود، اهمیت لازم را برای این مقوله مهم قائل نیستند و بر اساس آن نیز رفتار نمی کنند. حاصل این فرایند، عدم رضایت بیماران، بی کفایتی بهداشت و درمان و خستگی زودرس پزشکان از کار خود خواهد بود.

بنابراین توصیه می شود که اساتید بالینی، مقوله آموزش مهارتهای ارتباطی به دانشجویان جوان را بیشتر مورد دقت قرار دهند و با استفاده از منابعی که در مجلات آموزش پزشکی قابل دسترسی است با روشهای مدرن آموزشی آشنا گردند و از آن در تدریس بالینی خود استفاده کنند.

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

# Physician-Patient Relationships, Methods of Teaching a Clinical Skill

**M. Saeidi (MD)** *

1.Assistant Professor, Imam Hossein Children Hospital, Department of pediatrics, School of medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Biannual Medical Education, Babol Univ Med Sci; 6(2); Spring & Summer 2018; pp: 22-31**

**Received: Jan 9th 2018, Revised: Aug 18th 2018, Accepted: Aug 20th 2018**

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** Establishing a two-way communication between the doctor and the patient will lead to accurate data collection, proper diagnosis, treatment and adherence to treatment. Communication skills require training. Teaching this skill at the patient's bedside is confronted with challenges. Busy hospitals, inadequate time, patient conditions and lack of knowledge of clinical professors, take the golden opportunity of education from students. The purpose of this study is to review the methods of communication skills training in medicine.

**METHODS:** In this review article, we searched the English database like as Pubmed, Proquest, Google Scholar, Web of Science and Ovid and Persian database like as Magiran, Iran medex and SID with keywords like as physician patient relation, communication skills and medical education and all research related to the subject was included in the study.

**FINDINGS:** In the preliminary review, 103 studies were found that after the removal of repetitive articles, reviewing the abstract of these articles and determining the degree of coordination with the aim of the present study, 38 remaining articles were studied carefully. Techniques such as the use of trained patients, video recording and replay, role play, checklist, and computer based training were introduced to train this skill in a variety of clinical settings.

**CONCLUSION:** There are many new and effective ways to train patient communication skills in medicine, some of which do not require a real patient. The professors' awareness of the strength, weakness and application of any method can play an important role in improving the educational process.

**KEY WORDS:** *Physician patient relation, medical education, communication skills*

*Corresponding Author; **M, Saeidi**

Address: Assistant Professor, Imam Hossein Children Hospital, Department of pediatrics, School of medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: +983133866266

E-mail: minoo.saeidi@gmail.com

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

## References

1.Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. Med Educ. 2006;40(7):624-9.

2.Raveesh BN, Nayak RB, Kumbar SF. Preventing medico-legal issues in clinical practice. Ann Indian Acad Neurol. 2016;19(Suppl 1):S1-°S20.

3.Peterson EB, Boland KA, Bryant KA, McKinley TF, Porter MB, Potter KE, et al. Development of a Comprehensive Communication Skills Curriculum for Pediatrics Residents. J Grad Med Educ. 2016;8(5):739-46.

4.Gerber B. Should we use philosophy to teach clinical communication skills? Afr J Prim Health Care Fam Med. 2016;8(1):e1-e4.

5.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.

6.Laidlaw TS, Kaufman DM, Macleod H, Sargeant J, Langille DB. Patients' satisfaction with their family physicians' communication skills: a Nova Scotia survey. Acad Med. 2001;76(10 Suppl):S77-9.

7.Cegala DJ, Lenzmeier Broz S. Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. Med Educ. 2002;36(11):1004-16.

8.Seyyed Kamran Soltani Arabshahi Aa, Sorayya Siabani Investigation of Doctor-Patient Communication Skills Teaching: Medical Learners' Perception)Stager-Intern) and Staffs of Iran university of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical Sciences. Journal of Iran University of Medical Sciences. 2004(41):423-32.

9.Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. Med Educ. 2001;35(3):206-10.

10.Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. Patient Educ Couns. 2001;45(1):23-34.

11.Chou C, Lee K. Improving residents' interviewing skills by group videotape review. Acad Med. 2002;77(7):744.

12.Rollnick S, Kinnersley P, Butler C. Context-bound communication skills training: development of a new method. Med Educ. 2002;36(4):377-83.

13.Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med. 2003;78(8):802-9.

14.Rider EA, Lown BA, Hinrichs MM. Teaching communication skills. Med Educ. 2004;38(5):558-9.

15.Brown R, Doonan S, Shellenberger S .Using children as simulated patients in communication training for residents and medical students: a pilot program. Acad Med. 2005;80(12):1114-20.

16.Deveugele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? Patient Educ Couns. 2005;58(3):265-70.

17.Aspegren K, Lonberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? Medical teacher. 2005;27(6):539-43.

18.ZAMANI AR, Shams B, DANA SD, Adibi P, Salehi H, SANEEI 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. 2006;8(2):97-102.

19.Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. BMC Med Educ. 2007;7:3.

20.Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual model. Acad Med. 2008;83(1):37-44.

21.Nikendei C, Bosse HM, Hoffmann K, Moltner A, Hancke R, Conrad C, et al. Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. Patient Educ Couns. 2011;82(1):94-9.

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

22.Esmaeel Managheb AZ, Behzad Shams, Ziba Farajzadegan. The Effect of Communication Skills Training through Video Feedback Method on Interns' Clinical Competency. Iranian Journal of Medical Education. 2010;2(10):164-9 [Persian].

23.Szmuilowicz E, el-Jawahri A, Chiappetta L ,Kamdar M, Block S. Improving residents' end-of-life communication skills with a short retreat: a randomized controlled trial. J Palliat Med. 2010;13(4):439-52.

24.Sibille K, Greene A, Bush JP. Preparing Physicians for the 21 Century: Targeting Communication Skills and the Promotion of Health Behavior Change. Ann Behav Sci Med Educ. 2010;16(1):7-13.

25.Ak M, Cinar O, Sutcigil L, Congologlu ED, Haciomeroglu B, Canbaz H, et al. Communication skills training for emergency nurses. Int J Med Sci. 2011;8(5): 397-401.

26.Cinar O, Ak M, Sutcigil L, Congologlu ED, Canbaz H, Kilic E, et al. Communication skills training for emergency medicine residents. Eur J Emerg Med. 2012;19(1):9-13.

27.Hausberg MC, Hergert A, Kroger C, Bullinger M, Rose M, Andreas S. Enhancing medical students' communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program. BMC Med Educ. 2012;12:16.

28.Keir A, Wilkinson D. Communication skills training in paediatrics. J Paediatr Child Health. 2013;49(8):624-8.

29.Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. JAMA. 2013;310(21):2271.۸۱-

30.Schell JO, Green JA, Tulsky JA, Arnold RM. Communication skills training for dialysis decision-making and end-of-life care in nephrology. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN. 2013;8(4):675-80.

31.Karkowsky CE, Chazotte C. Simulation: improving communication with patients. Semin Perinatol. 2013;37(3):157-60.

32.Labaf A, Jamali K, Jalili M, Baradaran HR, Eizadi P. Effect of repetitive feedback on residents' communication skills improvement. Acta Med Iran. 2014;52(7):557-61.

33.Deveugele M. Communication training: Skills and beyond. Patient Educ Couns. 2015;98(10):1287-91.

34.Flint H, Meyer M, Hossain M, Klein M. Discussing Serious News: Teaching Communication Skills Through Role Play With Bereaved Parents. Am J Hosp Palliat Care. 2015.

35.Manze MG, Orner MB, Glickman M, Pbert L, Berlowitz D, Kressin NR. Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. Patient Educ Couns. 2015;98(2):191-8.

36.Frost KA, Metcalf EP, Brooks R ,Kinnersley P, Greenwood SR, Powell CV. Teaching pediatric communication skills to medical students. Adv Med Educ Pract. 2015;6:35-43.

37.Zamani AR, Motamedi N, Farajzadegan Z. Routine programs of health care systems as an opportunity toward communication skills training for family physicians: A randomized field trial. J Educ Health Promot. 2015;4:71.

38.Fatemeh Karbasi MK, Ali Reza Soltanian. The Effect of Teaching Nurse-patient Communication through Role-play Method on Nursing Students' Caring Behaviors: A Quasi-Experimental Study Iranian Journal of Medical Education. 2016;16(12):120-30. [Persian]

39.Halkett G, O'Connor M, Aranda S, Jefford M, Merchant S, York D, et al. Communication skills training for radiation therapists: preparing patients for radiation therapy. J Med Radiat Sci. 2016;63(4):232-41.

40.Anderson PF, Wescom E, Carlos RC. Difficult Doctors, Difficult Patients: Building Empathy. J Am Coll Radiol. 2016;13(12 Pt B):1590-8.

41.Kron FW, Fetters MD, Scerbo MW, White CB, Lypson ML, Padilla MA, et al .Using a computer simulation for teaching communication skills: A blinded multisite mixed methods randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2017;100(4):748-59.

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]

42.Liu C, Scott KM, Lim RL, Taylor S, Calvo RA. EQClinic: a platform for learning communication skills in clinical consultations. Medical education online. 2016;21:31801.

43.Watson K, Fu B. Medical Improv: A Novel Approach to Teaching Communication and Professionalism Skills. Ann Intern Med. 2016;165(8):591-2.

44.Levetown M. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. Pediatrics. 2008;121(5):e1441-60.

45.Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. Scientific American. 1972.

46.Magaret ND, Clark TA, Warden CR, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction in the emergency department--a survey of pediatric patients and their parents. Acad Emerg Med. 2002;9(12):1379-88.

47.Kuehl SP. Communication Tools for the Modern Doctor Bag. Physician Patient Communication Part 1: Beginning of a medical interview. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2011;1(3)

48.Lee YH, Lee YM. Development of a patient-doctor communication skills model for medical students. Korean J Med Educ. 2010;22(3):185-95.

49.Mehta PN. Communication skills--talking to parents. Indian Pediatr. 2008;45(4):300-4.

50.Gallagher TJ, Hartung PJ, Gregory SW. Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. Patient Educ Couns. 2001;45(3):211-8.

51.Braverman G, Bruce J, Makoul G, Schillinger E. Finding the Words: Medical Students' Reflections on Communication Challenges in Clinic. Family medicine. 2016;48(10):775

[ Downloaded from mededj.ir on 2026-10-14 ]