

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله به دو روش کارگاه و کتابچه آموزشی بر ارتباط

بین فردی شاغلین مامایی

مریم مدرس^۱، حمیده محسنی^{۲*}، پگاه شیران نوجی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۲/۰۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۲۰

چکیده

مقدمه: آموزش مهارت حل مسئله، روشی برای شرکت فعال افراد در بحث گروهی و تشویق آنان به تفکر انتقادی ولی سازنده و خلاق برای یافتن راه‌حلهایی می‌باشد که نهایتاً به ارائه بهتر خدمات بهداشتی درمانی مطلوب کمک کند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله خلاق با دو روش کارگاه آموزشی و کتابچه آموزشی بر مهارت‌های بین فردی شاغلین مامایی انجام شد.

روش‌ها: در یک مطالعه نیمه‌تجربی بر روی ماما‌های شاغل در بیمارستان‌های استان کرمان در سال ۱۳۹۴ تعداد ۹۷ نفر در مطالعه شرکت داشتند. ماماها به دو گروه کتابچه آموزشی (۴۹ نفر) و کارگاه آموزشی (۴۸ نفر) تقسیم شدند که به گروه (۱) کتابچه آموزشی برای مطالعه مستقل داده شد و برای گروه (۲) کارگاه آموزشی ۳ روزه با روش‌های تعاملی اجرا گردید. این دو گروه از نظر مشخصات فردی همگن بودند. نمونه‌گیری از بیمارستان‌ها به روش تصادفی ساده و برای ماماها سهمیه‌ای انجام شد. ارتباطات بین فردی هر دو گروه قبل و پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله از طریق پرسشنامه استاندارد مهارت‌های ارتباطی بین فردی (Interpersonal Communication Skills Test) ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های من ویتنی یو، t زوجی، t مستقل، تحلیل واریانس و از طریق نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه، از نظر ارتباط بین فردی قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/064$). اما بعد از مداخله آموزشی بین گروه ۱ و ۲ اختلاف آماری معنی‌داری در ارتباط بین فردی مشاهده گردید ($p=0/001$). به طوری که میانگین تغییر نمره در گروه کارگاه آموزشی ۸/۸۹ و در کتابچه آموزشی ۳/۱۱ بود.

نتیجه‌گیری: آموزش فارغ التحصیلان مامایی طبق الگوی دزوریل با دو روش کارگاه آموزشی و کتابچه آموزشی بر ارتباط بین فردی آن‌ها موثر بوده و پس از آموزش، ارتباطات بین فردی آنان افزایش یافته است. پس با توجه به محدودیت‌های امکان برگزاری کارگاه در بعضی موارد، برای آموزش می‌توان از کتابچه‌های آموزشی استاندارد شده استفاده نمود.

کلید واژه‌ها: آموزش، حل مسئله، ارتباط، یادگیری، مامایی

مقدمه

استفاده از روش‌های مختلف آموزشی و ارائه مسایل آموزشی واقعی، ایجاد موقعیت تعمق و بازاندیشی با بحث و تبادل نظر و دادن بازخورد به نظرات، همه موارد در ارتقای آموزش کمک‌کننده هستند. از طرفی کارگاه آموزشی عملکردی به‌عنوان یک روش آموزشی فعال معرفی شده است که از طریق بارش مغزی و ارائه بازخورد (فیدبک)، کسب دانش و مهارت‌ها صورت می‌گیرد (۱). کارگاه آموزشی یکی از روش‌های رایج در انتقال اطلاعات و مهارت‌هاست. از نکات

مهم در یادگیری از طریق کارگاه آموزشی، تعمق و بازاندیشی کردن یادگیرندگان در موضوعات جدید برای یادگیری عمیق است که در گروه‌های کوچک اتفاق می‌افتد (۲). نتایج مطالعه Hamann (۲۰۱۶) نشان داد که کارگاه آموزشی یک راهنمای عملی عملکردی در مورد سلامت فکری در محیط بالین ارائه نموده است (۳). حل مسئله فرآیندی شناختی، رفتاری و مهارتی مقابله‌ای است که با سازگاری شخصی خوب مرتبط است (۴). مشکل‌گشایی و حل مسئله، پایه و اساس فرایند مراقبتی است و پرداختن به این موضوع و پرورش آن حائز اهمیت می‌باشد (۵) و آموزش آن بر رفتار افراد تاثیر می‌گذارد و باعث افزایش خودکارآمدی آن‌ها می‌شود (۶).

نویسنده مسئول: حمیده محسنی، بیمارستان تامین اجتماعی کرمان، کرمان، ایران
hamide819364@gmail.com
مریم مدرس، مرکز تحقیقات مراقبتی پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
پگاه شیران نوجی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

سوم یعنی تصمیم‌گیری، تدارک طیفی از پاسخ‌های احتمالی است که از بین آن‌ها پاسخ‌های موثر را می‌توان انتخاب کرد (۱۸). برای پیدا کردن راه حل‌های خلاق، از روش بارش ذهنی می‌توان بهره برد. هدف عمده این است که فرایند تولید پاسخ‌ها از فرایند ارزشیابی آن‌ها مجزا شود، زیرا غالباً تولید پاسخ‌های متنوع به وسیله ارزشیابی سرکوب می‌شود و این ارزشیابی از بروز خلاقیت جلوگیری می‌کند. پس در این مرحله، راه حل‌ها مورد ارزشیابی و قضاوت قرار نمی‌گیرند (۱۳).

ماما برای کمک به مادران نیاز به ظرفیت مناسب برای تصمیم‌گیری در مورد مشکلات دارد و چنانچه از این مهارت برخوردار باشد به خوبی به چالش‌های شرایط مختلف پاسخ می‌دهد (۱۹). Gaskell و همکاران (۲۰۱۵) اظهار نموده‌اند که برای ارتقای توانمندی‌های ماماها در مهارت‌های بالینی پیشرفته، تفکر انتقادی، همکاری گروهی در کارها، نوآوری در خدمات و مهارت‌های حل مسئله نیاز به آموزش وجود دارد به این ترتیب تقویت مهارت‌های حل مسئله در ارتقای مراقبت‌ها نیز موثر است (۲۰). Ivicsek و همکاران (۲۰۱۱) نیز عقیده دارند که با توجه به اینکه محیط‌هایی که کادر پزشکی در آن‌ها اشتغال می‌یابند پیچیدگی‌هایی دارد و نیاز به استدلال و تصمیم‌گیری و خلاقیت برای حل مسئله وجود دارد، آموزش مبتنی بر حل مسئله از روش‌های مناسب مقابله با محیط است (۲۱).

مطالعه مرور سیستماتیک Choon-Huat Koh (۲۰۰۸) نشان داد که آموزش مهارت حل مسئله اثرات مفیدی بر توانمندی‌های پزشکان بخصوص در ابعاد اجتماعی و شناختی پس از فارغ التحصیلی داشته است (۲۲). McNeill و همکاران نیز در ۲۰۱۲ براساس یک مطالعه کمی و کیفی پیشنهاد کردند که باید نقش ماماها در مشارکت برای ارتقای سلامت جامعه بیشتر شود و برای درک نقش آنان در سلامت جامعه، باید آموزش مناسب داده شود (۲۳). همچنین ارتباط خوب برقرار کردن پزشکان با بیماران باعث تبعیت و اجرای بهتر، در نتیجه بهبودی بهتر بیماران شده است (۲۴). به همین منظور این پژوهش با هدف تعیین مقایسه‌ای تاثیر آموزش مهارت حل مسئله با دو روش کارگاه آموزشی و کتابچه آموزشی بر ارتباط بین فردی ماماها فارغ التحصیل در محیط کار براساس الگوی دزوریل در محیط بیمارستان‌های شهر کرمان انجام گرفت.

لازم به آن‌ها داده شود (۷). از ویژگی‌های محیط اورژانس (نظیر مامایی) می‌توان به پیچیدگی، بارکاری فوق‌العاده، حساس بودن، غیرقابل پیش‌بینی، حفظ حیات بیمار و درست بکارگیری اطلاعات آن اشاره نمود و این امر ضروری به‌نظر می‌رسد که کارکنان این واحدها بایستی اطلاعات، توانمندی و مهارت کافی جهت حل مشکل در هر شرایطی را داشته باشند (۸،۹). البته دانشجویان در محیط‌های بالینی و در برخورد با بیماران واقعی، مهارت‌های حل مسئله، توانمندی‌های روان- حرکتی، ارتباطی، تفکر انتقادی و مدیریت زمان، رفتار اجتماعی و ارتقاء اعتماد به نفس را یاد می‌گیرند (۱۰). مطالعات متعددی نشان می‌دهند که آموزش حل مسئله تأثیری مثبت بر تفکر انتقادی، خودپنداره، سلامت روانی، کاهش افسردگی، ارتباطات می‌تواند، داشته باشد (۱۱،۱۲،۱۴). شرایط مهارت حل مسئله از نظریه گانیه عبارتند از: شرایط درونی یادگیرنده و موقعیت یادگیری او، طبق این نظریه یادگیرنده از ترکیب قاعده‌های ساده قاعده‌های سطح بالاتری درست می‌کند که این خود منجر به حل مسئله می‌شود. بنابراین گانیه مهارت حل مسئله را نوعی یادگیری اصل یا یادگیری قاعده می‌داند و معتقد است در حل مسئله، یادگیری قبلی فرد، به ویژه قواعد یا اصولی که او قبلاً آموخته است باید به طریقی تازه با هم ترکیب شوند و ایجاد یک اصل سطح بالاتر کنند (۱۳).

از طرفی ماماها در محیط‌های کاری خود با وقایع غیرقابل پیش‌بینی مواجه می‌شوند که آن‌ها را با استرسی بالا مواجه می‌سازد که بر تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیر می‌گذارد در نتیجه باید مهارت حل مسئله را در هر شرایطی بیاموزند. در مراقبت‌های پیچیده بهداشتی امروزی، کادر پزشکی باید قادر باشند که به‌طور سریع، مناسب و درست بر مشکل فایق آیند (۱۴) و فقط در مورد ارتباط با بیمار نیست بلکه در جوانب مختلف کاری نظیر برخورد با همکاران اهمیت دارد که اوضاع اطراف خود را از متشنج شدن نجات دهند و نشان داده شده که کسب مهارت‌های حل مسئله نقش مهمی در نحوه برخورد فرد با رویدادهای ناگوار و تنیدگی‌های منفی زندگی دارد (۱۵). مطالعه شکوهی یکتا نشان داد که آموزش حل مسئله بر بهبود روابط موثر بوده و باعث کاهش رفتارهای منفی در بین افراد شده است (۱۶). مراحل مهارت حل مسئله از دیدگاه دزوریل و گلد فراید عبارتند از: جهت‌گیری کلی، تعریف و صورت‌بندی مسئله، تولید راه حل‌های خلاق تصمیم‌گیری، اجرای راه حل و بازبینی است (۱۷). وظیفه اصلی در مرحله

روش‌ها

واحد نمونه معرفی کرد و سپس با توجه افراد و کسب رضایت از ایشان و با تمایل و آگاهی به اهداف پژوهش وارد مطالعه شدند.

پژوهش به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه صورت گرفت که قبل از انجام مداخله، به تمامی نمونه‌ها پرسشنامه مهارت بین فردی داده شد. معیارهای ورود به مطالعه: حداقل یکسال سابقه کار، طرحی نبودن، طی شش ماه گذشته در کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی نظیر ارتباطات و حل مسئله شرکت نکرده باشند. معیارهای خروج غیبت بیش از دو جلسه، عدم تکمیل یا نقص در پرسشنامه و یا کتابچه آموزشی را مطالعه نکرده باشند. پرسشنامه دارای دو بخش بود که بخش اول اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعات: سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت استخدام، سابقه کاری، نوبت کاری و سابقه شرکت در کلاس‌های مهارت‌های زندگی در ۶ ماه اخیر بود و قسمت دوم ارتباط بین فردی را می‌سنجید که توسط خود ماماها تکمیل می‌گردید. پرسشنامه استاندارد مهارت‌های ارتباطی بین فردی (Interpersonal Communication Skills Test) دارای ۳۴ سوال پنج‌گزینه‌ای لیکرت (تقریباً هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اکثر اوقات و نسبتاً همیشه) با دامنه نمره ۳۴ تا ۱۷۰ است. روایی پرسشنامه از طریق روایی هم‌زمان $r = 0.698$ و پایایی آن براساس ضریب آلفای کرونباخ 0.73 محاسبه شد (۳۸).

پس از کسب مجوز برای بیمارستان‌ها، دو بیمارستان به علت مشکلات مربوط به شرکت ماماها شاغل خود در برنامه آموزشی از مطالعه حذف شدند. همچنین ۲ نفر از نمونه‌های پژوهش در گروه مداخله با کارگاه آموزشی به علت غیبت بیش از یک روز در کارگاه از واحدهای پژوهش حد خارج گردیدند. اما در گروه کتابچه آموزشی هیچ ریزشی وجود نداشت. در مرحله اول، پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت درمان، مدیران بیمارستان‌ها و اخذ رضایت نامه اخلاقی از ماماها، پژوهشگر در شیفت‌های مختلف کاری پرسنل ماماها، به تک بیمارستان‌ها (هر دو گروه) مراجعه کرده و پرسشنامه مهارت بین فردی را توزیع و در همان زمان پس از تکمیل پرسشنامه توسط پرسنل ماماها، آن‌ها را جمع‌آوری کرد. در مرحله دوم ابتدا یک فراخوان، به سالن آموزشی یکی از بیمارستان‌های مداخله قرار داده شد و ماماها داوطلب به شرکت فراخوانده شدند. پس از ثبت نام داوطلبین به قید قرعه گروه‌های ۱ و ۲ مشخص شدند. در گروه مداخله ۱ کتابچه

در یک مطالعه نیمه تجربی بر روی ماماها شاغل در بیمارستان‌های استان کرمان، تعداد ۹۷ نفر در مطالعه در تابستان ۱۳۹۴ شرکت داشتند. جهت انتخاب بیمارستان‌ها به دو گروه، پژوهشگر به صورت تصادفی ساده عمل کرد بدین ترتیب که اسامی بیمارستان‌ها را لیست کرد و سپس نام آن‌ها را در داخل پاکت ریخت و سپس بطور تصادفی یکی یکی نام آن‌ها را استخراج نمود که به صورت یک در میان جزء گروه مداخله ۱ و مداخله ۲ قرار گرفتند و با این روش امکان دسترسی دو گروه به یکدیگر به حداقل ممکن رسید. سه بیمارستان جهت گروه مداخله ۱ و سه بیمارستان برای گروه مداخله ۲ انتخاب شدند. بدلیل تفاوت در تعداد ماماها شاغل در هر بیمارستان، تعداد ماماها به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی سهمیه‌ای در هر بیمارستان انتخاب شدند. بدین منظور، در هر بیمارستان به نسبت تعداد ماماها هر بیمارستان به تعداد نمونه در هر گروه (۵۰ نفر) سهمیه خاصی تعلق گرفت تا توزیع ماماها به طور یکسان صورت گیرد که خود بر کیفیت کار می‌افزود. نمونه‌گیری به این صورت بود که از بیمارستان‌های گروه مداخله شامل بیمارستان کاشانی (۱۹ ماما)، بیمارستان سیدالشهدا (۱۷ ماما) و بیمارستان راضیه فیروز (۱۴ ماما) وارد مطالعه شدند. بیمارستان‌های گروه کنترل نیز شامل بیمارستان مهرگان، بیمارستان ارجمند و بیمارستان افضل پور بودند که به ترتیب ۱۵، ۱۴ و ۲۱ ماما از این بیمارستان‌ها به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. همچنین چون در این مطالعه هدف اصلی مقایسه میانگین نمره ارتباط بین فردی در دو گروه آموزش دیده بود، بنابراین حجم نمونه براساس فرمول مقایسه دو میانگین طوری تعیین شد که با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ با این فرض که اگر اختلاف میانگین نمره ارتباط در دو گروه ۱۳ نمره یا بیشتر شود از نظر آماری معنی‌دار بدست می‌آید. ضمناً با توجه به در نظر گرفتن دامنه تغییرات نمره ارتباط بین ۱۷۰-۳۴، انحراف معیار این نمره ۲۶ در نظر گرفته شد. برای مقابله با ریزش نمونه‌ها، حدود ۶ درصد به نمونه‌ها اضافه شد و نسبت تعداد مداخله ۱ به مداخله ۲ نیز یک به یک در نظر گرفته شد و ارزیابی دو گروه بیانگر همگن بودن قبل از مداخله همگن بودند. بنابراین نمونه کل ۱۰۰ ماما شاغل در بیمارستان تعیین شد (۳۷). در نهایت در گروه مداخله ۱ (۵۰ نفر) و مداخله ۲ (۴۸ نفر) وارد مطالعه شدند. پس از کسب اجازه از مدیریت بیمارستان و مسئول بخش زنان و زایمان بیمارستان‌ها، پژوهشگر خود را به

روانشناس به صورت سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، بارش افکار، ایفای نقش، جلسات گروهی نقد و بحث و بهره‌گیری از الگوی دزوریل و گلدفراید برگزار شد. در هر جلسه ابتدا خلاصه‌ای از بحث جلسه قبل با کمک شرکت‌کنندگان بیان و سپس مباحث جدید با ۲ نفر از مجریان فرآیند با استفاده از روش سخنرانی تعاملی آموزش داده شد. مجریان به عنوان راهنما و هدایت‌کننده در جلسات حضور داشتند و مقداری از محتوای آموزشی را که قبلاً به صورت پاورپوینت تهیه شده بود پس از نتیجه‌گیری از بحث‌ها به مدت نیم ساعت در هر مبحث نمایش می‌دادند و اعضای گروه نیز در مباحث شرکت داده می‌شدند و در آخر جلسه اعضای گروه، خلاصه آنچه را که آموزش دیده بودند را بیان می‌کردند و رفع اشکالات به صورت پرسش و پاسخ برطرف شده و تکلیفی برای جلسه آینده به صورت ارایه یک سناریوی بالینی مشابه آنچه خود ماماها از تجربیات خود در جلسات مطرح کرده بودند به آنها داده می‌شد تا برای جلسه بعدی روی آن بازاندیشی و تعمق کرده و راه‌حل‌های انفرادی خود را مطرح نموده تا از این طریق تفکرخلاق به صورت فردی نیز علاوه بر گروهی تمرین شده باشد. چگونگی اجرای کارگاه آموزشی مبتنی بر الگوی دزوریل و گلدفراید در جدول شماره یک ذکر شده است.

آموزشی حاوی یک محتوا از تعاریف مربوط به حل مسئله، چگونگی برخورد با مشکل، راه‌های حل مسئله براساس روش دزوریل و گلد فرآید در رابطه با حل مسئله و مراحل آن توضیح داده شد و به صورت چاپی تهیه و جهت تعیین روایی کیفی محتوا، قبلاً توسط ۵ نفر از اساتید پرستاری و مامایی بررسی شد و اصلاحات لازم انجام و بعد توسط یک متخصص روانشناسی بالینی مورد تایید نهایی قرار گرفت. سپس در اختیار ماماهاى گروه مداخله ۱ قرار داده شد تا آن را مطالعه نموده و در صورت هر گونه سوال با مجری پژوهش تماس بگیرند. طبق هماهنگی قبلی با معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی، در گروه مداخله ۲ به صورت اجرای کارگاه آموزشی در ۳ جلسه ۴ ساعته از ۸ صبح تا ۱۲ ظهر و در سه روز متوالی، با استفاده از روش‌های متنوع آموزشی برحسب نیاز آموزش‌گیرندگان اجرا شد. برای این منظور پژوهشگر با گذراندن کلاس‌های آمادگی مربوطه (دو جلسه خصوصی با روانشناس) و کسب دانش و مهارت در زمینه حل مسئله، محتوای آموزشی را به صورت پاورپوینت، جزوه و پمفلت تهیه نمود و به تایید چهار نفر از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی تهران رسانده که پس از تعیین روایی کیفی آن، جلسات آموزشی را بر اساس این محتوا شروع نمود. جلسات آموزشی نیز با اجرای پژوهشگر و تحت نظارت و حضور

جدول ۱: زمان‌بندی اجرای کارگاه آموزشی مبتنی بر الگوی دزوریل و گلدفراید

روز	فعالیت کارگاه آموزشی - وظایف شرکت‌کنندگان	زمان
اول	معارفه و بحث آزاد درمورد مسائل و مشکلات درمورد ارتباطات در محل کار با همکاران و بیماران و پذیرش مشکل به عنوان یک پدیده طبیعی و اما قابل تغییر و اعتقاد به موثر بودن حل مسئله در برخورد با مشکل که از روش‌های گروه کوچک و بحث در گروه‌های و ارایه توسط نماینده گروه و نقد توسط گروه‌های دیگر وظیفه شرکت‌کنندگان: بیان مشکلات در انتهای جلسات گروهی توسط نماینده گروه	۲ ساعت
دوم	تعریف و صورت بندی مسئله و تعیین اهداف و سپس گردآوری اطلاعات و تجزیه مشکل که از روش‌های گروه کوچک و بحث در گروه‌های و ارایه توسط نماینده گروه و نقد توسط گروه‌های دیگر تجزیه و تحلیل مشکلات در انتهای جلسات گروهی توسط نماینده گروه تولید راه‌حل و تعیین طیفی از راه‌حل‌های محتمل که این راه حل‌ها را خود ماماهاى شرکت‌کننده ابراز می‌کردند و توسط خودشان نقادی می‌شد. وظیفه شرکت‌کنندگان: انتخاب مشکلات مشترک گروه ماماهاى بالین در انتهای جلسات گروهی توسط نماینده گروه و انتخاب راه‌حل‌ها تصمیم‌گیری و پیش‌بینی پیامدهای احتمالی هر راه حل. در این مرحله پیامد و مشکلات ناشی از اجرای هر راه حل منتخب و نقاط ضعف و قوت هر راه حل ارزیابی می‌شد. تصمیم‌گیری و پیش‌بینی پیامدها در انتهای جلسات گروهی توسط نماینده گروه و بیان نقاط قوت و ضعف	۲ ساعت
سوم	مرور جلسات قبلی و اجرای راه‌حل برای کیس‌های واقعی مطرح شده از محیط کار توسط خود مشارکت‌کنندگان به صورت بحث آزاد و ایفای نقش وظیفه شرکت‌کنندگان: انتخاب بهترین راه حل‌ها برای اجرا با توجه به بستر موجود در انتهای جلسات گروهی توسط نماینده گروه بازبینی به صورت ارزیابی نتایج و جمع بندی - ارزیابی کارگاه و بیان نظرات در انتهای جلسات گروهی	۲ ساعت

یافته‌ها

سن ماماهاى مورد پژوهش در هر دو گروه مداخله با کتابچه آموزشی (۴۲ درصد) و کارگاه آموزشی (۳۹/۶ درصد) بین ۳۱-۳۵ سال بود، همچنین بیشتر ماماهاى مورد پژوهش در هر دو گروه مداخله یک (۶۸ درصد) و در گروه مداخله دو (۸۱/۲ درصد) متاهل بودند. بیشتر ماماهاى مورد پژوهش در هر دو گروه کتابچه آموزشی (۴۲ درصد) و در گروه کارگاه آموزشی (۳۹/۶ درصد) سابقه کاری بین ۸-۱۵ سال داشته و بیشتر آنان در هر دو گروه کتابچه آموزشی (۹۴ درصد) و در گروه کارگاه آموزشی (۹۱/۷ درصد) از نظر تحصیلات، کارشناسی بودند.

بین میانگین نمره قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری آماری مشاهده نشد ($p=0/64$). در گروه کتابچه آموزشی میانگین برابر ۹۶/۵۶ و در گروه کارگاه آموزشی

۱۰۰/۱۴ بود. جهت مقایسه میانگین نمره ارتباط بین فردی بلافاصله بعد از آزمون در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد و ارتباط بین فردی در گروه کارگاه آموزشی افزایش بیشتری داشت. به طوری که در گروه کتابچه آموزشی میانگین ۹۹/۸ و در گروه مداخله با کارگاه ۱۱۷/۱۲ بدست آمد. برای مقایسه میانگین ارتباط بین فردی قبل و بلافاصله بعد از مداخله در هر دو گروه از آزمون t زوج استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده آن بود که میانگین در این دو زمان برای هر دو گروه تغییر معنی‌داری داشته است. در گروه کارگاه آموزشی میانگین از ۱۰۰/۱۴ به ۱۱۷/۱۲ رسیده که از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/001$) و در گروه کتابچه آموزشی نیز افزایش مشاهده شده که از ۹۶/۵۶ به ۹۹/۸۰ رسید و تفاوت قبل و بعد نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/001$) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز ارتباط بین فردی قبل و بلافاصله بعد از مداخله در دو گروه ۱ و ۲

گروه‌ها	شاخص آماری	انحراف معیار \pm میانگین	آزمون t زوج
مداخله ۱ (مطالعه کتابچه آموزشی)	قبل از مداخله	۹۶/۵۶ \pm ۱۱/۷۱	$(p=0/001)$ $df=49$
	بلافاصله بعد از مداخله	۹۹/۸۰ \pm ۱۲/۴۰	$t = -40.8/8$
مداخله ۲ (کارگاه آموزشی)	قبل از مداخله	۱۰۰/۱۴ \pm ۶/۶۱	$(p=0/001)$ $df=47$
	بلافاصله بعد از مداخله	۱۱۷/۱۲ \pm ۱۰/۱۹	$t = -8.08/13$

با کارگاه آموزشی بیشتر مشاهده شد. میانگین در این دو زمان، در هر دو گروه از نظر آماری تغییر معنی‌داری را نشان داد ($p=0/001$).

با توجه به جدول شماره سه میانگین امتیاز ارتباط بین فردی، دو ماه بعد از مداخله، هم در هر دو گروه نسبت به امتیاز قبل از مداخله، افزایش داشته است. اما این افزایش در گروه مداخله

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز ارتباط بین فردی قبل و دو ماه بعد در دو گروه مداخله ۱ و ۲

گروه	شاخص آماری	انحراف معیار \pm میانگین	آزمون t زوج
مداخله ۱ (مطالعه کتابچه آموزشی)	قبل از مداخله	۹۶/۵۶ \pm ۱۱/۷۱	$(p=0/001)$ $df=49$
	دو ماه بعد از مداخله	۹۹/۹۲ \pm ۱۲/۴۳	$t = -627/7$
مداخله ۲ (کارگاه آموزشی)	قبل از مداخله	۱۰۰/۱۴ \pm ۶/۶۱	$(p=0/001)$ $df=47$
	دو ماه بعد از مداخله	۱۱۵/۷۲ \pm ۱۰/۹۲	$t = -110/12$

آموزشی نیز امتیاز ارتباطات بین فردی پس از مداخله افزایش داشته است. برهانی (سال ۹۱) نیز در یک مطالعه تجربی بر روی ۲۵ پرستار در یک کارگاه آموزشی دو روزه (روزی ۸ ساعت) و پیگیری طی یک دوره ۲ ماهه نشان داد که حساسیت اخلاقی پرستاران پس از کارگاه آموزشی ارتقاء پیدا کرده است (۳۵) که این مطلب بیانگر تاثیر کارگاه آموزشی بر یادگیری اخلاقی بوده است که می‌تواند در برقراری صحیح ارتباطات بین فردی اثر داشته باشد. همچنین مومنی و همکاران

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که آموزش فارغ التحصیلان ماماها با هر دو روش کارگاه آموزشی و کتابچه آموزشی طبق الگوی گلدفراید و دزوریل بر ارتباط بین فردی آن‌ها موثر بوده و دوماه پس از آموزش با کتابچه آموزشی و کارگاه آموزشی در هر دو مورد، ارتباطات بین فردی افزایش یافته است. اگرچه امتیاز ارتباطات بین فردی در گروه کارگاه آموزشی پس از سه روز آموزش بیشتر از گروه کتابچه آموزشی بود. البته در گروه کتابچه

دانشجویان پیراپزشکی با نمره کسب شده از پرسشنامه مهارت ارتباط بین فردی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (۲۸) که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد. البته تفاوت در رشته‌ی تحصیلی و شاغل بودن افراد شرکت‌کننده را می‌توان برای این عدم هم‌خوانی ذکر کرد. در مطالعه حاضر، افراد شاغلی مورد بررسی قرار گرفتند که در حیطه کاری خود با سایر پرسنل تیم درمانی در ارتباط بوده و بنابراین عامل انگیزه در بهبود رفتار آنان می‌تواند موثر باشد.

عامل دیگری که بر روی مهارت‌های ارتباطی افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر مؤثر بود روش‌های مختلف تدریس و کیفیت آموزش‌های ارائه شده است. روش تدریس در این کارگاه متنوع و جدید بود. در کارگاه آموزشی اجرا شده، شیوه‌های بحث گروهی، پرسش و پاسخ و بازخورد دادن، ایجاد فرصت رفلکشن در گروه، طرح سناریوهای واقعی از طرف خود شرکت‌کنندگان و بحث و نقد از گروه‌ها می‌تواند در تغییر رفتار اثر کرده باشد. این روش‌ها بسیار مؤثرتر از روش تدریس به شیوه سخنرانی است. همچنین در واحدهای پژوهشی مطالعه حاضر در گروه کتابچه آموزشی، ماماها با مطالعه انفرادی کتابچه آموزشی در نوبت‌های بعدی نمرات بالاتری را کسب نمودند که این اثر آموزشی مطالعه انفرادی را می‌تواند نشان دهد. مطالعه Hap (۲۰۱۱) به ضعف ارتباط کلامی پرستاران پس از مداخله اشاره دارد که باعث نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمت شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۹). البته در مطالعه همتی مسلک‌پاک (۱۳۹۳) سطح مهارت ارتباطی پرستاران شاغل در بخش ویژه در سطح مطلوبی گزارش شده است و از آنجایی‌که این پرستاران در بخش ویژه با بیمارانی سرو کار دارند که قادر به برقراری ارتباط معمول نیستند، بنابراین در چنین شرایطی پرستاران برای درک نیاز و درخواست بیماران، بیشتر از روش ارتباط غیرکلامی استفاده می‌کنند و بهره‌گیری از این مهارت به گفته همتی مسلک‌پاک از مراقبت فیزیکی در بخش ویژه نیز موثرتر است، در نتیجه سطح ارتباطی آن‌ها بالا می‌باشد (۳۰). نتایج مطالعه حیدری نشان داد که آموزش باعث ارتقاء مهارت تصمیم‌گیری می‌شود (۳۱). Asuero (۲۰۱۴) با ذکر میزان اثر ۰/۷۴ پس از آموزش، آموزش مداوم کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه را با روش‌های نوآورانه برای پیشگیری از فرسودگی آن‌ها پیشنهاد نمود (۳۲).

درمطالعه حاضر افزایش نمرات ارتباط بین فردی ماماها بلافاصله و ۲ ماه بعد حاکی از میزان اثر حدوداً ۱/۷۷ در این

(سال ۸۷) با بوکلت آموزشی و VCD قبل از عمل بیماران قلبی را آموزش دادند، آن‌ها با آموزش این شیوه توانستند اضطراب قبل از عمل بیماران را کاهش دهند (۳۶).

نتایج مطالعه Erozkan و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که بین مهارت حل مسئله مناسب و مهارت ارتباطی موثر همبستگی وجود دارد. به‌طوری‌که با افزایش امتیاز مهارت حل مساله، نمره مهارت ارتباطی نیز افزایش یافت (۲۴). این نتیجه بیانگر آن است که آموزش حل مسئله می‌تواند باعث افزایش ارتباطات بین فردی شود. مطالعه Lucretia (۲۰۱۳) که با هدف بهبود روابط بین فردی در دانشجویان، روش ارتباطی اساتید را مورد بررسی قرار داد، یافته‌ها نشان داد که دادن فعالیت‌های فیزیکی و ایجاد جوی شاد و اعتماد و احترام به دانشجویان باعث ترغیب بیشتر دانشجویان به یادگیری و انجام بهتر تکالیف خواهد شد. پس از ایجاد تغییر در نحوه تدریس، وقتی دانشجویان به صورت گروهی فعالیت‌های فیزیکی را انجام می‌دادند، رضایت دانشجویان به سطح بالایی رسیده و کیفیت آموزش نیز بهبود یافته است و باعث ایجاد جوی دوستانه بین اساتید و دانشجویان گردید (۲۵). در مطالعه Clayton (۲۰۱۲) نشان داد که در سطح نگرش، اعتماد به نفس در تشخیص و رضایتمندی پزشکان از روابط کاری بهبود ایجاد شده است (۲۶). همچنین پژوهش Nursan (۲۰۱۰) بر روی دانشجویان مامایی و پرستاری نشان داد که بین عواملی هم‌چون خودکنترلی و اعتماد به نفس که از مقوله‌های موثر در ارتباطات می‌باشند با میزان حل مسئله ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۴) که نتایج آن با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که تاثیر آموزش مهارت حل مسئله تا دو ماه بعد، در گروه مداخله پابرجا بوده است. معطری در مطالعه‌ای تاثیر آموزش مهارت حل مسئله را بر سطح خودپنداره دانشجویان پرستاری ارزیابی نمودند و به نتایج مشابهی دست یافتند. یافته‌های پژوهش آنان نشان داد که در پیگیری یک ماه پس از آموزش حل مسئله مبتنی بر روش دزوریل و گلدفراید، سطح خودپنداره گروه آموزش همچنان بیشتر از گروه کنترل بود (۱۰). همچنین مطالعه‌ای که توسط Makoul (۲۰۰۳) بر روی دانشجویان پرستاری انجام شد نیز تفاوت معنی‌داری میان دانشجویان آموزش دیده و آموزش ندیده در خصوص نحوه ارتباط مشاهده شد (۲۷) که با نتیجه مطالعه حاضر، همسو است. اما در مطالعه سلیمی بین شرکت در کارگاه مهارت‌های ارتباطی

همزمان آنان در آموزش از دیگر محدودیت‌های اجرایی این مطالعه بود که برای کاهش آن برگزاری کارگاه آموزشی در نوبت تکمیلی انجام گرفت.

بنابراین براساس نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌گردد علی‌رغم این‌که برگزاری کارگاه آموزشی بر یادگیری شرکت‌کنندگان تاثیر مثبتی داشته باشد، ولی با وجود مشکلات کاری پرسنل بهداشتی درمانی و هماهنگی آنان برای شرکت در کارگاه و همچنین به دلیل هزینه‌های کارگاه‌های آموزشی می‌توان با ارایه کتابچه‌های آموزشی، پرسنل بهداشتی درمانی را به مطالعه و ارتقای روابط بین فردی تشویق نمود. همچنین به دلیل نقش مهم ارتباطات در حرفه‌های پزشکی می‌توان انتظار داشت که آموزش مهارت حل مسئله و ارتباطات در واحدهای درسی دانشجویان مامایی حداقل به صورت واحد اختیاری گنجانده شود. همچنین توصیه می‌شود آموزش مهارت ارتباطی با روش‌های آموزشی دیگر نظیر شبیه‌سازی (Simulation) که در جهان مطرح است صورت گیرد.

قدردانی

پژوهشگران از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کمیته اخلاق که درکسب مجوز اخلاق و مرکز کارآزمایی بالینی ایران برای ثبت مطالعه تشکر می‌نمایند. این مقاله حاصل کار یک پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد است.

References

1. Kuriplachova G, Magurova D, Hudakova A, Andrascikova S, Rybarova L. New teaching methods for practical training in nursing within the project Tempus IV-CCNURCA. MEFANET Journal 2015; 3 (2): 64-68.
2. Steinert Y, Twelve tips for conducting effective workshops, Medical Teacher 1992; 14 (2-3): 127-131.
3. Mendel R, Reichhart, Tatjana T, Rummel-Kluge Ch, Kissling W. A "Mental-Health-at-the-Workplace" Educational Workshop Reduces Managers' Stigma toward Depression. Journal of Nervous & Mental Disease 2016; 204 (1): 61-63.
4. Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. clinical psychology review 2009; 29: 348-353
5. Potter P, Perty A. Basic nursing: theory and practice. 3rd ed. Philadelphia: osby; 2010.
6. Morton, JA, A study to determine the influence of teaching problem solving Tools to educationally at-risk high school students. Dissertation Abstracts International Section. A: Humanities and social sciences 2005, 66 (4): 1266.

مداخله آموزشی بود. در نهایت می‌توان گفت که پارادایم آموزشی از روش‌های قیاسی یا از کل به جزء تغییر کرده است. یادگیری به سمت استدلال، کشف علل ریشه‌ای مسئله و مسائل مرتبط کشیده شده است. اگرچه هنوز هم در تعادل بین آنچه یاد داده می‌شود و آنچه یادگرفته می‌شود و آنچه یاد گرفته نمی‌شود، چالش وجود دارد ولی یادگیری به کمک حل مسئله می‌تواند در ارتقای توانمندی افراد کمک‌کننده باشد (۳۳).

همچنین می‌توان نتیجه گرفت که در حرفه پرستاری و مامایی ارتباط کارآمد و موثر با بیمار و سایر اعضای تیم درمانی ضروری است و با توجه به آینده شغلی آن‌ها و ویژگی خاص این رشته‌ها، سبک یادگیری مطلوب برای آنان سبک واگراست. در صورت وجود این سبک، دانشجویی که کلی‌نگر و اجتماعی است در ارتباطات خود بخصوص با بیماران از قدرت ابتکار و خلاقیت خود استفاده کرده و خلاقانه عمل می‌نماید. در نتیجه می‌تواند برخوردار از راه‌های خلاق باشد و به سطح حل مسئله‌ی بالایی دست پیدا کند (۳۴). با جلب مشارکت فعال و گروهی شرکت‌کنندگان در برنامه‌های آموزشی و تشویق افراد به انتقاد سازند و خلاق، می‌توان نهایتاً به ارائه بهتر خدمات بهداشتی درمانی مطلوب کمک نمود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مشکلات برگزاری کارگاه آموزشی از نظر هماهنگی با پرسنل بهداشتی درمانی و جمع نمودن آنان در ساعت مناسب، علی‌رغم کار زیاد آنان و جلب رضایت مدیران برای شرکت پرسنل در کارگاه، اشاره نمود. شیفت درگرددش بودن ماماها و عدم امکان شرکت

7. Waugh A, Smith D, Dorothy H, Gray M., Towards a values-based person specification for recruitment of compassionate nursing and midwifery candidates: A study of registered and student nurses' and midwives' perceptions of prerequisite attributes and key skills, *Nurse Education Today* 2014; 34 (9): 1190–1195
8. Franklin A, Liu Y, Li Z, Nguyen V, Johnson T, Robinson D, et al. opportunistic decision making and complexity in emergency care. *Journal of biomedical informatics* 2011; 44: 469-476.
9. Karayurt O', Mert H, Beser A. A study on development of a scale to assess nursing students' performance in clinical settings. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18 (8): 1123–1130
10. Moattari M , Soltani A, Moosavinasab M, Ayatollahi A.[The effect of a short term course of problem solving on self-concept of nursing students at Shiraz Faculty of Nursing and Midwifery, Iranian journal of Medical education]. *Iranian Journal of Medical Education* 2005;5 (2): 147-155. [Persian]
11. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS, The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problem: Ameta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007;27(1):46-57.
12. Erozkhan A. The effect communication skills and interpersonal problem solving skills on social self-efficacy, *Educational sciences; theory & practice* 2013; 13 (2): 739-745.
13. Seif A. [New educational psychology]. 8th ed. Tehran: Doran publication;2012. [Persian]
14. Çinar N, Sözeri C, Şahin S, Cevahir R, Say M.Problem solving skills of the nursing and midwifery students and influential factors. *Rev Electr Enf. [Internet]*. 2010; 12 (4): 601-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8328>.
15. Nezu AM, Ronan F. life stress, current problem-solving and depressive symptom: an integrative odel. *journal of counseling and clinical psychology* 2008; 53 (5): 693-97.
16. shekoohi YM, Parand A. [Problem solving education to mothers and its effect on family relationships].*Journal of Family Research* 2009; 4 (13): 5-16. [Persian]
17. Shahbazi S, Hazrati M, Moattari M, Heidari M. [The effect of problem solving skills training on emotional intelligence of nursing students of Shiraz University of Medical Sciences].*Iranian Journal of Medical Education* 2012; 12 (1): 67-76 [Persian]
18. D 'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem - solving therapies. In: Dobson KS. *Handbook of cognitive behavioral therapies*. 2nded. New York: Guilford Press; 2001.
19. Scholes J, Endacott R, Birro M,. Clinal decision-making: midwifery students recognition of, and response to, post-partum haemorrhage in the simulation environment, *BMC pregnancy & childbirth* 2012;12(19):1-12.
20. Gaskell L, Beaton S. Developing clinical competency: Experiences and perceptions of Advanced Midwifery Practitioners in training. *Nurse education and practice* 2015;15(4): 265–270.
21. Ivicsek K, de Castro AB, Salazar MK, Murphy HH, Keifer M. Using problem-based for occupational and environmental health nursing education: Pesticide exposures among migrant agricultural workers, *AAOHN J* 2011; 59 (3): 127-133.
22. Koh CHG, Khoo EH, Wong LM, Koh D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *CMEJ* 2008; 178 (1): 34-41.
23. McNeill J, Doran J, Lynn F, Anderson G, Alderdice F, Public health education for midwives and midwifery students: a mixed methods study, *BMC Pregnancy & Childbirth* 2012;12: 142

24. Kelly B, Zolnierek H, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. Med Care 2009; 47 (8): 826–834.
25. Lucretia Pop C, Improving Interpersonal Communication for a Higher Quality of Physical Activities. 5th World Conference on Educational Sciences – WCES; 2013 Feb 5-8; Italy. Rome: Procedia - Social and Behavioral Sciences; 2014.
26. Clayton JM, Butow Phyllis N, Waters A, Rebekah C, Laidsaar P, O'Brien A, et al. Evaluation of a novel individual communication-skills training intervention to improve doctors confidence and skills in end-of-life communication 2012; 27(3): 236-243.
27. Makoul G. Communication skills education in medical school and beyond. *JAMA* 2003;289 (1): 93.
28. Salimi M, Peyman H, Sadeghifar J, Toloui Rakhshan Sh, Alizadeh M, Yamani N. [Assessment of interpersonal communication skills and associated factors among students of Allied Medicine School in Tehran University of Medical Sciences]. *Iranian Journal of Medical Education* 2013;12 (12): 895-902. [Persian]
29. Hap M Beth, Garrett K, Thomas D, Tate J, George E, Houze M. Nurse- Patient communication interaction in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2011; 20(2): 28-40.
30. Hemmati M, Sheikhabglu M, Baghaie R. [relationship between the communication skill of nurse - patient with patient safety in the critical care units]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2014; 4 (3): 77-84. [Persian]
31. Heidari M, Shahbazi S, Derris F. The effect of problem solving training on decision-making skills in emergency medicine students. *JHPM* 2013; 2(2): 25-31. [Persian]
32. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T. and Epstein, R. M.. Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Health Care Professionals: A Pragmatic Controlled Trial. *J Contin Educ Health Prof* 2014; (34): 4–12.
33. Epstein JR. Learning from the problems of problem-based learning *BMC Medical Education* 2004;(4):1
34. Jafari Sani H, Mohamadzadeh Ghasr A, Garavand H, Hosseini S. [Learning Styles and Their Correlation with Self-Directed Learning Readiness in Nursing and Midwifery Students]. *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 12 (11): 842-853. [Persian]
35. Borhani F, Abbaszadeh A, Sabzevari S, Dehestani M. [Effect of workshop education and follow up on ethical sensitiveness of nurses]. *Quarterly Journal of Medical Ethics* 2012; 6 (21): 11-24. [Persian]
36. Moemeni L, Najaf Yarandi A, Haghani H. [Comparative Study of the Effects of Education Using VCD and Booklet in Two Different Times on Pre-operative Anxiety]. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2009; 21 (56): 81-93. [Persian]
37. Heidari M, Shahbazi S, Derris F. [The effect of problem solving training on decision making skill in emergency medicine students]. *journal of health promotion management*, 2013;2(2) 6:25-31. [Persian]
38. Monajemi zadeh, A. survey the relationship between interpersonal communication skills and the social acceptance of PNU students Branch. [dissertation]. Department of Social Science; 1391.

The Comparison Of The Effectiveness Of Problem Solving Skill Education With Two Methods Of Workshop And Educational Booklet On Interpersonal Communication Of Midwives

Modarres M¹, Mohseni H^{2*}, shiran-Noogi P³

Received: 2016/02/21

Accepted: 2017/11/11

Abstract

Introduction Problem solving education is a method for active participation in group discussion and encouraged individuals to critical thinking also, constructive and creative to find solutions that ultimately help to provide better health care services. This study aimed to compare the impact of effective problem solving skills education with two methods of workshop and educational booklet on interpersonal communication of midwives.

Methods: in this semi-empirical study, 97 midwives working in hospitals at Kerman province in summer 94 participated and divided into two groups of educational booklet (n=49) and workshop group (n=48) respectively. First Group received educational booklet and for second group, 3-day workshop was performed through interactional method. These two groups were the same as individual characteristics. Simple randomized Sampling was used in hospitals and midwives were selected by contribution of each hospital. Interpersonal communication of two groups were assessed both before and after the intervention and 2 months post-intervention by standard questionnaire (Interpersonal Communication Skills Test). Finally, data were analyzed by descriptive statistics (Frequency, percentage, Mean and standard deviation) and inferential statistics (Man-Whitney, independent, t-test, paired t-test and analysis of variance through SPSS.

Results: There is no significant differences between interpersonal communication of two groups before intervention (P=0.064) but The variations mean score in the workshop group was (8.89) and in booklet group was (3.11) that show the statistical significant differences between two groups after educational intervention (P=0.001).

Conclusion: Midwifery graduates training based on D-Zurilla model through workshop and booklet is effective on interpersonal communication so that it increased this skill, in this regards, by considering limitation in performing workshop in some situation we can use standardized educational booklet

Keywords: Education, Problem Solving, Communications, Learning, Midwifery

Corresponding Author: Mohseni H, Kerman Hospital Of Social Security, Kerman, Iran hamide819364@gmail.com
Modarres M, School of Nursing and Midwifery, Nursing and Midwifery Care Reseach Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Shiran-Noogi P, Midwifery Dept, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran