

Design, Implementation and Evaluation of the “Teddy Bear Hospital” Program: An Experiential Learning Model for Teaching Patient Communication Skills

Mahdi Abbasi^{1,2}, Masoumeh Hashemian³, Negar Shadabmehr⁴, Zahra Moradi⁴,
Mohammad Hossein Mohammadi⁴, Sana Jafarlou^{4*}

1. Ph.D. of Healthcare management, Noncommunicable Diseases Research Center, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. Ph.D. of Healthcare management, National Center for Strategic Research on Medical Education, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
4. Medical student, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received: 2025/07/20

Accepted: 2026/01/06

Abstract

Background: Effective communication with patients is a core skill for medical students. Traditional teaching offers limited experiential learning opportunities. This study aimed to design and implement the “Teddy Bear Hospital” program to strengthen students’ communication skills.

Materials and Methods: This action research was conducted at Sabzevar University of Medical Sciences in Iran. The program was developed and implemented based on the ADDIE model. During the analysis phase, a needs assessment was conducted through semi-structured interviews. In the design and development phase, educational content was created encompassing seven core competencies for effective doctor–patient communication. Learning materials included simulated clinical scenarios, multimedia resources, educational pamphlets, and stakeholder guides. The program involved 30 medical students (including six trained facilitators) and approximately 400 elementary school children. Data were analyzed using SPSS 21 and Atlas.ti v9.

Results: More than 60% of students reported limited prior experience communicating with children in clinical settings. Participants indicated improvements in their communication skills and increased willingness to work in pediatric care after the program. Additionally, children’s fear of physicians and hospitals decreased following the intervention. Approximately 94% of students and 98% of children rated their satisfaction with the program as “good” or “very good”.

Conclusion: The “Teddy Bear Hospital” program can enhance medical students’ communication skills with pediatric patients and their parents while reducing children’s fear of hospitals and physicians. Implementing experiential and interactive educational approaches may contribute to the development of students’ professional and communicative competencies.

***Corresponding Author:** Sana Jafarlou

Address: Iran, Khorasan Razavi, Sabzevar, Shohadaei Blvd., Sabzevar University of Medical Sciences Campus, Block B, Faculty of Paramedical Sciences, Room 303

Tel: +9805144018469

E-mail: sana.jafarlou@gmail.com

Keywords Communication skills, Physician, patient, Teddy Bear Hospital, Medical student.

How to cite this article: Abbasi M, Hashemian M, Shadabmehr N, Moradi Z, Mohammadi MH, Jafarlou S., Design, Implementation and Evaluation of the “Teddy Bear Hospital” Program: An Experiential Learning Model for Teaching Patient Communication Skills, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2026; 33(1):877-890. DOI: 10.30468/jsums.2026.8167.3305.

Introduction

Effective communication between physicians and patients is a fundamental pillar of healthcare provision, playing a decisive role in patient satisfaction, improving treatment outcomes, and reducing medical errors and complaints. This significance is amplified when it comes to interactions with pediatric patients and their families, owing to the unique characteristics of this group. Children possess different emotional states, attitudes, and needs compared to adults, and parents tend to be highly sensitive about their children's health. Despite its importance, training communication skills in pediatric clinical settings faces challenges such as limited practical opportunities, parental anxiety, and educators' minimum focus on soft skills development. Theoretical training alone tends to be less effective due to disconnection from real-world environments. In this context, simulated methods like the Teddy Bear Hospital (TBH) program have attracted attention as a complementary approach alongside traditional education. The present study aimed to design, implement, and evaluate the TBH program to strengthen medical students' communication skills with children and their parents.

METHODOLOGY

This study was conducted using an action research approach at Sabzevar University of Medical Sciences, Iran during the second half of 2024. Action research is a systematic and participatory process that involves data collection, reflection, and collaboration with stakeholders to improve real-world practices. It emphasizes problem-solving and professional empowerment and has been widely applied in educational contexts to integrate teaching and learning processes. The intervention was designed and implemented following the ADDIE instructional design model, consisting of five sequential phases: Analysis, Design, Development, Implementation, and Evaluation.

During the analysis phase, a needs assessment was conducted through semi-structured interviews with 23 medical students and faculty members selected via purposive and random sampling. Thematic analysis was used to identify key educational needs, which were categorized into three domains: general communication skills, communication with children, and communication with their parents.

In the design and development phases, the program's objectives were defined collaboratively with faculty experts in pediatrics, psychiatry, and medical education. Educational content was developed based on the Kalamazoo Consensus Statement, covering seven essential competencies for effective doctor-patient communication. A variety of learning materials were produced, including simulated clinical scenarios, multimedia resources (e.g., videos, podcasts, and visual guides), educational pamphlets, and stakeholder manuals. The "Teddy Bear Hospital" program was implemented with the participation of 30 medical students (including six trained facilitators) and approximately 400 elementary school children from six local schools.

The program was delivered in three stages: (1) theoretical instruction through webinars and multimedia materials; (2) small-group practice sessions using structured case scenarios; and (3) real-world implementation at a simulated “Teddy Bear Hospital” event involving interactive stations designed to mimic hospital departments. Program evaluation was conducted through pre- and post-intervention surveys. Students completed questionnaires assessing satisfaction, prior experience with children, willingness to work in pediatrics, and self-perceived communication skills. Children's anxiety toward hospitals and physicians was assessed using the validated

RMS Pictorial Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon's test to evaluate pre-post differences.

RESULTS

According to the survey results, approximately 70% of students reported that their communication skills with children and parents had improved after participating in the program. Before the intervention, only about 16% of students rated their communication skills as "high" or "very high"; this proportion increased to nearly 70% following the program. Furthermore, the findings indicated an increase in students' interest in pursuing pediatrics as a future medical specialty. Prior to the program, 69% of participants expressed a high or very high desire to work in this field, which rose to approximately 94% afterward. In addition, around 94% of students rated their overall satisfaction with the program as "good" or "very good", while 98% expressed similar satisfaction with specific aspects of the program. About 69% of students also reported having had no prior experience communicating with children before their participation.

As for the child participants, the results showed that, based on Wilcoxon's test, children's fear of the hospital environment and doctors significantly decreased after the program. Specifically, before implementation, about 42% of children reported being afraid of the hospital environment, a rate that dropped to approximately 15% following the program's completion.

DISCUSSION

The findings indicated that the TBH program not only reduces anxiety and fear among children in clinical environments but also can enhance the communication skills of medical students when interacting with children and their parents. These results are consistent with international studies that confirm the role of TBH in improving children's health literacy and empowering students. The interactive and play-based nature of the program provides a safe space for practical exercises, feedback

reception, and correction of communication errors. However, successful implementation of such programs requires stakeholder participation, resource allocation, training of facilitators, and thorough documentation of experiences. Moreover, limitations such as small sample size and reliance on self-reported evaluations may reduce the generalizability of the results. Future studies may dwell on objective assessments of students' performance before and after the intervention, with larger sample sizes.

CONCLUSIONS

The TBH program, as a simulated and interactive approach, is an effective strategy for developing medical students' communication skills. It increases students' willingness to work in pediatric health, improves communication skills, and decreases children's anxiety in clinical settings. The development and cultural adaptation of such programs, along with their integration into medical curricula, can contribute to improving the quality of pediatric education and healthcare services. Policymakers and educational managers should support this initiative by organizational backing and infrastructure development, creating more opportunities for practical communication training in simulated and real environments.

ACKNOWLEDGMENT

This study was financially supported by the National Center for Medical Education Strategic Research, Tehran, Iran (Project No. 4030147). The authors gratefully acknowledge the cooperation of the Vice-Chancellors for Education and Student-Cultural Affairs at Sabzevar University of Medical Sciences, the Health Benefactors' Assembly, the Education Department of Sabzevar County, and the esteemed reviewers whose valuable comments contributed to the improvement of this manuscript.

CONFLICT OF INTEREST

The researchers declare no conflicts of interest related to this study.

طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه بیمارستان خرس عروسی؛ یک مدل یادگیری تجربی برای آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار

مهدی عباسی^{۱،۲}، معصومه هاشمیان^۳، نگار شادابمهر^۴، زهرا مرادی^۴، محمدحسین محمدی^۴، سنا جعفرلو^{۴*}

۱. دکتر تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲. دکتر تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش علوم پزشکی، تهران، ایران
۳. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۴. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: برقراری ارتباط مؤثر با بیماران یکی از مهارت‌های ضروری برای دانشجویان پزشکی است. آموزش‌های سنتی، فرصت‌های محدودی برای یادگیری این مهارت‌ها فراهم می‌کند. این پژوهش باهدف طراحی و اجرای برنامه بیمارستان خرس عروسی به‌عنوان ابزاری برای تقویت مهارت‌های ارتباطی دانشجویان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش با استفاده از روش اقدام‌پژوهی در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار انجام شد. برنامه بیمارستان خرس عروسی براساس مدل ADDIE طراحی و پیاده‌سازی شد. در مرحله تحلیل، نیازسنجی با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. در مرحله طراحی و توسعه، محتوای آموزشی ایجاد شد که شامل ۷ شایستگی کلیدی برای برقراری ارتباط با بیمار بود. برنامه با مشارکت ۳۰ دانشجوی پزشکی و حدود ۴۰۰ دانش‌آموز اجرا شد. از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۱ و Atlas.ti نسخه ۹ برای تحلیل نتایج استفاده شد.

یافته‌ها: بیش از ۶۰٪ دانشجویان تجربه کمی در ارتباط با کودکان در محیط درمانی داشتند. دانشجویان شرکت‌کننده در برنامه اعلام کردند مهارت‌های ارتباطی و میزان تمایل آن‌ها به کار در حوزه درمان کودکان پس از اجرای برنامه افزایش یافته است. همچنین، پس از اجرای برنامه میزان ترس دانش‌آموزان از پزشک و بیمارستان کاهش یافت. حدود ۹۴٪ از دانشجویان و ۹۸٪ از دانش‌آموزان، میزان رضایت خود را از اجرای برنامه در سطح خوب و خیلی خوب اعلام کردند.

نتیجه‌گیری: برنامه بیمارستان خرس عروسی می‌تواند موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پزشکی در برخورد با کودکان بیمار و والدین آن‌ها شود. استفاده از روش‌های آموزشی تجربی و تعاملی می‌تواند به ارتقای شایستگی‌های ارتباطی دانشجویان کمک کند.

* نویسنده مسئول: سنا جعفرلو

نشانی: ایران، استان خراسان

رضوی، سبزوار، دانشگاه علوم

پزشکی سبزوار، کمیته تحقیقات

دانشجویی

تلفن: +۹۸۵۱۴۴۰۱۸۴۶۹

رایانامه:

sana.jafarlou@gmail.com

شناسه ORCID:

0009-0000-3103-755X

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0003-1155-1409

DOI:

10.30468/jsums.2026.81

67.3305

کلیدواژه‌ها:

مهارت‌های ارتباطی، پزشک،

بیمار، بیمارستان خرس

عروسی، دانشجویان پزشکی.

۱. مقدمه

ارتباط پزشک و بیمار یکی از اصول اساسی ارائه خدمات اثربخش سلامت است^[۱]. هدف اصلی ارتباط پزشک و بیمار ایجاد رابطه بین فردی خوب، تسهیل تبادل اطلاعات و مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری است. این مشارکت موجب بهبود اثربخشی مداخلات درمانی می‌شود. پزشک در زمینه شناختن علل بیماری، پیش‌آگهی، گزینه‌های درمانی و راهکارهای پیشگیری متخصص است. بیمار نیز، از تجربه بیماری، شرایط اجتماعی، عادات و رفتارها، نگرش‌ها، اعتقادات و ترجیحات خود اطلاع دارد؛ بنابراین، هر دو طرف باید آماده باشند تا اطلاعات خود را به اشتراک بگذارند و به‌طور مشترک تصمیم بگیرند^[۲].

بیمارانی که ارتباط خوبی با پزشک دارند، رضایت بیشتری از مراقبت‌های خود دارند، اطلاعات خود را راحت‌تر به اشتراک می‌گذارند، از توصیه‌های پزشکی بهتر پیروی می‌کنند و به توصیه‌های درمانی، کامل‌تر عمل می‌کنند^[۳]. ارتباط مؤثر پزشک و بیمار می‌تواند پیامدهایی مانند بهبود ایمنی و کاهش شکایات بیماران به همراه داشته باشد^[۴]. بیماران، همدلی پزشکان را در مشاوره‌ها بالارزش‌ترین جنبه ارائه خدمت می‌دانند^[۵]. از طرف دیگر، نشان داده شده است ارتباط مؤثر پزشک و بیمار برای پزشکان نیز پیامدهای مثبتی به همراه دارد. به‌عنوان مثال، همدلی با بیماران با رشد شخصی و حرفه‌ای، رفاه و رضایت شغلی پزشکان مرتبط است^[۶،۷].

در بین بیماران، ارتباط با کودکان بیمار و خانواده‌های آن‌ها به دلیل شرایط ویژه‌ای که دارند با دشواری‌های بیشتری همراه است. عواطف و احساسات متفاوت کودکان نسبت به بزرگسالان، حساسیت و نگرانی والدین نسبت به فرزندانشان و مهارت پایین پزشکان در برخورد با کودکان از جمله این شرایط هستند. از طرفی، درحالی‌که دانشجویان معمولاً فرصت‌های متعددی برای تمرین ارتباط با بیماران بزرگسال دارند، چنین عملی در محیط‌های اطفال با محدودیت‌هایی مواجه است.

بسیاری از والدین در مورد مراقبت‌های پزشکی فرزندانشان خود نگران هستند. برقراری ارتباط مؤثر با کودکان می‌تواند به رفع این نگرانی‌ها کمک نماید^[۸].

براین اساس، ضروری است که دانشجویان پزشکی به‌گونه‌ای آموزش ببینند که اطمینان حاصل شود از مهارت لازم برای ارتباط با بیماران به‌خصوص کودکان و خانواده‌ها برخوردار هستند. باین‌حال، واحدهای درسی طراحی شده در آموزش کلاسیک، نتوانسته است مهارت‌های ارتباطی دانشجویان را به‌طور مؤثری افزایش دهد^[۹،۸]. در اغلب دانشکده‌های پزشکی، مهارت‌های ارتباطی در قالب کلاس‌های درس تئوری آموزش داده می‌شود. در این شرایط، استفاده دانشجویان از مطالب تئوری در محیط واقعی ارائه خدمت به یک چالش اساسی تبدیل می‌شود^[۱۱،۱۰]. در محیط کلاس، رویکردهای ساختاریافته و موضوعات از پیش تعیین شده آموزش داده می‌شود، درحالی‌که دانشجویان مشکلات متعددی در استفاده از این ساختارها و مهارت‌ها در محیط‌های بالینی دارند^[۱۲]. به‌عبارت دیگر، تفاوت زیادی بین آموزش‌های ارائه شده و استفاده از این آموزش‌ها در دانشجویان پزشکی وجود دارد.

در مقابل، استفاده صرف از محیط‌های واقعی و آموزش مهارت‌های ارتباطی در بالین می‌تواند چالش‌هایی به همراه داشته باشد. حجم کاری سنگین، دشواری آموزش هم‌زمان دانش تخصصی پزشکی و مهارت‌های ارتباطی، سردرگمی دانشجویان، تنش بالای محیط و تمایل ناکافی اساتید بالینی به آموزش مهارت‌های ارتباطی از جمله این چالش‌ها هستند^[۱۳]. براین اساس، استفاده از محیط‌ها و روش‌های شبیه‌سازی شده به‌عنوان یک روش مکمل برای کلاس‌های درس تئوری و آموزش در محیط بالین، موردتوجه قرار گرفته است^[۱۴،۱۳]. این روش به دانشجویان اجازه می‌دهد تا مهارت‌های تازه کسب شده را در محیطی کم‌خطر تمرین کنند^[۱۵].

برنامه بیمارستان خرس عروسی^۱ یک مداخله شبیه سازی مبتنی بر بازی است که در آن کودکان در نقش والدین عروسک و دانشجویان در نقش پزشک فعالیت می کنند. در این برنامه، محیط های پزشکی و موقعیت های بالینی مختلفی که کودکان ممکن است با آنها مواجه شوند، به شیوه ای دوستانه با استفاده از خرس های عروسی شبیه سازی می شود. این شبیه سازی به شکل ایفای نقش چند ایستگاهی است که می تواند شامل ایستگاه معاینه، تزریق، جراحی، تصویربرداری و غیره باشد. در هر ایستگاه، کودکان به عنوان والدین، علائم عروسک خود را توصیف می کنند و از دانشجویان، مراقبت های درمانی دریافت می کنند^[۱۷،۱۶]. در سال های اخیر، برنامه بیمارستان خرس عروسی در کشورهای متعددی اجرا شده است^[۱۷-۱۹]. این برنامه، علاوه بر کاهش اضطراب در کودکان خردسال، برای آموزش ارتباط دانشجویان پزشکی با کودکان بیمار نیز مورد استفاده قرار گرفته است^[۲۰]. علاوه بر این، این برنامه فرصت خوبی برای آموزش کار تیمی بین رشته ای است^[۲۱]. براین اساس، این پژوهش باهدف طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه بیمارستان خرس عروسی جهت تقویت مهارت های ارتباطی دانشجویان پزشکی انجام شد.

۲. مواد و روش ها

این پژوهش با استفاده از روش اقدام پژوهی^۲ در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۳ انجام شد. اقدام پژوهی، یک فرایند نظام مند تحقیقاتی است که شامل جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها و همچنین تأمل و گفتگو با صاحب نظران به منظور ایجاد تغییر در یک موقعیت است^[۲۲]. فرایند اقدام پژوهی شامل درگیر شدن در چرخه های عمل و تأمل است و همیشه شامل دو هدف پرداختن به یک موضوع واقعی و کمک به علم از طریق بسط یا توسعه نظریه است. روش اقدام پژوهی به دلیل تأکید بر مشارکت و ایجاد راه حل برای مشکلات عملی و توانایی آن در توانمندسازی

شاغلین مورد توجه قرار گرفته است. از این رو، در تحقیقات آموزشی بسیار استفاده شده و به عنوان راهی برای ادغام آموزش و یادگیری ترویج می شود^[۲۳].

این پژوهش، بر اساس مدل ADDIE در پنج مرحله شامل تحلیل و آنالیز (Analysis)، طراحی (Design)، تهیه و توسعه (Development)، اجرا (Implementation) و ارزشیابی (Evaluation) انجام شد. مدل ADDIE اولین بار در سال ۱۹۷۵ معرفی شد و طی سال های بعد مورد بازنگری قرار گرفت^[۲۴]. پنج مرحله مدل ADDIE به طور نزدیک به هم مرتبط هستند و خروجی هر مرحله ورودی مرحله بعد را فراهم می کند. مراحل تجزیه و تحلیل، طراحی و تهیه و توسعه، هسته اصلی فعالیت های آموزشی را تشکیل می دهند و می توانند راهنمای ساخت دوره های آموزشی باشند. مراحل اجرا و ارزشیابی، مربوط به ارزیابی نتایج اجرای برنامه و ارائه بازخورد است. در سال های اخیر، مدل ADDIE در آموزش علوم پزشکی بسیار مورد توجه بوده است^[۲۵].

مرحله اول: تحلیل و آنالیز

در این مرحله، نیازسنجی از دانشجویان پزشکی و شناسایی منابع مورد نیاز انجام شد. به منظور انجام نیازسنجی، از مصاحبه نیمه ساختاریافته با دانشجویان و اساتید استفاده شد. جامعه هدف شامل دانشجویان پزشکی و اعضای هیات علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار بود. راهنمای مصاحبه شامل این سوالات بود: به نظر شما مهم ترین نقاط ضعف و قوت نظام آموزشی در انتقال دانش و مهارت های مورد نیاز برای برقراری ارتباط با بیماران کدام اند؟ نیازهای اصلی دانشجویان برای برقراری ارتباط اثربخش با کودکان بیمار و والدین آنها کدام اند؟ از چه روش هایی می توان برای تقویت مهارت های ارتباط با بیمار در دانشجویان پزشکی استفاده کرد؟

انتخاب اعضای هیات علمی برای مصاحبه به صورت نمونه گیری هدفمند انجام شد. در این نوع نمونه گیری، افرادی

¹ Teddy Bear Hospital
² Action Research

انتخاب می‌شوند که بیشترین اطلاعات را در زمینه‌ی موضوع موردنظر دارند. براین اساس، اعضای هیات علمی دارای تجربه و تخصص در حوزه آموزش پزشکی، روانپزشکی و تخصص اطفال شناسایی شده و برای شرکت در مطالعه دعوت شدند. برای انتخاب دانشجویان از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. معیار ورود به مطالعه برای اعضای هیات علمی، داشتن طرح و مقالات پژوهشی مرتبط با ارتباط پزشک و بیمار بود. انجام مصاحبه تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌های به‌دست آمده به‌صورت توصیفی و موضوعی ساده تحلیل شد تا

مهم‌ترین نیازهای آموزشی دانشجویان در سه حوزه مهارت‌های عمومی، مهارت‌های ارتباط با کودکان و مهارت‌های ارتباط با والدین شناسایی گردد. این تحلیل صرفاً به منظور شناسایی نیازهای آموزشی برای طراحی برنامه و نه به‌عنوان یک مطالعه کیفی جامع انجام شد. با ۲۳ نفر از اعضای هیات علمی و دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار مصاحبه انجام شد. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان مرد و حدود ۶۱٪ مجرد بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیرهای دموگرافیک	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۴۷/۸
	مرد	۵۲/۲
تأهل	مجرد	۶۰/۹
	متأهل	۳۹/۱
تحصیلات	دانشجوی دکتری حرفه‌ای	۱۵/۶۵
	دکتری تخصصی	۲/۸
	تخصص پزشکی	۶/۲۶
سمت	عضو هیات علمی	۸/۳۴
	دانشجو	۱۵/۶۵

پس از تجمیع و تحلیل نتایج، مهم‌ترین نیازهای آموزشی دانشجویان در سه دسته مهارت‌های عمومی، مهارت‌های ارتباط با کودکان و مهارت‌های ارتباط با والدین شناسایی شد. توانایی ابراز علاقه و محبت به بیمار، توجه کافی به نیازهای

کودک و تحلیل آن‌ها در طول ارتباط و جلب مشارکت والدین برای ارائه اطلاعات و کمک به ارائه خدمت به کودک، از جمله این نیازها بودند (جدول ۲).

جدول ۲: نیازهای دانشجویان پزشکی در ارتباط با کودکان و والدین آن‌ها از دید شرکت‌کنندگان در مطالعه

نیازهای آموزشی دانشجویان	ابعاد
- نحوه ابراز علاقه و محبت به بیمار - استفاده از سرعت مناسب در بیان کلمات و برقراری تماس چشمی - پرسیدن سؤال برای شناخت و درک نگرانی‌ها و انتظارات بیماران - پاسخ مناسب و شفاف به احساسات بیماران - نحوه کسب اطلاعات بیشتر درخصوص بیمار و شرایط او - خلاصه‌نمودن و جمع‌بندی گفتگو	مهارت‌های عمومی ارتباط
- چگونگی تشویق کودک به شروع و ادامه گفتگو - استفاده از لحن و کلمات کودکانه در طول ارتباط - شناسایی نیازهای کودک و تحلیل آن‌ها - نحوه کاهش اضطراب و بی‌قراری کودک - ارائه اطلاعات مناسب به کودک متناسب با شرایط او به زبان قابل درک - صبر و حوصله در طول ارتباط با کودک	مهارت‌های اختصاصی در برقراری ارتباط با کودکان

- توانایی جلب اعتماد والدین و شروع ارتباط - ترغیب والدین به ارائه اطلاعات و مشارکت در ارائه خدمت به کودک - تسهیل کنترل هیجانات والدین - آموزش و مشاوره اثربخش به والدین - نشان دادن همدلی و احترام در طول ارتباط با والدین	مهارت‌های اختصاصی در برقراری ارتباط با والدین
--	--

مرحله دوم: طراحی

با مشارکت ذی‌نفعان برنامه، سه فعالیت اصلی شامل انتخاب محیط مناسب برای اجرا، تدوین اهداف آموزشی و طراحی ابزارهای ارزشیابی انجام شد. برای انتخاب محیط اجرای برنامه، جلساتی با مدیران آموزش و پرورش شهرستان انجام شد. یک مدرسه ابتدایی به‌عنوان محیط اجرا انتخاب شد. مقرر شد علاوه بر مدرسه‌ی محل اجرا، دانش‌آموزان ۶ مدرسه ابتدایی دوره اول اطراف محل اجرا، در برنامه شرکت کنند. نمونه‌گیری دانش‌آموزان به صورت غیرتصادفی و مبتنی بر دسترسی انجام شد و تمام دانش‌آموزان کلاس‌های منتخب در فعالیت‌ها شرکت کردند.

در گام بعد، برای تدوین اهداف عینی برنامه، یک جلسه با حضور اعضای تیم اجرایی و اعضای هیات علمی منتخب دانشگاه (متخصصین اطفال، آموزش پزشکی و روانپزشکی) برگزار گردید. در این جلسه، پس از ارائه اهداف پیشنهادی مبتنی بر شواهد و بررسی نمونه‌های بین‌المللی، شرکت‌کنندگان طی بحث گروهی ساختاریافته به جمع‌بندی و اجماع در خصوص اهداف برنامه پرداختند. درنهایت، اهداف با توافق جمعی تعیین و به‌عنوان مبنای اجرایی برنامه مورد استفاده قرار گرفت. اهداف عینی برنامه بیمارستان خرس عروسی به شرح ذیل تدوین شد (جدول ۳).

جدول ۳: اهداف عینی برنامه بیمارستان خرس عروسی

پس از طی دوره آموزشی و در زمان اجرای برنامه بیمارستان خرس عروسی در محیط واقعی، انتظار می‌رود دانشجویان: ▪ مصاحبه را به‌طور مؤثر آغاز کنند و بیمار را برای انجام گفتگو ترغیب نمایند. ▪ در حین گفتگو، به علایق بیمار توجه کرده و آن را در اولویت قرار دهند. ▪ اعتماد بیمار را جلب کرده و در مورد نگرانی‌هایش اطلاعات لازم را کسب نمایند. ▪ با استفاده از تکنیک‌های غیرکلامی (مثلاً تماس چشمی) و کلامی (مثلاً کلمات تشویق‌کننده) به‌طور فعال به بیمار گوش کنند. ▪ از زبانی استفاده کنند که بیمار بتواند آن را بفهمد. ▪ بیمار را برای پرسیدن سوالات تشویق کنند. ▪ بیمار را تشویق کنند تا در تصمیم‌گیری‌ها تا حدی که می‌خواهد شرکت کند.

همچنین، در این مرحله، نحوه تأمین منابع و تجهیزات موردنیاز برای اجرای برنامه شناسایی شد. تجهیزات موردنیاز با استفاده از مرور تجارب اجرای برنامه بیمارستان خرس عروسی در داخل و خارج از کشور و همچنین، با هم‌فکری تیم اجرایی شناسایی شد. با برگزاری چهار جلسه هماهنگی، نقش ذی‌نفعان برنامه شامل مجمع خیرین سلامت شهرستان، معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه و آموزش و پرورش شهرستان در کمک به تأمین منابع مشخص شد.

مرحله سوم: تهیه و توسعه

در این مرحله، تهیه و ساخت محتوای آموزشی صورت گرفت. مدل معتبر The Kalamazoo consensus statement به‌عنوان مبنایی برای توسعه محتوای آموزشی تعیین شد. این مدل، یک مدل همه‌جانبه ارتباطی پزشک و بیمار برای مراقبت‌های سرپایی پزشک عمومی است. در این مدل، هفت شایستگی ضروری دانشجویان برای برقراری ارتباط مؤثر با بیماران تبیین شده است. این شایستگی‌ها در هفت بخش شروع گفتگو، بازکردن بحث، جمع‌آوری اطلاعات، درک دیدگاه بیمار، اشتراک‌گذاری اطلاعات، توافق در مورد مشکلات

و برنامه‌ها و پایان گفتگو تبیین شده است^[۲۶]. در ادامه در هر کدام از این بخش‌ها، محتوای آموزشی با استفاده از یک رویکرد چندمرحله‌ای شامل مرور شواهد علمی و مصاحبه با ذی‌نفعان کلیدی تهیه شد. محتوای آموزشی توسعه‌یافته شامل مواد آموزشی متنوعی بود تا نیازهای یادگیری متنوع دانشجویان را پوشش دهد. این محتوا شامل موارد زیر بود:

سناریوهای بالینی شبیه‌سازی شده: سناریوهای بالینی متنوعی بر اساس شرایط واقعی کودکان در محیط‌های درمانی طراحی شد. این سناریوها شامل موقعیت‌هایی مانند معاینه اولیه، انجام اقدامات تشخیصی ساده و ارائه توضیحات آموزشی به کودکان بود. هر سناریو به گونه‌ای طراحی شد که دانشجویان بتوانند مهارت‌های مختلف ارتباطی را در محیطی امن و کنترل‌شده تمرین کنند. تعداد ۱۲ سناریو در این مرحله توسعه داده شد.

مواد آموزشی چندرسانه‌ای: مجموعه‌ای جامع از مواد آموزشی چندرسانه‌ای شامل تصاویر، پادکست‌ها و فیلم‌های آموزشی مرتبط با هر مرحله از فرایند ارتباط با کودکان تهیه شد. این منابع باهدف تقویت یادگیری از طریق کانال‌های حسی مختلف و امکان دسترسی مکرر به محتوا طراحی شدند. پادکست‌ها شامل نکات عملی برای برقراری ارتباط مؤثر با کودکان در سنین مختلف بود؛ درحالی‌که فیلم‌های آموزشی نمونه‌های عملی از تعامل‌های موفق و ناموفق را نشان می‌دادند.

پمفلت‌های آموزشی: پمفلت‌های آموزشی حاوی نکات کلیدی و یادآوری‌های سریع برای دانشجویان بود. این مواد به‌عنوان مراجع سریع طراحی شدند تا دانشجویان بتوانند در حین فعالیت به آن‌ها دسترسی داشته باشند. محتوای پمفلت‌ها شامل تکنیک‌های ارتباط غیرکلامی، نحوه استفاده از زبان ساده و مناسب سن و روش‌های کاهش اضطراب کودکان بود. سه نوع پمفلت آموزشی به تعداد دانشجویان توسعه داده شد.

راهنماهای مخصوص ذی‌نفعان: برای آشنایی ذی‌نفعان شامل دانشجویان، تسهیل‌گران، اساتید، دانش‌آموزان و والدین با برنامه، راهنماهای تخصصی توسعه داده شد. این راهنماها شامل اهداف برنامه، نحوه اجرا، نقش هریک از ذی‌نفعان و انتظارات مربوط به هر گروه بود. راهنمای والدین شامل توضیحاتی درباره فواید برنامه و نحوه آماده‌سازی کودک برای شرکت در فعالیت بود.

مرحله چهارم: اجرای برنامه

در مرحله اجرای برنامه، ۳۰ دانشجو به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند برای شرکت در برنامه انتخاب شدند. برای انتخاب این دانشجویان به دو معیار داشتن علاقه و همچنین سابقه فعالیت‌های اجرایی در انجمن علمی دانشجویی پزشکی دانشگاه (ایمسامدسب) توجه شد. همچنین، ۶ دانشجوی توانمند بر اساس معیارهای مشخص، به‌عنوان تسهیل‌گر انتخاب شدند. برنامه بیمارستان خرس عروسی در سه گام اجرا شد:

گام اول: آموزش مفاهیم و اصول ارتباطات مؤثر. در این مرحله، در قالب دو وبینار آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای، اصول و مفاهیم ارتباطات مؤثر توسط اساتید منتخب تدریس شد. علاوه‌براین، محتوای آموزشی تهیه‌شده شامل پادکست‌های فارسی و انگلیسی، فیلم‌های آموزشی و پمفلت در اختیار دانشجویان و تسهیل‌گران قرار گرفت.

گام دوم: تمرین‌های عملی در گروه‌های کوچک. دانشجویان به گروه‌های کوچک ۵ نفری تقسیم شدند. به هرکدام از گروه‌ها، یک تسهیل‌گر اختصاص یافت. جلسات تیم‌ها به‌صورت وبیناری برگزار شد. به هر گروه ۴ مورد آزمایشی در قالب سناریو ارائه شد. در ابتدای جلسه، راهنمای تحلیل موردها در اختیار دانشجویان قرار گرفت. دانشجویان باید پاسخ می‌دادند که در هر سناریو، چه واکنشی باید نشان بدهند. تسهیل‌گران، وظیفه تحریک دانشجویان برای پاسخ‌دهی و هدایت آنان به سمت ارائه پاسخ صحیح را برعهده

داشتند. در انتها، یک جمع‌بندی از هر مورد توسط تسهیل‌گر ارائه شد. در نهایت، گروه‌ها تجارب و آموخته‌های خود را با یکدیگر به اشتراک گذاشتند.

گام سوم: اجرا در محیط واقعی. برنامه بیمارستان خرس عروسی در یک روز و در ۶ ساعت اجرا شد. تعداد ۴۰۰ دانش‌آموز از مدارس منتخب در این برنامه شرکت کردند. در سالن محل اجرا، ۱۱ غرفه شامل غرفه‌های شرح‌حال و معاینه، درمان، تغذیه و سبک زندگی سالم، دهان و دندان، آناتومی، جراحی، داروخانه، شستشوی دست‌ها، اورژانس، عکاسی و نقاشی و غرفه والدین طراحی شد. برای طراحی غرفه‌ها از تجارب اجرای برنامه در داخل و خارج از کشور استفاده شد [۱۷، ۱۸، ۲۱، ۲۷].

در هر غرفه سه دانشجو حضور داشت. تسهیل‌گران به‌صورت مداوم بر کار غرفه‌ها نظارت کرده و فرایند را تسهیل کرده و راهنمایی‌های لازم را ارائه می‌کردند. هرکدام از دانش‌آموزان نقش پدر و یا مادر را به‌عهده گرفته و به همراه خرس عروسی خود (به‌عنوان کودکشان)، برای دریافت خدمات مربوطه به غرفه‌ها مراجعه می‌کردند. در هر غرفه ارائه خدمات به‌صورت نمادین برای کودک (خرس عروسی) ارائه شده و در این میان ارتباط ارائه‌کننده و گیرنده خدمت برقرار می‌شد. در زمان ارائه خدمت، دانشجویان بر اساس آموزش‌های ارائه‌شده باید یک ارتباط مؤثر برقرار کرده و آن را مدیریت می‌کردند. تسهیل‌گران این فرایند را با هدایت و راهنمایی خود، تسهیل می‌کردند.

مرحله پنجم: ارزشیابی برنامه

به‌منظور ارزشیابی برنامه، نظرسنجی از دانشجویان و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در برنامه استفاده شد. پرسش‌نامه نظرسنجی از دانشجویان شامل چهار سؤال میزان رضایت از برنامه، داشتن تجربه قبلی در ارتباط با کودکان، میزان تمایل به کار در حوزه درمان کودکان و میزان مهارت در برقراری ارتباط با کودکان بود. سؤالات در قالب طیف لیکرت ۵ تایی از

خیلی کم تا خیلی زیاد بود. این پرسش‌نامه قبل و بعد از اجرای برنامه توسط تمام ۳۶ دانشجوی شرکت‌کننده تکمیل شد. همچنین، برای سنجش میزان ترس کودکان از پزشک و بیمارستان از پرسش‌نامه استاندارد RMS Pictorial Scale استفاده شد. در این مقیاس حالات مختلف چهره کودکان در یک ردیف شامل پنج چهره از بسیار خوشحال تا بسیار ناراحت طراحی شده است. برای استفاده از این ابزار، از کودکان خواسته شد چهره‌ای که بیشترین ارتباط را با احساس آن‌ها درخصوص موضوع مورد پرسش دارد، انتخاب کنند. به هر تصویر از ۱ تا ۵ امتیاز (بسیار ناراحت تا بسیار خوشحال) تعلق می‌گیرد که نشان‌دهنده شدت اضطراب کودکان است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه جوادینژاد و همکاران مورد تایید قرار گرفت [۲۸]. سؤالات پرسش‌نامه شامل میزان ترس از پزشک و بیمارستان و رضایت کلی دانش‌آموز از برنامه بود. پرسش‌نامه قبل و بعد از اجرای برنامه در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت. ۲۷۳ دانش‌آموز پرسش‌نامه را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. برای داده‌های کمی، از آزمون‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. همچنین، برای مقایسه پیش و پس از اجرای برنامه در دانشجویان و دانش‌آموزان، از آزمون‌های آماری پارامتری و ناپارامتری مناسب بسته به نوع داده‌ها استفاده گردید.

۳. نتایج

بر اساس نتایج نظرسنجی، حدود ۷۰٪ دانشجویان اعلام کردند میزان مهارت آنان در برقراری ارتباط با کودکان و والدین پس از اجرای برنامه افزایش یافته است. براین‌اساس، درحالی‌که قبل از اجرای برنامه، حدود ۱۶٪ دانشجویان مهارت ارتباطی خود را در حد زیاد و خیلی زیاد می‌دانستند، این میزان پس از اجرای برنامه به حدود ۷۰٪ افزایش یافت. نتایج پژوهش نشان‌دهنده افزایش میزان تمایل دانشجویان به کار در

حوزه درمان کودکان بود. قبل از اجرای برنامه ۶۹٪ دانشجویان به میزان زیاد و خیلی زیاد تمایل به کار در این حوزه داشتند که این میزان پس از اجرای برنامه به حدود ۹۴٪ افزایش یافت. همچنین، حدود ۹۴٪ از دانشجویان و ۹۸٪ از دانش‌آموزان، میزان رضایت خود را از اجرای برنامه در سطح خوب و خیلی خوب اعلام کردند. حدود ۶۹٪ از دانشجویان نیز، اعلام کردند قبل از اجرای برنامه، تجربه ارتباط با کودکان

را نداشته‌اند.

نتایج مربوط به دانش‌آموزان نشان داد، بر اساس آزمون ویلکاکسون میزان ترس دانش‌آموزان از محیط بیمارستان و پزشک پس از اجرای برنامه به‌طور معنی‌دار کاهش یافته است. براین اساس، قبل از اجرای برنامه حدود ۴۲٪ کودکان ترس از محیط بیمارستان را گزارش کردند که این میزان پس از اجرای برنامه به حدود ۱۵٪ کاهش یافت (جدول ۴).

جدول ۴: ترس دانش‌آموزان از محیط بیمارستان و پزشک قبل و بعد از اجرای برنامه

میزان	قبل اجرای برنامه	بعد اجرای برنامه	نتایج آزمون آماری
ترس از بیمارستان	خیلی کم	۱۵ (٪۵/۵)	$P \leq 0.001$ $Z = -7.58$
	کم	۳۹ (٪۱۴/۳)	
	متوسط	۱۰۳ (٪۳۷/۷)	
	زیاد	۸۶ (٪۳۱/۵)	
	خیلی زیاد	۳۰ (٪۱۰/۹)	
ترس از پزشک	خیلی کم	۲۵ (٪۹/۲)	$P \leq 0.001$ $Z = -7.96$
	کم	۲۴ (٪۸/۸)	
	متوسط	۱۱۵ (٪۴۲/۱)	
	زیاد	۷۴ (٪۲۷/۱)	
	خیلی زیاد	۳۵ (٪۱۲/۸)	

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به روش اقدام‌پژوهی و باهدف تقویت مهارت دانشجویان علوم پزشکی در برقراری ارتباط با کودکان بیمار و والدین آن‌ها انجام شد. در این پژوهش، نیازسنجی از دانشجویان، تهیه محتوای آموزشی، شناسایی چالش‌های اجرای برنامه بیمارستان خرس عروسی و ارزشیابی نتایج اجرای برنامه انجام شد. نتایج نشان داد اجرای این برنامه می‌تواند موجب افزایش مهارت و تمایل دانشجویان برای برقراری ارتباط با کودکان و والدین و کاهش اضطراب و نگرانی کودکان شود. همچنین، اجرای برنامه می‌تواند موجب افزایش

سواد سلامت در کودکان شود.

برنامه بیمارستان خرس عروسی (TBH)، یک برنامه داوطلبانه تحت رهبری دانشجویان است که در بسیاری از دانشگاه‌ها و دانشکده‌های پزشکی در سطح بین‌المللی اجرا شده است. در اغلب مطالعات انجام شده، هدف اولیه اجرای این برنامه کاهش اضطراب کودکان بوده است [۱۸، ۳۱-۲۹]. در پژوهش حاضر نیز نشان داده شد اجرای این برنامه موجب کاهش اضطراب و نگرانی کودکان شده است. اجرای برنامه‌های شبیه‌سازی‌شده مانند بیمارستان خرس عروسی تأثیر مثبتی بر سلامت و رفاه کودکان دارد و موجب کاهش اضطراب و

ترس آن‌ها از محیط بیمارستان می‌شود [۳۰،۳۲]. کودکان به دلیل نداشتن اطلاعات دقیق تمایل به خیال‌پردازی و تحریف اطلاعات دارند. این امر باعث ایجاد ترس و اضطراب می‌شود. این درحالی است که کودکانی که به‌خوبی از یک وضعیت مطلع هستند، در مواجهه با موقعیت واقعی بهتر با آن مواجه می‌شوند و ترس کمتری دارند [۳۰]. علاوه‌براین، در برنامه‌هایی مانند بیمارستان خرس عروسی، به دلیل انتقال اطلاعات در قالب بازی، کودکان بیشتر درگیر تعاملات اجتماعی شده، احساسات خود را بهتر بروز می‌دهند و به آن‌ها کمک می‌شود تا شناخت بیشتری نسبت به پزشکان و محیط درمانی پیدا کنند [۳۰،۳۲].

هدف اصلی اجرای TBH در پژوهش حاضر، ارتقای مهارت دانشجویان پزشکی در ارتباط با کودکان و والدین آن‌ها بود. این موضوع، در اغلب مطالعات مشابه به‌عنوان یک هدف اصلی موردتوجه نبوده است. این درحالی است که TBH بستر مناسبی برای دستیابی به این هدف است. درواقع، این برنامه در پاسخ به چالش‌های دانشجویان در ارتباط با کودکان بیمار طراحی و اجرا شد. ارتباط با کودکان بیمار همواره چالش‌هایی برای دانشجویان ایجاد می‌کند. به‌عنوان مثال، بسیاری از دانشجویان در طول ارائه خدمت به کودکان، مضطرب، نگران و گاهی اوقات وحشت‌زده به نظر می‌رسند [۳۳]. علاوه‌براین، ارتباط نامناسب پزشک و کودکان بیمار و خانواده آن‌ها می‌تواند مانع جمع‌آوری اطلاعات حیاتی، تشخیص بیماری‌ها و پایبندی به درمان [۳۴] و درنتیجه، افزایش خطاهای پزشکی و شکست‌های درمانی شود [۳۳].

این موضوع می‌تواند به دلیل آموزش ناکافی مهارت‌های ارتباطی در طول تحصیلات دانشگاهی باشد [۳۵]. برای بهبود ارتباط دانشجویان با بیماران ایجاد یک محیط امن برای تشویق دانشجویان به یادگیری، خطا کردن و دریافت بازخورد حیاتی است. اعتقاد بر این است که روش‌های یادگیری عملی برای آموزش این مهارت‌ها مناسب‌ترین روش هستند.

به‌عنوان مثال، طراحی و اجرای برنامه‌های شبیه‌سازی شده شامل طراحی سناریوهای واقعی و تحلیل و بررسی آن‌ها و ارائه بازخورد، یادگیری دانشجویان را تسهیل می‌کند [۳۶].

در پژوهش حاضر، نشان داده شد اجرای این برنامه می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای تقویت مهارت دانشجویان در برقراری ارتباط با کودکان و والدین آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در مطالعه Kis و همکاران، ۸۹٪ از دانشجویان اعلام کردند بیمارستان خرس عروسی توانایی آن‌ها را در انتقال دانش پزشکی به کودکان بهبود می‌بخشد و ۱۰۰٪ داوطلبان گزارش دادند که این برنامه را به دانشجویان علاقمند به طبابت اطفال توصیه می‌کنند [۱۸]. علاوه‌براین، در پژوهش حاضر نشان داده شد میزان تمایل دانشجویان به کار در حوزه درمان کودکان پس از اجرای برنامه افزایش یافته است. Kis و همکاران نیز در مطالعه خود این موضوع را تأیید کردند. هرچند آن‌ها نشان دادند افزایش تمایل دانشجویان معنی‌دار نبوده است [۱۸].

تجربیات اولیه ارتباط با بیمار، دیدگاه دانشجویان را در مورد حرفه آینده و مهارت‌های شخصی‌شان گسترش می‌دهد و درک آن‌ها از ارتباط را به‌عنوان محور کار روزانه یک پزشک افزایش می‌دهد [۳۷]. اصلاح کوریکولوم‌های آموزش پزشکی به‌منظور افزودن برنامه‌های عملی و انعطاف‌پذیر می‌تواند نقش مهمی در بهبود مهارت‌های ارتباطی و رضایت‌مندی دانشجویان ایفا کند [۳۸]. از طرف دیگر، باید توجه داشت که تغییرات کوریکولوم نیازمند پشتیبانی سازمانی و آموزش اعضای هیات علمی است تا بتواند به صورت مؤثر اجرا شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران و مدیران آموزشی با بهره‌گیری از یافته‌های پژوهشی و تجربیات موفق، برنامه‌های آموزشی را به سمت رویکردهای تعاملی و عملی سوق دهند و فرصت‌های بیشتری برای تمرین مهارت‌های ارتباطی در محیط‌های شبیه‌سازی شده و واقعی فراهم کنند. این رویکردها نه تنها مهارت‌های فنی بلکه مهارت‌های انسانی و

ارتباطی را در دانشجویان تقویت می‌کند.

بالاین‌حال، اجرای موفق برنامه بیمارستان خرس عروسی نیاز به الزامات متعددی دارد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، جلب مشارکت و همکاری ذی‌نفعان برنامه، تهیه محتوای آموزشی، توانمندسازی مجریان برنامه و تهیه منابع و تجهیزات موردنیاز، ازجمله مهم‌ترین الزامات اجرای برنامه هستند. مستندسازی و بیان تجارب اجرای برنامه‌هایی مانند بیمارستان خرس عروسی می‌تواند شواهد مفیدی در اختیار ذی‌نفعان آموزش پزشکی جهت اجرای برنامه‌های مشابه و آشنایی با چالش‌ها و فرصت‌های آن‌ها قرار دهد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که باید هنگام تفسیر نتایج در نظر گرفته شوند. نخست، تعداد نسبتاً کم شرکت‌کنندگان ممکن است نماینده‌ی کل دانشجویان پزشکی نباشد و در نتیجه تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. دوم، ارزیابی تأثیر برنامه بر مهارت‌های ارتباطی بر

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همکاری و مساعدت معاونت‌های آموزش و دانشجویی-فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، مجمع خیرین سلامت و اداره آموزش و پرورش شهرستان سبزوار و همچنین از داوران محترمی که با نظرات ارزشمند خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، قدردانی و تشکر می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی:

در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی مانند دریافت کد اخلاق، توجه به رضایت آگاهانه و بی‌طرفی پژوهشگر در تمام مراحل از جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها رعایت شد. انجام این پژوهش با کد اخلاق IR.NASRME.REC.1403.040 در کمیته اخلاق در پژوهش مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی مورد تأیید قرار گرفت.

سهم نویسندگان:

تمامی نویسندگان در نگارش مقاله همکاری داشته‌اند.

حمایت مالی:

این پژوهش با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش علوم پزشکی، تهران، ایران با شماره طرح ۴۰۳۰۱۴۷ انجام شده است.

تضاد منافع:

نویسندگان بیان کردند که تضاد منافی وجود نداشته است.

References

- [1]. Van Weel C. Primary health care and family medicine at the core of health care: challenges and priorities in how to further strengthen their potential. *Front Med (Lausanne)*. 2014;1:37-47. DOI: 10.3389/fmed.2014.00037.
- [2]. Turabian JL. Some basic concepts of family medicine explained by means of fables (Part 1 of 2): Uncertainty, complexity, community, and variability. *Archives of Community and Family Medicine*. 2018;1(1):1-7.
- [3]. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*. 2010;10(1):38-43. PMID: 21603354.
- [4]. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, Education UCFCCSTiUM. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical education*. 2008;42(11):1100-7. Doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x.
- [5]. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family practice*. 2004;21(6):699-705. DOI: 10.1093/fampra/cmh621.
- [6]. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic medicine*. 2009;84(9):1182-91. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55.
- [7]. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine*. 2011;86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221bFAe.
- [8]. Wouda JC, van de Wiel HB. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Education and Counseling*. 2012;86(1):57-62. DOI: 10.1016/j.pec.2011.07.027.
- [9]. Roff S. Reconsidering the "decline" of medical student empathy as reported in studies using the Jefferson Scale of Physician Empathy-Student version (JSPE-S). *Medical teacher*. 2015;37(8):783-6. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1021948.
- [10]. Dunham L, Dekhtyar M, Gruener G, CichoskiKelly E, Deitz J, Elliott D, et al. Medical student perceptions of the learning environment in medical school change as students transition to clinical training in undergraduate medical school. *Teaching and learning in medicine*. 2017;29(4):383-91. DOI: 10.1080/10401334.2017.1294788.
- [11]. O'Brien BC, Poncet AN. Transition to clerkship courses: preparing students to enter the workplace. *Academic Medicine*. 2010;85(12):1862-9. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181f224e1.

- a partnership between medical students and primary schools online compared to in-person. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):56. DOI: 10.1186/s12909-023-04092-w.
- [30]. Rashid AA, Cheong AT, Hisham R, Shamsuddin NH, Roslan D. Effectiveness of pretend medical play in improving children's health outcomes and well-being: a systematic review. *BMJ Open.* 2021;11(1):e041506. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041506.
- [31]. Leonhardt C, Margraf-Stiksrud J, Badners L, Szerencsi A, Maier RF. Does the 'Teddy Bear Hospital' enhance preschool children's knowledge? A pilot study with a pre/post-case control design in Germany. *J Health Psychol.* 2014;19(10):1250-60. DOI: 10.1177/1359105313500240.
- [32]. Dalley JS, McMurtry CM. Teddy and I get a check up: a pilot educational intervention teaching children coping strategies for managing procedure-related pain and fear. *Pain Res Manag.* 2015;2015:929753. DOI:10.1155/2015/929753.
- [33]. Medeiros GJM, Negrão BJ, Sales MRP, de Paula Goulart LR, Appenzeller S. Communication skills in pediatrics: perception of medical students. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):1545.
- [34]. Keir A, Wilkinson D. Communication skills training in paediatrics. *J Paediatr Child Health.* 2013;49(8):624-8. DOI: 10.1186/s12909-024-03478-9.
- [35]. Mărginean CO, Meliț LE, Chinceșan M, Mureșan S, Georgescu AM, Suciu N, et al. Communication skills in pediatrics - the relationship between pediatrician and child. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(43):e8399. DOI: 10.1097/MD.0000000000008399
- [36]. Antila AK, Lindblom S, Louhiala P, Pyörälä E. Creating a safe space: medical students' perspectives on using actor simulations for learning communication skills. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):1225. DOI: 10.1186/s12909-024-03456-4.
- [37]. Graungaard AH, Andersen JS. Meeting real patients: a qualitative study of medical students' experiences of early patient contact. *Educ Prim Care.* 2014;25(3):132-9. DOI: 10.1080/14739879.2014.931732.
- [38]. Dumbuya E. Experiential Curriculum Framework: From Primary to Tertiary Education. Available at SSRN 5018510. 2024. DOI: 10.2139/ssrn.5018510
- [12]. Rosenbaum ME, Axelson R. Curricular disconnects in learning communication skills: what and how students learn about communication during clinical clerkships. *Patient education and counseling.* 2013;91(1):85-90. DOI: 10.1016/j.pec.2012.12.003.
- [13]. Rosenbaum ME. Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities. *Patient education and counseling.* 2017;100(11):2054-61. DOI: 10.1016/j.pec.2017.06.002.
- [14]. Perron NJ, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss medical weekly.* 2015;145(0304):w14064-w. DOI: 10.4414/smww.2015.14064.
- [15]. Brock KE, Cohen HJ, Sourkes BM, Good JJ, Halamek LP. Training Pediatric Fellows in Palliative Care: A Pilot Comparison of Simulation Training and Didactic Education. *J Palliat Med.* 2017;20(10):1074-84. DOI: 10.1089/jpm.2016.0486.
- [16]. Nheu L, Uahwatanasakul W, Gray A. Medical students' experience of a Teddy Bear Hospital as part of a paediatric curriculum. *Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal.* 2018;19(3):40-51. DOI:10.3316/informit.099822531846764
- [17]. Kaufman J, Modak M, Moylan S. The Teddy Bear Hospital in Australia. *Journal of Paediatrics & Child Health.* 2012;48(6). DOI: 10.1111/jpc.12073.
- [18]. Kis H, Endres K, Karwowska A, Harrison M, Lau S, Lemire O, Zucker M. "Teddy Bear Hospital Project" school visits improve pre-clerkship students' comfort explaining medical concepts to children. *Can Med Educ J.* 2022;13(3):70-4. DOI: 10.36834/cmej.73534.
- [19]. Wong A, Geilani J. Teddy Bear Hospital (TBH): reducing children's fear of doctors and the hospital environment. *Sheffield: University of Sheffield;* 2004.
- [20]. Thng JZH, Tan FYY, Aw MMHY, Hu S. Combination of teddy bear hospital and virtual reality training increases empathy of medical students. *The Asia Pacific Scholar.* 2022;7(3):33. DOI:10.29060/TAPS.2022-7-3/OA2739.
- [21]. Zimmermann PG, Santen L. Teddy says "Hi!": Teddy bear clinics revisited. *J Emerg Nurs.* 1997;23(1):41-4. DOI: 10.1016/S0099-1767(97)80082-6.
- [22]. Moch SD, Vandenbark RT, Pehler SR, Stombaugh A. Use of Action Research in Nursing Education. *Nurs Res Pract.* 2016;2016:8749167. DOI: 10.1155/2016/8749167.
- [23]. Stringer ET, Christensen LM, Baldwin SC. Integrating teaching, learning, and action research: Enhancing instruction in the K-12 classroom: Sage Publications; 2009.
- [24]. Muruganantham G. Developing Of E-Content Package By Using ADDIE Model. *International Journal of Applied Research.* 2015;1(3):52-4.
- [25]. Jia T, Lan Y, Pang J, Ma M, Ding Z, Wang Y, Jiang E. Development and Evaluation of an ICU Nurse Training Program on Oral Mucosal Pressure Injury Prevention and Management Using the ADDIE Model. *Risk Manag Healthc Policy.* 2025;18:363-72. DOI: 10.2147/RMHP.S375717.
- [26]. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-3. DOI: 10.1097/00001888-200104000-00017.
- [27]. Ashraf H, Shabani Varaki K, Moallem SR, Miri Moghaddam MM, Jangjoo S, Emami N, Izanloo A. Teddy bear hospital, a pilot study in Mashhad, Iran. *Razavi International Journal of Medicine.* 2021;9(2):61-4. (Persian)
- [28]. Soheilipour F, Jaderi P, Nasr N. Reliability and Validity of the RMS Pictorial Scale in Comparison with Facial Image Scale and Venham Picture Test for Assessment of Child Anxiety. *Journal of Isfahan Dental School.* 2018;14(2):207-14. (Persian)
- [29]. Cardoso Pinto AM, Patel SB, Stephens M, Guha P, Baptista A, Smith S. Developing as health professionals through community volunteering: exploring the value of