

بررسی میزان و علل اضطراب قبل و بعد از انجام اولین معاینه واژینال در دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

منیژه سرشتی^{۱*}، شایسته بنائیان^۲، افسانه کاظمیان^۲، معصومه دل آرام^۳، فرانک صفدری^۲، تهمنه صالحیان^۳

تاریخ دریافت ۹۰/۴/۱۲ تاریخ پذیرش ۹۰/۶/۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: آموزش مهارت‌های حرفه‌ای یکی از تجارب تنش‌زا محسوب می‌شود. معاینه واژینال به ویژه زنان باردار و دانشجویان را حساس و آسیب‌پذیر می‌نماید. این مطالعه با هدف تعیین میزان و علل اضطراب دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد قبل و بعد از انجام اولین معاینه واژینال در طی سال‌های ۸۵ و ۸۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی تعداد ۴۷ نفر از دانشجویان ترم چهار مامایی که برای اولین بار جهت کارآموزی لیبر، وارد این بخش شدند به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل پرسش‌نامه اضطراب موقعیتی خصیصه‌ای اشپیل برگر و پرسش‌نامه محقق ساخته بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون دقیق فیشر و تی زوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۴۷ پرسش‌نامه توزیع شده ۴۳ عدد عودت داده شد. میانگین نمره اضطراب آزمون اشپیل برگر قبل و بعد از معاینه به ترتیب $17/3 \pm 79/86$ و $38/91 \pm 11/05$ بود. اختلاف آماری معنی‌دار بین میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از معاینه وجود داشت ($P < 0/0001$). مهم‌ترین علل اضطراب دانشجویان احساس شرم و ترس از صدمه به بیمار گزارش شد ($P < 0/0001$). ارتباط آماری معنی‌دار بین سابقه معاینه بر روی مانکن و سطح اضطراب وجود داشت ($P = 0/045$).

بحث و نتیجه‌گیری: مربیان آموزش مامایی، باید به اضطراب دانشجویان مامایی هنگام اولین معاینه واژینال توجه نموده و عوامل شایع اضطراب را شناسایی و با بحث و تبادل نظر در مورد عوامل ایجاد کننده اضطراب قبل از شروع آموزش‌های بالینی به کاهش اضطراب آنان کمک نمایند.

کلید واژه‌ها: معاینه واژینال، دانشجوی مامایی، اضطراب

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره ششم، پی در پی ۳۵، بهمن و اسفند ۱۳۹۰، ص ۴۳۹-۴۳۱

آدرس مکاتبه: شهرکرد، رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۳۱۸۳۸۴۳۸
Email: M_sereshti@yahoo.com

مقدمه

آموزش پزشکی ممکن است بر یادگیری و موفقیت بالینی دانشجویان اثرات منفی داشته و عملکرد صحیح آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد (۱). استرس یک پدیده چند بعدی پیچیده است که بر اساس ارتباط پویا بین شخص و محیط متمرکز است. به طور کلی استرس توسط همه افراد تجربه شده و درجاتی از آن می‌تواند در افزایش و بهبود عملکرد افراد موثر باشد (۲). مطالعات نشان داده است که دانشجویان علوم پزشکی هنگام یادگیری دچار

آموزش بالینی، بخش اساسی و مهم آموزش در علوم پزشکی می‌باشد که بدون آن تربیت افراد کارآمد و شایسته بسیار مشکل و یا غیر ممکن خواهد شد. وجود هرگونه مشکل در آموزش بالینی کارایی و بازده این بخش را دچار نقصان می‌سازد. استرس و اضطراب یکی از مشکلات مهم آموزش بالینی است، مطالعات نشان داده است که وجود میزان بالای تنش و اضطراب در طول

^۱ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

^۳ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر

نگرانی و اضطراب می‌گردند، گرچه اضطراب در واقع کمکی جهت ارتقاء و تحول محسوب شده و سبب ایجاد انگیزه می‌گردد، اما سطح بالای استرس بر وضعت شناختی، پردازش اطلاعات و حافظه تأثیر می‌گذارد و یادگیری موثر را دچار اختلال می‌کند (۳). آموزش شغلی یکی از تجارب تنش‌زا محسوب می‌شود، گرچه میزان کم تنش در خلاقیت و پیشرفت تحصیلی دانشجویان موثر است ولی افزایش میزان تنیدگی در آموزش پزشکی می‌تواند بر یادگیری دانشجویان، برقراری ارتباط و مراقبت از بیماران اثر مخرب داشته باشد (۴). شناسایی منابع اضطراب و آشکار کردن نگرانی‌های آموزش‌گیرندگان موجب تسهیل یادگیری و ایجاد پیامد مثبت در آنان می‌گردد (۳).

تکامل حرفه‌ای یک مسأله جدی و حیاتی در آموزش گروه‌های مختلف پزشکی، از جمله آموزش مامایی است، بنابراین، برنامه آموزشی این رشته‌ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که علاوه بر رشد و توسعه فکری دانشجویان، زمینه برای کسب تبحر و مهارت بالینی دانشجویان مساعد گردد (۵).

کار کردن در بخش‌های زنان و زایمان به دلیل وجود اورژانس‌های مامایی، سر و صدا و داد فریاد مددجویان، احتمال تماس با خون و ترشحات بیماران و مشکلات ناشی از آن موجب درجات بالایی از اضطراب و تنیدگی می‌شود. نتایج مطالعه Jimenez نشان داد دانشجویان پرستاری هنگام کسب مهارت بالینی، استرس بیشتری نسبت به سایر مهارت‌های آموزشی و سایر عوامل استرس‌زا تجربه می‌نمایند (۶).

مدارک موجود در متون پزشکی بیانگر آن است که دانشجویان گروه پزشکی در مهارت‌های حیطة روانی حرکتی ضعیف هستند. در یک بررسی مشاهده شده که فقط ۷ درصد دانشجویان اطمینان داشتند که بتوانند موارد غیر طبیعی پاپ اسمیر را شناسایی کنند و فقط ۱۴ درصد آنان اطمینان داشتند که بتوانند این آزمون را به

خوبی انجام دهند.

نتایج بررسی‌ها حاکی از آن است که انجام معاینات ژنیکولوژی هم برای بیماران و هم برای پرسنل موجب تشدید اضطراب می‌شود (۷).

مطالعات نشان داده است یکی از عوامل ایجاد استرس در دانشجویان معاینات زنان می‌باشد. از جمله در مطالعه Abraham قبل از انجام معاینات میزان اضطراب دانشجویان پزشکی افزایش و بعد از آن کاهش یافته بود (۸). نتایج مطالعات Howley نیز نشان داد میزان اضطراب دانشجویان قبل از معاینات ادراکی تناسلی به شدت افزایش یافته و این استرس در دانشجویان مؤنث بیشتر بود (۹).

مربیان و اساتید جهت آموزش معاینات ژنیکولوژی از روش‌های متفاوتی نظیر سخنرانی، فیلم، فن‌های شبیه‌سازی به وسیله مولاژو مانکن و معاینه بر روی بیمار استفاده می‌کنند (۱۰).

نتایج مطالعات بیانگر نقش عوامل مختلف نظیر فرهنگ و مذهب (۱۱)، تجربیات قبلی دانشجویان، شیوه آموزش و جنسیت در ایجاد استرس هنگام معاینات لگنی می‌باشد. در مطالعه Theroux، ترس از آسیب به بیمار، اقدامات غلط هنگام معاینه و احساس شرم از علل استرس دانشجویان هنگام معاینات واژینال بوده است (۱۰). در حالی که بسیاری از محققان بر فواید کاهش اضطراب هنگام یادگیری معاینات تشخیصی تأکید نموده‌اند، اما مطالعات بسیار اندکی در مورد علل ترس و اضطراب دانشجویان قبل از معاینات تشخیصی انجام شده است. با توجه به نقش فرهنگ و مذهب در رابطه با معاینات واژینال و عدم انجام مطالعه‌ای در این زمینه در ایران، این مطالعه با هدف شناسایی عوامل اضطراب‌آور هنگام یادگیری معاینات واژینال انجام شد. با شناسایی این عوامل و برنامه ریزی جهت حذف عوامل تنش‌زا می‌توان به ارتقای آموزش بالینی دانشجویان مامایی کمک نمود.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی، نمونه‌گیری به روش سر شماری انجام شد. نمونه پژوهش شامل کلیه (۴۷ نفر) دانشجویان کارشناسی مامایی ترم چهار طی سال‌های ۸۵ و ۸۷ بود، که برای اولین بار کارآموزی بارداری و زایمان داشته و وارد بخش زایمان می‌شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه اضطراب آشکار و پنهان خصیصه‌ای موقعیتی اشپیل برگر و پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته بود.

پرسش‌نامه‌ای اشپیل برگر شامل ۴۰ سوال است، ۲۰ سوال اول مربوط به اضطراب آشکار بوده و پاسخ هر سوال به صورت چهار گزینه‌ای (ابتداً، بعضی اوقات، زیاد و خیلی زیاد) می‌باشد و ۲۰ سوال دوم اضطراب پنهان را ارزیابی می‌کند و پاسخ‌ها به صورت هرگز، گاهی اوقات، غالباً و تقریباً همیشه است. به هر یک از پاسخ‌ها نمره یک تا چهار داده می‌شود و بر حسب جمع امتیازهای بدست آمده به سه دسته دارای اضطراب خفیف (۲۰-۳۹)، متوسط (۴۰-۵۹) و شدید (۶۰-۸۰) تقسیم می‌شود. لازم به ذکر است به سوالات ۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۶-۳۰-۳۳-۳۴-۳۶-۳۷-۳۹-۱۹-۱۶-۱۵-۱۱-۱۰-۸-۵-۲-۱ امتیاز معکوس داده می‌شود. پرسش‌نامه اضطراب آشکار و پنهان خصیصه‌ای موقعیتی اشپیل برگر یک پرسش‌نامه استاندارد است و روایی و پایایی آن در تحقیقات داخلی و خارجی به اثبات رسیده است.

پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته، شامل سه بخش بود. در بخش اول، مشخصات فردی، در بخش دوم، ۲۱ سوال در رابطه با عوامل احتمالی اضطراب آور هنگام معاینه واژینال و در بخش سوم چهار پرسش باز پاسخ در رابطه با تجربیات و انتظارات دانشجو از اولین معاینه واژینال و سایر عوامل اضطراب آور بود. در رتبه‌بندی گزینه‌های بخش دوم از مقیاس لیکرت استفاده شد و پاسخ‌ها از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم شده بود. جهت تعیین روایی پرسش‌نامه از اعتبار محتوی استفاده شد به این ترتیب که برای

طرح سوالات از جدیدترین منابع علمی شامل کتب، نشریات و مقالات علمی استفاده شد. سپس پرسش‌نامه توسط چند تن از کارشناسان ارشد مامایی مورد ارزیابی، تجدید نظر و تأیید نهایی قرار گرفت. جهت تعیین پایایی از آزمون مجدد استفاده شد (۳۰/۸). جهت جمع‌آوری اطلاعات در بخش لیبر بیمارستان هاجر شهرکرد، ضمن مراجعه به واحدهای پژوهش پس از توضیح اهداف طرح و کسب موافقت آنان جهت شرکت در مطالعه به هر کدام از دانشجویان یک کد داده می‌شد و از آن‌ها در خواست می‌گردید در کلیه پرسش‌نامه این کد را ثبت نمایند. سپس پرسش‌نامه اضطراب آشکار و پنهان خصیصه‌ای موقعیتی اشپیل برگر هنگام ورود به بخش لیبر و قبل از ارتباط با بیماران و پرسنل توسط آنان تکمیل می‌گردید. بعد از انجام اولین معاینه واژینال، پرسش‌نامه محقق ساخته و پرسش‌نامه اضطراب آشکار و پنهان خصیصه‌ای موقعیتی اشپیل برگر مجدداً توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی شامل آزمون دقیق فیشر و تی Student و تی زوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۴۷ سری پرسش‌نامه توزیع شده، ۴۳ عدد عودت داده شد. میانگین سن واحدهای پژوهش $19/89 \pm 7/71$ سال بود ۷ درصد دانشجویان متأهل و بقیه مجرد بودند. ۴۴/۲ درصد واحدهای پژوهش با علاقه رشته مامایی را انتخاب کرده و همچنان به این رشته علاقه‌مند بودند. ۶۹/۸ درصد افراد مورد بررسی قبل از ورود به بخش زایمان معاینه بر روی مانکن انجام داده بودند و ۵۸/۱ درصد قبلاً معاینه واژینال یا رکتال بر روی انسان را مشاهده کرده بودند.

اضطراب پنهان در ۴۸/۸ درصد کم، و ۵۱/۲ درصد متوسط گزارش شد. ۲۱ درصد دانشجویان هنگام مشاهده و ۱۳/۹ درصد هنگام انجام معاینه واژینال احساس شرم و خجالت را مطرح نمودند. هنگام مشاهده معاینه واژینال ۹/۳ درصد واحدهای پژوهش احساس گناه، ۴۸/۸ درصد احساس اضطراب و ۲۰/۹ درصد ترس داشتند. ۲۵/۹ درصد دانشجویان به دلیل برهنگی بیمار، احساس شرم نمودند. مهم‌ترین علت اضطراب هنگام معاینه ترس از آسیب به بیمار گزارش شد (جدول یک).

۸۱/۳ درصد دانشجویان به انجام معاینه واژینال تمایل داشته و بقیه، از نسبت به آن اکراه داشتند. میانگین نمره اضطراب آشکار قبل و بعد از معاینه به ترتیب $۱۷/۳ \pm ۷۹/۸۶$ و $۱۱/۰۵ \pm ۳۸/۹۱$ بود و میزان اضطراب پنهان قبل و بعد از معاینه به ترتیب $۱۷/۶۵ \pm ۷۹/۰۹$ و $۷/۵۶ \pm ۳۹/۹۳$ بود. اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات اضطراب آشکار و پنهان دانشجویان قبل و بعد از معاینه وجود داشت ($p < ۰/۰۰۰۱$).

میزان اضطراب آشکار قبل و بعد از معاینه به ترتیب در ۵۳/۵ درصد کم، ۳۹/۵ درصد متوسط و ۷ درصد زیاد و میزان

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی دانشجویان بر اساس علل ایجاد اضطراب هنگام معاینه

فرآوانی	بله		خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
علل اضطراب				
ترس از آسیب به بیمار	۳۰	۶۹/۸	۱۳	۳۰/۲
بازخورد نامناسب پرسنل مامایی	۲۶	۶۰/۵	۱۷	۳۹/۵
بازخورد نامناسب پزشکان	۲۴	۵۵/۸	۱۹	۴۴/۲
بازخورد نامناسب مددجو	۲۳	۵۳/۵	۲۰	۴۶/۵
عدم تشخیص صحیح	۲۲	۵۰/۵	۲۱	۴۹/۵
بازخورد نامناسب سایر دانشجویان	۱۹	۴۴/۲	۲۴	۵۵/۸
بازخورد نامناسب مربی	۱۹	۴۴/۲	۲۴	۵۵/۸
داد و فریاد ویی قراری و گریه مددجو	۴	۹/۲	۳۹	۹۰/۸
مشاهده خون و مایع آمینوتیک	۴	۹/۲	۳۹	۹۰/۸
نارضایتی بیمار از معاینه دانشجوی	۴	۹/۲	۳۹	۹۰/۸
معاینات مکرر مددجویان و توجه به عوارض احتمالی ناشی از آن	۲	۴/۶	۴۱	۹۵/۴
بی اعتمادی و بازخورد نامناسب مربی و پرسنل به معاینه دانشجوی	۲	۴/۶	۴۱	۹۵/۴
ارتباط نامناسب ماما با مددجو	۲	۴/۶	۴۱	۹۵/۴
معاینه بدون رضایت مددجو	۲	۴/۶	۴۱	۹۵/۴
درد و رنج مددجو به دلیل آموزش دانشجوی	۲	۴/۶	۴۱	۹۵/۴
فراموشی آناتومی دستگاه ژنیتال	۱	۲/۳	۴۲	۹۷/۷

حمایت کافی مربی حین معاینه برخوردار بوده و ۹۰/۷ درصد آنان پس از معاینه بازخورد مناسبی دریافت کردند. ۸۶/۱ درصد دانشجویان معتقد بودند در هنگام معاینه فقط باید مربی و دانشجوی حضور داشته باشند و ۹/۴ درصد تمایل داشتند در هنگام انجام معاینه سایر دانشجویان نیز حضور داشته باشند. کلیه دانشجویان

اکثریت دانشجویان معتقد بودند، مشاهده معاینات مکرر توسط دانشجویان (۶۷/۵ درصد) و پرسنل (۶۱/۵ درصد) سبب کاهش اضطراب آنان می‌گردد. ۷۹ درصد دانشجویان بیان نمودند در هنگام انجام معاینه اعتماد به نفس کامل داشته و (۵۷/۷ درصد) آن‌ها نگرانی خاصی نداشتند. اکثریت افراد مورد بررسی (۹۷/۷ درصد) از

معاینه بر روی مانکن را قبل از معاینه واژینال یا رکتال بر روی انسان ضروری دانستند. صحیح، ترس از برخورد و بازخورد نامناسب مددجو، احتمال برخورد نامناسب پرسنل مامایی با دانشجو و بازخورد نامناسب از سوی مربی و هم گروهی‌ها با میزان اضطراب آشکار و پنهان قبل از انجام معاینه ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت (جدول شماره ۲).

بین احساس اضطراب هنگام معاینه، معاینه قبلی بر روی مانکن، احساس شرم و خجالت، احساس شرم به دلیل برهنگی مددجو، احتمال آسیب به مددجو، نگرانی به دلیل عدم تشخیص

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار برخی علل ایجاد اضطراب آشکار و پنهان دانشجویان در هنگام اولین معاینه واژینال

نتیجه آزمون T test	انحراف معیار	میانگین	متغیر
P=0. 029	۱۷/۳۷	۷۴/۰۰	اضطراب آشکار
	۱۵/۷۷	۸۵/۴۵	اضطراب پنهان
P=0. 037	۲۰/۳۰	۷۳/۳۸	اضطراب آشکار
	۱۲/۹۱	۸۴/۵۴	اضطراب پنهان
P=0. 017	۱۶/۲	۷۵/۶۳	اضطراب آشکار
	۱۶/۳	۶۱/۸۹	اضطراب پنهان
P=0. 034	۱۵/۹	۷۵/۳۶	اضطراب آشکار
	۱۸/۹	۸۷/۶۹	اضطراب پنهان
P=0. 042	۱۷/۳۹	۷۷/۷۰	اضطراب آشکار
	۱۰/۴۷	۹۳/۱۶	اضطراب پنهان
P=0. 066	۱۷/۴۴	۷۷/۱۰	اضطراب آشکار
	۱۴/۷۶	۹۱/۳۳	اضطراب پنهان
P<0. 0001	۱۴/۶۹	۷۳/۴۸	اضطراب آشکار
	۱۲/۳۴	۹۶/۳۳	اضطراب پنهان
P=0. 006	۱۵/۶۹	۷۴/۲۲	اضطراب آشکار
	۱۶/۶۹	۹۱/۶۶	اضطراب پنهان
P=0. 033	۱۴/۱۸	۷۱/۳۸	اضطراب آشکار
	۱۷/۵۳	۸۳/۵۳	اضطراب پنهان
P=0. 014	۱۴/۹۵	۶۹/۵۳	اضطراب آشکار
	۱۷/۳۲	۸۳/۲۳	اضطراب پنهان
P=0. 010	۱۶/۲۲	۷۰/۵۳	اضطراب آشکار
	۱۶/۰۸	۸۴/۸۵	اضطراب پنهان
P=0. 028	۱۹/۰۰	۷۰/۴۰	اضطراب آشکار
	۱۵/۲۶	۸۳/۷۵	اضطراب پنهان
P=0. 004	۱۵/۶۶	۷۱/۵۲	اضطراب آشکار
	۱۶/۰۰	۸۶/۴۵	اضطراب پنهان
P=0. 027	۱۷/۰۱	۷۲/۴۷	اضطراب آشکار
	۱۶/۶۶	۸۴/۳۳	اضطراب پنهان
P=0. 021	۱۳/۱۳	۵۸/۷۱	اضطراب آشکار
	۱۷/۵۴	۸۴/۵۰	اضطراب پنهان
P=0. 026	۱۲/۲۹	۵۹/۷۱	اضطراب آشکار
	۲۳/۶۲	۸۸/۰۰	اضطراب پنهان
P=0. 024	۱۴/۱۱	۷۴/۳۴	اضطراب آشکار
	۱۸/۸۹	۸۶/۲۰	اضطراب پنهان
P=0. 041	۱۷/۱۱	۷۴/۰۰	اضطراب آشکار
	۱۶/۷۹	۸۴/۹۵	اضطراب پنهان

ارتباط آماری معنی داری بین علاقه‌مندی به رشته تحصیلی، تمایل به انجام معاینه، احساس گناه هنگام معاینه، اعتقاد به مشاهدات مکرر و احتمال بازخورد نامناسب پزشک با میزان اضطراب آشکار و پنهان قبل و بعد از معاینه وجود نداشت ($P > 0/05$).

در پاسخ به این سوال که اگر شما به جای مددجو بودید چه انتظاری از معاینه کننده داشتید، ۳۶ نفر از دانشجویان به این سوال پاسخ داده بودند و برخی از افراد بیش از یک مورد از موارد زیر را ذکر کرده بودند و پاسخ‌های آنان به شرح زیر بود: ارتباط و رفتار توأم با احترام به مددجو (۱۵ نفر)، رعایت حریم خصوصی مددجو (۱۴ نفر)، رعایت فن استریل (هفت نفر)، معاینه آرام و توجه به احساسات مددجو (شش نفر) طولانی نکردن زمان معاینه (سه نفر)، عدم معاینه توسط دانشجو و پرسنل بی تجربه (دو نفر).

در پاسخ به این سوال باز پاسخ که بهترین روش آموزش معاینات واژینال از نظر شما چیست، ۳۱ نفر به این سوال پاسخ دادند و پاسخ‌ها شامل: ابتدا در همان روز معاینه روی مولاژو توضیحات مربی و سپس معاینه روی انسان (۱۶ نفر)، بعد از انجام معاینه توسط دانشجو و مربی و توضیحات مربی در مورد معاینه دانشجو، مجدداً مربی به دانشجو اجازه معاینه همان مددجو را بدهد (سه نفر)، ابتدا معاینه توسط دانشجو انجام و مربی به دانشجو توضیح دهد که چه اقداماتی انجام دهد و سپس مربی معاینه نماید (دو نفر)، تشویق دانشجو توسط مربی به دلیل متفاوت بودن ماهیت کار عملی با تئوری (دو نفر)، ابتدا معاینه با فیلم مناسب، سپس با کتاب دارای تصاویر رنگی و شفاف، بعد معاینه بر روی مولاژو سپس معاینه بر روی مددجو (دو نفر)، ابتدا معاینه روی مددجو (دو نفر)، استفاده از مولاژهای که شباهت بیشتری به انسان داشته باشد (یک نفر) و آموزش عملی معاینه بر روی یک یا دو مددجو توسط مربی در حضور کلیه دانشجویان و سپس تکرار معاینه توسط دانشجویان (یک نفر) بود. تجربه دانشجویان در مورد

اولین معاینه واژینال (توسط ۲۸ نفر از دانشجویان ذکر شده) شامل: احساس رضایت و کاهش اضطراب (۱۵ نفر)، احساس بد و عدم رضایت به دلیل عدم توانایی در انجام صحیح معاینه (شش نفر)، احساس شرم و خجالت (یک نفر) و اهمیت داشتن مطالب تئوری و صداقت در مورد معاینات انجام شده (یک نفر) بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد میزان اضطراب آشکار و پنهان در نیمی از موارد متوسط و شدید بود. Pryjmachuk در مطالعه خود میزان اضطراب دانشجویان مامایی را بیش از ۴۰ درصد گزارش کرد (۱۲)، که با نتایج این بررسی هماهنگ است.

یافته‌های پژوهش بیانگر تفاوت آماری معنی دار بین میزان اضطراب دانشجویان قبل و بعد از انجام معاینه بود، که با نتایج مطالعات Abraham, Howley, و Theroux هماهنگ است (۸-۱۰). آن‌ها نیز در بررسی خود نشان دادند قبل از انجام معاینه اضطراب به شدت بالا می‌رود و بعد از معاینه کاهش می‌یابد.

نتایج مطالعه نشان داد میزان نمره اضطراب دانشجویان بعد از معاینه بسیار کاهش یافته و حتی اضطراب آنان از میزان اضطراب دانشجویان مامایی در مطالعات مختلف کم‌تر بود که علت احتمالی تفاوت شاید به دلیل حمایت بالای مربی از دانشجویان باشد. نتایج یافته‌های لطیفی نیز نشان داد که بین رفتارهای آموزش فردی و حرفه‌ای اساتید بالینی و اضطراب دانشجویان ارتباط معکوس و معنی دار وجود دارد (۱۳).

نتایج مطالعه بیانگر ارتباط بین میزان اضطراب دانشجویان قبل از معاینه با احتمال آسیب رساندن به بیمار، احتمال عدم تشخیص صحیح و احساس شرم و خجالت هنگام معاینه بود، که با نتایج مطالعه Rabertson و Theroux (۱۰، ۱۴) هماهنگی داشت. لذا آموزش‌های لازم و اطمینان دادن به دانشجویان در مورد کاهش

برگزاری کارگاه آموزش عملی معاینه بر روی مانکن با فاصله کوتاهی قبل از معاینه بر روی انسان ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج پژوهش بیانگر ارتباط بین میزان اضطراب دانشجویان با احتمال برخورد نامناسب پرسنل مامایی و بازخورد نامناسب هم‌گروهی‌ها و یا مریی بود. نتایج مطالعات مختلف از جمله امیدوار در بابل، نشان داد، در بیش از نیمی از دانشجویان مورد مطالعه او، مشکلات آموزش بالینی به پرسنل بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی مربوط بود و ۳۸/۲ درصد دانشجویان مورد مطالعه او معتقد بودند احترام دانشجو توسط پرسنل رعایت نمی‌شود و اکثریت آنان از عدم آشنایی پرسنل با شرح وظایف دانشجویان ابراز نارضایتی کردند (۵). تقوی نیز یکی از عوامل استرس‌زای محیط‌های بالینی را جو غیردوستانه و تعامل نامناسب دانشجو با تیم درمان گزارش نمود (۲). در این زمینه تقی‌زاده می‌نویسد با توجه به این‌که مهارت‌های ارتباطی دانشجویان گروه پزشکی اساس توانایی بالینی آن‌ها در ارائه خدمات به مراجعین است و از طرفی مهارت‌های ارتباطی به طور عمده اکتسابی بوده و تجربه بالینی فرد نقش کمی در ارتقای آن دارد (۲۰)، لذا به منظور کاهش تنش‌های بین پرسنل و دانشجویان برقراری جلسات توجیهی با حضور دانشجویان و مربیان پرسنل و مسئولین و همچنین برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی برای شاغلین در بخش‌های آموزشی و درمانی مامایی ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج بررسی نشان داد که دانشجویانی که از احتمال بازخورد نامناسب بیمار دچار ترس شده بودند میزان بالاتری از اضطراب را تجربه کرده بودند. نتایج مطالعات مختلف از جمله عبدالغنی در عربستان صعودی نشان داد که درصد قابل توجهی از بیماران همکاری مناسبی با دانشجویان ندارند و ۳۶ درصد آنان نسبت به حضور دانشجویان هنگام معاینه معترض بوده و بیش از نیمی از بیماران حق طبیعی خود می‌دانستند که از پذیرش دانشجویان امتناع نمایند (۲۱) نتیجه بررسی Yanikkeremt نیز نشان داد که

آسیب به بیمار در صورت رعایت اصول صحیح معاینه، قبل از تماس با مددجویان ضروری است.

نتایج بررسی نشان دهنده کاهش میزان اضطراب دانشجویان با مشاهده مکرر معاینات واژینال بود که با یافته‌های مطالعه Powell (۱۵) که بیانگر اضطراب بیشتر دانشجویان پس از مشاهده معاینات مکرر می‌باشد، متفاوت بود که علت احتمالی اختلاف، متفاوت بودن جامعه پژوهش می‌باشد، زیرا در مطالعه Powell نمونه پژوهش، دانشجویان پزشکی مؤنث و مذکر بودند. شاید دانشجویان مامایی با توجه به ماهیت کار خود و هم‌جنس بودن با مددجویان، آمادگی بیشتری برای انجام معاینات زنان داشته باشند و لذا مشاهدات مکرر سبب کاهش میزان اضطراب آن‌ها گردیده است. در این زمینه Rochelson (۱۶) می‌نویسد: معاینه توسط افراد هم‌جنس با مددجو می‌تواند سبب کاهش اضطراب دانشجویان هنگام معاینات رکتال و ژنیتال گردد.

یافته‌های پژوهش نشان داد، افرادی که قبل از معاینه لگنی مددجو، سابقه معاینه بر روی مولاژ داشتند، اضطراب کم‌تری تجربه کردند، که با نتایج بررسی Pugh (۱۷) یکسان بود اما با نتایج مطالعه popadiuk (۱۸) که معاینه رکتال را مورد ارزیابی قرار می‌داد متفاوت بود. در مطالعه popadiuk دانشجویان به نقش پر اهمیت مولاژ در افزایش یادگیری تاکید کردند ولی معتقد بودند، با توجه به واقعی نبودن مولاژ، مانکن نتوانسته سبب کاهش اضطراب آنان گردد. که علت احتمالی اختلاف نتایج دو مطالعه، متفاوت بودن جامعه پژوهش و زمان استفاده از مولاژ باشد. نتایج مطالعه امینی نیز نشان داد بعد از آموزش مهارت‌های قبل و حین زایمان با استفاده از مانکن، صلاحیت‌های بالینی دانشجویان افزایش می‌یابد. وی می‌نویسد کارایی بخش‌های آموزش بالینی دانشجویان رشته‌های پزشکی برای انجام مهارت‌های بین رشته‌ای، حداقل در افزایش اعتماد به نفس و آمادگی دانشجویان غیرقابل انکار خواهد بود (۱۹). با توجه به نظر دانشجویان و برخی مطالعات،

منفی اضطراب شدید در یادگیری و با عنایت به نقش مهم مهارت‌های ارتباطی و تکنیکی در یادگیری معاینات لگنی، توصیه می‌شود قبل از ورود دانشجویان به بخش‌های زنان و زایمان، با برگزاری کارگاه‌های آموزشی آگاهی‌های لازم در مورد بخش زایمان داده شود. در دوره‌های آموزش نظری، به اهمیت مهارت‌های ارتباطی دانشجویان با مددجو و تیم درمان، تاکید گردد. قبل از شروع کارآموزی و انجام معاینات لگنی توسط دانشجویان بر روی مددجویان، معاینات کامل لگنی توسط مربی بالینی بر روی مانکن آموزش داده شود. به دانشجویان فرصت داده شود تا نگرانی‌های احتمالی خود را مطرح نموده و تلاش گردد، عوامل اضطراب آور در صورت امکان حذف گردد.

تقدیر و تشکر

از همکاری کلیه دانشجویان مامایی شرکت کننده در این مطالعه که بدون همکاری آنان انجام پژوهش غیر ممکن بود. سپاسگزاری می‌شود.

فقط ۴ درصد زنان با حضور دانشجو در کنار پزشک و پرستار هنگام انجام معاینه موافق بودند و حتی زنان مسلمان امارتی (۱۲/۸ درصد) از مشاهده معاینه دانشجویان هم‌جنس نیز ناراضی بوده و آن را ممنوع می‌دانستند و ۲۰ درصد آنان اجازه معاینه به دانشجویان مؤنث نیز نمی‌دادند (۲۲).

بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که دانشجویان از احتمال بازخورد نامناسب بیمار دچار اضطراب گردند. بنابراین مربیان و پزشکان باید تلاش نمایند تا بیماران همکاری بهتری با دانشجویان داشته باشند و دانشجویان نیز با بهبود مهارت‌های ارتباطی خود و کسب اجازه از بیماران و رعایت حریم خصوصی شرایط را جهت همکاری بیشتر بیماران فراهم نمایند. در این زمینه Mclean می‌نویسد باید علاوه بر عملکرد مناسب که سبب پذیرش بهتر بیماران می‌گردد پزشکان باید به نقش مهم دانشجویان در همراهی با تیم درمان تاکید نمایند تا بیماران مشارکت بهتری در یادگیری دانشجویان داشته باشند (۱۱).

با توجه به نتایج مطالعه که بیانگر میزان استرس بالای دانشجویان هنگام انجام معاینات لگنی می‌باشد، با توجه به نقش

References:

1. Yazdankhahfard MR, Pouladi Sh, Kamali F, Zahmatkeshan N, Mirzaei K, Akaberian Sh, et al. The stressing factors in clinical education: the viewpoints of students. Iran J Med Educ 2009; 8 (2): 341-50.
2. Taghavi Larijani T, Ramezani Badr F, Khatouni AR, Monjamed Z. Comparison of the sources of stress among the senior nursing and midwifery students of tehran medical sciences universities. Hayat 2007; 13(2):61-70. (Persian)
3. Pugh CM, Salud LH. Fear of missing a lesion: use of simulated breast models to decrease student anxiety when learning clinical breast examinations. Am J Surg 2007;193(6):766-70.
4. Bakhshi H, Mohammadi M. Stress life events among students of Rafsanjan Medical Sciences University. Iran J Med Educ 2002; 2:18. (Persian)
5. Omidvar Sh, Bakouei F, Salmalian H. Clinical education problems: the viewpoints of midwifery students in Babol Medical University. Iran J Med Educ 2005; 5 (2):15-21. (Persian)
6. Jimenez C, Navia-Osorio PM, Diaz CV. Stress and health in novice and experienced nursing students. Adv Nurs 2010; 66(2):442-55.
7. Carr SE, Carmody D. Outcomes of teaching medical students core skills for women's health: the pelvic examination educational program. Am J Obstet Gynecol 2004;190(5):1382-7.

8. Abraham S, Chapman M, Taylor A, McBride A, Boyd C. Anxiety and feelings of medical students conducting their first gynecological examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24(1): 39-44.
9. Howley LD, Dickerson K. Medical students' first male urogenital examination: investigating the effects of instruction and gender anxiety. *Med Educ Online* 2003;8:14.
10. Theroux R, Pearce C. Graduate students' experiences with standardized patients as adjuncts for teaching pelvic examinations. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18(9):429-35.
11. McLean M, Al Ahbabi S, Al Ameri M, Al Mansoori M, Al Yahyaei F, Bernsen R. Muslim women and medical students in the clinical encounter. *Med Educ* 2010; 44(3):306-15.
12. Pryjmachuk S, Richards DA. Predicting stress in pre-registration midwifery students attending a university in Northern England. *Midwifery* 2008; 24(1):108-22.
13. Latifi Sh, Chehrzad M, Mghsoudi Sh, Heidarzadeh A. A survey on the relationship between clinical faculties' manner or teaching behaviors and nursing students' anxiety from students' view point at Guilan University of Medical Sciences, 2007. *Guilan Nurs Midwifery J* 2007; 58:23-30.
14. Robertson K, Hegarty K, O'Connor V, Gunn J. Women teaching women's health: issues in the establishment of a clinical teaching associate program for the well woman check. *Women Health* 2003;37(4):49-65.
15. Powell HS, Bridge J, Eskesen S, Estrada F, Laya M. Medical students' self-reported experiences performing pelvic, breast, and male genital examinations and the influence of student gender and physician supervision. *Acad Med* 2006;81(3):286-9.
16. Rochelson BL, Baker DA, Mann WJ, Monheit AG, Stone ML. Use of male and female professional patient teams in teaching physical examination of the genitalia. *J Reprod Med* 1985;30(11):864-6.
17. Pugh C, Obadina Eniola T, Aidoo Kofi A. Fear of causing harm: use of mannequin-based simulation to decrease student anxiety prior to interacting with female teaching associates. *Teach Learn Med* 2009; 21:116-20.
18. Popadiuk C, Pottle M, Curran V. Teaching digital rectal examinations to medical students: an evaluation study of teaching methods. *Acad Med* 2002; 77:1140-6.
19. Amini A, Barzegar M, Hatamy F. The state of clinical competencies of medical students in performing basic clinical procedures at Tabriz University Of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2002; 1(4):9-16.
20. Taghizadeh Z, Rezaeipour A, Mehran AA, Moradi Z. Usage of communication skills by midwives and its relation to clients' Satisfaction. *Hayat* 2007; 12(4):47-55.
21. Abdulghani HM, Al-Rukban MO, Ahmed Shaik Sh. Patient attitudes towards medical students in Riyadh, Saudi Arabia. Riyadh: International Medical Education Conference; 2007. P.58.
22. Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery* 2009; 25(5):500-8.