چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین موانع استفاده از آی‌یودی (Intra Uterine Divice-IUD)، عدم ارائه مشاوره مطلوب است. از آن جایی که بکارگیری روش‌های نوین آموزش برای ایفای مؤثرتر نقش ماماها در ارائه مشاوره لازم می‌باشد، این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزش مرسوم و ایفای نقش بر میزان مهارت دانشجویان در مشاوره صورت گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه تجربی، ٦٢ دانشجوی مامایی بطور تصادفی به دو گروه آموزش با ایفای نقش و مرسوم، تخصیص داده و برنامه آموزشی چهار ساعته در زمینه مشاوره آی‌یودی را دریافت نمودند. در ابتدا و انتهای مطالعه، مهارت دانشجویان در مشاوره ارزیابی گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، فرم خودارزشیابی توانایی انجام مهارت و ای وارسی ارزشیابی عملکرد دانشجو در مشاوره قبل و بعد از گذاشتن آی‌یودی بود. مقایسه‌ها با آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر، t-student، من‌ویتنی، t زوج در نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج: میانگین نمره مشاوره قبل و بعد از آی‌یودی‌گذاری در پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت اما در پس‌آزمون، اختلاف آماری معنی‌داری در هر دو مهارت بین دو گروه وجود داشت. بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه، در هر دو مهارت، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: یادگیری بیشتر مهارت مشاوره با آموزش به روش ایفای نقش است. بکارگیری این روش آموزشی برای آموزش مهارت‌های مشاوره‌ای به دانشجویان توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، ایفای نقش، آموزش مرسوم، مهارت، مشاوره، آی‌یودی، غربالگری.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / پاییز و زمستان ۱۳۸۷؛ ۸(۲): ۲۷۵ تا ۲۸۴.

مقدمه

مشاوره از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اثربخشی و موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده است(۱). مشاوره به رابطه حرفه‌ای بین یک مشاور آموزش دیده و مراجعه‌کننده دلالت می‌کند(۲) که در طی آن، کارکنان بهداشتی به فرد کمک می‌کنند تا آگاهانه و آزادانه در مورد مراقبت‌های بهداشتی و استفاده از روش‌های تنظیم خانواده تصمیم‌گیری نماید(۱). پژوهش‌ها و تجربیات قبلی نشان داده‌اند کیفیت ارتباط بین مشاور-

* **آدرس مکاتبه:** طلعت خدیوزاده (مربی) گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی و عضو کمیته مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، خیابان ابن سینا، مشهد و دانشجوی دکترای بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. tkhadivzadeh@yahoo.com

فاطمه عرفانیان، کارشناس ارشد مامایی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی (fatierfanian@yahoo.com)؛ دکتر نیره خادم، دانشیار گروه زنان دانشکده پزشکی و سرپرست مرکز تحقیقات سلامت زنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد (khademn@mums.ac.ir)؛ و دکتر محمد خواجه‌دلویی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی بیمارستان قائم مشهد (modalooie@hotmail.com).

این طرح در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شده و هزینه آن از طرف این معاونت پرداخت گردیده است.

این مقاله در تاریخ ۸٦/۷/۲۹ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۷/۱/۲۰ اصلاح شده و در تاریخ ۸۷/۱۱/۵ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

مراجعه‌کننده و مشاوره خوب با تداوم استفاده از روش‌های جدید کنتراسپتیو و اثربخشی بیشتر برنامه‌های تنظیم خانواده و کیفیت بالاتر ارائه خدمات بوده است، همچنین، آموزش مهارت‌های مشاوره به کارکنان، کیفیت خدمات را ارتقا می‌بخشد و منجر به رضایت بیشتر مراجعین می‌گردد(۳و٤). بنابراین، مهارت‌های مشاوره از مهارت‌های لازم برای کلیه کارکنان تنظیم خانواده می‌باشد(۳و٤) که تأکیدی خاص بر تقویت این مهارت‌ها حین و پس از ارائه خدمات تنظیم خانواده شده(٥) و باید در تمام تعاملات کارکنان بهداشتی با متقاضیان وجود داشته باشد(٤).

این امر در مورد آی‌یودی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا استفاده‌کنندگان از این روش، هم برای گذاشتن و هم برای برداشتن آن کاملاً به عملکرد کارکنان بهداشتی وابسته‌اند(٤). در حالی که در مطالعات قبلی، یکی از مهم‌ترین موانع استفاده از آی‌یودی، که مربوط به کارکنان بهداشتی می‌باشد، عدم ارائه مشاوره مطلوب ذکر شده است(٦تا٩).

آمارهای بهداشتی در ۳۷ کشور از ۷۱ کشور نشان داده است که زنان سنین باروری در مورد آی‌یودی، کمترین اطلاعات را نسبت به بقیه روش‌های پیشگیری از بارداری دارند(۱۰). مطالعه سازمان جهانی بهداشت خانواده در آمریکا نشان داد کارکنان بهداشتی با مراجعین خود در مورد آی‌یودی مانند سایر روش‌های تنظیم خانواده صحبت نمی‌کنند و نیز در پی مبارزه با شایعات مربوط به آی‌یودی نیستند و به ندرت در مورد منافع آی یودی با آنان بحث می‌کنند(۱۱).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد از مهارت‌های مهمی که در کارکنان ارائه‌دهنده خدمات آی‌یودی باید ارتقا داد، مهارت در مشاوره دقیق و پیگیری مناسب است. با افزایش مهارت و بهبود نگرش، کارکنان در طی مشاوره، آی‌یودی را بیشتر به متقاضیان پیشنهاد می‌نمایند و در نتیجه میزان استفاده از آن افزایش خواهد یافت(۱۱تا۱۳).

در مطالعه‌ای در قرقیزستان، آموزش مشاوره مربوط به ارائه خدمات وابسته به آی‌یودی به ماما روستاها، علاوه بر افزایش کیفیت ارائه خدمات و مهارت آنها در این امر، موجب افزایش رضایت متقاضیان از عملکرد آنان و نیز رضایت از آی‌یودی و تمایل به حفظ آن شده است(١٤). این امر در کشورهای مختلفی نیز مورد مطالعه و تحقیق قرار گرفته از جمله در کشور مصر، اجرای یک برنامه آموزشی از طرف وزارت بهداشت با هدف بهبود و گسترش مهارت‌های مشاوره کارکنان بهداشتی، سبب افزایش میزان استفاده از آی‌یودی از ۹ درصد به ۲۰ درصد گردیده بود(۱٥). لازم به ذکر است میزان استفاده کلی از این روش در جهان ۱۳ درصد ذکر شده در حالی که در کشور ما در سال ۱۳۸۰ تنها ۸/٥ درصد از زنان واجد شرایط استفاده از روش‌های تنظیم خانواده از این روش استفاده کرده‌اند(١٦).

در مطالعات مختلف، آموزش ناکافی دانشجویان به عنوان عاملی برای عدم کسب مهارت آنها ذکر گردیده است(۱۷). این سؤال که چه روش آموزشی بیشترین تأثیر را بر رفتارها و مهارت‌های مشاوره‌ای و ارتباطی دانشجویان دارد؟ بی پاسخ مانده در حالی که مطالعات مختلفی نیز در این زمینه انجام شده است(۱۸).

یک روش پیشنهاد شده، آموزش در محیطهای تحت کنترل برای کسب مهارت و پیشرفت توانایی در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

انجام مهارت می‌باشد. هرچه محیط و موقعیت یادگیری به واقعیت نزدیک‌تر باشد، یادگیری مؤثرتر خواهد بود. از میان این روش‌های آموزشی می‌توان به ایفای نقش اشاره نمود. طی ایفای نقش، بیمارنماها (افراد سالم و یا بیماران واقعی) آموزش می‌بینند تا موقعیت یک بیمار واقعی را چه از نظر بیان تاریخچه و چه از نظر یافته‌های فیزیکی بازی نمایند(۱۹). این افراد با بیان شرح حال خود، بیان مشکل بالینی، نشان دادن علایم بالینی خاص و ارائه بازخورد مناسب به دانشجویان، در فرایند آموزش و ارزشیابی دانشجویان شرکت می‌کنند. یادگیرنده رفتارهای متفاوت را تمرین می‌کند و از طریق انجام دادن، مطلب را یاد می‌گیرد(۲۰و۲۱). سخنرانی، از روش‌های دیگر آموزش مهارت‌های مشاوره است که در مطالعات مختلف نتایج متناقضی در مورد تأثیر آن در مقایسه با ایفای نقش به دست آورده‌اند(۱۸و۲۲).

از این رو، با توجه به افزایش میزان باروری و رشد شتابان جمعیت کشور، لزوم گسترش استفاده از روش‌های مؤثر و ایمن تنظیم خانواده از جمله آی‌یودی، به عنوان رایج‌ترین روش قابل برگشت پیشگیری از بارداری(٦)، که تأثیر قابل مقایسه‌ای با عقیم‌سازی دارد(۲۳تا۲۵)، احساس می‌شود.

با توجه به اهمیت مشاوره مطلوب در موفقیت و تداوم استفاده از این روش و عدم کسب مهارت لازم در طول دوره تحصیل در بسیاری از دانشجویان گروه پزشکی از جمله ماماها(۲٦تا۲۸) استفاده از شیوه‌های آموزش مؤثرتر در طی دوره تحصیلات دانشگاهی ضروری به نظر می‌رسد و بکارگیری روش‌های نوین آموزش برای ایفای مؤثرتر نقش ماماها لازم می‌باشد(۲۹). بنابراین، به علت محدودیت مطالعات انجام شده در این زمینه، این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر دو روش آموزش مرسوم و ایفای نقش بر میزان مهارت دانشجویان مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در امر مشاوره با متقاضیان آی یودی در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت.

روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعه تجربی و نمونه آن شامل ٦۲ دانشجوی ترم دوم تا چهارم دوره کارشناسی ناپیوسته مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۵ بود که ایرانی بوده، تمایل به شرکت در مطالعه را داشته و در ترم سه ناپیوسته روزانه و یا ترم دو یا چهار ناپیوسته شبانه مامایی تحصیل می‌کردند. در صورتی که دانشجو میهمان بود، در محل کار خود خدمات مربوط به آی یودی‌گذاری را ارائه می‌نمود، سابقه تدریس عملی در این زمینه را داشت، به بیماری قابل تشخیص که بر یادگیری تأثیر می‌گذاشت مبتلا بود و همچنین در صورت عدم شرکت در کلیه جلسات آموزشی یا آزمونهای دوره، دریافت آموزش مربوط به آی یودی‌گذاری از سایر منابع و یا وقوع استرس یا حادثه ناگوار در فاصله برگزاری جلسات آموزشی و آزمون دانشجو، از مطالعه حذف می‌شد.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش بدین صورت بود که بعد از مشخص شدن افراد واجد شرایط، واحدهای پژوهش ابتدا به روش طبقه‌ای در دو گروه روزانه و شبانه تقسیم شدند. سپس هر گروه به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله (آموزش با ایفای نقش n=۳۱ نفر) و کنترل (آموزش به شیوه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

مرسوم n=۳۱ نفر) تقسیم شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، شامل پرسشنامه مشخصات فردی و سوابق تحصیلی، فرم خودارزشیابی توانایی انجام مهارت در امر مشاوره متقاضیان آی‌یودی و فهرستهای وارسی ارزشیابی عملکرد دانشجو در مشاوره قبل آی‌یودی‌گذاری و مشاوره بعد از گذاشتن آی‌یودی بود.

روایی فرم خودارزشیابی و فهرست‌های وارسی ارزشیابی عملکرد دانشجویان در مشاوره قبل و بعد از گذاشتن آی‌یودی با استفاده از روش اعتبار محتوی، و پایایی آنها از طریق دو نیمه کردن و با استفاده از فرمول Spearman-Brown بررسی شد که ضریب همبستگی به ترتیب عبارت بود از ۹٤، ۹۰ و ۸٦ درصد. در این مطالعه، علاوه بر آموزش مشاهده‌گران، صلاحیت آنها در نمره‌دهی فهرست‌های وارسی نیز توسط پژوهشگر ارزیابی و پایایی نمرات به دست آمده از نمره‌دهی فهرست‌های وارسی مورد تایید قرار گرفت.

در ابتدای مطالعه، دانشجویان در پیش‌آزمون شرکت نمودند. در این آزمون آنها فرم‌های مشخصات کلی و خودارزشیابی توانایی انجام مهارت را تکمیل نمودند، سپس وارد آزمون عملی به روش شبیه‌سازی شدند که در آن مهارت دانشجویان در امر مشاوره قبل و بعد از آی یودی‌گذاری ارزیابی می‌شد.

مهارت دانشجویان در امر مشاوره و غربالگری قبل از آی یودی‌گذاری توسط بیمارنما که آزمونگر هم بود ارزیابی گردید. وی در مدت ۵ دقیقه برای هر یک از دانشجویان نقش یک متقاضی تنظیم خانواده که تمایل به استفاده از آی یودی را دارد ایفا می‌نمود و مهارت آنها را با یک فهرست وارسی مشتمل بر ۹ گزینه بررسی می‌کرد. به تمام گزینه‌ها بجز گزینه ۵، نمره صفر تا دو (انجام نشد، غیر رضایت‌بخش و رضایت‌بخش) و به گزینه ۵ که شامل جمع نمره فهرست وارسی غربالگری متقاضی بود، نمره صفر تا نه تعلق گرفت. نمره کل این بخش از آزمون عملکردی، ۲۵ نمره بود. این ارزیابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمونگر ثابتی انجام گرفت.

در آزمون عملکردی مهارت دانشجویان در مشاوره و آموزش‌های بعد از آی یودی‌گذاری با زنان، توسط بیمارنمای دیگری که آزمونگر هم بود، بررسی شد. وی در مدت ۵ دقیقه برای هر یک از دانشجویان نقش خانمی را که چند لحظه قبل آی‌یودی گذاشته ایفا نمود و مهارت آنها را با استفاده از فهرست وارسی مشتمل بر هفت گزینه بررسی می‌نمود. نمره متعلق به هر گزینه صفر تا دو و در کل به این بخش از آزمون ۱٤ نمره تعلق گرفت. این ارزیابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمونگر ثابتی انجام گرفت.

فرم خودارزشیابی توانایی انجام مهارت نیز شامل دو عبارت بود که با مقیاس پنج نقطه‌ای رتبه‌ای از گزینه بسیار موافق یا خیلی زیاد (نمره ٤) تا گزینه بسیار مخالف یا خیلی کم (نمره صفر) نمره‌گذاری شده بود. امتیاز کلی این بخش بین صفر تا ۸ نمره بود و بر اساس آن، دانشجویان توانایی خود را در انجام مشاوره و غربالگری متقاضیان آی‌یودی، ارزیابی می‌نمودند.

آزمون‌های این مطالعه در دانشکده پرستاری و مامایی مشهد انجام گرفت و شرایط برگزاری آنها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از جهات متفاوت برای تمام دانشجویان در دو گروه ثابت بود. دو آزمونگر این مطالعه دانش‌آموخته مامایی بودند.

طبق برنامه، دوره آموزشی از روز بعد از آزمون

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

شروع شد. مدت زمان کل آموزش تئوری برای هر گروه چهار ساعت (در دو جلسه) و آموزش عملی شامل ارائه مشاوره قبل و بعد از آی‌یودی‌گذاری برای متقاضیان در کلینیک بود. محتوای کارگاه برای هر دو گروه یکسان و شامل مبانی تئوری و عملی لازم برای ارزیابی، غربالگری و ارائه مشاوره قبل و بعد از آی‌یودی‌گذاری بود. در گروه کنترل، محتوای برنامه با استفاده از سخنرانی همراه با نمایش اسلاید و در گروه مطالعه بعد از یک سخنرانی کوتاه از ایفای نقش برای آموزش مهارت‌های مشاوره‌ای استفاده گردید. آموزش تئوری و عملی دو گروه توسط پژوهشگر انجام گرفت.

جلسات ایفای نقش در گروه مطالعه بدین صورت بود که برای ارائه مبحث موارد مصرف و منع مصرف آی‌یودی پژوهشگر به جای ده متقاضی خدمات تنظیم خانواده که شرایط متفاوت داشتند، نقش بازی نمود و دانشجویان امکان استفاده از آی‌یودی را در این ۱۰ نفر مورد بحث و بررسی قرار دادند. در آموزش مباحث مشاوره، بعد از یک سخنرانی کوتاه، ابتدا پژوهشگر و کمک پژوهشگر با ایفای نقش، نقش ماما و متقاضی استفاده از آی‌یودی را در جلسه اول، و نیز ماما و استفاده‌کننده جدید آی یودی را در جلسه دوم نمایش دادند و دانشجویان با استفاده از دستورالعمل ارائه شده عملکرد آنها را مورد ارزیابی قرار داده و در مورد آن بحث نمودند. سپس به منظور تمرین مهارت مشاوره، به گروه‌های مساوی تقسیم شدند و به آنها پنج دقیقه فرصت داده شد تا سناریوی یک جلسه مشاوره را طراحی نمایند. بعد از آن دو نفر از هر گروه سناریوهای گروه را اجرا نمودند و بقیه دانشجویان عملکرد آنها را مورد ارزیابی قرار دادند و موارد درست و نادرست را بحث نمودند. در تمام مراحل پژوهشگر بازخورد لازم را به دانشجویان می‌داد. تمام این مباحث نیز برای گروه کنترل با استفاده از روش‌های اشاره شده، در دو جلسه ارائه گردید. در طول مطالعه، شرایط برگزاری جلسات از نظر مکان، زمان ارائه و... برای هر دو گروه یکسان بود.

بعد از اتمام آموزش‌های تئوری، دانشجویان دو گروه برای تمرین مشاوره به کلینیک تنظیم خانواده مراجعه نمودند و به تمرین مهارت در موقعیت واقعی پرداختند. شرایط عملی نیز برای تمام دانشجویان یکسان بود و آنها یک مشاوره قبل و یک مشاوره بعد از آی‌یودی‌گذاری را زیر نظر پژوهشگر، برای متقاضیان آی‌یودی انجام دادند. بعد از تمرین مشاوره در کلینیک، یک پس‌آزمون عملی شبیه‌سازی شده مجدداً اجرا شد و دانشجویان شرکت‌کننده در دو کارگاه به صورت مخلوط در آن شرکت نمودند. لازم به ذکر است آزمونگران از تعلق دانشجویان به دو گروه بی‌اطلاع بودند. همچنین در طی مطالعه و در پایان برگزاری آزمون، دانشجویان در صورت برخورداری از معیارهای حذف، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

برای مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای و در صورت عدم شرایط لازم برای این آزمون از آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای کمّی با توزیع طبیعی از آزمون t-test و در موارد توزیع غیر طبیعی از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. برای مقایسه قبل و بعد دو گروه از آزمون Paired t test، و در صورت توزیع غیر طبیعی از آزمون ویلکاکسون استفاده گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار SPSS-11.5 با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

ملاحظات اخلاقی لازم نیز در این مطالعه لحاظ شد. از جمله تمام دانشجویان و متقاضیان با رضایت کامل و آزادانه در پژوهش شرکت نمودند. نتایج تحقیق به صورت کلی منتشر شد و اطلاعات هر آزمودنی محرمانه بود. در آموزش عملی، حقوق متقاضی بطور کامل رعایت گردید و دانشجویان اجازه داشتند در هر مرحله از انجام مطالعه از ادامه شرکت در پژوهش انصراف دهند.

نتایج

دو گروه از نظر وضعیت تأهل، سکونت در خوابگاه و محل اخذ مدرک کاردانی اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱).

همچنین دو گروه از نظر تحصیل در دوره روزانه یا شبانه (P = ۰/۲۲) همگن بودند. محدوده سنی دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه بین ۲۲ تا ۳۷ سال بود که از این نظر و نیز از نظر سوابق آموزشی مانند معدل ترم قبل و تعداد واحد در ترمی که مطالعه حاضر انجام شد، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. پنجاه و پنج و دو دهم درصد از دانشجویان گروه آموزش با ایفای

جدول ۱: فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	ایفای نقش	مرسوم	P
وضعیت تأهل			
مجرد	۲۱(٪۷۲/٤)	۱٦(٪٥۹/۳)	۰/۲۳
متأهل	۸(٪۲۷/٦)	۱۱(٪٤۰/۷)	
محل سکونت			
خوابگاه	٦(٪۲۰/۷)	۸(٪۲۹/٦)	۰/۳۲
منزل	۲۲(٪۷۹/۳)	۱۹(٪۷۰/٤)	
محل اخذ مدرک کاردانی			
دولتی	(٪۷٥/۹)	۱۹(٪۷۰/٤)	۰/٤٤
آزاد	۷(٪۲٤/۱)	۸(٪۲۹/٦)	

نقش و ٤٤/٤ درصد افراد گروه آموزش مرسوم سابقه کار در مراکز بهداشتی- درمانی را داشتند که از این نظر دو گروه (P = ۰/۳) همگن بودند. میانگین سابقه کار در این مراکز نیز در بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۲).

مقایسه میانگین نمره آزمون عملکرد دانشجو در مشاوره قبل از آی‌یودی‌گذاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس آزمون t دانشجویی نشان داد که میانگین نمره پیش-آزمون در بین دو گروه با P = ۰/۱۲ اختلاف آماری معنی‌داری نداشت اما در پس‌آزمون بین دو گروه مطالعه با P = ۰/۰۰۲ اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳). سقف نمره این بخش از آزمون ۲۵ بود.

بر اساس آزمون t زوجی بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه با ایفای نقش با (P < ۰/۰۰۱ و t = -۱۲) و در گروه مرسوم با (P < ۰/۰۰۱ و t = -۱٤/۲۲) اختلاف معنی‌داری وجود داشت. در این آزمون مهارت دانشجویان در غربالگری متقاضی توسط یک فهرست وارسی ۹ گزینه‌ای مورد ارزیابی قرار گرفت. هشتاد و نه و هفت دهم درصد از دانشجویان گروه مطالعه و ۵۹/۳ درصد از دانشجویان گروه کنترل در این قسمت عملکرد رضایت-بخش داشتند (نمره کامل گرفتند) که بین دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۰۹).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

مقایسه میانگین نمره آزمون مهارت مشاوره بعد از آی‌یودی‌گذاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس آزمون t دانشجویی نشان داد که میانگین نمره پیش‌آزمون

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار سن، تعداد واحد ترم تحصیلی جاری، معدل ترم قبل و فاصله سپری شده تا آغاز دوره کارشناسی به تفکیک گروه

متغیر	ایفای نقش (۲۹ نفر)	مرسوم (۲۷ نفر)	نتیجه
سن (سال)	۲۵±۱/۹۳	۲۵/۵±۲/۹۹	t = ۰/۸۵۵ df = ۵۴ P = ۰/۴
تعداد واحد ترم تحصیل جاری	۱۸/۱۱±۱/۷۶	۱۸/۴۴±۱/۷۶	Z = -۰/۸۴ و P = ۰/۴
معدل ترم قبل	۱۶/۹۱±۰/۹۷	۱۶/۵۶±۱/۱۵	t = ۰/۱/۱۹ df = ۴۹ P = ۰/۲۴
فاصله تا آغاز دوره کارشناسی (ماه)	۲۴/۳۷±۱۸/۷۷	۲۸/۲۲±۳۴/۲۱	Z = ۰/۵ و P = ۰/۹۶
مدت سابقه کار در مراکز بهداشتی (ماه)	۵/۶۵±۵/۴۹	۳/۷۷±۵/۱۸	Z = -۱/۲۳ و P = ۰/۲۲

در بین دو گروه با P = ۰/۵۳ اختلاف آماری معنی‌داری نداشت اما در پس‌آزمون بین دو گروه مطالعه با P = ۰/۰۱۳ اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳). سقف نمره این بخش از آزمون ۱۴ بود.

بر اساس آزمون t زوج بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه ایفای نقش با (P < ۰/۰۰۱ و t = -۱۳/۱۶) و در گروه کنترل با (P < ۰/۰۰۱ و t = -۷/۸۶) اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت. در پس‌آزمون، ۱۰۰ درصد از دانشجویان گروه مطالعه و ۸۱/۵ درصد از دانشجویان گروه کنترل نحوه و زمان کنترل نخ آی‌یودی را به متقاضی آموزش دادند که از این نظر بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۵). همچنین به ترتیب ۷۲/۴ و ۳۳/۳ درصد از دانشجویان برنامه مراجعات بعدی متقاضی را صحیح و کامل تنظیم نموده و به همه سؤالات وی پاسخ دادند که بین دو گروه از این نظر نیز اختلاف معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۱).

مقایسه میانگین نمره خودارزشیابی دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس آزمون t دانشجویی نشان داد که میانگین نمره پیش‌آزمون در بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت اما در پس‌آزمون بین دو

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار مهارت مشاوره قبل و بعد از آی‌یودی‌گذاری و خودارزشیابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه

متغیر	ایفای نقش (۲۹ نفر)	مرسوم (۲۷ نفر)	† t	P
مشاوره				

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

قبل از آی‌یودی‌گذاری				
پیش‌آزمون	۱۲/۳۷±۴/۷۶	۱۰/۶۲±۳/۴۵	۱/۵۶	۰/۱۲
پس‌آزمون	۲۲/۹۳±۱/۷۳	۲۱/۱۸±۲/۳۳	۳/۱۹	۰/۰۰۲
مشاوره بعد از آی‌یودی‌گاری				
پیش‌آزمون	۷±۱/۶۴	۶/۷±۱/۸۱	۰/۶۴	۰/۵۳
پس‌آزمون	۱۲/۳۱±۱/۳۳	۱۱/۱۴±۲/۰۱	۲/۵۶	۰/۰۱۳
خودارزشیابی				
پیش‌آزمون	۵/۰۶±۱/۸۱	۵/۲۲±۱/۴۵	۰/۳۴	۰/۷۲
پس‌آزمون	۷±۱/۰۸	۵/۷۷±۱/۳۳	۳/۶۵	۰/۰۰۱ >

† درجه آزادی در تمام موارد ۵۴ بود.

گروه مطالعه با P<۰/۰۰۱ اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳). سقف نمره این بخش از آزمون ۸ بود. بر اساس آزمون t زوجی بین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه با ایفای نقش با (P<۰/۰۰۱ و t=-۵/۲۳) و در گروه مرسوم با (P=۰/۰۰۳ و t=-۳/۲۳) اختلاف معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳).

بحث

مقایسه میانگین نمره مربوط به مشاوره قبل از آی‌یودی-گذاری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که میانگین نمره دو گروه در ابتدای مطالعه همگن است، اما در پس-آزمون، افزایش واضحی در نمره گروه ایفای نقش مشاهده شد. همچنین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه نیز بیانگر افزایش معنی‌داری در مهارت آنها پس از شرکت هر دو گروه در دوره آموزشی بود.

مقایسه میانگین نمره مربوط به مشاوره بعد از گذاشتن آی‌یودی نیز نشان داد که نمرات دانشجویان در ابتدای مطالعه همگن است، اما در انتهای مطالعه در نمره دانشجویان گروه ایفای نقش افزایش معنی‌داری مشاهده شد. بین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در هر یک از دو گروه نیز افزایش معنی‌داری وجود داشت.

مطالعه‌ای توسط وزارت بهداشت قرقیزستان با کمک USAID (US Agency for International Development) با عنوان آموزش ماماروستاها در ارائه خدمات مربوط به آی‌یودی بر روی یک گروه از ماماروستاها انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که در انتهای مطالعه، میزان مهارت ماماها در مشاوره تنظیم خانواده افزایش داشته است(۱۴). نتایج این تحقیق با پژوهش حاضر همخوانی دارد و یافته‌های حاصل از این تحقیق مبین تأثیر آموزش بر مهارت مشاوره در هر دو گروه مطالعه می‌باشد. اما در جواب این سؤال که کدام روش آموزشی نتایج بهتری خواهد داشت؟ مطالعات مختلفی در مورد مهارت‌های دیگر انجام شده است.

در مطالعه آبراهام (Abraham)، استفاده از برنامه آموزشی به روش ایفای نقش در مقایسه با

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

آموزش به روش مرسوم بطور معنی‌داری مهارت‌های دانشجویان را در برقرای ارتباط و غربالگری خشونت افزایش داد(۳۰). رابین (Rabin) نیز یافته‌های مشابهی را به دست آورد. در مطالعه وی پزشکانی که آموزش مهارت‌های مشاوره را از طریق ایفای نقش دریافت نموده بودند، عملکرد بهتری در ارزیابی رفتارهای پرخطر مراجعین نسبت به گروهی که از این روش استفاده ننموده بودند، داشتند. آنها در ملاقات‌هایشان بطور معنی‌داری میزان استفاده از کاندوم و رفتارهای جنسی پرخطر را بیشتر از گروه دیگر سؤال می‌کردند(۳۱).

در دو مطالعه جداگانه تأثیر استفاده از بیمارنما را در مقایسه با سخنرانی بر میزان مهارت دانشجویان در انجام معاینه پستان و غربالگری ایدز بررسی شده که نتیجه گرفته‌اند دانشجویانی که آموزش آنها از طریق بیمارنما صورت گرفته بود بطور معنی‌داری مهارت‌های مشاوره بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند(۳۲و۳۳) که این نتایج، یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند و همگی مبین اثربخش بودن استفاده از ایفای نقش در آموزش مهارت‌های مربوط به مشاوره می‌باشند.

مطالعات بیان می‌کنند در صورت ارائه آموزش به شیوه‌های فعال‌تر و بر پایه تجارب شخصی یادگیرندگان، میزان یادگیری افراد در مهارت‌های ارتباطی و بین فردی و تأثیر آموزش به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد(۱۳). افزایش بیشتر مهارت در گروه آموزش با ایفای نقش این مسأله را تأیید می‌کند. اما در مطالعه زریک (Zraick) استفاده از ایفای نقش مهارت دانشجویان را در مشاوره، در مقایسه با سخنرانی افزایش نداد. وی بیان داشت علت این امر عدم ارزیابی دقیق و عدم استفاده از ابزار مناسب بود(۳٤). هر اندازه روش ارزشیابی با نوع عملکرد و هدف آموزش متناسب‌تر باشد، اهداف آموزشی بهتر و دقیق‌تر ارزیابی می‌گردد(۱۹).

در مطالعه‌ای از بیمارنما و روش سنتی برای آموزش دو گروه از دانشجویان استفاده شد. نتایج مطالعه نشان داد استفاده از بیمارنما هیچ مزیتی بر آموزش سنتی ندارد و پیشنهاد نموده‌اند تحقیقات بیشتری مورد نیاز است تا بر نتایج مثبت آموزشی که از بکارگیری این روش جدید آموزشی کسب می‌گردد، تمرکز کند و آنها را پیدا نماید(۲۲). نتایج این دو مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی ندارند که از علل آن می‌تواند عدم وجود روش ارزیابی دقیق، طراحی ابزار مناسب و محتوی آموزشی همگون با اهداف آموزشی باشد.

توجه به این نکته ضروری است که برای افزایش اثربخشی این روش، مراکز توسعه آموزش و اساتید باید از علم آموزش و قواعد شناخته شده آن استفاده نمایند. برای اثربخش‌تر شدن تمرکز بر اهداف و مهارت‌های کلیدی، دقت در آماده‌سازی سناریوها، فراهم آوردن امکان بازخورد شخصی و ارزیابی عملکرد، انجام تجربیات تحت راهنمایی و تناسب آن با نیازهای حرفه‌ای لازم است(۳۵).

بررسی نمرات کسب شده از خودارزشیابی دانشجویان در انجام مهارت نشان داد که در ابتدای مطالعه دو گروه با یکدیگر همگن بودند، اما در انتهای مطالعه دانشجویان گروه ایفای نقش از نمرات بالاتری برخوردار بودند. با این حال، میزان نمره خودارزشیابی هر گروه در انتهای مطالعه نسبت به شروع مطالعه از افزایش واضحی برخوردار بود.

در مطالعه‌ای استفاده از روش‌های آموزشی فعال باعث افزایش توانایی شرکت‌کنندگان در آی‌یودی‌گذاری

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

شد(۳۶). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد و یافته‌های حاصل از آنها نشان‌دهنده تأثیر بیشتر آموزش به شیوه ایفای نقش بر میزان خودارزشیابی افراد از میزان توانایی خود می‌باشد.

در این تحقیق محدودیت‌هایی وجود داشت از جمله: تفاوت در توانایی ذهنی دانشجویان دو گروه برای یادگیری مطالب ارائه شده، وضعیت روحی- روانی آنها در حین جلسات آموزشی و ارزشیابی، تفاوت در تعداد و نوع واحدهایی که دانشجویان در هنگام انجام پژوهش، مشغول گذراندن آنها بودند که سعی شد تا حد امکان با روش‌هایی مانند حذف کردن و تخصیص تصادفی کنترل گردند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش اثربخش‌تر بودن آموزش به روش ایفای نقش را نشان می‌دهد که منجر به یادگیری بهتر مهارت‌های مشاوره‌ای دانشجویان می‌گردد. مهارت‌های ارتباطی و مشاوره، از مهارت‌های اساسی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی می‌باشد که می‌توان از نتایج این مطالعه برای آموزش ضمن خدمت کارکنان استفاده نمود.

قدردانی

از دانشجویانی که بی‌دریغ در این پژوهش شرکت نمودند، از آزمونگران و پرسنل دانشکده پرستاری و مامایی مشهد نهایت تشکر را داریم.

منابع

1. Salehi P (Translator). [Amoosesh baraye yadgiri behtar]. Abat FR. (Author). 1st ed. Teharan: Markaz Bazamooi va Amoosesshhaye Azade Vezarat Behdasht Darman va Amoosesh Pezeshki. 1993. [Persian].
2. Fallahi R, Hajillo M. (Translators). [Ravanshenasie moshavere nazariyeha ahdaf va farayandhaye moshavere va ravandarmangari]. Jorj R, Christiani T. (Authors).3rd ed. Teharan: Roshd. 2002 [Persian].
3. Barbarian A. [Jameiyat va khanevade]. Teharan: Noor danesh. 2001 [Persian].
4. McIntosh N, Kinzie B, Blouse A. IUD guidelines for family planning service programs: a problem-solving reference manual. 2nd ed. Baltimore: HPIEGO. 1998.
5. Ghazizade SH, Shahriari S, Andalib P, Eslami M. [Moshavere va tanzim khanevade]. Teharan: Sandoghe jameiyate sazemane mellale mottahed, vezarat behdasht darman va amoosesh pezeshki. 1997 [Persian].
6. Espey E, Ogburn T, Espey D, Etsitty V. IUD-related knowledge, attitudes and practices among Navajo Area Indian Health Service Providers. Perspect Sex Reprod Health 2003 Jul-Aug; 35(4): 169-73.
7. Qualitative assessment of IUD service delivery in Kenya. [cited 2008 Dec 2]. Available

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

from: http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/IUD/factsheet9.htm
8. Katz KR, Johnson ML, Janowitz B, Carranza JM. Reasons for the low level of IUD use in El Salvador. Int Fam Plan Perspect 2002; 28(1): 26-31.
9. Clients and providers need better support and guidance on IUDs. [cited 2008 Dec 2]. Available from: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/Orsum32.pdf
10. Johns Hopkins university. Population reports. New Attention to the IUD. 2006.
11. FHI's quarterly health bulletin network. Rehabilitating the IUD. [cited 2009 Jan 14]. Available from: http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6issues/6network/v23-1/nt2315.htm
12.United Nations Population Information Network (POPIN). Proper IUD use requires training in insertion & counseling techniques. [cited 2008 Dec 2]. Available from: http://www.un.org/popin/popis/journals/network/network162/trn162.html
13. Johns Hopkins university. Population information program center for communication program. Training for health care providers. Baltimore: Johns Hopkins University. 1995.
14. Expanding the role of midwives in Kyrgyzstan: results of a pilot project on IUD services. [2009 Jan 14]. Available from: http://www.zplus.kz/Success/RTR_IUD%20Results_eng.pdf
15. Pivotal points of change. Various factors can facilitate or hinder research utilization. Network: 2003, Vol. 23, No. 1. [cited 2009 Jan]. Available from: http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Network/v23_1/nt2314.htm
16. Daftare salamate khanevade va jamiate vezarate behdasht, darman va amozeshe pezeshki. [Tanzim khanevade]. Tehran: Moavenate salamate Vezarat Behdasht Darman va Amoosesh Pezeshki. 2007 [Persian].
17. Bradley P, Postlethwaite K. Setting up a clinical skills learning facility. Med Educ 2003 Nov; 37 (Suppl 1): 6-13.
18. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. Patient Educ Couns 2007 Jul; 67(1-2): 13-20.
19. Wojtczak A. Glossary of medical education terms: part 3. Med Teach 2002 Jul; 24(4): 450-3.
20. Simulation in health care: a model for improving patient safety and ensuring quality. [cited 2008 Dec 2]. Available from:

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

http://www.medsim.org/press/documents/AIMS2005MeetingSummary.pdf
21. Theroux R, Pearce C. Graduate students' experiences with standardized patients as adjuncts for teaching pelvic examinations. J Am Acad Nurse Pract 2006 Sep; 18(9): 429-35.
22. Schwartz LR, Fernandez R, Kouyoumjian SR, Jones KA, Compton S. A randomized comparison trial of case-based learning versus human patient simulation in medical student education. Acad Emerg Med 2007 Feb; 14(2): 130-7.
23. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrip LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics.21th ed: Mcgraw Hill. 2005:726-41.
24. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth`s obstetrics and gynecology. 9th ed. Lippincott Williams and Wilkins. 2003.
25. Mishell DR Jr. Intrauterine devices: mechanisms of action, safety, and efficacy. Contraception 1998 Sep; 58(3 Suppl): 45S-53S; quiz 70S.
26. Bradley P, Postlethwaite K. Setting up a clinical skills learning facility. Med Educ 2003 Nov; 37 (Suppl 1): 6-13.
27. Shaghaghi A, Hasanzadeh S, Amini A, Sedaghat K. Effects of clinical skills training in Clinical Skill Laboratory (CSL) on mental preparedness of medical students for practicing some basic clinical skills. Journal of Medical Education 2003; 4 (suppl 1): 25.
28. Pugh CM, Youngblood P. Development and validation of assessment measures for a newly developed physical examination simulator. J Am Med Inform Assoc 2002 Sep-Oct; 9(5): 448-60.
29. A humanistic approach to IUD clinical training: results of a comparative study in Thailand. Jhpiego Technical Report FCA-06 (December 1994). [cited 2008 Jan 20]. Available from: http://www.jhpiego.org/resources/pubs/TR/tr9406sum.htm
30. Abraham A, Cheng TL, Wright JL, Addlestone I, Huang Z, Greenberg L. Assessing an educational intervention to improve physician violence screening skills. Pediatrics 2001 May; 107(5): E68.
31. Rabin DL, Boekeloo BO, Marx ES, Bowman MA, Russell NK, Willis AG. Improving office-based physician's prevention practices for sexually transmitted diseases. Ann Intern Med 1994 Oct 1; 121(7): 513-9.
32. Blue AV, Stratton TD, Plymale M, DeGnore LT, Schwartz RW, Sloan DA. The effectiveness of the structured clinical instruction module. Am J Surg 1998 Jul; 176(1):

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

67-70.
33. Madan AK, Caruso BA, Lopes JE, Gracely EJ. Comparison of simulated patient and didactic methods of teaching HIV risk assessment to medical residents. Am J Prev Med 1998 Aug; 15(2): 114-9.
34. Zraick RI, Allen RM, Johnson SB. The use of standardized patients to teach and test interpersonal and communication skills with students in speech-language pathology. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2003; 8(3): 237-48.
35. Salas E, Burke CS. Simulation for training is effective when. Qual Saf Health Care 2002 Jun; 11(2): 119–20.
36. Geyoushi B, Apte K, Stones RW. Simulators for intimate examination training in the developing world. J Fam Plann Reprod Health Care 2003 Jan; 29(1): 34-5.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

The Effect of Teaching by Role Playing on Students' Counseling and Screening Skills toward IUD Clients

Erfanian F, Khadivzadeh T, Khadem N, Khajedelooie M.

Abstract

Introduction: *One of the most important barriers for using IUD (Intra Uterine Device) is inadequate provision of appropriate counseling. Since, employing new training methods is necessary for enhancing midwives` roles in providing appropriate counseling, this study was performed to compare the effect of two methods of traditional training and role playing on students' skills in counseling.*

Methods: *In this experimental study, 62 midwifery students were randomly allocated in role playing and traditional training groups to participate in a 4 hour workshop about counseling skills for IUD clients. Before and after the workshop students' skills in counseling were assessed. The data gathering tools included a self evaluation form and evaluation checklists for assessing students' performance in counseling before and after IUD insertion. Comparisons were made using Chi square, Fisher exact text, t-student, Man-Whitney, paired t-test, and Wilcoxon by SPSS software.*

Results: *The mean of students' score in counseling before and after IUD insertion was not different between the two groups in pretest, but the post-tests of the 2 groups in both skills were significantly different. There was a significant difference between pretest and posttest scores in both groups regarding the two skills.*

Conclusion: *Teaching by role playing leads to a better learning of counseling skills. Employing this educational method is recommended for training counseling skills to students.*

Keywords: Training, Role play, Traditional training, Skill, Counseling, IUD, Screening.

Addresses

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]

Fatemeh Erfanian, MS in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: fatierfanian@yahoo.com

Corresponding Author: Talat Khadivzadeh, PhD Student in Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, and Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Ibn-Sina St, Mashhad, Iran. E-mail: tkhadivzadeh@yahoo.com

Nayereh Khadem, Associate Professor, Department of Gynecology, Women Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: khademn@mums.ac.ir

Mohammad Khajedelooie, Assistant Professor, Department of Community Medicine, Ghaem Hospital, Mashhad, Iran. E-mail: modalooie@hotmail.com

Source: Iranian Journal of Medical Education 2008 Aut & 2009 Win; 8(2): 275-283.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-03]