نشریه مطالعات آموزشی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش
سال سوم، شماره دوم، نیمسال دوم تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳
مقاله مروری

اثر بخشی آموزش مهارتهای ارتباطی بر روی خودکارآمدی و بهزیستی اجتماعی دانشجویان رشته پزشکی بر مبنای مدل کالگری – کمبریج

فرشته باعزت[۱]، سهیل رحیمی[۲]

چکیده

مقدمه و هدف: در زمینه آموزش پزشکی، برقراری ارتباط یک مهارت بالینی است که نقش کلیدی ارائه خدمات مناسب درمان دارد. مهارت‌های ارتباطی، رضایت بیمار را بدنبال داشته و سبب می‌شود بیمار از برنامه تشخیصی – درمانی بدرستی پیروی نماید، اما نداشتن مهارت ارتباطی کافی می‌تواند باورهای خود کارآمدی و بهزیستی اجتماعی پزشک را تحت تاثیر قرار داده به فرایند مصاحبه و تشخیص لطمه وارد کند. مطالعه حاضر در این راستا طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی انجام شد. ۶۰ نفر از دانشجویان سال چهارم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در آستانه ورود به دوره کارورزی بیمارستانی بودند به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای آموزش مهارتهای ارتباطی از مدل شش مرحله‌ای کالگری – کمبریج (۲۰۰۵)، برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه شرر و مادوکس (۱۹۸۲) و جهت ارزیابی بهزیستی اجتماعی از پرسشنامه کییز (۲۰۰۳) بصورت پیش آزمون و پس آزمون برای هر دو گروه کنترل و آزمایش استفاده شد. نتایج توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین میزان خودکارآمدی و بهزیستی اجتماعی گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و این امر مبین این است که آموزش مهارتهای ارتباطی بر باورهای خودکارآمدی و بهزیستی اجتماعی پزشکان موثر و بر روند تشخیص و درمان مناسب بیمار تاثیرگذار است.

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر آموزش مهارت زندگی، مسئولان آموزشی، از همان بدو ورود دانشجویان به دانشگاه آموزش مهارت زندگی شروع شود و دوره‌های آموزش مهارتهای ارتباط پزشک و بیمار در تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با استفاده از اساتید مجرب برگزار گردد.

کلمات کلیدی: مهارتهای ارتباطی، خود کارآمدی، بهزیستی اجتماعی

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت را به عنوان حالتی از بهزیستی کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی ونه صرفا نبود بیماری توصیف می‌کند (۱). این سازمان سلامت روانی را نیز به عنوان "حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد و می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی کنار

۱ـ دانشیارگروه روانشناسی، دانشگاه مازندران. آدرس الکترونیک: Baezzat12@gmail.com
۲ـ دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه مازندران (*نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۹۱۲۴۹۶۸۷۴۷ آدرس الکترونیک: sohailrahimi2@gmail.com

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]

آید، به نحو پرثمر و مولد کار کند و برای اجتماع خویش مفید باشد" توصیف می‌کند. سلامت فرد درگرو کیفیت روابط با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که فرد عضو آنهاست (۲). استون و جیکوب (USton & Jacob) (۲۰۰۵) سلامت اجتماعی را مهارتهای اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی‌های شناختی هر فرد از خود به عنوان عنصری از جامعه بزرگتر دانسته‌اند (۱). از دیدگاه راین و دسی (Ryan & Deci) (۲۰۰۱) دو رویکرد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی. دیدگاه روانشناسان لذت‌گرا آن است که بهزیستی برابر با شادکامی فاعلی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است و می‌توان چنین برداشتی از بهزیستی را بهزیستی هیجانی نامید. در مقابل اندیشمندان دیگر بهزیستی را با فضیلت برابر دانسته، بر این باورند که ارضای امیال به رغم ایجاد لذت، همواره بهزیستی را در پی ندارد (۳). ریف و کییز (Ryff & Keyes) (۲۰۰۳) مولفه‌های سازنده بهزیستی روان‌شناختی فضیلت گرایانه را شش عامل می‌دانند: خود پیروی (Autonomy)، سلطه بر محیط (environmental mastery)، روابط مثبت با دیگران (positive relation with others)، هدفمندی در زندگی (purpose life)، پذیرش خود (self- acceptance) و رشد شخصی (personal growth) (۴). بهزیستی اجتماعی بیانگر یک پدیده اساسا عمومی است که بر تکالیف اجتماعی که بشر در دل ساختارهای اجتماعی و جوامع با آنها مواجه است متمرکز می‌شود و به عنوان گزارش شخصی فرد در مورد کیفیت روابط فرد با افراد دیگر، محله‌ای که در آن زندگی می‌کند و جامعه‌اش تعریف می‌شود (۵). کییز (۲۰۰۳) ابعاد عملیاتی بهزیستی اجتماعی را اینگونه بیان می‌کند: یکپارچگی اجتماعی (social integration): بیانگر ارزیابی فرد از کیفیت رابطه‌اش با اجتماع و جامعه است. افرادی که دارای سطوح مطلوبی از این بعد هستند احساس تعلق بیشتری به اجتماعشان دارند. پذیرش اجتماعی (social acceptance): بیانگر درک فرد از خصیصه‌های افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. و سطح مطلوب این بعد سبب می‌شود به افراد دیگر اعتماد شود و به خوب بودن مردم باور داشته باشیم. مشارکت اجتماعی (socialcontribution):ارزیابی فرد راارزش اجتماعی خود نشان می‌دهد. افراد احساس می‌کنند عضو مهمی از جامعه خود هستند اگر در سطح مطلوب این بعد باشند. شکوفایی اجتماعی (social actualization): نشان‌دهنده ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است، به این معنا که فرد احساس کند جامعه در حال تحول است و وی توانایی شکوفایی از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی را دارد. انسجام اجتماعی (social coherence): بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی و شامل علاقه‌مندی و اهمیت به شناخت دنیاست (۱، ۵). باورهای خود کارآمدی (self – efficacy)، باورهایی هستند درباره شایستگی‌های ادراک شده خودمان و اینکه باور کنیم می‌توانیم کاری را به خوبی یا حداقل بطور مناسب و کافی انجام دهیم و این باورها در افراد متفاوت است (۶).

براساس نظر بندورا (Bandura) (۱۹۹۷) باورهای خودکار آمدی شخصی، دقیقا تفسیر ما از کارهای گذشته نیست، بلکه ابزاری است که چگونگی تعامل ما را با محیط و افراد دیگر ممکن می‌سازد. او معتقد است کارآمدی ادراک شده، قضاوت فرد در باره خویشتن است. بطورمثال اضطراب امتحان و شکست‌های پی‌درپی، این قضاوت را به سمت منفی می‌کشاند (۷). همچنین بندورا (۲۰۰۵) بیان می‌کند که خودکارآمدی تأثیر زیادی بر رفتار دارد. به عنوان مثال دانشجویی که خودکارآمدی پایینی دارد، شاید حتی برای مطالعه امتحان تلاش نکند؛ زیرا اعتقاد دارد که این کار فایده‌ای ندارد (۶). خود کارآمدی مهارت ادراک شده نیست بلکه عبارت است از باور فرد درباره اینکه با مهارتهای خود می‌خواهیم در شرایط معین کاری را انجام دهیم و با باورهای فرد درباره توانایی هماهنگی، منسجم کردن عادات و توانایی‌ها در موقعیت‌های متغیر و چالش برانگیز سر وکار دارد (۸). خودکارآمدی فرد نقش حساسی در بازداری یا پایداری رفتار در موقعیت‌های گوناگون ایفا

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]

می‌کند. باورهای خودکارآمدی تاحدی می‌توانند رفتار را به شکل مطلوبی پیش‌بینی کنند. این باورها ابزارهایی هستند که تعیین می‌کنند اشخاص با دانش و مهارت‌هایی که دارند چه کارهایی می‌توانند انجام دهند. نقش واسطه‌ای این باورها تبیین این موضوع است که چرا افرادی با مهارت‌ها و دانش مشابه عملکردهای متفاوتی دارند (۶).

در متون روانشناسی، مفهوم مهارت‌های اجتماعی بصور مختلف تعریف شده است. مک گوایر و پریستلی (Mc Guire & Priestley) (فیروزبخت، ۱۳۹۰) می‌گویند: مهارت‌های اجتماعی به رفتارهایی گفته می‌شود که شالوده ارتباط‌های موفق و رودرو را تشکیل می‌دهند. رفتارهای معین و آموخته‌ای که افراد در روابط میان فردی خود برای کسب تقویت‌های محیطی یا حفظ آنها انجام می‌دهند، مهارت اجتماعی است (۹). بنظر می‌رسد داشتن مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی می‌تواند قضاوت‌های فرد درباره لیاقت‌های خود و ادراک فرد را از مشارکت با جمع و بهزیستی اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). در زمینه آموزش پزشکی، برقراری ارتباط یک مهارت بالینی است که نقش کلیدی در فهم بیمار و ارائه خدمات مناسب درمان دارد. طبق بررسی‌ها (سیلورمن، ۲۰۰۵) هر پزشک در طول زندگی حرفه‌ای خود ۲۰۰ هزار بار مصاحبه پزشکی انجام می‌دهد (۱۱).

اجزای اصلی هر مصاحبه مؤثر عبارتند از: دانش پزشکی، مهارت‌های ارتباطی، معاینه فیزیکی و توانایی حل مساله (۱۱). داشتن مهارت‌های ارتباطی رضایت بیمار را بدنبال داشته و سبب می‌شود بیمار از برنامه تشخیصی - درمانی بدرستی پیروی نماید و هزینه‌های پزشکی هم کاهش یابد. اما تاکنون تأثیر مهارت‌های ارتباطی بر روی خود پزشکان در ارتباط پزشک - بیمار در کشور مورد مطالعه قرار نگرفته است. این مطالعه در پی یافتن پاسخ این سوال است که آیا آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان می‌تواند بر باورهای خودکارآمدی و بهزیستی آنان تأثیرگذار باشد؟

مواد و روش‌ها

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی و مراحل اجرای طرح عبارت بود از: اجرای پیش آزمون متغیرهای وابسته برای هردو گروه کنترل و آزمایش - قرار دادن آزمودنی‌ها در معرض متغیر مستقل (آموزش مهارتهای ارتباطی) و اجرای پس آزمون. جامعه آماری شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان سال چهارم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ که در آستانه ورود به مرحله کارورزی بیمارستانی بودند. از بین این تعداد، ۶۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شده و در دو گروه کنترل و آزمایش بطور تصادفی قرار گرفتند. در مطالعات آزمایشی و علی- مقایسه‌ای حداقل ۱۵نفر برای هرگروه توصیه شده است (۱۲). هردو گروه هم‌زمان در معرض پیش آزمون قرار گرفته و سپس برای گروه آزمایش چهار جلسه چهار ساعته، آموزش مهارت‌های ارتباطی برگزار شد. به جهت از بین بردن تأثیر زمانی و حافظه یادسپاری سؤالات پیش آزمون، پس آزمون به فاصله یک ماه بعد با هردو گروه انجام پذیرفت. دانشجویان دارای میانگین سنی ۲۲سال و همگی مجرد بودند. توزیع جمعیتی در گروه گواه تقریبا ۵۵٪ دختر و۴۵٪ پسر (۱۵دختر و ۱۳پسر) بود و در گروه آزمایش تقریبا ۵۷٪دختر و ۴۳٪ پسر (۱۶دختر و ۱۳پسر) بود که در مرحله پس آزمون تعداد دختران کم شده جمعیت شامل ۱۲ دختر و ۱۳ پسر گردید. برای آموزش مهارتهای ارتباطی از مدل کالگری - کمبریج (Calgary Cambridge Guide) که توسط کرتز (Suzanne Kurtz) از دانشگاه کالگری کانادا و سیلورمن (Jonathan Silverman) از دانشگاه کمبریج بصورت مشترک ارائه شده است، استفاده شد (۱۱). این مدل به عنوان مدل پایه در آموزش پزشکی از سال ۲۰۰۵ تاکنون در بسیاری از مراکز دانشگاهی معتبر بکار گرفته شده است و در سال ۱۳۹۰ برای نخستین بار در دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا و توسط اساتید گروه‌های مختلف پزشکی مورد بررسی و بومی‌سازی با فرهنگ ایران قرار گرفته است. این مدل شامل ۶ مرحله است.

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]

چهار مرحله، آغاز جلسه، گردآوری اطلاعات، ارائه توضیح و برنامه‌ریزی و پایان جلسه بطور معمول پشت سر هم می‌آیند و دو مرحله ایجاد رابطه و ساختاردهی در سراسر مصاحبه وجود دارند. در آغاز جلسه، ایجاد ارتباط اولیه و تشخیص دلیل مراجعه بیمار مطرح می‌شود. در گردآوری اطلاعات، شناسایی مشکلات بیمار و درک دیدگاه بیمار مد نظر است. در بخش ارائه توضیحات، هدف ارائه اطلاعات صحیح و کافی، کمک به یادآوری و فهم صحیح اطلاعات، دستیابی به درک مشترک و لحاظ کردن دیدگاه‌های بیمار و برنامه‌ریزی مشترک می‌باشد. در پایان مصاحبه، هدف اطمینان از مناسب بودن زمان برایختم جلسه و برنامه‌ریزی برای آینده است. استفاده از رفتار غیرکلامی مناسب، ایجاد تفاهم و ارتباط با بیمار ؛واضح کردن سازمان دهی اطلاعات و توجه به جریان مصاحبه در سراسر مصاحبه باید در نظر گرفته شود.

مراحل جلسات آموزشی به شرح زیر است:

جلسه اول: آموزش مقدماتی مهارت‌های ارتباطی براساس مدل وبیان اهمیت ارتباط بین پزشک و بیمار و مدل‌های برقرای ارتباط

جلسه دوم: آموزش برقراری ارتباط مؤثر- آغاز مصاحبه و گردآوری اطلاعات و دادن ساختار

جلسه سوم: آموزش همدلی - ایجاد رابطه، توضیح به بیمار و پایان دادن به مصاحبه

جلسه چهارم: کار گروهی، دیدن فیلم آموزشی و تفسیر و بحث در خصوص تمام اجزای مدل

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه خود کارآمدی عمومی شررو مادوکس (۱۳).

این مقیاس دارای ۱۷سوال است که هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملا مخالفم تا کاملا موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پنج سنجه‌ای لیکرت بود به این صورت که به هر ماده از۱تا ۵ امتیاز تعلق گرفت. این ابزار سه عامل اصلی گرایش به آغازگری رفتار، تمایل به تکمیل رفتار و پافشاری در انجام تکالیف در صورت ناکامی را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش وقری (۱۳۷۹) برای بررسی پایانی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمده است. در پژوهش گنجی (۱۳۸۸) آلفای کرونباخ ضریب پایانی ۰/۸۱ بدست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کورنباخ پایانی۰/۷۷ بدست آمد.

۲- پرسشنامه بهزیستی اجتماعی (۴).

این مقیاس دارای ۳۳گویه و دارای پنج خرده مقیاس همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج سنجه‌ای از دامنه کاملا مخالفم تا کاملا موافقم تنظیم شد. در پژوهش صفاری نیا و تبریزی (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ بدست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کورنباخ برای کل پرسشنامه۰/۷۰محاسبه گردید.

یافته‌ها

الف- یافته‌های توصیفی

میانگین پیش آزمون برای پرسشنامه بهزیستی اجتماعی گروه گواه۹۷/۸۲ و انحراف استاندارد پیش ازمون ۶/۱۲ بود. میانگین پیش آزمون برای پرسشنامه بهزیستی اجتماعی گروه آزمایش ۹۹/۵۱ و انحراف استاندارد ۶/۹۹ بود. میانگین پیش آزمون برای پرسشنامه خودکارآمدی گروه گواه ۴۶/۸۲ و انحراف استاندارد آن ۵/۵۷ بود. میانگین پیش‌آزمون برای پرسشنامه خود کارآمدی گروه آزمایش ۴۵/۰۳ و انحراف استاندارد بدست آمده ۴/۱۴ به دست آمد. میانگین پس‌آزمون برای پرسشنامه بهزیستی اجتماعی گروه گواه ۹۷/۸۲ و انحراف استاندارد آن ۶/۱۲بود. میانگین پس‌آزمون برای پرسشنامه فوق در گروه آزمایش ۱۱۱/۲۰ و انحراف استاندارد آن ۴/۱۴ به دست

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]

آمد. میانگین پس آزمون برای پرسشنامه خود کارآمدی گروه گواه ۴۷/۸۲و انحراف استاندارد آن ۴/۵۸بود. میانگین پس آزمون برای پرسشنامه خود کارآمدی گروه آزمایش ۵۹/۲۴ و انحراف استاندارد آن ۳/۲۴ می‌باشد.

ب- یافته‌های استنباطی

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر خودکارآمدی فردی مؤثر است. برای بررسی فرضیه بالا از آزمون t بهره گرفته شد که نتایج مقایسه گروه آزمایش و گروه گواه در پیش آزمون به شرح جدول ۱ می‌باشد:

اطلاعات مندرج در جدول ۱ با توجه به سطح معنی‌داری (sig=۰/۲۱) نشان می‌دهد بین میزان خوکارآمدی گروه گواه و گروه آزمایش در پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. ولی به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی، در جدول ۲ به مقایسه خودکارآمدی گروه گواه و گروه آزمایش در پس آزمون می‌پردازیم:

اطلاعات مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی‌داری (sig=۰/۰۰) بین میزان خود کارآمدی گروه گواه و گروه آزمایش در پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه اول تأیید می‌گردد. یعنی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر خودکارآمدی فردی مؤثر است.

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهزیستی اجتماعی مؤثر است. برای بررسی فرضیه از t بهره گرفته شد که نتایج مقایسه گروه آزمایش و گروه گواه در پیش آزمونبه شرح جدول ۳ می‌باشد:

اطلاعات مندرج در جدول ۳ با توجه به سطح معنی‌داری (sig=۰/۳۳) نشان می‌دهد بین میزان بهزیستی اجتماعی گروه گواه و گروه آزمایش در پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. لذا به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارتهای ارتباطی، در جدول ۴ به مقایسه بهزیستی اجتماعی گروه گواه و گروه آزمایش در پس آزمون می‌پردازیم:

اطلاعات مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی‌داری (sig=۰/۰۰) بین میزان بهزیستی اجتماعی گروه گواه و گروه آزمایش در پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه دوم نیز تأیید می‌گردد. یعنی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهزیستی اجتماعی مؤثر است.

جدول۱- نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت میزان خودکارآمدی گروه آزمایش و گروه گواه در پیش آزمون

ردیف	طبقات	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
۱	گروه گواه	۲۸	۴۶/۸۲	۵/۵۷	۵۵	۱/۲۶	۰/۲۱
۲	گروه آزمایش	۲۹	۴۵/۰۳	۵/۰۵	۵۴/۰۴		

جدول۲- نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت میزان خودکارآمدی گروه آزمایش و گروه گواه در پس آزمون

ردیف	طبقات	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معنی داری
۱	گروه گواه	۲۸	۴۷/۸۲	۴/۵۸	۵۱	-۹/۷۵	۰/۰۰
۲	گروه آزمایش	۲۵	۵۹/۲۴	۳/۲۴	۴۴/۲۲		

جدول ۳- نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت میزان بهزیستی اجتماعی گروه آزمایش و گروه گواه در پیش آزمون

ردیف	طبقات	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
۱	گروه گواه	۲۸	۹۷/۸۲	۶/۱۲	۵۵	-۰/۹۷	۰/۳۳
۲	گروه آزمایش	۲۹	۹۹/۵۱	۶/۹۹	۵۴/۵۰		

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]

جدول ۴- نتایج آزمون t برای بررسی تفاوت میزان خودکارآمدی گروه آزمایش و گروه گواه در پس آزمون

ردیف	طبقات	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
۱	گروه گواه	۲۸	۹۸/۵۲	۶/۱۶	۵۱	-۹/۱۹	۰/۰۰
۲	گروه آزمایش	۲۵	۱۱۱/۲	۴/۱۴	۴۷/۶۶		

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند آموزش مهارتهای ارتباطی بر باورهای خودکارآمدی و بهزیستی اجتماعی پزشکان در ارتباط پزشک - بیمار مؤثر است. نتایج با پژوهش فتحی واجارگاه (۱۳۸۷) همسو است. فتحی در پژوهش خود به منظور شناسایی و اولویت یابی مهارت‌های زندگی مورد نظر بزرگسالان برای لحاظ کردن در برنامه‌های درسی نشان داد بیشترین نیاز آموزشی، کسب مهارت‌های شهروندی و فردی - زیستی است (۱۴). همچنین با پژوهش آرام (۱۳۸۹) نیز همسویی دیده می‌شود. آرام در بررسی خود تحت عنوان سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن بر تأثیر بهزیستی اجتماعی در سلامت کلی جامعه تأکید کرده است (۱). رابین و زلینر (۱۹۹۲) در پژوهش خود می‌گویند نوعی ارتباط متقابل میان مهارت‌های اجتماعی و روابط همسالان وجود دارد که تأکیدی بر این طرح است (۱۴). اما سؤالاتی که در اینجا مطرح است این است که چرا مهارت‌های ارتباطی باید آموزش داده شوند؟ آیا مشکلاتی در نحوه ارتباط پزشک و بیمار وجود دارد؟ و آیا مهارت‌های ارتباطی قابل آموزش هستند؟

در مطالعات متعددی نشان داده شده است که پزشکان خیلی زود صحبت بیماران را قطع می‌کنند و باعث مخفی ماندن نگرانی‌های اصلی می‌شوند. پزشکان بندرت داوطلبانه نظر بیماران را می‌پرسند و اغلب به صورت بسته و پزشک محور برخورد می‌کنند. اطلاعات کمی به بیمار می‌دهند و بیمار را در فهم اطلاعات یاری نمی‌دهند. از جنبه حقوقی دیده شده است هفتاد درصد شکایات بیماران به خاطر ارتباط ضعیف با پزشک بوده است و موارد مشابه دیگر که با آموزش مهارتهای ارتباطی شرایط بهتر شده است (کرتز، ۲۰۰۵). همچنین مطالعات متعدد نشان می‌دهند که نه تنها مهارتهای ارتباطی را می‌توان آموزش داد بلکه تغییرات حاصل از آموزش مهارت‌های ارتباطی قابل تداوم نیز هست (۱۱). باید توجه داشت که اکثر دانشجویان پزشکی با توجه به سن ورود به دانشگاه فاقد مهارتهای کافی برای ورود به اجتماع بوده و آموزش مهارت‌های ارتباطی به آنها می‌تواند ضمن توانمندسازی آنان، خود باوری را در آنها تقویت کرده و مانع افت تحصیلی و دلزدگی تحصیلی شود (۱۵).

پیشنهاد می‌شود دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی در تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اجرا و آموزش مهارت‌های زندگی از بدو ورود به دانشگاه با استفاده از مشاوران و روانشناسان مجرب صورت پذیرد. برای سنجش دقیقتر اثرات آموزش، این تحقیق با توجه به جنبه‌های در نظر گرفته نشده‌ای همچون متغیرهای جمعیت شناختی تکرار شود.

References

1- M. Saffarian. Social Psychology and Personality Tests. Tehran, Arjomand 2012; 56-68.
2- Brandon L. Relationships between physical activity and health- promoting behaviors in mid- life women. J AD Nurse 2005; 12, 3, 14-23.
3- Ryan R. M, Deci E. L. On happiness and human potentials. Annual Review of Psychology 2001; 52, 141-166.
4- Heidary GH. Normalization of Well-being Social Inventory. Andisheh Va Raftar. 2008; (2): 31-40
5- Hughes C. Social understanding and social lives. Psychology Press; 2015.
6- Tahmores Aghajani. Analysis of Structural Relationships

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]

of Self-differentiation Training With Test Anxiety and Self-efficacy Beliefs Knowledge & Research in Applied Psychology 2014; (55), 34-43

7- FerlaJ, Valcke M, Cai Y. Academic self - efficacy and academic self - concept, Reconsidering structural relationships. Learning and Individual Difference 2009; 19, 499-505.

8- Tabernero C. Hernandez B. Self- efficacy and intrinsic motivation guiding environmental behavior. Environment and Behavior 2011; 43 (5), 658-675.

9- Owen Hargie. Social Skills in Interpersonal Communication. Tehran, Roshd; 2014

10- Jackson-Dwyer D. Interpersonal Relationships. New York, Routledge; 2014.

11- Silverman J. Kurtz S. Skills for Communicating with Patients. Tehran, Teimourzadeh; 2010.

12- Delavar A. Theoretical and Practical of Research. Tehran, Roshd; 2009.

13- Smaeelifar N. Proportional of Self- Efficacy in the Prediction of Happiness. Andishe Va Raftar. 2011; (5): 27-34.

14- M. Esfahaniasl. Comparing of Mental Health, Locus of Control, Motivation of Achievement and Self- Efficacy in Physicians. Journal of Social Psychology. 2010; (14): 25-36

15- Roohi Gh, Asayesh H, Bathai S. A, Shouri Bidgoli A. R, Badeleh M. T, Rahmani H. The relationship between self-efficacy and academic motivation among students of medical sciences. Journal of Medical Education and Development. 2013; 8 (1): 45-51.

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]

The effectiveness of communication skills training on medical students' self-efficiency and social well-being based on the Calgary- Cambridge model

Rahimi S, Baezat F

Abstract

Background and aim: communication is a clinical skill in the field of medical education that it have key role in understanding of the patient and providing appropriate treatment. The main components of any effective interviews including: medical knowledge, communication skills, physical examination and problem solving ability. Communication skills cause patient satisfaction and the patient follow diagnosis treatment programs, properly. But the lack of adequate communication skills can be affected on physician s' self-efficiency and social well-being and endamage to interview and diagnosis process.

Methods: present study has been designed and implemented in this regard. Research method was semi-experimental. 60 fourth-year students of Tehran University of Medical Sciences that were on the verge of entering a hospital internship were selected in test and control groups by using systematic sampling. For training communication skills used six-step model of Calgary – Cambridge (2005), for assessment of self-efficacy used Sherer & Maddux's questionnaire (1982) and for measurement of social well-being used Keyes's questionnaire (2003).

Results: the results showed there was a significant difference in the self-efficiency and social well-being between the control and experimental groups. In other word, communication skills training were effective on self-efficiency and social well-being of physician and process of interviewing and diagnose patients.

Conclusion: life skills training should be started in entry to university and the patient-physician relationship skills training courses should be held by experienced teachers in all of medical universities.

Keywords: communication skills, self-efficiency, social well-being

[Downloaded from nama.ajaums.ac.ir on 2026-11-06]