

# توانمندی گوش کردن فعالانه به بیماران در استادان بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عباس مکارم، زهرا موفقی\*، فخرالسادات حسینی، نرگس بیرقی، فاطمه حشمتی نبوی، محمد خواجه دلویی

## چکیده

**مقدمه:** گوش کردن فعالانه به صحبت بیماران، نشانه‌ی احترام به شأن انسانی آنها بوده و کلید اصلی جمع‌آوری اطلاعات ضروری و موفقیت مشاوره پزشکی محسوب می‌گردد. با توجه به اهمیت نقش اعضای هیأت‌علمی به عنوان الگوهای رفتاری پزشکان آینده، اطمینان از کفایت توانمندی اساتید در برقراری ارتباط درمانی مؤثر، ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه حاضر به بررسی توانمندی گوش کردن فعالانه به بیماران در اعضای هیأت‌علمی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۰-۱۳۸۹ پرداخت.

**روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی مقطعی ۳۲۰ مورد ویزیت بیماران مربوط به ۳۰ پزشک عضو هیأت‌علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که به روش طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند، مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ALOS global بود که روایی آن به روش محتوا و پایایی آن به روش محاسبه‌ی ضریب آلفا کرونباخ ( $\alpha=0/87$ ) تأیید شده بود. تعداد ۳۳۰ مشاوره بالینی با روش غیر مشارکتی و ساختاردار مشاهده، و ضبط گردید. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار JMP4 و با انجام آزمون‌های غیر پارامتریک من ویتنی و کروسکال والیس انجام گردید. ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی مورد استفاده قرار گرفت.

**نتایج:** ۳۰٪ اعضای هیأت‌علمی در زمینه مهارت‌های ارتباطی هیچ آموزشی ندیده بودند. میانگین نمره گوش کردن فعال پزشکان، ۲/۵۷ (بر مبنای ۵) محاسبه گردید. کم‌ترین رتبه گوش کردن فعال ۱/۴۳ و بیشترین رتبه ۵ بود. نمای مشاهدات در اکثر مؤلفه‌های گوش کردن فعال در طبقات به ندرت یا گاهی اوقات قرار داشت. میانگین رتبه گوش کردن فعال با تعداد بیماران نوبت داده شده همبستگی منفی و تابعیت خطی داشت ( $r=-0/20$ ,  $p=0/004$ ).

**نتیجه‌گیری:** رفتارهای نشان دهنده گوش کردن فعال در مجموع به ندرت یا گاهی اوقات در رفتار پزشکان عضو هیأت‌علمی دانشکده پزشکی مشهد مشاهده شد. نظر به این که کسب مهارت‌های ارتباطی بین فردی و رعایت اخلاق حرفه‌ای در دانشجویان پزشکی در عرصه‌های بالینی و با الگوبرداری از رفتار اساتید صورت می‌گیرد، طراحی ساز و کارهایی جهت توجه به این مهارت‌ها در معیارهای جذب و ارتقای اعضای هیأت‌علمی، برنامه‌های توانمندسازی و همچنین انجام پژوهش‌هایی در جهت تعیین استانداردهای طبابت پیشنهاد می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** گوش کردن فعال، مهارت‌های ارتباطی، پزشک، عضو هیأت‌علمی، ارزیابی عملکرد

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / اسفند ۱۳۹۱؛ ۱۲(۱۲): ۹۳۵ تا ۹۴۶

\* نویسنده مسؤول: زهرا موفقی (کارشناس ارشد آموزش پزشکی و پرستاری)، کارشناس گروه توسعه آموزش دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران. [movaffaghizl@mums.ac.ir](mailto:movaffaghizl@mums.ac.ir)  
دکتر عباس مکارم (استاد)، گروه آموزشی دندانپزشکی کودکان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران. [makarema@mums.ac.ir](mailto:makarema@mums.ac.ir)؛  
دکتر فخرالسادات حسینی (دانشجوی دکتری آموزش پزشکی)، کارشناس مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. [hosseini2761@hotmail.com](mailto:hosseini2761@hotmail.com)؛  
دکتر نرگس بیرقی (دانشیار)، گروه آموزشی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. [nbeyraghi@yahoo.com](mailto:nbeyraghi@yahoo.com)؛ دکتر فاطمه حشمتی نبوی (استادیار)، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران. [Heshmatinf@mums.ac.ir](mailto:Heshmatinf@mums.ac.ir)؛ دکتر محمد خواجه دلویی (دانشیار)، گروه آموزشی بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران. [Khajedalueem@mums.ac.ir](mailto:Khajedalueem@mums.ac.ir)  
تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۴، تاریخ اصلاحیه: ۹۱/۱/۳۰، تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۱۹

## مقدمه

تربیت پزشکان شایسته، توانمند و متعهد، برای پاسخ‌گویی به نیازهای پیچیده انسانی در قرن ۲۱، رسالتی خطیر و دشوار است. در طول دوره آموزش حجم سنگینی از دانش پزشکی، توانمندی‌های تشخیصی و درمانی و مهارت‌های ارتباطی بایستی کسب گردیده و علاوه بر آن درک جامعی از طبابت و نقش پزشک تحصیل شود. توانمندی‌های لازم برای ایفای نقش حرفه‌ای در حقیقت توصیف‌کننده دانش، مهارت‌ها، ارزش‌ها و مسؤولیت‌های ضروری برای موفقیت در حرفه می‌باشد و در عمل نیز مسؤولیت‌های اختصاصی و معیارهای ارزشیابی‌کننده اعضای هیأت‌علمی را تشکیل می‌دهد (۱). اعضای هیأت‌علمی به خوبی می‌دانند که آموزش پزشکی در واقع فرایند ایجاد فرهنگ رفتاری، کسب ارزش‌ها، باورها، شخصیت و هویت آن رشته است و در این راستا آموزگاران پزشکی به عنوان الگوهای رفتاری، اساس این فرهنگ‌سازی هستند؛ زیرا رفتارهای حرفه‌ای در عرصه‌های عملی فراگرفته می‌شوند، جایی که دانشجو نقش حرفه‌ای خود را تماشا و تمرین می‌کند (۲). گوش کردن، یک مهارت مهم برای پزشکان است و می‌تواند پزشک را در تشخیص بهتر مشکل بیمار، شناسایی زمینه‌های روانی-اجتماعی مؤثر بر سلامتی بیمار و اجتناب از شکایت‌های قانونی یاری دهد (۳). تحقیقات نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی مؤثر مانند گوش کردن فعال می‌تواند در بسیاری از ناخوشی‌های جزیی، به تنهایی برای بیمار درمان‌کننده و تسکین بخش باشد (۴). همچنین مهارت گوش دادن، مانع مراجعات تکراری و غیر ضروری بیماران گردیده و در نتیجه بار کاری پزشکان عمومی را کاهش می‌دهد (۵).

مک وینی (به نقل از روبرستون) معتقد است که "بزرگ‌ترین مشکل مشاوران بالینی، ناتوانی آنها در اجازه دادن به بیمار برای بازگو کردن داستان خود می‌باشد" (۶). این در حالی است که گوش کردن کاری

دشوار بوده و تا زمانی که عمیقاً برای فرد صحبت‌کننده احترام و اهمیت قائل نباشیم، قادر به گوش کردن به وی نخواهیم بود. یادگیری گوش کردن فعال، تنها فراگیری معلومات نیست، بلکه این مهارت در واقع غلبه بر موانع گوش کردن است. پیام‌های کلامی و غیر کلامی بیمار تنها موقعی ممکن است به درستی دریافت، تفسیر و ادراک شوند که گوش‌کننده خود را از سایر نگرانی‌ها و پیش فرض‌های ذهنی، رها نموده باشد و برای این کار لازم است که وی در موقع گوش کردن، حتی در درون خود نیز از فکر کردن به پاسخ، پرهیز کند. گوش کردن مستلزم این است که فرد با تمام حواس خود متوجه فرد گوینده گردیده و این پیام را به وی منتقل کند که "من به تو علاقمند و نگران تو هستم". عمل گوش کردن نه فقط با گوش، بلکه با چشم‌ها، فکر، قلب و تمام حواس انجام می‌شود. در فرایند گوش کردن فعالانه، ما نه تنها به کلمات، بلکه به پیام‌های نهفته در پس کلمات نیز گوش می‌کنیم. ما به تون صدا، ظاهر فرد و حرکات بدن وی نیز گوش کرده و تلاش می‌کنیم تا تمام آنچه را که صحبت‌کننده ابراز می‌کند، بدون آن که چیزی به آن اضافه یا کم کنیم و یا آن را تغییر دهیم، دریافت کنیم (۶). پالیکاتایل معتقد است: "نکته مهم در موقع گوش کردن این است که بر فرد صحبت‌کننده تمرکز کنیم نه این که فقط به کلماتی که می‌گوید توجه کنیم. کلمات ممکن است بر اساس اعتقادات، پیش داوری‌ها و تجربیات صحبت‌کننده، معانی متفاوتی داشته باشند. سه جزء گوش کردن عبارتند از: گوش کردن به Content (محتوا)، گوش کردن به Context (زمینه) و گوش کردن به Intent (مقصود). گوش کردن به Content به معنای گوش کردن به محتوای کلامی و غیر کلامی ارتباط گوینده است. این جزء تلاش می‌کند تا به این سؤال پاسخ دهد که گوینده چه پیامی را منتقل می‌کند؟ گوش کردن به Context، توانایی گوش کردن به زمینه‌های احساسی، اجتماعی و تجربیات گوینده است. این جزء در حقیقت پاسخ به این سؤال است

مطلوب برخوردار بودند (۱۱). در مطالعه عربشاهی، ۵۶٪ کارآموزان و کارورزان دانشگاه علوم پزشکی ایران و کرمانشاه از مهارت‌های ارتباطی آگاهی داشتند (۱۲). حائریان و همکاران نیز گزارش کردند که صرفاً ۳۷/۵٪ از دانشجویان مرد و ۳۴/۶٪ از دانشجویان زن گوش دادن به بیمار را از صحبت کردن با آنها مؤثرتر می‌دانند (۱۳). با این حال در بررسی آمینی و همکاران، ۷۸٪ اساتید از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دارای مهارت‌های ارتباطی مطلوب بودند (۱۴).

نظر به اهمیت جایگاه و نقش اعضای هیأت‌علمی به عنوان الگوهای رفتاری پزشکان آینده و تأثیر نگرش، رفتار و مهارت آنها بر عملکرد حرفه‌ای آینده دانشجویان، اطمینان از کفایت مهارت‌های ارتباطی اعضای هیأت‌علمی ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف اطمینان از تحقق پیامدهای مناسب آموزشی، به بررسی توانمندی گوش کردن فعالانه اعضای هیأت‌علمی بالینی، در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، پرداخته است.

### روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقطعی می‌باشد که در یک مقطع زمانی ۹ ماهه در سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ در درمانگاه‌های کلینیک ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. جمعیت آماری این پژوهش را استادان بالینی مشغول به کار در سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکیل داد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی و به روش طبقه‌ای انجام گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت ۲۳ عضو هیأت‌علمی تعیین شد که برای افزایش دقت به ۳۰ نفر افزایش یافت و با استناد به مطالعه مارول (۱۵)، تعداد ۱۱ مشاوره از هر پزشک و در مجموع تعداد ۳۳۰ مشاوره بالینی مشاهده، ضبط و ارزشیابی گردید. گروه‌های بالینی طبقات نمونه‌گیری را تشکیل داده و تصادفی‌سازی

که گوینده چگونه فردی است؟ و چگونه ارتباط برقرار می‌کند؟ گوش کردن به Intent به معنی توانایی گوش کردن به احساس ابراز شده توسط گوینده است و پاسخ به این سؤال است که او چرا این پیام را منتقل می‌کند؟ در نهایت پالیتاکایل گوش کردن فعال را به این صورت تعریف می‌کند: "گوش کردن صرفاً توانایی دریافت اجزاء Content، Context و Intent یک ارتباط نیست، بلکه توانایی ترکیب این اجزاء با هم و بازخورد درک کامل خود به گوینده است" (۷). اولسون نیز گوش کردن فعال را به صورت مشابهی تعریف می‌کند: "فهمیدن این که فرد صحبت‌کننده چه می‌گوید و چه احساسی دارد و سپس فهماندن برداشت خود از فکر و احساس وی به خود آن فرد" (۸). تعاریف اولسون و پالیتاکایل عملاً گوش کردن را به دو مرحله مشخص تقسیم نموده است. مرحله اول: دریافت و ادراک کامل کلیه پیام‌های کلامی و غیر کلامی فرد و مرحله دوم: بازخورد دادن درک خود به فرد صحبت‌کننده.

تبدیل "علم" به "عمل" و یا تبدیل "دانش تکنیکی منطقی" به "دانش عملی"، اگرچه ساده به نظر می‌رسد، اما اجرای آن در فعالیت روزمره دشوار است. علی‌رغم این‌که متون علمی مربوط به گرفتن شرح حال پزشکی بر گوش کردن مؤثر جهت جمع‌آوری اطلاعات کامل و ضروری تأکید دارند؛ در حال حاضر توجه به بیمار از نقطه نظر تشخیص پزشکی، جای گوش کردن فعال را که برای پی بردن به مشکلات بیمار ضرورت دارد، گرفته است (۵). اولوکاگو سطح مهارت گوش کردن در دانشجویان حرفه‌های سلامتی (پزشکی، دندانپزشکی، پرستاری و فیزیوتراپی) را در نیجریه بر اساس پرسشنامه خود ایفا، نسبتاً خوب گزارش نموده است (۹). در کشور ما، مطالعه رضایی نشان داد که عملکرد ۴۸٪ پزشکان فاقد مهارت‌های ارتباطی بود (۱۰). عمادزاده و یآوری نشان دادند که ۴۳٪ دستیاران دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، در زمینه مهارت‌های ارتباطی، از وضعیت

استفاده از مشاهده‌کننده باتجربه، استفاده از یک چهره جدید به عنوان مشاهده‌کننده به جای کارشناسان شناخته شده در دانشگاه، عدم تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از اولین مشاهده.

مطالعه پس از کسب مجوز از مسئولین دانشکده و حراست بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، انجام گردید. جهت کسب اجازه آگاهانه، به بیماران و پزشکان گفته شد که این مطالعه مهارت‌های ارتباطی پزشکان را مورد بررسی قرار می‌دهد. به جهت مصالح شرعی و عرفی، مشاهده‌کننده‌ی خانم گزینش گردید. کلیه مشاهدات در شیفت عصر کلینیک ویژه انجام گردید. کلینیک‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی مشهد در نوبت عصر خصوصی بوده و شیفت دوم کاری اعضای هیأت‌علمی محسوب می‌گردد. مطالعه به صورت یک سو کور انجام شد. برای انجام این کار فرد مشاهده‌کننده جمع‌آوری‌کننده اطلاعات، با فرد تجزیه و تحلیل‌کننده داده‌ها متفاوت بود. نوارهای صوتی ضبط شده از مشاوره‌های بالینی در صورت لزوم جهت کنترل، رفع شبهات احتمالی و تأیید صحت اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت.

متغیرهای دموگرافیک و مداخله‌گر مربوط به پزشکان (سن، جنسیت، مرتبه دانشگاهی، سابقه طبابت و تدریس، سابقه فراگیری مهارت‌های ارتباطی) و بیماران (سن، جنسیت، تحصیلات، سطح درآمد، وضعیت سکونت، تکرار مراجعات) و همچنین تعداد بیماران نوبت داده شده در آن روز ثبت گردید. به منظور حذف تأثیر متغیر خستگی پزشک بر یافته‌های مطالعه، نمونه‌گیری از بین ۱۱ مشاوره‌ی نخست هر پزشک صورت گرفت.

اطلاعات به وسیله نرم افزار JMP به روش آمار توصیفی گزارش گردیده و نظر به این که داده‌های جمع‌آوری شده از نوع رتبه‌ای بود، با استفاده از آزمون‌های من‌ویتنی (در حالت‌های دو گروهی) و کروسکال والیس (در حالت‌های بیش از دو گروه)، تجزیه و تحلیل گردید. ضریب

به وسیله لیست کارگزینی و با کمک جدول اعداد تصادفی انجام پذیرفت. گروه روانپزشکی به دلیل تفاوت در ماهیت مشاوره‌ها از بین طبقات حذف گردید. رضایت پزشک و بیمار به حضور پژوهشگر در اتاق مشاوره، شرط شرکت در مطالعه بود.

ابزار گردآوری اطلاعات مربوط به مهارت گوش کردن فعال، چک لیست "معیار مشاهده گوش کردن فعال" (ALOS global) بود، که مهارت گوش کردن فعال را با هفت مؤلفه در مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت (همواره/ غالباً/ گاهی اوقات/ به ندرت/ هرگز) رتبه‌بندی نمود (۵). رتبه‌های فوق از یک تا پنج به صورت همواره (نمره ۵) و هرگز (نمره یک) نمره‌گذاری شد. با این ترتیب، اختصاص نمره ۱ به این معنی است که رفتارهای مرتبط با مؤلفه مربوطه، هرگز در رفتار پزشک مشاهده نشده است. به همین ترتیب این رفتارها با اختصاص نمره ۲ به ندرت، نمره ۳ گاهی اوقات، نمره ۴ غالباً و با نمره ۵ همواره در عملکرد پزشک مشاهده شده‌اند.

ابزار توسط دو کارشناس آموزش پزشکی مسلط به زبان انگلیسی به صورت موازی ترجمه گردید. دو نسخه از نظر مفهومی با همدیگر مطابقت داده شده و تفاوت معنایی نداشتند. روایی نسخه ترجمه شده‌ی ابزار به روش محتوا و پایایی آن به روش بررسی همبستگی درونی از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفا کرونباخ ( $\alpha = 0.87$ ) به تأیید رسید. پرسشنامه ALOS global به روش مشاهده غیر مشارکتی ساختاردار تکمیل گردید. در این روش مشاهده‌کننده نقشی در فعالیت گروه یا موسسه ایفا نمی‌کند و دسته‌بندی، ثبت و کدبندی مشاهدات بر اساس یک سیستم، انجام می‌شود (۱۶).

جهت به حداکثر رسیدن پایایی بین مشاهده‌گران، کلیه مشاهدات توسط یک فرد انجام گردید. تعداد ۳۳۰ مشاوره بالینی مشاهده، ضبط و ارزشیابی گردید. اقدام‌های زیر جهت به حداقل رساندن تورش حضور مشاهده‌گر صورت پذیرفت: آموزش و ارزشیابی مشاهده‌کننده،

فعال را به ضمیمه دستورالعمل تکمیل چک لیست در اختیار ایشان قرار دهد.

### نتایج

از ۳۳۰ مشاهده انجام شده تعداد ده مشاهده (نخستین مشاهده‌ها) کنار گذاشته شد و نهایتاً اطلاعات مربوط به ۳۲۰ مشاوره بالینی تجزیه و تحلیل گردید.

همبستگی اسپیرمن برای تعیین ارتباط بین رتبه گوش کردن فعال و تعداد بیماران نوبت داده شده استفاده شد و رگرسیون خطی برای پیش‌بینی تغییرات رتبه گوش کردن فعال با تغییر تعداد بیماران نوبت داده شده مورد استفاده قرار گرفت در کلیه آزمون‌ها  $\alpha \leq 0.05$  به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد.

پژوهشگر موظف بود که در هر جلسه پس از اتمام کار خود و قبل از ترک درمانگاه، در صورت پرسش و درخواست پزشکان هیأت‌علمی، چک لیست گوش کردن

### جدول ۱: معیارهای نمره‌دهی به مؤلفه‌های گوش کردن فعال

۱. نشان می‌دهد که در حین مصاحبه حواسش به هیچ چیزی پرت نمی‌شود.	الف) نمره بالا وقتی مورد پیدا می‌کند که: a) محیط مصاحبه آرام و ساکت باشد و یا این که سر و صدای محیطی حواس پزشک را پرت نکند. b) پزشک تمام توجه خود را صرف بیمار می‌کند و به کار دیگر مشغول نمی‌شود. ب) در صورت وجود مزاحمت‌هایی که مصاحبه را به شکل آزاردهنده قطع کند و باعث شود که بیمار به شکلی نادیده گرفته شود، پایین‌ترین نمره مورد پیدا می‌کند. مثل: a) صدای تلفن که پشت سر هم زنگ بزند b) منشی یا کمکی دیگر که وارد اتاق بشود c) ورود یا حضور یک بیمار دیگر در اتاق d) مشغول شدن پزشک با مانیتور، کامپیوتر، پرونده، یک بیمار دیگر، وسایل معاینه
۲. بدون عجله و با آمادگی عمل می‌کند.	نمره بالا وقتی مورد پیدا می‌کند که پزشک: a) صحبت بیمار را قطع نمی‌کند b) به سؤالات بیمار به درستی پاسخ می‌دهد c) تند تند و با عجله صحبت نمی‌کند d) بیمار را به عجله نمی‌اندازد e) اجازه می‌دهد که بیمار به شیوه و با سرعت خودش صحبت کند.
۳. با توجه گوش می‌دهد.	الف) نمره بالا وقتی مورد پیدا می‌کند که: a) روی خود را به سمت بیمار می‌کند b) متمایل به سمت بیمار می‌نشیند c) به بیمار نگاه می‌کند و تماس چشمی برقرار می‌کند d) به بیمار اهمیت می‌دهد و با احترام با او رفتار می‌کند e) صرف نظر از موقعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی، به بیمار توجه می‌کند. f) به رفتارهای غیر کلامی بیمار که نشان دهنده عواطف و نگرانی‌های اوست، پاسخ می‌دهد. g) با بیمار هم‌دردی می‌کند. ب) در موارد زیر پایین‌ترین نمره مورد پیدا می‌کند: a) پزشک با بیمار مانند یک مافوق رفتار می‌کند نه مانند یک فرد هم سطح خودش. b) ظاهر و لهجی بیمار، رفتار پزشک را تغییر می‌دهد. c) در مورد رفتار، تصمیم و شخصیت بیمار قضاوت می‌کند. d) از بیمار انتقاد می‌کند. e) رفتارهایی همچون طعنه، تمسخر و اهانت انجام می‌دهد.
۴. به بیمار فرصت می‌دهد تا	نمره بالا وقتی مورد پیدا می‌کند که:

- مشکل خود را ابراز کند. (a) پزشک صبورانه به بیمار فرصت می‌دهد تا حرفش را بگوید و تمام کند.
- (b) به دانستن آنچه بیمار بایستی بگوید، علاقه نشان می‌دهد.
- (c) از سکوت استفاده می‌کند و به بیمار فرصت می‌دهد که فکرش را جمع کند/ به یاد بیاورد/ احساسش را کنترل کند.
- (d) به بیمار کمک می‌کند تا مشکل خود را روشن کند.
- (e) بیمار را تشویق می‌کند تا سؤالات خود را بپرسد.
- (f) با به کار بردن عبارتهای کوتاه نظیر آها، بله، می‌فهمم، خوب، بیمار را تشویق می‌کند صحبت کند.
۵. از سؤالات کاوشگر نمره بالا وقتی مورد پیدا می‌کند که:
- (a) در ابتدای مصاحبه از سؤالات باز استفاده می‌کند و بیمار را به سمت پاسخ خاصی هدایت نمی‌کند.
- (b) از سؤالات بسته در انتهای مصاحبه برای شفاف‌سازی استفاده می‌کند.
۶. مصاحبه را به خوبی نمره بالا وقتی مورد پیدا می‌کند که:
- (a) مصاحبه را به طور جلب‌کننده شروع می‌کند.
- (b) بیمار را درگیر میکند و به مشارکت می‌گیرد.
- (c) محتوای کلامی بیمار را برای خودش بازگو می‌کند.
- (d) احساس بیمار را منعکس می‌کند.
- (e) موضوع را خلاصه می‌کند.
- (f) تصمیم خود (دارو، آزمایش، نکات آموز داده شده) و یا ملاقات بعدی را تکرار می‌کند و مطمئن می‌شود که بیمار درست فهمیده است.
۷. درک خود را به صورت غیر نمره بالا وقتی مورد پیدا می‌کند که پزشک درک خود را از احساس بیمار به صورت غیر کلامی نشان می‌دهد. برای مثال با:
- (a) ابراز همدلی با حالت نگاه و حرکات صورت
- (b) سر تکان دادن
- (c) لبخند زدن
- (d) دست بر شانه زدن

حضور پژوهشگر در ضمن مشاوره‌های بالینی به ترتیب ۶۷٪ و ۹۳٪ محاسبه گردید. هشت نفر از ۳۰ (۲۶٪) پزشک شرکت‌کننده در مطالعه، چندین بیمار را به صورت هم‌زمان در اتاق ویزیت می‌پذیرفتند. از این گروه تعداد ۵ پزشک (۱۷٪) بیماران را تک‌تک ویزیت می‌کردند اما ۳ پزشک (۱۰٪) ویزیت چند بیمار را مشترکاً با هم انجام می‌دادند. یافته‌ها نشان داد که نمای مشاهدات در اکثر مؤلفه‌ها در طبقات گاهی اوقات یا به ندرت قرار داشت (جدول ۲). با توجه به رتبه‌ای بودن متغیر مورد بررسی، میانه نمره گوش کردن فعال پزشکان، ۲/۵۷ محاسبه گردید. کمترین رتبه گوش کردن فعال ۱/۴۳ و بیشترین رتبه ۵ بود. تعداد ۳ پزشک (۱۰٪) متقاضی مشاهده‌ی ابزار مطالعه که پژوهشگر به وسیله‌ی آن تعداد یازده مشاوره ایشان را ارزشیابی کرده بود، شدند و در مورد روش نمره‌دهی، پرسش نمودند.

میانگین سنی در نمونه ۳۰ نفری پزشکان شرکت‌کننده در این مطالعه ۴۷ سال بود. ۱۷ نفر (۵۷٪) از اعضای هیأت‌علمی در رتبه سنی ۵۵-۶۰ سال قرار داشتند. ۲۱ نفر (۷۰٪) آنها مرد بودند. سابقه طبابت به ترتیب در ۱۴ نفر (۴۷٪) و سابقه تدریس در دانشگاه در ۱۸ نفر (۶۰٪) از پزشکان شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۵-۶ سال بود. ۲۰ نفر (۶۷٪) در رتبه استادیاری بودند. ۱۳ نفر (۴۳٪) پزشکان عضو هیأت‌علمی در زمینه مهارت‌های ارتباطی آموزش مدون (دوران تحصیل/ کارگاه‌های توانمندسازی) دیده بودند و ۹ نفر (۳۰٪) در این زمینه هیچ آموزشی ندیده بودند. برای جلب همکاری ۳۰ پزشک هیأت‌علمی، در دو دوره متوالی مجموعاً با ۶۵ نفر مکاتبه گردید. در مورد بیماران، از بین ۳۵۴ بیمار که در سالن انتظار با آنها مصاحبه گردید، فقط ۲۴ نفر به حضور پژوهشگر در سالن مشاوره رضایت دادند. از این رو میزان مشارکت اعضای هیأت‌علمی و بیماران در این مطالعه و موافقت با

**جدول ۲: فراوانی و میانگین نمره‌های اعضای هیأت‌علمی در مهارت گوش کردن فعال به بیماران به تفکیک مولفه‌های مورد بررسی**

میانگین (از ۵)	هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	غالباً	همواره
۲/۸۸±۱/۱۸	(۲۰٪)۶۴	(۱۳٪)۴۲	(۲۸٪)۹۱	(۳۵٪)۱۱۳	(۳٪)۱۰
۲/۵۸±۰/۹۴	(۱۵٪)۴۸	(۲۷٪)۸۶	(۴۴٪)۱۴۲	(۱۲٪)۳۹	(۱٪)۵
۲/۶۶±۰/۷۷	(۶٪)۲۰	(۳۳٪)۱۰۷	(۵۰٪)۱۶۰	(۹٪)۳۰	(۱٪)۳
۲/۴۷±۰/۸۷	(۱۳٪)۴۱	(۲۹٪)۱۲۶	(۳۷٪)۱۱۸	(۱۰٪)۳۲	(۱٪)۳
۲/۷۱±۰/۷۳	(۳٪)۹	(۳۵٪)۱۱۲	(۵۰٪)۱۶۱	(۱۱٪)۳۵	(۱٪)۳
۲/۵۳±۰/۹۴	(۱۳٪)۴۳	(۳۸٪)۱۲۰	(۳۳٪)۱۰۵	(۱۵٪)۴۹	(۱٪)۳
۲/۸۱±۰/۷۳	(۲٪)۷	(۳۰٪)۹۶	(۵۴٪)۱۷۱	(۱۳٪)۴۲	(۱٪)۴

**جدول ۳: توزیع میانگین نمره گوش کردن فعال در مشاوره‌های بالینی پزشکان هیأت‌علمی (حداکثر نمره ۵)**

نمره گوش کردن فعال	۱-۱/۹ (هرگز)	۲-۲/۹ (به ندرت)	۳-۳/۹ (گاهی اوقات)	۴-۵ (غالباً)	مجموع
تعداد مشاوره	۴۰ (۱۲٪)	۱۷۸ (۵۵٪)	۸۶ (۲۷٪)	۱۶ (۵٪)	۳۲۰ (۱۰۰٪)

**جدول ۴: شاخص‌های مرکزی نمره گوش کردن فعال (حداکثر نمره ۵)**

کم‌ترین ارزش	چارک اول	میانه	چارک سوم	بیشترین ارزش	تعداد مشاهدات
۱/۴۳	۲/۲۸	۲/۵۷	۳/۱	۵	۳۲۰

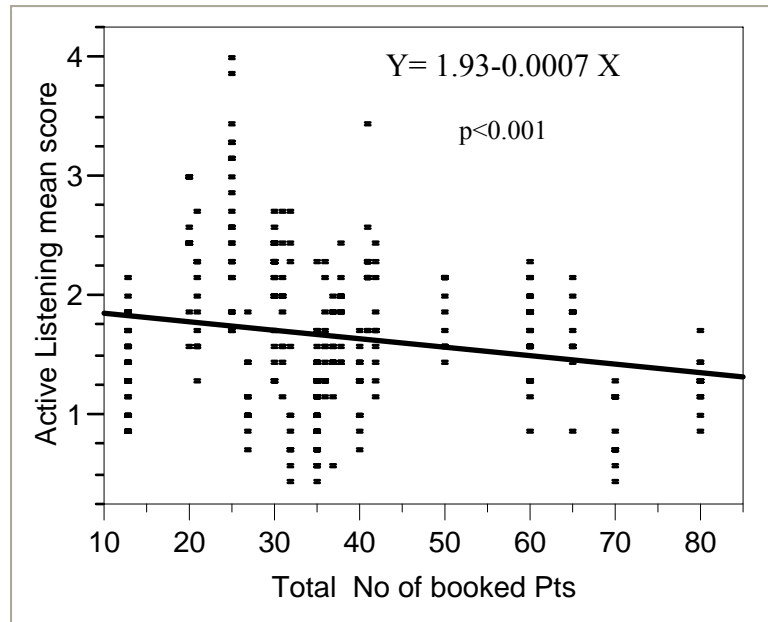
تأثیر متغیرهای دموگرافیک و مداخله‌گر بر میانگین رتبه گوش کردن فعال به وسیله آزمون کروسکال والیس و من‌ویتنی بررسی شد. بر اساس آزمون من‌ویتنی میانگین رتبه گوش کردن فعال به طور معناداری در بین پزشکان مرد (۲/۷۶±۰/۶۶) بیش از پزشکان زن (۲/۴۵±۰/۵۴) بود ( $p < 0.001$ ,  $Z = -3/790$ ). همچنین میانگین رتبه‌های گوش کردن فعال در پزشکانی که در زمینه مهارت‌های ارتباطی آموزش دیده بودند (آموزش دوران تحصیل/ آموزش کارگاه‌های ضمن خدمت/ خودآموزی) (۲/۷۲±۰/۶۶) به طور معناداری بیش از پزشکانی بود که در این زمینه آموزش ندیده بودند

(۲/۵۴±۰/۵۸)، ( $Z = -2/25$ ,  $P < 0.02$ ). تأثیر سایر متغیرهای دموگرافیک و مداخله‌گر بر توانمندی گوش کردن فعال معنادار نبود.

در مطالعه حاضر، نیمی از پزشکان (۱۵ نفر)، برای بیش از ۳۵ بیمار و ۸ نفر (۲۵٪) بیش از ۴۴ بیمار نوبت داده بودند. شش پزشک (۲۰٪)، ۸۰-۶۰ بیمار نوبت داده بودند. نمره گوش کردن فعال پزشکان با تعداد بیماران نوبت داده شده، همبستگی منفی معنادار داشت ( $P < 0.0004$  و  $r = -0.20$ ). ارتباط رگرسیونی دو متغیر نشان داد که به ازای افزایش هر بیمار به لیست بیماران نوبت داده شده، میانگین نمره گوش کردن فعال به میزان ۰/۰۰۷ کاهش پیدا کرد (نمودار ۱).

تأثیر متغیرهای دموگرافیک و مداخله‌گر بر میانگین رتبه گوش کردن فعال به وسیله آزمون کروسکال والیس و من‌ویتنی بررسی شد. بر اساس آزمون من‌ویتنی میانگین رتبه گوش کردن فعال به طور معناداری در بین پزشکان مرد (۲/۷۶±۰/۶۶) بیش از پزشکان زن (۲/۴۵±۰/۵۴) بود ( $p < 0.001$ ,  $Z = -3/790$ ). همچنین میانگین رتبه‌های گوش کردن فعال در پزشکانی که در زمینه مهارت‌های ارتباطی آموزش دیده بودند (آموزش دوران تحصیل/ آموزش کارگاه‌های ضمن خدمت/ خودآموزی) (۲/۷۲±۰/۶۶) به طور معناداری بیش از پزشکانی بود که در این زمینه آموزش ندیده بودند





نمودار ۱: رابطه رگرسیونی میانگین نمره گوش کردن فعال پزشکان هیأت علمی با تعداد بیمار نوبت داده شده

## بحث

در این مطالعه، توانمندی گوش کردن فعالانه اساتید بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در ۳۲۰ مورد ویزیت بیماران، بررسی شد. در بین هفت مؤلفه گوش کردن فعال، مؤلفه چهارم و ششم کمترین نمره را به دست آوردند. در این دو مؤلفه نمای مشاهدات در طبقه به ندرت قرار داشت. به این ترتیب پزشکان هیأت علمی به ندرت "به بیماران خود فرصت دادند تا مشکل خود را ابراز کنند". نمره پایین مؤلفه ششم "مصاحبه را به خوبی هدایت می‌کند" مهارت ناکافی پزشکان را در جلب مشارکت بیمار و ارائه بازخوردهای مؤثر کلامی از جمله بازگویی، انعکاس دادن و خلاصه کردن، نشان می‌دهد. انجام این تکنیک‌ها نه تنها این حس را به بیمار منتقل می‌کند که پزشک به حرف‌های او گوش داده و آنها را فهمیده است؛ بلکه پزشک را از صحت آنچه از صحبت‌های بیمار استنباط نموده مطمئن می‌سازد. از آنجا که مهارت‌های پیگیری و انعکاس دادن معمولاً در آموزش‌های کارگاهی و کلاسیک، به صورت تکنیک‌های کاربردی مورد تأکید و تمرین قرار می‌گیرند، نمره پایین اعضای هیأت علمی در این مؤلفه می‌تواند به طور ویژه‌ای

منعکس‌کننده نقصان آموزش مهارت‌های ارتباطی باشد. یافته‌های جانبی مطالعه مبنی بر عدم آموزش ۳۰٪ پزشکان هیأت علمی در زمینه مهارت‌های ارتباطی، می‌تواند موید این فرضیه باشد.

مؤلفه اول "نشان می‌دهد که در حین مصاحبه حواسش به هیچ چیزی پرت نمی‌شود"، تنها مؤلفه‌ای است که نمای مشاهدات در طبقه‌ی "غالباً" قرار گرفته است. کسب بالاترین نمره توسط این مؤلفه در حالی است که بر اساس دستورالعمل مشاهده و نمره‌دهی به مهارت گوش کردن فعال (جدول ۱)، تعداد ۸۸ ویزیت از ۸ پزشکی که چندین بیمار را مشترکاً در اتاق ویزیت می‌پذیرفتند، کمترین نمره را از این مؤلفه کسب نموده‌اند. با این وجود کسب بالاترین نمره توسط این مؤلفه می‌تواند با تعداد بیماران نوبت داده شده، ارتباط داشته باشد. تعداد بالای بیماران نوبت داده شده در دومین شیفت کاری پزشکان و محدودیت زمان می‌تواند علت برتری نسبی این مؤلفه نسبت به سایر مؤلفه‌های گوش کردن فعال باشد.

با توجه به تعریف پالیتاکایل (۷) و اولسون (۸) از گوش کردن فعال، به نظر می‌رسد که برای نتیجه‌گیری، بایستی توانمندی اساتید در هر دو مرحله‌ی گوش کردن فعال به



می‌پذیرفتند بلکه ویزیت بیماران را هم به صورت گروهی انجام می‌دادند.

پژوهش حاضر نشان داد پزشکیانی که در کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی شرکت کرده بودند و یا به روش دیگری از جمله خودآموزی مهارت‌های ارتباطی را آموخته بودند، نسبت به سایرین به طور معناداری رتبه‌های بالاتری را در گوش کردن فعال کسب نمودند. این یافته نشان می‌دهد که گوش کردن فعال همچون سایر مهارت‌های ارتباطی، یک مهارت آموختنی است. آموزش مهارت‌های ارتباطی در آموزش پزشکی در کشور ما موضوعی نوپاست و تنها حرکت‌های پراکنده‌ای در سطح چند دانشگاه علوم پزشکی در این راستا صورت گرفته است. این در حالی است که مفید بودن آموزش مهارت‌های ارتباطی در بسیاری از کشورها به عنوان یک سرمایه‌گذاری کوچک با دستاوردهای فراوان تلقی شده است (۱۸).

### نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که اعضای هیأت‌علمی بالینی دانشکده پزشکی مشهد، در مجموع به ندرت و یا گاهی اوقات رفتارهای مرتبط با مؤلفه‌های اساسی گوش کردن فعال را در رفتارهای خود بروز دادند. از این رو پیشنهاد می‌گردد که طراحی ساز و کارهایی جهت توجه به باورها، ارزش‌های حرفه‌ای و رفتارهای مرتبط با آنها در معیارهای جذب و ارتقای اعضای هیأت‌علمی در دستور کار قرار گیرد. علاوه بر این آموزش مهارت گوش کردن فعال بایستی در کنار سایر مهارت‌های ارتباطی و نگرش‌های نوین بیمار محوری در برنامه‌های توانمندسازی اعضای هیأت‌علمی به صورت کارگاه، کنفرانس و سمینار به صورت بسیار جدی‌تری مورد تأکید قرار گیرد. برای آینده انجام تحقیقاتی در جهت تعیین مؤثرترین روش‌های آموزش و ارزشیابی مهارت گوش کردن، تعیین استانداردهای

تفکیک مورد بررسی قرار بگیرد. مرحله نخست گوش کردن فعال یعنی "دریافت کامل محتوای کلامی و غیرکلامی صحبت‌های بیمار" عمدتاً به وسیله مؤلفه‌های اول تا پنجم مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. نمای مشاهدات در این مؤلفه‌ها به ویژه مؤلفه سوم (با توجه گوش می‌کند) و مؤلفه چهارم (به بیمار فرصت می‌دهد تا مشکل خود را ابراز کند) در طبقات گاهی اوقات و به ندرت، قرار گرفت.

مرحله دوم گوش کردن فعال یعنی توانایی "بازخورد دادن و فهماندن برداشت خود از فکر و احساس بیمار به خود وی" در مؤلفه‌های ششم و هفتم ابزار مطالعه مورد بررسی، قرار گرفتند. نمای مشاهدات در این مؤلفه‌ها نیز در طبقات به ندرت تا گاهی اوقات، قرار گرفت.

میان رتبه توانمندی گوش کردن فعال (۲/۵۷) در اعضای هیأت‌علمی بالینی دانشکده پزشکی مشهد نشان می‌دهد که رفتارهای مرتبط با مهارت گوش کردن فعال بر اساس مقیاس مطالعه در مجموع "به ندرت" در رفتار اساتید مشاهده‌گردیده و در مجموع توانمندی اساتید در هر دو مرحله گوش کردن فعال مورد تردید می‌باشد. این در حالی است که محدودیت‌های این پژوهش از جمله حضور مشاهده‌گر، میزان مشارکت پایین پزشکان (۶۱٪) و نمونه‌گیری از ۱۱ بیمار نخست هر پزشک می‌تواند یک تورش رو به بالا را ایجاد کرده باشد.

در این مطالعه اگرچه جهت حذف متغیر خستگی، نمونه‌گیری از ۱۱ بیمار نخست هر پزشک به عمل آمد، باز هم ارتباط منفی تعداد بیماران نوبت داده شده با توانمندی گوش کردن به بیماران به ثبت رسید. تحقیقات نشان می‌دهد که خستگی ناشی از کار می‌تواند قضاوت و توانمندی‌های پزشک را مختل نموده و نتایج ناگواری برای بیماران به بار آورد (۱۷). این در حالی است که در مطالعه حاضر ۱۰٪ از پزشکان عضو هیأت‌علمی نه تنها بیماران را به صورت گروهی در اتاق مشاوره

طبابت و حداقل حجم کاری پزشکان متناسب با شرایط بومی ایران توصیه می‌گردد.

## قدردانی

این پژوهش با همکاری مشترک دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید. بدینوسیله تشکر و قدردانی ویژه خود را از زحمات جناب آقای دکتر فارسی استاد محترم گروه بیوتکنولوژی دانشکده کشاورزی دانشگاه فردوسی، به جهت ارائه

## منابع

مشاوره آماری ابراز می‌نماییم. از مسؤولین محترم گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به ویژه جناب آقای دکتر شهرام یزدانی، جناب آقای دکتر همایونی، سرکار خانم دکتر مرتضوی و همچنین از کلیه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی مشهد که با این پژوهش همکاری نموده و حضور پژوهشگران را هنگام ویزیت بیماران خود تحمل نمودند، صمیمانه سپاس‌گزاریم.

1. Jones T, Marino S, Parker J, Dickerson A, Ashworth K, Nibert M. Role competencies for a faculty member in occupational therapy assistant academic setting. *The American Journal of occupational therapy*. 2005;59(6): 635-636.
2. Hafferty F W, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*. 1994; 69 (11): 861-71.
3. Brittin ME. Improving patient care: Keys to Improving Your Listening Skills. *Fam Pract Manag*. 2005;12(4):68.
4. Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med*. 1999;131(7):531-4.
5. Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F, van der Jagt L, Bensing J. Active Listening in medical consultations: Development of the Active Listening Observation Scale(ALOS- global). *Patient education and counseling*. 2007; 68(3):258-264.
6. Robertson K. Active listening: More than just paying attention, *Australian Family Physicion*. 2005;34 (12): 1053-1055.
7. Pallikkathayil J N. The effects of modeling and structured role modeling on Listening Skills of college students[dissertation]. Cincinnati: University of Cincinnati; 1987.
8. Olson J K, Iwasiw C L. Effects of training model on active listening skills on post-R N students. *The Journal of nursing education*. 1987;26 (3): 104-7.
9. Olukoga A, Folayan M, Harris G, Ajayi O, An analysis of listening Skills of health care students in Nigeria. *West Afr Med*. 2010;29 (2): 104-8.
10. Rezayee R, Hossaini SJ, Valayee N. [Attitude and performance of doctors in communicating with patients]. *Scientific and research journal of Fayz*. 1999;4(4):19-26.[persian]
11. Emad Zadeh A, Yavari M, Ebrahim Zadeh S, Ahmadian N. [Assessing communication skills in dentistry residents and its effect on patients satisfaction in Mashhad university of medical science]. *Journal of dentistry school of Mashhad*. 2004;28 (1-2): 69-76.[persian]
12. Soltani Arab Shahi S K, Ajami A, Siabani S. [Assessing the learning method of patient physician communication skills in Iran and Kermanshah university of medical science: Faculties, Interns and staggers view]. *Journal of Iran university of medical science*. 2004;11 (40): 223-230.[persian]
13. Haerian A, Mazloomi S, Rahimdel T. [Assessing medical and dentistry students attitude toward communicating with patients]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2002;2:47.[persian]
14. Amini M, Najafipoor S, Torkan N, Ebrahimi Nejad F. [Correlation between Educational performance and communication skills of Jahrom Medical Teachers]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2008;12(suppl-1);100-105.[persian]
15. Marvel HB, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved?. *JAMA*. 1999;281(3): 283-7.
16. Dehghan nayeri N, Asadi noughabi AA, (Translator). *Essential of nursing research: Methods, apprasals*

- and utilization. Polit d, Beck c, Hungler b, (Author). 1<sup>th</sup> ed. Tehran: Andisheh rafie; 2004: 228-234. [persian]
17. Nocera D, Khursandi DS. Doctors working hours: Can medical profession afford to let the courts decide what is reasonable?. Med J Aust. 1998 ;168:616-8.
  18. Zamani A R, Shams B, Moaazzam E. [Communication Skills Training for Physicians as a Strategy for Enhancing patients' Satisfaction: A Model for Continuing Education]. Iranian Journal of Medical Education. 2004; 4 (1) :15-22.[persian]

# Clinical Medical Teachers' Competency of Active Listening in Mashhad University of Medical Sciences

Abbas Makarem<sup>1</sup>, Zahra Movaffaghi<sup>2</sup>, Fakhrossadat Hosseini<sup>3</sup>, Narges Beyraghi<sup>4</sup>, Fatemeh Heshmati Nabavi<sup>5</sup>, Mohammad Khajedaluee<sup>6</sup>

## Abstract

**Introduction:** Active listening to the patient not only is an essential key to take necessary information and achievement in medical consultation, but also shows respect to the patient. Considering teachers as the role models of future physicians, making sure about their qualifications and abilities in creating an effective therapeutic relationship seems to be necessary. Therefore, this study investigated the competency of active listening to the patients among clinical faculties of medical school in Mashhad University of Medical Sciences.

**Methods:** In this descriptive cross-sectional study, the sample included 30 faculty members of medical school in Mashhad University of Medical Sciences that were selected randomly using stratified sampling method. Data gathering tool was ALOS global questionnaire that its content validity and reliability ( $\alpha=.87$ ) has been confirmed. Three hundred and thirty clinical consultations through structured non-participative method were observed and tape recorded, of them, 320 visits were analyzed. Data was analyzed by JMP4 software using nonparametric tests of Mann Whitney and Kruskal-Wallis. Spearman correlation coefficient and linear regression were used for analyzing quantitative variables.

**Results:** It was revealed that 30% of faculty members had received no education on communication skills. The median for active listening was 2.57 (out of 5), the lowest degree of active listening was 1.43 and it was 5 at its highest. The mode of observations was ranked as seldom and sometimes categories in most variables of active listening. The active listening mean was significantly and negatively correlated with the number of booked appointments ( $r=-0.20$ ,  $p<0.0004$ ).

**Conclusions:** Clinical faculty members of Mashhad University of Medical Sciences rarely or sometimes showed active listening skills in their behaviors. Medical students learn interpersonal communication skills and observe professional ethic rules within clinical settings, as they follow professional behaviors of faculty members. Therefore, it is recommended to design mechanisms to consider these skills in faculty member appointment and promotion criteria as well as planning for conducting studies on standards of medical practice and its improvement.

**Keywords:** Active Listening, Communication Skills, Physician, Faculty Member, Performance Assessment

## Addresses:

<sup>1</sup> Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: makarema@mums.ac.ir.

<sup>2</sup> (✉) MSc of Medical Education and Nursing. Education Development Office, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: movaffaghiz1@mums.ac.ir.

<sup>3</sup> PhD Student of Medical Education, Education Development Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: hosseini2761@hotmail.com.

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Psychiatry and Psychosomatics, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: nbeyraghi@yahoo.com.

<sup>5</sup> Assistant Professor, School of Nursing, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: Heshmatinf@mums.ac.ir.

<sup>6</sup> Associate Professor, Department of Health and Community Medicine, School of Medicine. Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: Khajedalueem@mums.ac.ir.