مقایسه تأثیر دو روش تدریس «سخنرانی» و «شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما» در ارتقای دانش و عملکرد مراقبین سلامت

جلال‌هاشمی، سپیده جمشیدیان، فریبا حقانی*

چکیده

مقدمه: افسردگی پس از زایمان، یک اختلال نسبتا شایع در بین مادران است. لذا آموزش مناسب و کارآمد مراقبین سلامت در رابطه با این اختلال بسیار حائز اهمیت است. مطالعه حاضر، با هدف مقایسه تأثیر دو روش تدریس «سخنرانی» و «شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما» در آموزش افسردگی پس از زایمان به مراقبین سلامت انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی، با دو گروه مداخله و کنترل، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که در شبکه بهداشت و درمان شاهین شهر اصفهان سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری از بین مراقبین سلامت شاغل (۸۶ نفر)، انجام شد. ۸۰ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به طور تصادفی به دو گروه ۴۰ نفره تقسیم شدند. افسردگی پس از زایمان در گروه مداخله با روش شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما و در گروه کنترل با روش سخنرانی تدریس شد. پیش و پس از آموزش در هر دو گروه، آزمونی روا و پایا برای سنجش دانش و عملکرد افراد انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی مستقل و زوجی تحلیل شد.

نتایج: در هر دو گروه، میانگین نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به طور معناداری افزایش داشت ($p<0/0001$)؛ بر اساس پرسشنامه نظرسنجی، ۸۷٪ از افراد گروه مداخله، شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما را روش تدریس مناسبی دانستند و ۸۵٪ نیز آن را به روش سخنرانی ترجیح دادند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما نسبت به روش سخنرانی، در آموزش افسردگی پس از زایمان، تأثیر بیش‌تری در افزایش دانش و عملکرد مراقبین سلامت دارد و همچنین شرکت‌کنندگان در جلسه تدریس بیمارنما، این روش را به روش سخنرانی ترجیح می‌دهند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پس از زایمان، بیمار نما، آموزش، مراقبین سلامت، سخنرانی، شبیه‌سازی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ ۱۳۹۶؛ ۱۷(۱۵): ۱۴۵ تا ۱۵۶

مقدمه

افسردگی پس از زایمان (postpartum depression) یکی از بیماری‌های شایع روانپزشکی و یک مفهوم کلیدی در سلامت روانی مادر و نوزاد تلقی می‌شود. این اختلال معمولاً ظرف ۶-۸ هفته پس از تولد نوزاد رخ می‌دهد و با علایمی همچون فقدان توجه به ظاهر، ارتباط کم‌تر با بستگان، فقدان پاسخ‌های هیجانی مناسب با اطرافیان، بی‌اشتهایی، میل جنسی پایین‌تر، کج خلقی، زودرنجی، افکار منفی، قصد خودکشی و ناتوانی در مراقبت از فرزند و اختلال در روابط مادر با کودک همراه است؛ همچنین عدم آگاهی اطرافیان درباره این بیماری ممکن است زمینه‌ساز مشکلات خانوادگی و

* **نویسنده مسؤول:** دکتر فریبا حقانی دانشیار گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
haghani@edc.mui.ac.ir
جلال‌هاشمی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی ، متخصص روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (jalalhashemi49@yahoo.com)
دکتر سپیده جمشیدیان، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
(sepidehjamshidian@gmail.com)؛

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۶/۷، تاریخ اصلاحیه: ۹۵/۷/۱۲، تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱۸

اجتماعی مانند افسردگی طول کشیده در مادر، کشمکش‌های زناشویی، افسردگی همسر و حتی طلاق باشد(۱و۲).

فراوانی این اختلال در ایران ۲۵ درصد برآورد شده است؛ این میزان در شمال ایران به حدود ۲۰-۳۰ درصد و در غرب و شرق به بیش از ٤٠ درصد می‌رسد که تقریبا سه برابر کشورهای پیشرفته است(۳تا۵). بیش از نیمی از زنان، یک یا چند عامل خطر ابتلا به افسردگی پس از زایمان دارند ولی ۱۰ الی ۱۵ درصد آنها به صورت بالینی افسرده تلقی می‌شوند(٦و۷). سازمان بهداشت جهانی برآورد نموده است که این اختلال دومین عامل منجر به بار جهانی بیماری در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهد شد(۸).

یک مشکل اساسی در افسردگی پس از زایمان، مراجعه دیر هنگام و تشخیص بیماری در مراحل پیشرفته‌تر و در نتیجه تأخیر در درمان این بیماران است(۳و۹و۱۰). تشخیص درست و اقدامات به هنگام، می‌تواند در افزایش سلامت روانی مادر و نوزاد مؤثر باشد و لذا یکی از وظایف مهم مراقبین اولیه سلامت محسوب می‌شود. آموزش صحیح و مؤثر مراقبین سلامت مراکز بهداشتی، در شناسایی درست و ارجاع به موقع مادران گرفتار اختلال افسردگی پس از زایمان و پیشگیری از پیامدهای بعدی بسیار حایز اهمیت است.

در حال حاضر، شایع‌ترین و رایج‌ترین روش تدریسی که در جامعه بهداشتی و درمانی ما برای آموزش مراقبین سلامت، به کار می‌رود روش سخنرانی است. سخنرانی یکی از روش‌های سنتی آموزش سلامت است که از دیرباز بسیار مورد استفاده قرار گرفته است. موفقیت این روش تا حدود زیادی با میزان تسلط مدرس به فنون تدریس و حفظ انگیزه شنوندگان و برگزاری کلاس به صورت تعاملی بستگی دارد(۱۱). در بسیاری موارد روش تدریس سخنرانی، بهترین روشی است که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد؛ اما در تدریس مواردی مثل افسردگی پس از زایمان به مراقبین سلامت، روش‌هایی که فراگیر بتواند خود را در شرایط واقعی تصور کند، کارآمدتر هستند. در چنین موضوعاتی، یادگیری تا حد زیادی به برقراری ارتباط با مراجعه‌کننده بستگی دارد و این که در عمل، بتواند با بیمار ارتباط برقرار کند، به درستی از او شرح حال بگیرد و بتواند بیمار و خانواده‌اش را برای ویزیت روانپزشکی متقاعد نماید و از مصرف داروها توسط بیمار اطمینان حاصل کند.

در روش سخنرانی، فراگیر چنین اطلاعاتی را دریافت می‌کند ولی یادگیری آن به گونه‌ای که در محیط واقعی بتواند به درستی به کار گیرد، تا حد زیادی به قدرت تصویرسازی ذهنی وی بستگی دارد. در دهه ۱۹٦۰ میلادی، هوارد باروز (Howard Barrows) برای اولین بار «بیماران شبیه‌سازی شده» (simulated patients) را در آموزش فراگیران پزشکی به کار برد(۱۲). این اصطلاح به افراد آموزش دیده‌ای اطلاق می‌شود که هر چند سالم هستند ولی می‌توانند مجموعه‌ای از نشانه‌ها، علایم یا مشکلات یک بیمار واقعی را با هدف آموزش یا ارزشیابی فراگیران پزشکی، به صورت نمایش اجرا نمایند. شبیه‌سازی (Simulation) در سراسر دنیا به عنوان روشی پذیرفته شده در آموزش رشته‌های مختلف علوم پزشکی، در دو دهه اخیر بسیار مورد استفاده و ارزیابی قرار گرفته است(۱۳تا۱۵). مطالعات مروری، نشان‌دهنده متداول بودن و کارآمدی استفاده از این روش در تدریس به دانشجویان پرستاری و پزشکی است(۱٦و۱۷). مطالعات متعددی نشان داده اند که شبیه‌سازی نسبت به آموزش‌های معمولی روشی لذت بخش‌تر و مؤثرتر درآموزش مهارت‌های بالینی است(۱۸و۱۹). در این روش فراگیران با نقش‌های بالینی واقعی در زندگی بدون ایجاد خطر و ناراحتی برای بیماران مواجه می‌شوند. روش شبیه‌سازی فرصتی را برای ارائه نقش‌های نادر، پیچیده یا اضطراب‌زا برای فراگیران در محیطی امن و محفوظ فراهم می‌آورد(۲۰). روش تدریس مبتنی بر بیمارنما

روشی شبیه‌سازی شده است که ارزش آن در تقویت توسعه مهارت‌های بالینی مانند مصاحبه و ارزیابی نشان داده شده است(۱۸). از مزایای استفاده از بیمارنما نسبت به بیماران واقعی می‌توان به قابلیت دسترسی آسان در هر زمان و مکان، ایجاد شرایط یکسان برای همه فراگیران، جلوگیری از عوارض تشخیص و درمان اشتباه، کاهش استرس فراگیران، و عدم محدودیت زمانی اشاره نمود(۱۲). بنا به گزارش انستیتو پزشکی امریکا به منظور کاهش خطر و آسیب‌های وارده به بیماران، سازمان‌های بهداشتی و موسسات آموزشی موظف به استفاده از روش‌های شبیه‌سازی برای آموزش فراگیران هستند(۲۱). به نظر می‌رسد استفاده از روش تدریس شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما که در آن فراگیران خود را در شرایطی بسیار شبیه به شرایط واقعی مواجهه با بیماران مبتلا به افسردگی پس از زایمان می‌بینند، می‌تواند منجر به بهبود دانش و عملکرد مراقبین سلامت در این زمینه شود. در همین راستا، پژوهش حاضر، با هدف مقایسه تأثیر دو روش تدریس سخنرانی و روش تدریس شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما در دانش و عملکرد مراقبین سلامت مراکز بهداشتی در زمینه افسردگی پس از زایمان انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی، با دو گروه مداخله و کنترل، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که در اردیبهشت ۱۳۹۵ در شبکه بهداشت و درمان شاهین شهر اصفهان انجام شد. جامعه پژوهش، شامل تمام مراقبین سلامت شاغل در شبکه بهداشت و درمان شاهین شهر است (۸٦ نفر). داشتن حداقل یک سال سابقه کار، شرکت در همه برنامه‌های بهداشت روان در یک سال گذشته و عدم ابتلا به افسردگی در یک سال گذشته به عنوان معیارهای ورود افراد به مطالعه بودند. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و تمامی مراقبین سلامتی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد این پژوهش شدند (۸۰ نفر خانم). این ۸۰ نفر به صورت تصادفی و در قالب زوج و فرد در فهرست تنظیم شده به دو گروه ٤٠ نفره تقسیم شدند؛ یکی از این گروه‌ها به طور تصادفی(قرعه کشی)، برای تدریس شبیه‌سازی با استفاده از بیمار نما (گروه مداخله) و گروه دیگر برای تدریس با روش سخنرانی (گروه کنترل) در نظر گرفته شد.

گردآوری داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه انجام شد. پرسشنامه اول، علاوه بر کسب اطلاعات جمعیت شناختی سن، میزان تحصیلات و سابقه کار، شامل ده سؤال جهت سنجش دانش و عملکرد مراقبین سلامت در زمینه افسردگی پس از زایمان بود. این پرسشنامه بر اساس جدول دو بعدی و با در نظر گرفتن اهداف دوره آموزشی، محتوای آموزشی و مدت زمان اختصاص داده شده به هر قسمت از محتوا تهیه شد. برای طراحی این پرسشنامه، اهداف آموزشی موضوع افسردگی پس از زایمان برای مراقبین سلامت تعیین شد؛ شامل شناسایی به موقع مادران افسرده، توانایی برقراری ارتباط مؤثر با مادران به منظور جلب اعتماد آنان و کسب اطلاعات صحیح در مورد بیماریشان، ارجاع به موقع در جهت تسریع در تشخیص و درمان، آموزش صحیح به بیماران و خانواده‌های ایشان در مورد سیر افسردگی پس از زایمان، علایم بیماری، علل آن و فواید درمان به موقع، پیگیری به موقع بیماران از نظر روند درمان، آثار بهبودی، یا عدم پاسخ‌گویی به درمان و توجه به بروز عوارض احتمالی دارویی بود.

با در نظر گرفتن اهداف فوق که علاوه بر دانش تئوری، عملکرد مراقبین سلامت را نیز مورد توجه قرار می‌دهد، طراحی سؤالات پرسشنامه در قالب سناریوها و کیس‌های بیماری در موقعیت‌های مختلف تنظیم گردید. بدین ترتیب، ۱۰ سؤال تشریحی طراحی شد. بعضی از سؤالات فقط یک پاسخ کوتاه داشت، اما تعدادی دیگر از سؤالات چند پاسخ کوتاه داشت. لذا، بر اساس نوع سؤال، نمره در نظر

گرفته شده برای هر سؤال از حداقل یک نمره تا حداکثر هفت نمره را شامل می‌شد. بدین ترتیب، نمره کل آزمون بین صفر تا ۲۸ متغیر بود.

برای تعیین روایی محتوایی به شکل کمی از روش لاوشه (Lawshe) استفاده شد. برای این کار، از ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI)، استفاده شد. بدین ترتیب، محتوای آموزشی و هدف‌های تدریس و پرسشنامه‌ی ده سؤالی طراحی شده در اختیار ۵ نفر از روانپزشکان هیأت‌علمی قرار گرفت. برای تعیین CVR از متخصصان خواسته شد تا هر آیتم را بر اساس طیف سه قسمتی «ضروری است»، «مفید است ولی ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد» بررسی نمایند. پس از مشخص شدن CVRهای هر سؤال، با محاسبه میانگین ضریب‌های روایی همه سؤالات، شاخص روایی محتوا (CVI) تعیین شد. کل ۵ نفر متخصص روانپزشکی، گزینه «ضروری است» را برای هر ۱۰ سؤال آزمون انتخاب کردند. لذا بر اساس فرمول، ضریب روایی محتوا (CVR) برای هرکدام از سؤالات، «یک» تعیین شد. از آنجا که حداقل مقدار قابل قبول ضریب روایی محتوا در صورت نظرخواهی از ۵ نفر متخصص طبق تعریف، ۰/۹۹ است(۲۲) . لذا مقدار محاسبه شده قابل قبول است. همچنین شاخص روایی محتوا (CVI) که معادل میانگین تمامی مقادیر ضرایب روایی است نیز برابر «یک» تعیین گردید.

برای سنجش پایایی پرسشنامه، از روش آزمون-بازآزمون (Test-Retest) استفاده شد؛ بدین ترتیب پس از تأیید روایی محتوا، ۱۵ نفر از مراقبین سلامت که از نظر سن و جنس و سابقه کار مشابه نمونه مورد مطالعه بودند، در یک شبکه بهداشت و درمان دیگر (فلاورجان) در شرایط مشابه در دو نوبت به فاصله ۱۰ روز پرسشنامه را تکمیل کردند؛ همبستگی نمرات این دو آزمون ۰/۸۳ بود و اختلافشان معنادار نبود (جدول ۱)؛ که نشان‌دهنده پایا بودن نمرات در دو آزمون است.

جدول ۱: نتایج پایایی پرسشنامه از روش آزمون-بازآزمون

	میانگین (انحراف استاندارد)	همبستگی	اختلاف میانگین‌ها
آزمون	۱۰/۲۶ (۲/۱۸)	۰/۸۳	<۰/۰۰۰۱
بازآزمون	۱۰/۲۶ (۲/۲۱)	(p <۰/۰۰۰۱)	(p >۰/۹۹)

برای تهیه پرسشنامه دوم که برای سنجش رضایت گروه مداخله بود، از پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه مهدی‌زاده با تغییرات اندک استفاده شد(۲۳). این پرسشنامه دوازده سؤالی شامل ۱۱ سؤال در قالب مقیاس لیکرت ۵ تایی از کاملاً مخالفم (معادل نمره ۱) تا کاملاً موافقم (معادل نمره ۵) و یک سؤال کیفی بود. یازده سؤال اول امتیازی بین ۱۱ و ۵۵ داشت. این ۱۱ سؤال در واقع ۳ حیطه را شامل می‌شد؛ حیطه اول، با چهار سؤال، حیطه آگاهی مراقبین سلامت از اهداف یادگیری و آشنایی آنان با «روش تدریس با استفاده از بیمارنما» بود. حیطه دوم با سه سؤال، نظر افراد را در مورد امکانات و شرایط کلی آموزش مورد سؤال قرار می‌داد. حیطه سوم با چهار سؤال، تأثیر استفاده از بیمارنما را بر انگیزه، علاقه و همچنین ماندگاری یادگیری در آنها مورد سؤال قرار می‌داد. سؤال کیفی از افراد می‌خواست تا روش تدریس سخنرانی را با روش استفاده از بیمارنما مورد مقایسه قرار دهند. پاسخ افراد به این سؤال به طور جداگانه ارزیابی و گزارش شد.

در مدت زمانی که ابزار از نظر روایی و پایایی بررسی می‌شد، آموزش بیمار نما و آماده‌سازی او برای جلسات تدریس در گروه مداخله، صورت گرفت. برای این کار، یک نفر از پرسنل شبکه بهداشت، با تحصیلات کاردان مامایی با سابقه کاری ۱۰ سال، به عنوان بیمارنما انتخاب و تیمی متشکل از یک مربی مراقب سلامت، یک روانپزشک و یک روانشناس بالینی برای آموزش او تشکیل گردید؛ تمامی جلسات آموزشی بیمارنما، با حضور هر سه نفر برگزار شد. مربی سلامت بطور مستقیم با بیمارنما در ارتباط بود و حتی در بین جلسات در صورت لزوم وی را

راهنمایی می‌نمود. روانپزشک و روانشناس بالینی اطلاعات مربوط به شرح حال، ظاهر بیمارنما و واکنش‌های او را مشخص و در صورت لزوم اصلاح می‌کردند. بیمارنما موارد خواسته شده را در بین جلسات تمرین می‌کرد. همان طور که پیش‌بینی شده بود، سه جلسه دو ساعته با فاصله چند روز برای آموزش وی کافی بود.

جلسه اول به معرفی و آشنا شدن بیمارنما با بیماری و این که شرح حال بیماری چگونه باید مطرح شود، اختصاص یافت. در جلسه دوم، پس از مرور مختصر تاریخچه بیماری، در مورد ظاهر، رفتار و هیجانات بیمار آموزش داده شد تا بیمارنما واکنش‌های غیر طبیعی از خود نشان ندهد. در جلسه سوم که به عنوان جلسه تمرینی بود، پس از مرور کوتاه تاریخچه و معاینه روانپزشکی، بیمارنما نقش بیمار را بازی کرد و مربی و کارشناس مشاهده می‌کردند تا مطمئن شوند که تمام حرکات او واقعی به نظر می‌رسد. هدف اولیه جلسات آموزشی توانمندسازی بیمارنما برای اجرای درست علایم بیماری، نشانه‌ها، شخصیت، شرایط زندگی و مشکلات بیمار بود.

طبق برنامه تنظیم شده و با توجه به هماهنگی‌های انجام شده با مرکز بهداشت استان و مدیریت شبکه بهداشت و درمان شاهین شهر و مسؤولان واحدهای بهداشت روان و بهداشت خانواده شبکه، جلسات آموزشی مراقبین سلامت در دو گروه انجام شد. طبق پیش‌بینی‌های قبلی قرار بود که کل دوره آموزشی برای هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل، شامل سه جلسه آموزشی دو ساعته به صورت یک جلسه در هفته باشد، اما به دلیل موانع اجرایی و مشکلات هماهنگی به ناچار، کل آموزش برای هرگروه در یک جلسه ٦ ساعته برگزار شد که برای دو گروه در دو روز متوالی برگزار شد؛ روز اول تدریس در گروه کنترل با روش تدریس سخنرانی و روز دوم تدریس گروه مداخله با روش شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما انجام شد. مدرس گروه مداخله، روانپزشک تیم و مدرس گروه کنترل، روانشناس بالینی بودند. در ابتدای برگزاری جلسه در ۲ گروه پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه اول انجام شد تا دانش و عملکرد آنها پیش از ورود به دوره‌های آموزشی سنجیده شود. طبق برنامه آموزشی، مدرس گروه سخنرانی مبحث افسردگی پس از زایمان را در قالب ۳ موضوع «غم پس از زایمان»، «افسردگی پس از زایمان» و همچنین «جنون پس از زایمان» تدریس نمود و در مورد ویژگی‌ها، علایم بالینی، سیر و پیش اگهی این سه اختلال و تفاوت‌های آنها و همچنین نحوه پذیرش و ارجاع هرکدام از آنها توسط مراقب سلامت توضیحات کافی ارائه داد. در گروه شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما، ابتدا در ارتباط با اختلال افسردگی پس از زایمان و انواع آن یک سخنرانی کوتاه و مختصر ارائه شد. به دنبال آن سه سناریوی «غم پس از زایمان»، «افسردگی پس از زایمان» و «جنون پس از زایمان» توسط بیمارنما و روانپزشک (مصاحبه‌کننده) برای شرکت‌کنندگان به اجرا در آمد و تصویر بالینی هرکدام از سه اختلال فوق در قالب سناریوهای از قبل تمرین شده نمایش داده شد. همچنین، به مراقبین سلامتی که آمادگی داشتند فرصت داده شد تا از بیمارنما شرح حال بگیرند و خودشان را در یک موقعیت واقعی تصور کنند. یک ساعت پس از پایان جلسه آموزشی در هر دو گروه، پس‌آزمون گرفته شد. پاسخ‌نامه‌های آزمون در دو گروه با کد مشخص گردید و مصحح از این که برگه متعلق به چه کسی و مربوط به چه گروهی است اطلاع نداشت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 صورت گرفت. آمارهای توصیفی به صورت میانگین (انحراف معیار) و تعداد (درصد) محاسبه شد. برای بررسی تغییرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در هر کدام از گروه‌های مورد مطالعه، از آزمون تی زوجی و برای مقایسه پیش‌آزمون بین دو گروه و همچنین مقایسه پس‌آزمون‌ها از آزمون تی مستقل استفاده شد. در مورد پرسشنامه رضایت‌سنجی، فراوانی پاسخ‌ها به هر یک از

گزینه‌های طیف لیکرت محاسبه شد. سطح معناداری در همه آزمون‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

قبل از شروع جلسه آموزشی برای هر دو گروه، در مورد هدف از برگزاری این جلسه آموزشی به صورت شفاف صحبت شد و تأکید شد که حضور ایشان حالت اجباری نداشته بلکه اقدامی داوطلبانه در راستای بهبود روند آموزشی فعلی قلمداد می‌شود. به شرکت‌کنندگان گفته شد هر زمان که خواستند، می‌توانند از شرکت در ادامه جلسه منصرف و از برنامه خارج شوند. موارد اخلاقی مربوط به این مطالعه توسط کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی و تأیید شد.

نتایج

تعداد کل افراد دارای معیار ورود به مطالعه ۸۰ نفر بود که به دو گروه ٤٠ نفره تقسیم شدند. تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه، خانم بودند. میانگین سن گروه کنترل ٣٤/٨ سال با انحراف معیار ٧/٤٤ سال بود؛ درگروه مداخله به ترتیب ٣٥/١ و ٦/٨ سال بود. از نظر تحصیلات، ١٨ نفر (٤٥٪) از شرکت‌کنندگان در گروه مداخله دارای مدرک کاردانی و ٢٢ نفر (٥٥٪) مدرک کارشناسی داشتند؛ در گروه کنترل به ترتیب ٢٥ (٦٣٪) و ١٥ نفر (٣٧٪) دارای مدارک کاردانی و کارشناسی بودند. تفاوت نمرات پیش‌آزمون دو گروه معنادار نبود (P=٠/٠٩) که نشان‌دهنده مشابه بودن میزان اطلاعات قبلی افراد دو گروه و تصادفی‌سازی موفقیت‌آمیز است (جدول ٢). نمرات پس‌آزمون دو گروه مداخله و کنترل، ٣/٨ نمره تفاوت داشت که این تفاوت بین دو گروه، معنادار بود (P<٠/٠٠٠١) (جدول ٢).

جدول ٢: تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

	حداقل نمره پیش‌آزمون	حداکثر نمره پیش‌آزمون	میانگین (انحراف معیار) نمره پیش‌آزمون	اختلاف نمره پیش‌آزمون در دو گروه	P	حداقل نمره پس‌آزمون	حداکثر نمره پس‌آزمون	میانگین (انحراف معیار) نمره پس‌آزمون	اختلاف نمره پس‌آزمون در دو گروه	P
گروه سخنرانی	٢	١٧	١٠/١٥ (٣/٤٤)	١/١٨	٠/٠٩	١٠	١٩	١٥/٣٥ (٢/٠٠)	٣/٨	<٠/٠٠٠١
گروه بیمار نما	٢	١٣	٨/٩٧ (٢/٤٤)			١٤	٢٦	١٩/١٥ (٣/٠٨)		

جدول ٣: میانگین (انحراف معیار) نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های سخنرانی و شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما

	میانگین (انحراف معیار) نمره پیش‌آزمون	میانگین (انحراف معیار) نمره پس‌آزمون	تفاوت نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون	مقدار احتمال p
گروه سخنرانی	١٠/١٥ (٣/٤٤)	١٥/٣٥ (٢/٠٠)	٥/٢	<٠/٠٠٠١
گروه بیمار نما	٨/٩٧ (٢/٤٤)	١٩/١٥ (٣/٠٨)	١٠/١٨	<٠/٠٠٠١

افزایش میانگین نمره در هر دو گروه وجود داشت، ولی تغییرات نمره پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه بیمار نما نزدیک به ٤/٩٨ نمره بیش‌تر از گروه سخنرانی بود که این تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار است (p<٠/٠٠٠١) (جدول ٣).

در پرسشنامه رضایت‌سنجی تکمیل شده توسط گروه

مداخله نزدیک به سه چهارم افراد از روش بیمارنما رضایت داشتند و نزدیک به ۹۰ درصد افراد نظرشان این بود که شبیه‌سازی با بیمارنما باعث افزایش انگیزه و علاقه و یادگیری بیش‌تر در فراگیران می‌شود (جدول ٤).

جدول ۴: فراوانی نسبی و مطلق پاسخ‌های داده شده به سؤالات حیطه رضایت و علاقه‌مندی در گروه مداخله

حیطه	سؤال	کاملاً موافقم(٪)	موافقم (٪)	مخالفم (٪)	کاملاً مخالفم(٪)	نظری ندارم(٪)
آگاهی‌از روش تدریس‌و اهداف یادگیری	با شبیه‌سازی با استفاده از بیمار نما آشنایی کافی دارم	۱۰ (۲۵)	٦ (۱۵)	۱۲ (۳۰)	۷ (۱۷/۵)	۵ (۱۲/۵)
	سناریوهای مطرح شده با موضوع افسردگی پس از زایمان تناسب دارد	۱۵ (۳۷/۵)	۲۱ (۵۲/۵)	۲ (۵)	۱ (۲/۵)	۱ (۲/۵)
	روش تدریس با بیمارنما باعث ماندگاری بیش‌تر اطلاعات می‌شود	۱۹ (٤۷/۵)	۱۱ (۲۷/۵)	۳ (۷/۵)	۰ (۰)	۷ (۱۷/۵)
	تدریس با استفاده از بیمارنما ضروری است	٦ (۱۵)	۱۲ (۳۰)	۹ (۲۲/۵)	۳ (۷/۵)	۱۰ (۲۵)
امکانات‌و شرایط فیزیکی	شرایط فیزیکی کلاس برای شبیه‌سازی با بیمارنما مناسب بود	٦ (۱۵)	٦ (۱۵)	۱۵ (۳۷/۵)	۵ (۱۲/۵)	۸ (۲۰)
	مدت زمان اختصاص یافته به آموزش کافی بود	۱٦ (٤۰)	۱۲ (٤۰)	۷ (۱۷/۵)	۳ (۷/۵)	۲ (۵)
	تعداد شرکت‌کنندگان مناسب بود	۱۲ (۳۰)	۱۵ (۳۷/۵)	۳ (۷/۵)	۳ (۷/۵)	۷ (۱۷/۵)
رضایت‌و علاقه مندی	شبیه‌سازی با بیمارنما باعث افزایش انگیزه من برای یادگیری افسردگی پس از زایمان شده است	۲۳ (۵۷/۵)	۱۰ (۲۵)	۲ (۵)	۱ (۲/۵)	٤ (۱۰)
	روش تدریس با بیمارنما باعث یادگیری بیش‌تری می‌شود	۲٦ (٦۵)	۱۰ (۲۵)	۱ (۲/۵)	۰ (۰)	۳ (۷/۵)
	از نحوه اجرای روش شبیه‌سازی با بیمارنما رضایت دارم	۱۳ (۳۲/۵)	۱٦ (٤۰)	٤ (۱۰)	۱ (۲/۵)	٦ (۱۵)
	شبیه‌سازی با بیمارنما باعث افزایش انگیزه و علاقه در فراگیران می‌شود	۲۱ (۵۲/۵)	۱٤ (۳۵)	۲ (۵)	۰ (۰)	۳ (۷/۵)

در پاسخ به سؤال تشریحی پرسشنامه رضایت‌سنجی، ۸۵٪ از شرکت‌کنندگان گروه مداخله روش تدریس شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما را به روش سخنرانی ترجیح دادند.

بحث

مطالعه حاضر برای مقایسه تأثیر دو روش تدریس «سخنرانی» و «شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما» بر ارتقای دانش و عملکرد مراقبین سلامت شبکه بهداشت درمان شاهین شهر اصفهان در زمینه افسردگی پس از زایمان انجام شد. هر دو گروه مداخله و کنترل، پیش‌آزمون و پس‌آزمون داشتند و رضایت گروه مداخله (بیمارنما) در مورد تدریس ارائه شده نیز گردآوری گردید. نتایج نشان‌دهنده ارتقا معنادار دانش و عملکرد گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بود. در واقع، استفاده از شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما موجب یادگیری بهتر در مراقبین سلامت در زمینه افسردگی پس از زایمان و همچنین رضایت‌مندی بالاتر آنان نسبت به روش تدریس سنتی سخنرانی شد. از آنجا که روش تدریس شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما، شرایط را به محیط واقعی بسیار نزدیک‌تر می‌کند.

در کل، هر یک از روش‌های مورد استفاده برای آموزش مراقبین سلامت دارای نقاط قوت و ضعف و کاربردهای متفاوتی است. سخنرانی روشی ساده و مؤثر برای ارائه اطلاعات، به خصوص برای افرادی که به خواندن کتاب‌ها و مقالات عادت ندارند، محسوب می‌شود(۲٤و۲۵). یک

سخنران خوب قادر است مفاهیم منسجم و اصولی جدید را از طریق متن، اسلاید و تصویر یا فعالیت‌های مبتنی بر عرصه معرفی نماید(۲٦). اما کارآمدی این روش منوط به مهارت مدرس در استفاده از فنونی است که باعث فعال نگه‌داشتن ذهن افراد شده و از کاهش انگیزه آنها جلوگیری نماید. حتی در بهترین شرایط ارائه سخنرانی، این روش شرایط یک محیط واقعی را نشان نمی‌دهد؛ در حالی که برای آموزش مواردی مثل افسردگی پس از زایمان استفاده از شیوه‌ای که افراد خود را در موقعیت‌های واقعی تصور کنند، می‌تواند کارآمدتر باشد(۲۷).

نتایج مطالعات مختلف هم نشان‌دهنده تأثیر بسیار بالای استفاده از روش تدریس مبتنی بر شبیه‌سازی بر یادگیری فراگیران است. در مطالعه نهرینگ (Nehring) و همکاران(۲۸) استفاده از روش شبیه‌سازی منجر به افزایش قابل توجه دانش شناختی دانشجویان شده است. نتایج تحقیق دیلارد (Dillard)(۲۹) نیز بیانگر آن است که یک شبیه‌سازی خوب طراحی شده، به دلیل آن که باعث تسهیل قضاوت بالینی در موقعیت‌های پیچیده بالینی می گردد، می‌تواند بسـیار مؤثر باشد. نیک روان مفرد(۳۰) طی مطالعه خود در خصوص آموزش اقدامات پیش بیمارستانی مربوط به پرستاری بحران گزارش کرد که آموزش به روش شبیه‌سازی در کارگاه آموزشی، باعث ارتقای دانش و مهارت‌های ضروری در دانشـجویان پرستاری شده است و همچنین ارزیابی دانشجویان از قابلیت‌های خود را بهبود بخشیده است. بر اساس مطالعه رابین و همکاران(۳۱) پزشکانی که آموزش مهارتهای مشاوره را از طریق شبیه‌سازی دریافت نموده بودند، عملکرد بهتری نسبت به گروه شاهد در ارائه مشاوره داشتند. مطالعه بائر و همکاران(۳۲) نیز مؤید این نکته است که روش شبیه‌سازی یک روش مؤثر برای آموزش دانشجویان پزشکی در رابطه با مهارتهای انتقال خبر بد است. مناقب و همکاران(۳۳)، تأثیر دو روش آموزش شبیه‌سازی و بحث گروهی بر عملکرد کارورزان دانشگاه علوم پزشکی جهرم در زمینه انتقال خبر بد به همراهان بیمار را مقایسه کرده‌اند و نشان دادند که روش آموزشی شبیه‌سازی به طور معناداری مؤثرتر از روش بحث گروهی است. در مطالعه کلنر (Keltner) و همکاران(۱۳) بیماران روانپزشکی شبیه‌سازی شده توانستند مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله را هم در دانشجویان و هم در مراقبین سلامت (health care providers) ارتقا دهند.

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که شبیه‌سازی نسبت به آموزش‌های معمولی روشی لذت بخش‌تر و مؤثرتر درآموزش مهارت‌های بالینی است(۱۸و۱۹). در مطالعه حاضر نیز نزدیک به ۹۰ درصد افراد معتقد بودند شبیه‌سازی با بیمارنما با افزایش انگیزه و علاقه فراگیران همراه است. اگر چه در مطالعات مختلف، یکی از مزایای استفاده از بیمارنما نسبت به بیماران واقعی قابلیت دسترسی آسان در هر زمان و مکان(۱۲) ذکر شده است اما در مطالعه حاضر نیمی از افراد از امکانات موجود در تدریس با بیمارنما رضایت نداشتند که می‌تواند به دلیل فضای کوچک برگزاری کلاس، تعداد زیاد شرکت‌کننده‌ها، عدم تهویه مناسب و گرمی هوای کلاس باشد. اگر در طراحی و اجرای آموزش به روش شبیه‌سازی از مدل مناسب استفاده گردد و به مواردی مانند ارائه بازخورد فوری و مناسب و همچنین استفاده از سناریوهای مناسب توجه کافی شود(۳٤) و نیزمحیط و مدت زمان مناسب به آموزش اختصاص داده شود، می‌توان به اثربخش بودن نتایج آن اطمینان بیش‌تری داشت.

یکی از موانع انجام این پژوهش، مشکل در برنامه‌ریزی و هماهنگی اجرای برنامه در شبکه بهداشت و درمان بود؛ چرا که شبکه‌های بهداشت و درمان برنامه‌های زمان‌بندی شده و از پیش تعیین شده‌ای دارند که ابتدای هر سال در مرکز بهداشت استان طراحی، تصویب و اعلام می‌گردد و به همین دلیل، گنجاندن کارگاه‌های جدید در این برنامه‌ی ثابت، کاری بسیار سخت و مستلزم صرف وقت زیادی بود. همین موضوع، باعث شد سه جلسه‌ی آموزشی پیش‌بینی شده

برای هر گروه، به یک جلسه کاهش یابد. از نقاط قوت این پژوهش، تکمیل آزمون توسط کل نمونه بود؛ همچنین میزان بازگشت پرسشنامه رضایت‌سنجی ۱۰۰ درصد بود.

در مطالعه حاضر به دلیل محدودیت زمان و بودجه، امکان بررسی و مشاهده عملکرد افراد در مواجهه با بیمارنما نبود و به همین دلیل، صرفاً از یک آزمون کتبی برای سنجش دانش و عملکرد مراقبین سلامت استفاده شد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده عملکرد افراد در شرایط واقعی مواجهه با بیماران یا شرایط شبیه‌سازی شده با بیمارنما مورد مشاهده قرار گیرد و نیز، رضایت بیماران در مورد خدمت‌رسانی آنها مد نظر قرار داده شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد شبیه‌سازی با استفاده از بیمارنما نسبت به روش سخنرانی، در آموزش افسردگی پس از زایمان، تأثیر بیش‌تری در افزایش دانش و عملکرد مراقبین سلامت دارد و همچنین شرکت‌کنندگان در جلسه تدریس بیمارنما، این روش را به روش سخنرانی ترجیح می‌دهند. هر چند اشکالاتی در شرایط و امکانات تدریس با بیمارنما وجود داشت، اما در کل این روش با سناریوهای مناسب و ایجاد علاقه و انگیزه در فراگیران می‌تواند به عنوان روش تدریس مناسبی در این زمینه مورد استفاده قرار گیرد.

از آنجا که در نتیجه بهبود وضعیت آموزش مراقبین سلامت، کیفیت خدمات بهداشتی ارائه شده به جامعه نیز افزایش خواهد داشت، لذا به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های آموزشی نوین مانند شبیه‌سازی بتواند ضمن ایجاد انگیزه و علاقه کافی در یادگیرندگان، ارائه خدمات بهتر به بیماران را نیز به دنبال داشته باشد.

قدردانی

در پایان لازم می‌دانم که از همراهی و همفکری دوست و همکار عزیزم اقای صالح ایدی و همچنین از مدیریت محترم وقت شبکه بهداشت ودرمان شاهین شهر و همه همکاران بهداشت روان این شبکه که نهایت همکاری را در اجرای هرچه بهتر این کار تحقیقی با بنده داشتند ، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم.

منابع

1. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006; 160(3): 279-84.
2. Hassan Zahraee R, Fahami F, yazdani M, Ahmadi Z, Bashardoost N. [Supportive role of the midwife in preventing postpartum depression].The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2003; 7 (1) :19-24. [Persian]
3. Abdollahi F, Lye M-S, Zain AM, Ghazali SS, Zarghami M. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2011; 5(2): 5–11.
4. Ruhi M, Yusefi H. [Baresiye shoyue afsordegi pas az zayeman dar 6 hafte aval pas az zayeman dar shahrestane tabriz]. Journal of Nursing and Midwifery(Islamic Azad University of Mahabad). 2005; 2(3): 1-19. [Persian]
5. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Rezaeian S. Trends of postpartum depression in iran: a systematic review and meta-analysis. Depression research and treatment. 2013.
6. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. World Psychiatry. 2004;3(2):89-95.
7. Webster J, Hall L, Somville T, Schneider P, Turnbull R, Smith P. Prospective testing of the brisbane postnatal depression index. Birth. 2006; 33(1): 56-63.
8. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization; 2001. [citd 2016 Dec 6]. available from: http://www.who.int/whr/2001/en/
9. Chen TH1, Lan TH, Yang CY, Juang KD. Postpartum mood disorders may be related to a decreased

insulin level after delivery. Med Hypotheses. 2006; 66(4): 820-3.
10. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginaldi D, Lepri B, Baldessarini RJ. Episodes of mood disorders in 2,252 pregnancies and postpartum periods. Am J Psychiatry. 2011;168(11):1179-85.
11. Gazdag G1, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. J ECT. 2005 ; 21(2): 96-9.
12. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. Acad Med. 1993; 68(6): 443-51.
13. Keltner NL, Grant JS, McLernon D. Use of actors as standardized psychiatric patients: Facilitating success in simulation experiences. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2011 May;49(5):34-40.
14. Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. J Adv Nurs. 2010; 66(1): 3-15.
15. Yeung E, Dubrowski A, Carnahan H. Simulation-augmented education in the rehabilitation professions: A scoping review. International Journal of Rehabilitation and Therapy. 2013; 20(5): 228-36.
16. Beullens J, Rethans J, Goedhuys J, Buntinx F. The use of standardized patients in research in general practice. Fam Pract. 1997;14(1): 58-62.
17. May W, Park JH, Lee JP. A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005. Med Teach. 2009 ; 31(6):487-92.
18. Haracz K, Arrighi G, Joyce B. Simulated patients in a mental health occupational therapy course: A pilot study. British Journal of Occupational Therapy. 2015; 78(12): 757-766.
19. Ramsingh D, Alexander B, Le K, Williams W, Canales C, Cannesson M. Comparison of the didactic lecture with the simulation/model approach for the teaching of a novel perioperative ultrasound curriculum to anesthesiology residents. J Clin Anesth. 2014 ; 26(6): 443-54.
20. Piette A, Muchirahondo F, Mangezi W, Iversen A, Cowan F, Dube M, et al. Simulation-based learning in psychiatry for undergraduates at the University of Zimbabwe medical school. BMC Med Educ. 2015;15: 23. 2015;15(1):1.
21. Zaghari tafreshi M, Rasouli M, Sajadi M. [Simulation in nursing education: A review article]. Iranian Journal of Medical Education. 2013; 12 (11) :888-894.[Persian]
22. Determine the validity.[Tahlil amari etminan shargh]. [citd 2016 Dec 6]. available from:https://www.spss-iran.ir
23. Kermaniyan F, Mehdizadeh M, Iravani S, MArkazi Moghadam N, Shayan S. [Comparing Lecture and Problem-based Learning Methods in Teaching Limb Anatomy to First Year Medical Students]. Iranian Journal of Medical Education. 2008; 7(2): 379-388.[Persian]
24. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Redwood City, California: Stanford university press; 1962.
25. Yaghobian M, Yaghobi T, Salmeh F, Golmohammadi F, Safari H, Savasari R, et al. [Comparing the Effect of Teaching Using Educational Booklets and Lecture along with Educational Booklets on Nurses' Knowledge about Professional Laws and Regulations]. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 9 (4) :372-380. [Persian]
26. Rowlands M, Spasoff R. An environmental scan of best practices in public health undergraduate medical education; 2009. [citd 2016 Dec 6]. available from: https://afmc.ca/sites/default/files/documents/en/Medical-Education/Public-Health/AFMC-Literature-Review-Final.pdf
27. Cacioppo JT, Petty RE, Kao CF, Rodriguez R. Central and peripheral routes to persuasion: An individual difference perspective. Journal of personality and social psychology. 1986; 51(5): 1032.
28. Nehring WM, Ellis WE, Lashley FR. Human patient simulators in nursing education: An overview. Simulation Gaming. 2001; 32(2): 194-204.
29. Dillard N, Sideras S, Ryan M, Carlton KH, Lasater K, Siktberg L. A collaborative project to apply and evaluate the clinical judgment model through simulation. Nurs Educ Perspect. 2009; 30(2): 99-104.
30. Nikravan-Mofrad M, Zohari Anboohi S. [The effect of simulation training method on enabling student nurses in advanced pre-hospital operation]. Cardiovascular Nursing Journal. 2013; 1(4): 32-38.[Persian]
31. Rabin DL, Boekeloo BO, Marx ES, Bowman MA, Russell NK, Willis AG. Improving office-based physicians' prevention practices for sexually transmitted diseases. Ann Intern Med. 1994;121(7): 513-9.
32. Baer AN, Freer JP, Milling DA, Potter WR, Ruchlin H, Zinnerstrom KH. Breaking bad news: use of

cancer survivors in role-playing exercises. J Palliat Med. 2008; 11(6): 885-92.
33. Managheb SE, Mosalanejad N. [Teaching How to Break Bad News: Comparing Role-Play and Group Discussion on Practice of Medical Interns in Jahrom Medical School]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11 (7) :789-797.[Persian]
34. Haghani F, Ehsani M, Jafari Mianaei S. [Simulation]. Strides in Development of Medical Education. 2014; 11(2) :272-279.[Persian]

Comparing the effects of "lecture" and "simulated patient" teaching methods on promoting the knowledge and performance of healthcare providers

Jalal Hashemi[1], Sepideh Jamshidian[2], Fariba Haghani[3]

Abstract

Introduction: *Postpartum depression is a common disorder among women. Therefore, proper and efficient training of healthcare providers for this disorder is of great importance. The purpose of this study was to compare the effects of "lecture" and "simulated patient" teaching methods on teaching postpartum depression to healthcare providers.*

Methods: *This quasi -experimental study employed a pretest-posttest design with intervention and control groups and it was carried out in Shahin Shahr healthcare system in 2016. 80 subjects who met inclusion criteria were selected by census method from among 86 healthcare providers and divided randomly into two groups of 40. Postpartum depression was taught to the intervention group and the control group using the "simulated patient" and "lecture" methods respectively. Both groups were given a valid and reliable test before and after the intervention to measure their knowledge and performance. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests and paired t-test.*

Results: *In both groups, the posttest mean score was significantly higher than the pretest mean score ($p<0.00001$). Based on the survey questionnaire, 87% of the intervention group believed that the simulated patient was an appropriate teaching method and 85% preferred it to the lecture method.*

Conclusion: *The results showed that the simulated patient method in teaching postpartum depression had a greater effect on increase healthcare providers' knowledge and performance than the lecture method and participants preferred this method to the lecture method.*

Keywords: Postpartum depression, simulated patient, education, healthcare providers, lecture, simulation

Addresses:

1. MSc in Medical Education, psychiatrist, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: jalalhashemi49@yahoo.com
2. PhD student in Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: sepidehjamshidian@gmail.com
3. (✉) Associate Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: haghani@edc.mui.ac.ir