علمکرد مهارت ارتباطی پزشکان با بیماران و نگرش پزشکان نسبت به آن، شیراز سال ۱۳۷۸

ریتا رضایی[۱]، دکتر سید جلیل حسینی[۲]، ناصر ولایی[۲]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت مهارتهای ارتباطی پزشکان با بیماران در تشخیص، درمان و پیش‌گیری از بیماری‌ها اولین اقدام در هر نوع تصمیم گیری آموزشی، اطلاع از وضعیت آن می‌باشد. از این رو، به منظور تعیین نگرش و ارزشیابی مهارتهای ارتباطی پزشکان با بیماران و با سه هدف اصلی تعیین عملکرد مهارتهای ارتباطی پزشکان از دیدگاه بیماران، از دیدگاه پژوهشگران و تعیین نگرش پزشکان نسبت به آموزش و کاربرد مهارتهای ارتباطی پزشکان با بیماران این تحقیق در شیراز طی سال ۱۳۷۸ انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر با روش توصیفی بر روی پزشکان شاغل و مشمول طرح آموزش مداوم پزشکی انجام گرفت. ۵درصد کل پزشکان به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند، در هر مطب تعداد ۳ تا ۵ بیمار به طور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. مهارت ارتباطی را با مشاهده ۶ رفتار پزشک از نظر بیماران و پژوهشگران و نگرش پزشکان را با ۱۹ گویه لیکرت مورد بررسی قرار گرفت. روایی و پایایی ابزارهای سنجش مورد تأیید قرار گرفت و عملکرد مهارت ارتباطی در ۳ طیف ضعیف، متوسط و خوب و نگرش مثبت و منفی درنمونه‌ها تعیین و در جامعه پزشکان شیراز برآورد گردید.

یافته‌ها: از نظر بیماران، ۱۲ درصد پزشکان فاقد مهارتهای ارتباطی و ۶۰ درصد دارای مهارت ارتباطی خوب بودند. با افزایش سن و سواد بیماران، توقع مهارت ارتباطی بیشتر می‌شد. پزشکان زن بیشتر از پزشکان مرد و پزشکان عمومی بیشتر از پزشکان متخصص دارای مهارت ارتباطی بهتری بودند. ۶۵ درصد پزشکان نسبت به آموزش و کاربرد مهارتهای ارتباطی دارای نگرش مثبت و ۳۵ درصد نگرش منفی بودند.توزیع این نگرش در جنس و تخصص یکسان بوده ولی پزشکان در گروه سنی بالاتر و با سابقه کاری بیشتر، اهمیت بیشتری برای مهارتهای ارتباطی قایل بودند.

نتیجه گیری: مهارتهای ارتباطی پزشکان با بیماران در حد نازل می‌باشد و با توجه به اهمیت آن توصیه می‌شود که تأثیر آموزش را در برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی و نیز در برنامه‌های آموزش رسمی پزشکی مورد بررسی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مهارت ارتباطی، ارتباط، تعامل پزشک-بیمار

[۱] - دانشگاه علوم پزشکی شیراز- مرکز توسعه آموزش پزشکی

[۲] - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

یکی از مشکلات سرویس دهندگان، از جمله خدمات درمانی، مسأله مهارت ارتباطی پزشکان با بیماران می‌باشد که از سال‌های ۱۹۵۰ مورد توجه قرار گرفته است(۱). در آموزش پزشکی فعلی، مهارت و توانمندی ارتباط پزشک با بیمار در بالین بیمار و در بخش با پرسش یک سری سئوالات از پیش تعیین شده و گرفتن تاریخچه از بیماران به اتمام می‌رسید(۲)، در صورتی که این ارتباط وجود نداشته باشد و یا به کیفیت مناسب نباشد، مشکلات متعددی از جمله در تشخیص بیماری، عدم مصرف داروها، عدم پی‌گیری مسیر درمانی، هدر رفتن وقت پزشکان و بیماران و هزینه‌ها و در موارد خاص موجب مرگ بیماران می‌گردد(۳).

در سال‌های اخیر تحقیقات نشان داد که علاوه بر آموزش پزشکی نیاز به داشتن هنر پزشکی و شایستگی‌های رفتاری جهت تقویت ارتباط پزشک- بیمار می‌باشد(٤) تا جریان تبادل افکار، نظرات، احساسات و عقاید طرفین برقرار شود(۵) و در نهایت، این برقراری ارتباط نوعی اشتراک فکر و تفاهم بین فرستنده و گیرنده پیام (٦) و همبستگی اجتماعی و آمادگی‌های روانی مشترک پدید آید(۷). در نتیجه، این سئوال مطرح است که آیا مشکل فقدان مهارت ارتباطی در پزشکان وجود دارد یا خیر؟ در صورتی که پاسخ آن مثبت باشد میزان آن بر اساس آنچه که باید باشد و بر اساس نظر بیماران چقدر است؟ و از طرف دیگر نگرش (Atlitude) و یا تمایل به عمل (۸،۹) در برقراری مهارت ارتباطی پزشک با بیماران چگونه است؟ چون از وضعیت آن در جامعه اطلاعی وجود ندارد و نیز وجود اطلاعات در زمینه پزشک- بیمار (۸) و به منظور تعیین عملکرد مهارت ارتباطی پزشکان با بیماران از دیدگاه بیماران، از نظر پژوهشگران (آنچه که باید باشد) و نیز تعیین نگرش پزشکان نسبت به مهارت ارتباطی با بیماران، این تحقیق بر روی پزشکان شهر شیراز در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

تحقیق به روش توصیفی بر روی پزشکان شاغل شهر شیراز که مشمول طرح آموزش مداوم بودند انجام گرفت. فهرست به هنگام ۸٦۷ نفر پزشکان تهیه و تعداد نمونه با توجه به حجم نمونه در تحقیقات مشابه شامل ۵ درصد افراد جامعه انتخاب گردید. نمونه‌گیری به روش تصادفی چند مرحله‌ای به شرح زیر انجام شد: فهرست به هنگام پزشکان شهر شیراز تهیه شده و این فهرست بر اساس عمومی بودن و متخصص بودن پزشکان تفکیک گردید. با توجه به تعداد نمونه و مناطق مختلف شهری در داخل هر خوشه به روش نمونه‌گیری سیستماتیک، تعداد لازم انتخاب گردیدند. در هر مطب پزشکان منتخب تعداد ۵-۳ بیمار و در کل ۱۸۰ نفر به منظور پاسخ‌گویی به سئوالات نیز به طور تصادفی انتخاب شدند.

به منظور پاسخ‌گویی به این سئوال که آیا اصل تحقیق قابل اجرا است یا خیر؟ و در صورت قابل اجرا بودن، آیا ابزار سنجش از روایی و پایایی لازم برای اندازه‌گیری عملکرد و نگرش برخوردار است یا خیر؟ بر مبنای هماهنگی کارکرد فرد پاسخ‌گو و پرسشگر از یک دفعه پرسش به دفعه دیگر پرسش و مشاهده و آزمون مجدد و محاسبه انحراف معیار دو پرسش و دو مشاهده نیز یک مطالعه آزمایشی بر روی ۳۰ پزشک و ۱۵۰ بیمار به صورت تصادفی انجام گرفت که پاسخ هر دو سئوال مثبت بود. پس از تمهیدات لازم جهت اجرای تحقیق، نظر بیماران نسبت به مهارت ارتباطی پزشکان (جامعه بیماران). مهارت ارتباطی پزشکان توسط پژوهشگران با

مشاهده عینی چگونگی ارتباط پزشک با بیمار، نگرش پزشکان نسبت به مهارت ارتباطی (جامعه پزشکان) مورد بررسی قرار گرفت. عملکرد مهارتهای ارتباطی پزشکان با مشاهده ۱۶ شاخص‌های سلام و احوالپرسی، دادن توضیح درباره بیماری، درمان، پیش آگهی آن، برقراری ارتباط چشمی حین صحبت کردن، گوش دادن فعالانه، تواضع و خوشرویی، آراستگی ظاهری و پوشیدن روپوش سفید با استفاده از پرسشنامه و مشاهده عینی مورد بررسی قرار گرفت و در سه طبقه خوب، متوسط و ضعیف از حالت داشتن تا نداشتن یک صفت ثبت گردید.

نگرش پزشکان نسبت به اهمیت آموزش و کاربرد مهارتهای ارتباطی بر اساس فرم نگرش سنجی چهارگزینه‌ای لیکرت (۹،۱۰) تدوین ۱۹ گویه مورد سنجش قرار گرفت و پزشکانی که دو سوم نمره را کسب نمودند، به عنوان پزشکان دارای نگرش مثبت و کمتر از خصوصیات سن، جنس، سطح سواد، وضعیت تأهل بیماران و نیز خصوصیات سن و جنس، تخصص، مدت فارغ‌التحصیلی پزشکان نیز بررسی گردید. شیوع مشکل عدم مهارت ارتباطی پزشکان با بیماران، از نظر بیماران و پژوهشگران در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن در جامعه برآورد گردید.

یافته‌ها

خصوصیات بیماران و نظر ایشان نسبت به عملکرد مهارتهای ارتباطی پزشکان- از ۱۸۳ بیمار مورد بررسی، ۵۹ نفر (۳۲/۲درصد) مرد و ۱۲۴ نفر (۶۷/۸درصد) زن بودند. اکثر افراد دارای تحصیلات ابتدایی تا دیپلم بودند (۳۵/۶درصد آقایان و ۴۳/۵درصد خانم‌ها).

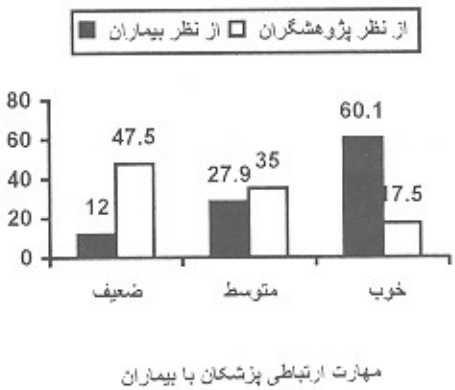
سن بیماران مورد بررسی ۱۵±۳۵ سال با محدوده سنی ۸۸- ۱۲ سال و اکثر بیماران در گروه سنی ۱۰ تا ۳۰ سال و ۸۰ درصد افراد متأهل بودند. ۲۲ نفر از بیماران مورد بررسی(۱۲درصد)، مشکل عدم مهارت ارتباطی مناسب را درپزشکان اعلام داشته‌اند. با توجه به این رقم، شیوع مشکل واقعی را در جامعه پزشکان شیراز از حداقل ۷/۳ تا ۱۶/۷ درصد برآورد می‌گردد. بیماران مرد عدم مهارت ارتباطی پزشکان را بیشتر از زنان اعلام داشته‌اند (۱۳/۵ درصد در مقابل ۱۱/۶ درصد). با افزایش سن بیماران، نمرات ارزشیابی ایشان از پزشکان افزایش داشته است به طوری که بیماران در گروه سنی ۵۰ سال به بالا، ۷۹/۴ درصد پزشکان را دارای مهارت ارتباطی خوب گزارش کرده‌اند.

با افزایش سطح تحصیلات بیماران، مشکل عدم مهارت ارتباطی پزشکان را بیشتر گزارش کرده‌اند و یا به عبارت دیگر، توقع بیشتری از پزشک در خصوص مهارت ارتباطی داشته‌اند.

بین وضعیت تأهل بیماران و ارزشیابی ایشان از مهارت ارتباطی پزشک رابطه معنی دار آماری($P<0/05$) وجود داشته است به طوری که ۶۴/۶ درصد بیماران متأهل، پزشکان را دارای مهارت ارتباطی خوب دانسته‌اند حال آن که ۴۷/۷ درصد بیماران مجرد، پزشکان را دارای مهارت ارتباطی خوب دانسته‌اند. بین ارزشیابی بیماران از مهارت ارتباطی پزشک و جنس پزشک نیز رابطه معنی‌دار آماری ($P<0/05$) وجود داشته است به گونه‌ای که ۶۹/۴ درصد پزشکان زن دارای مهارت ارتباطی خوب شناخته شده‌اند، در حالی که این میزان در پزشکان مرد به ۵۷/۱ درصد تقلیل می‌یابد. به عبارت دیگر، نمرات ارزشیابی پزشکان زن از پزشکان مرد بالاتر بود.

وضعیت ارزشیابی بیماران از پزشکان عمومی و متخصص نشان می‌دهد که از نظر بیماران، مشکل عدم مهارت ارتباطی پزشکان متخصص ۲/۳ برابر پزشکان عمومی بوده است($P<۰/۰۵$).

عملکرد مهارت ارتباطی پزشکان از نظر پژوهشگران- شیوع مشکل عدم مهارت ارتباطی مناسب پزشکان ازنظر محقق به ٤٧ درصد رسیده است. بدین معنی که ازنظرمحقق مشکل عدم مهارت ارتباطی درجامعه پزشکان شیراز ازحداقل ۳۱/٦ درصدتا حداکثر ٦٢/٤ درصد برآورد می‌شود. پزشکان زن از مهارت ارتباطی بیشتری برخوردار بودند. به طوری که ٥٠ درصد پزشکان زن دارای مهارت ارتباطی خوب گزارش شده‌اند، در حالی که این میزان درپزشکان مرد فقط ۱۳/۸درصد بود. مقایسه‌ای از ارزشیابی بیماران و پژوهشگران نسبت به مهارت ارتباطی پزشکان در نمودار (۱) ارایه گردید و بیانگر آن است که بیماران نمرات ارزشیابی بالاتری نسبت به پژوهشگران داشته‌اند به طوری که از نظر بیماران ٥٩ درصد پزشکان دارای مهارت ارتباطی خوب بودند، در حالی که این رقم از نظر محقق به ۱۷/٥ درصد رسیده است.



نمودار ۱- توزیع پزشکان برحسب میزان مهارت ارتباطی با بیماران به تفکیک نظر بیماران و پژوهشگران در شیرازطی سال ۱۳۷۸

نگرش پزشکان نسبت به اهمیت آموزش و کاربرد مهارتهای ارتباطی- در این قسمت، ٤٠ پزشک مورد بررسی قرار گرفتند که ٣٤ نفر ایشان (٨٥ درصد) مرد و ٦ نفر (١٥درصد) زن بودند. ١١ نفر (٢٧/٥درصد) کمتر از ٤٠ سال و ٢٩ نفر (٧٢/٥ درصد) بیشتر از ٤٠ سال داشتند. ١٤ نفر (٣٥درصد) کمتر از ١٥ سال، ٦ نفر (٦٥ درصد) بیشتر از ١٥ سال از فارغ التحصیلی شان گذشته بود.

نتایج بررسی نشان داد که ٦٥ درصد پزشکان نسبت به آموزش و کاربرد مهارتهای ارتباطی دارای نگرش مثبت و ٣٥ درصد دارای نگرش منفی بودند. ٥٤/٥ درصد پزشکان کمتر از ٤٠ سال سن و ٢٧/٦ درصد پزشکان بیشتر از ٤٠ سال دارای نگرش منفی بودند. پزشکانی که کمتر از ١٥ سال از فارغ‌التحصیلی‌شان می‌گذشت، بیشترین نگرش منفی (٤٢/٨ درصد) را نسبت به آموزش و کاربرد مهارتهای ارتباطی داشته‌اند و یا به تعبیر دیگر، پزشکان جوان نگرش منفی بیشتری نسبت به مسأله مهارت ارتباطی با بیماران داشته‌اند.

بحث

تحقیق نشان داد که ٤٨ درصد پزشکان فاقد عملکرد مهارت ارتباطی با بیماران بودند و از نظر بیماران، ١٨ درصد پزشکان فاقد چنین مهارتی بوده‌اند.سئوال این است که کدام یافته مذکور، از ارزش بیشتری برخوردار است؟ نظر بیماران یا پژوهشگر؟! پژوهش Langeweit2 نشان داد که استفاده از بیماران به عنوان ابزاری جهت ارزشیابی مهارت ارتباطی پزشک دارای محدودیت است، زیرا سطح رضایت بیماران حتی قبل از انجام مداخل‌های پزشکی بالا گزارش شده است(١١)

Thomson در یک تحقیق در نیوزلند بر روی پزشکان فارغ التحصیل از نظر میزان شایستگی در فعالیتهای ارتباطی، براساس مشاهده مستقیم افراد توسط تعدادی بیمارنما انجام داده که نمره حاصل از مشاهده مستقیم بیمارنمایان با نمره به دست آمده مشاهده تصادفی نوارهای ویدئویی پزشکان مورد مقایسه قرار گرفت و همبستگی بالایی را نشان داد(۱۲). در بررسی Finlay، مهارتهای ارتباطی پزشکان توسط تعدادی بیمارنمای آموزش دیده و نیز یک مشاهده‌گر، به طور مستقل و توسط پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج این بررسی نیز همبستگی بالایی را بین نمرات مشاهده‌گر و بیمارنمایان نشان داده، به طوری که در میانگین ارایه شده توسط دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نگردیده است. در هر صورت استفاده از بیمارنمایان می‌تواند ابزار مناسبی جهت ارزشیابی مهارت ارتباطی پزشکان باشد، هر چند که نمرات بیمارنمایان بالاتر گزارش شده است(۱۳).

مطالعات Greco نیز بیانگر آن است که نمرات بیمار نمایان به طور معنی‌داری بالاتر می‌باشد اما به طور کلی، ارزشیابی‌های مبتنی بر بیماران یک روش ارزشمند می‌باشد(۱٤). به هر حال، در این تحقیق عملکرد مهارت ارتباطی پزشکان هم از نظر بیماران و هم از نظر پژوهشگران یعنی آنچه را که باید باشد، مورد بررسی قرار گرفت و بررسی از دو دیدگاه، به عنوان جنبه‌های مهم و با ارزش این تحقیق تلقی می‌شود.

بیماران مسن و دارای تحصیلات پایین، مهارت ارتباطی پزشکان را بیشتر از بیماران جوان و با تحصیلات بالا اعلام داشته‌اند. شاید بتوان این مسأله را در رابطه با افزایش آگاهی بیماران نسبت به حقوقشان و بالا رفتن انتظاراتشان از جامعه دانست.

در این بررسی، پزشکان عمومی نسبت به پزشکان متخصص از نمره ارزشیابی بالاتری برخوردار بوده‌اند، اگر چه این اختلاف معنی‌دار نبود.

نعمت اللهی در پژوهشی تحت عنوان "حقوق بیمار" عنوان می‌کند که در منشور حقوق بیمار به حق انتخاب روش درمانی، حق آگاهی از اهداف و عوارض درمان‌های آزمایشی، حق اطلاع از مندرجات پرونده، حق آگاهی از نام و تخصص پزشک، حق دریافت آموزش‌های قبل و بعد از درمان و... اشاره شده است. نتایج پژوهش وی بر روی پزشکان شهر شیراز نشان داد که پزشکان متخصص کمتر از پزشکان عمومی معتقد به ضرورت آگاهی بیمار از حقوق خود می‌باشند. ٦٥درصد پزشکان متخصص نسبت به ۱۰۰ درصد پزشکان عمومی(۱۵).

نمرات ارزشیابی پزشکان زن به طور معنی‌داری از پزشکان مرد بالاتر بوده است که شاید درتأیید بیشتر بودن مهارتهای کلامی خانم‌ها نسبت به آقایان باشد.

تفاوت بین تجرد و تأهل بیماران نیز در ارزشیابی مهارت ارتباطی پزشکان مورد سنجش قرار گرفت و نشان داده شد که به طور معنی داری بیماران مجرد نسبت به بیماران متأهل نمرات ارزشیابی پزشکان را پایین‌تر گزارش کرده‌اند.

یافته‌های حاصل بیانگر آن هستند که بین پوشیدن روپوش سفید و ارزشیابی بیماران از پزشکان همبستگی مثبت وجود داشته است. بدین معنی که پزشکانی که از روپوش سفید در مطب استفاده می‌کنند، از نظر مهارت ارتباطی بالاتر

شناخته شده‌اند. همچنین بیمارانی که بیشتر از یک بار به پزشک مورد نظر مراجعه کرده بودند، وی را از نظر مهارت ارتباطی بالاتر ارزشیابی نموده‌اند.

در خصوص نقش جنس پزشک بر ارتباط با بیمار و رضایت بیمار، پژوهشی در یکی از بخش‌های مراقبت‌های اولیه کودکان بر روی ۲۱۲ کودک ۱٤-٤ ساله و والدینشان انجام گرفت. در این بررسی، نتایج نشان داد که معاینه پزشکان زن، ۲۹ درصد طولانی‌تر از پزشکان مرد می‌باشد (P<۰/۰۰۱). در مقایسه با پزشکان مرد، خانم‌ها بیشتر درگیر مسایل اجتماعی (P<۰/۰۱)، تشویق و اطمینان دادن به بیمار و ارتباط بیشتر با بیمار در طول انجام معاینه (P<۰/۰۱) و جمع آوری بیشتر اطلاعات (P<۰/۰۱) بودند. پزشکان مرد و زن هر دو به طور مشابه وقت صرف تدابیر درمانی مربوط به بیماری‌ها می‌کردند (P<۰/۰۵). در حالی که والدینشان با پزشکان زن رضایت بیشتری داشتند (P<۰/۰۵). کودکان با پزشکان زن ارتباط بیشتری برقرار می‌کردند ولی پزشکان هم جنس را ترجیح می‌دادند(۱٦).

در مطالعه‌ای که توسط Meit بر روی رضایت بیماران انجام گرفت، خصوصیات جنس بیمار، جنس پزشک، تحصیلات بیمار و پوشیدن روپوش سفید توسط پزشک بررسی شد و نتایج نشان داد که شاخص‌های مذکور با رضایت بیماران رابطه معنی‌داری نداشته است. اما به طور معنی‌داری بیماران جوان‌تر و آنهایی که پزشک را برای بار اول دیده‌اند، میزان رضایت و اعتماد کمتری نسبت به پزشک گزارش کرده‌اند(۱۷).

در خصوص نگرش پزشکان نسبت به اهمیت آموزش و کاربرد مهارتهای ارتباطی نتایج نشان داد که اکثر افرادی که دارای نگرش مثبت بودند، در گروه سنی بالاتر از ٤۰ سال قرار داشتند.

از نظر نقش جنس نشان داده شد که ۳۲/٤ درصد پزشکان مرد دارای نگرش منفی نسبت به مهارتهای ارتباطی بودند، حال آن که این میزان در پزشکان زن به ۵۰درصد رسیده است. از نظر سطح تحصیلات تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین پزشکان عمومی و متخصص مشاهده نگردید ولی یافته‌ها بیانگر آن هستند که ٦۹/۲ درصد پزشکانی که بیشتر از ۱۵ سال از فارغ التحصیلی شان می‌گذشت، دارای نگرش مثبت نسبت به مهارتهای ارتباطی بودند. این نتایج شاید در تأیید اهمیت کسب تجربه در پزشکان مسن‌تر و با سابقه‌تر باشد.

پزشکان بیشتر به سیاست‌هایی علاقه دارند که مسؤولیت و ارزش آنها را نزد بیماران افزایش دهد و متغیرهایی که با این افزایش سطح استقلال همراه باشد، رضایت بیشتری را در ایشان به دنبال دارد.

تمایل به داشتن استقلال بر روی رفتار پزشک تأثیر می‌گذارد. در یک بررسی، الگوی پذیرش در بیمارستان، ٤۵۰ پزشک مورد مطالعه قرار گرفتند و نتایج نشان داد که پزشکان از پذیرش بیماران در بیمارستان‌های دولتی به دلیل ترس از کاهش استقلالشان خودداری می‌کنند، به همین دلیل به نظر می‌رسد که شاید سیاست‌های جدید باید بر این استوار باشد که پزشکان را بیشتر در بیمارستان‌ها استخدام نمایند. بدین ترتیب نگرانی ایشان از میزان حق الزحمه که عامل مهمی در تأثیرگذاری روی مدت معاینه بیماران و صرف وقت کافی

جهت گوش دادن به بیمار است، کاهش می‌یابد(۱۸).

در یک جمع بندی باید ذکر گردد که مهارت ارتباطی پزشکان در حد نازل بوده و با افزایش سطح سواد و افزایش سطح انتظارات جامعه از پزشکان و آشنایی بیماران از حقوقشان، این نیاز بیشتر احساس می‌شود و پزشکان مجبور هستند مهارت های ارتباطی‌شان را بهبود بخشیده و از استراتژی های مناسبی برای ایجاد حس اعتماد در بیماران جهت همکاری در امر درمان استفاده نمایند (۱۹).

البته مشکلات سازمان دهی از قبیل فقدان زمان، برنامه ریزی درسی و عدم حمایت اساتید وجود دارد (۲۰) که انجام این مهم در حیطه های شناختی و عاطفی بوده و نیاز به روش های مختلفی دارد که با آموزش و تمرین در سال‌های متوالی آموزش بالینی میسر است (۲۱). به هرحال، پژوهش در آموزش آن را در برنامه درسی دانشجویان و برنامه آموزشی مداوم پزشکان فارغ التحصیل توصیه شده است (۲۲).

References:

1- Luban, plozzab. "Empowerment techniques: from doctor centerd to patient centerd discussion groups." Patient Educ Couns, 1995; 26(1-3):257-263.

2- Evans BJ. Coman GJ.Goss B. "Consulting skills training & medical students interviewing efficiency". Med Educ, 1996, 30:121-128.

2- Dudley Goldblatt JD. "The legal limits of the doctor patient relationship". Center For Clinical Medical Ethics. Fall 1991.

3- Inuits."Establishing The DPRS: sience, art or competence? Scheiz Med Wochens Chr, 1998 feb 14; 128 (7):225-230.

۵- ساروخانی باقر: جامعه شناسی ارتباطات. نشر اطلاعات، ۱۳۷۱.

۶- شعبانی حسن: مهارتهای آموزش و پرورش (روش‌ها و فنون تدریس).

۷- ساروخانی باقر: درآمدی بر دایره المعارف علوم اجتماعی. مؤسسه کیهان، ۱۳۷۱.

8- Hughes J. "The doctor-patient relationship: a review". 1994.

9- Polit DF. Nursing research, principles & methods. Lippincott, third edition, 1987

۱۰-ا.ن.اپنهایم. ترجمه مرضیه کریمیان. طرح پرسشنامه و سنجش نگرش‌ها، انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷۵

11- Langeweitz W, et al. The patients satisfication questionnaire: a suitable tool for quality control in the DPR". Psychother Psychosom Med Psychol. 1995; 45(9-10): 351-357.

12- Thomson AN."Releability of consumer's assenssment". Med Educ. 1994; 28(2): 146-150.

13- Finaly IG. Stott NC. Kinnersley P. "The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners & simulated patients". Med Educ. 1995; 29(6): 424-429.

14- Greco M, et al. "Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registers". J Fam Pract. 1998; 15(1):51-57.

۱۵- نعمت اللهی محترم: حقوق بیمار. دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، ۱۳۷۵.

16- Bernzweig J. Takayama JI. "Gender difference in doctor patient communication". Arch Pediatr Adolesc Med. 1997; 151(6): 586-591.

17- Meit SS, et al. "Gowning: effects on patient satisfaction". J Fam Pract. 1997; 45(5):397-401.

18- Weinfield H, et al. "What do experienced Gps really need in communication skills training?". Aust Fam Physician. 1995; 24(2):101.

19- Mechanic D. "Public Trust initiatives for new health care partnerships". Milbank, 1998; 76(2):281-302.

20- Kurtz SM. Silverman JD. "The calgary cambridge refrenced obsevation guides: an aid to defining the curriculum & organizing the teaching in communication trining programs". Med Educ, 1996, 30, 83-89.
21- Seigler JM.& et al. "why teach a course about DPR?". University of Chicago, 1996.
22- Koyama T. "Effective doctor patient interaction & communication".Hokkaido Igaku Zasshi. 1994; 69(5):1081-1085.