

## مقایسه میزان رضایتمندی دانشجویان پرستاری از دو روش نمایش و شبیه سازی در آموزش ماسک گذاری در برابر حملات شیمیایی

منیره عبادی<sup>۱</sup>، سیمین تاج شریفی فر<sup>۲</sup>، فائزه بنی یعقوبی<sup>۱</sup>، امیرحسین پیشگوی<sup>۱</sup>

۱. گروه پرستاری نظامی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۲. گروه بهداشت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۳. گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** استفاده از شبیه سازی یکی از روش های جدید آموزش در علوم پزشکی است ولی تاکنون مطالعه ای در مورد بکارگیری این روش و رضایتمندی فراگیران آن در آموزش ماسک گذاری در حملات شیمیایی در ایران و جهان گزارش نشده است. هدف این پژوهش، بررسی مقایسه ای میزان رضایتمندی دانشجویان پرستاری از دو روش نمایش و شبیه سازی در آموزش ماسک گذاری در حملات شیمیایی می باشد.

**روش ها:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی می باشد. نمونه های پژوهش ۷۸ نفر از دانشجویان پرستاری بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. سپس با روش تصادفی ساده به دو گروه نمایش (کنترل) در کلاس درس و شبیه سازی (آزمون) تقسیم شدند. جهت گردآوری اطلاعات از ابزار پژوهشگر ساخته استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار نسخه SPSS v20 و با استفاده از آزمون آماری t-test و در سطح معناداری  $P$  کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** جهت تعیین وجود یا عدم وجود تفاوت معنی دار آماری بین میانگین نمرات رضایت دانشجویان از آزمون T مستقل استفاده گردید. میزان رضایت دانشجویان از دو روش آموزشی نمایش و شبیه سازی، با اختلاف آماری معنی داری همراه نبود. ( $P=0/58$ )

**نتیجه گیری:** اگر چه نمرات رضایتمندی روش آموزش نمایش و روش شبیه سازی تفاوتی با هم نداشتند؛ ولی پژوهشگر، استفاده از روش شبیه سازی در آموزش پرستاران نظامی در امر ماسک گذاری را پیشنهاد می کند و معتقد است که به کارگیری این گونه روش ها منجر به ارتقای کیفیت آموزش پرستاران نظامی و بحران می گردد.

**کلمات کلیدی:** رضایتمندی، روش نمایش، روش شبیه سازی، ماسک گذاری، حملات شیمیایی

کپی رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای دو ماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی محفوظ است.

### اطلاعات مقاله

#### تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۸

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۲/۰۱

انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۰۵/۰۷

EDCBMJ 1395; 9(2): 63-70

#### نویسنده مسئول:

#### دکتر سیمین تاج شریفی فر

دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت، دانشجوی دکتری سلامت در بلايا و فوریتها، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تلفن: ۰۲۱۷۷۵۰۰۴۰۴

#### پست الکترونیک:

s\_shariffar@yahoo.com

### مقدمه

روش های کارآمد در حیطه مهارتی، می توان از روش نمایش و شبیه سازی نام برد. روش نمایش براساس مشاهده و دیدن است و افراد مهارت های خاصی را با مشاهده و دیدن فرا می گیرند. با این روش می توانیم مهارتی را به تعداد افراد زیاد و در زمانی کوتاه نشان دهیم<sup>[۱]</sup>. از این روش به صورت رایج در آموزش مهارت در کلاس های درس استفاده می شود. روش آموزشی بعدی، شبیه سازی واقعی (Real simulation) می باشد؛ شبیه سازی، تکنیک و یا وسیله ای به منظور خلق ویژگی های پدیده های واقعی است<sup>[۲]</sup>. شبیه سازی به عنوان

آموزش پرستاران نظامی مقوله ای با اهمیت در ستاد نیروهای مسلح می باشد. پرستاران به عنوان کسانی که بیشترین ارتباط را با بیماران (حتی در خط مقدم جبهه) دارند، نقش مهمی در پیشبرد اهداف مراقبتی ایفا می نمایند. بنابراین بهره وری آن ها حائز اهمیت است. دستیابی به بهره وری مناسب نیازمند آن است که نیروهای تربیت شده در طی دوران آموزش حداکثر دانش، کارآیی و مهارت لازم را کسب نمایند<sup>[۳]</sup>. از

متحدہ در جنگ جهانی اول، نہ بہ لحاظ سیاسی، بلکہ از نظر امکانات و استعداد و آمادگی لازم برای جنگ شیمیایی بود. این کشور تا اواخر سال ۱۹۱۷ مجهز بہ ماسک شیمیایی نبود و تا اواخر جنگ جهانی اول، جنگ افزارهای شیمیایی خود را بہ میدان نفرستاد. ایالات متحدہ بہ دلیل اهمیت این موضوع، مجبور بہ گسترش فناوری ساخت ماسک‌های محافظ و افزایش توان آفندی برای مقابله با تهدیدات عوامل شیمیایی شد.<sup>[۱۶]</sup> حفاظت فردی در ارتش عراق از همان اوایل جنگ علیہ ایران با تجهیز خود بہ ماسک ضد گاز، قوطی‌های امداد و سیستم‌های آشکار ساز کہ ہمگی روسی بودند وجود داشت.<sup>[۱۴]</sup> در جنگ دوم خلیج فارس نیز، رژیم اشغالگر قدس، تهدیدهای عراق را مبنی بر حمله بہ آن کشور جدی گرفت و شروع بہ آموزش مردم برای حفاظت فردی و توزیع ماسک‌های ضد گاز کرد.<sup>[۱۳]، [۱۴]</sup>

عوارض تنفسی، بزرگ‌ترین مشکل جانبازان شیمیایی در ایران است کہ آن را می‌توان ناشی از آن دانست کہ هنگام مواجهہ با گازهای شیمیایی در جنگ تحمیلی فقط ۳۷/۹ درصد رزمندگان از ماسک بہ طور کامل و صحیح استفاده کردہ بودند.<sup>[۱۷]</sup> ماسک محافظ، عمل حفاظت فردی را در مقابل عوامل شیمیایی گازی بہ طور کامل انجام می‌دهد و کسانی کہ نمی‌توانند بہ موقع از ماسک استفاده کنند یا پس از حمله ماسک‌هایشان را زودتر از موعد برمی‌داشتند قربانیان شیمیایی بودند. عدم رعایت حفاظت فردی مناسب توسط رزمندگان ایران در جنگ تحمیلی خصوصاً عدم ماسک‌گذاری و آموزش ناکافی، ایران را بزرگ‌ترین قربانی سلاح شیمیایی در دنیا کردہ است.<sup>[۱۸]، [۱۴]</sup> حاج احدی در مطالعہ خود در سال ۱۳۸۱ کہ بہ مرور تجربیات ۱۵ نفر از مسئولان بہداری سپاہ در دوران دفاع مقدس [عملیات والفجر ۱۰] پرداختہ است، نشان داد کہ عدم آگاهی لازم در استفاده از ماسک‌های شیمیایی، میکروبی، هسته‌ای (ش.م.ه) باعث افزایش مصدومان شیمیایی شدہ است.<sup>[۱۹]</sup>

با توجہ بہ حساسیت شغلی بسیار بالای گروه‌های علوم پزشکی، بہ دلیل ارتباط مستقیم با جان انسان‌ها و سلامتی جامعہ، اهمیت توانمندسازی آن‌ها دوچندان می‌شود و ہر عاملی کہ بتواند این توانمندی را افزایش دہد از اهمیت بالایی برخوردار است.<sup>[۲۰]</sup> با مروری بر مطالعات گذشتہ مشخص گردید کہ نتایج مطالعات در مورد تأثیر روش‌های نوین و سنتی بر میزان رضایت دانشجویان با یکدیگر تناقض دارد و ضرورت مطالعہ در این زمینہ احساس می‌شود.<sup>[۹]</sup> در این راستا مطالعہ حاضر بہ دنبال مقایسہ میزان رضایتمندی دانشجویان پرستاری از دو روش نمایش (متداول) و شبیہ سازی در آموزش ماسک‌گذاری در حملات شیمیایی است.

## روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع نیمہ تجربی دو گروهی می‌باشد کہ با ہدف مقایسہ رضایتمندی دانشجویان پرستاری از دو روش نمایش (متداول) و شبیہ سازی در آموزش ماسک‌گذاری در حملات شیمیایی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. نمونه‌های پژوهش ۸۴ نفر از دانشجویان کارشناسی

یک روش تدریس، عبارت از فعالیت‌هایی است کہ یک محیط واقعی را تقلید می‌کند و برای نشان دادن فرآیندها، تصمیم‌گیری‌ها و تفکر انتقادی بہ وسیلہ روش‌هایی مانند ایفای نقش و استفادہ از وسایلی مانند فیلم‌های آموزشی و مانکن‌ها طراحی شدہ است.<sup>[۴]</sup> در روش شبیہ سازی تلاش بر این است کہ شرایط یادگیری آن قدر بہ شرایط واقعی نزدیک شود کہ مفہیم آموختہ شدہ، قابل انتقال بہ جهان واقعی شود. این روش از پیچیدگی زیاد یادگیری کہ در دنیای واقعی وجود دارد می‌کاهد.<sup>[۶]، [۷]</sup> از این روش در برخی دروس نظری و بہ خصوص برای دروس عملی پرستاری استفادہ می‌شود.<sup>[۸]</sup> علی‌رغم انجام برخی مطالعات در زمینہ تأثیر آموزش بہ روش شبیہ سازی در پرستاری، شواہد تجربی اندکی در زمینہ ارزیابی نتایج استفادہ از این روش‌ها وجود دارد و انجام تحقیقات بیشتر ضروری است.<sup>[۹]</sup>

در لزوم اهمیت آموزش بحران بہ پرستاران باید دانست کہ، اولین امدادگران بحران در تیم درمانی، پرستاران هستند. پرستاران بہ عنوان خط مقدم امداد و نجات قرار دارند.<sup>[۱۰]</sup> حفظ جان امداد رسانیان در مواجهہ با عوامل شیمیایی در درجہ اول اهمیت قرار دارد و تہتا در این صورت آنان با حداکثر کارایی و تصمیم‌گیری قاطع و سریع و بہ دور از احساسات، بہ مراقبت، درمان، انتقال و رفع آلودگی از مصدومان خواهند پرداخت.<sup>[۱۱]</sup> پرستاران با آموزش ماسک‌گذاری درست و بموقع می‌توانند امداد رسانی صحیح در جنگ‌های شیمیایی، میکروبی و هسته‌ای را انجام دہند. اجرا و تداوم آمادگی پرستاران برای مقابله با سوانح شیمیایی نیاز بہ برنامه آموزشی کارآمد دارد.<sup>[۱۲]</sup> در ہمین راستا پژوهشگر بہ دلایل ذیل از روش نمایش و شبیہ سازی برای آموزش ماسک‌گذاری در حملات شیمیایی در پرستاران نظامی استفادہ کردہ است: ۱- آموزش ماسک‌گذاری در مقابل عوامل شیمیایی، آموزش یک مهارت است. ۲- موقعیت حملہ شیمیایی بسیار خطرناک است و آموزش این مهارت در این حملات با خطر بالایی ہمراہ است. ۳- امنیت فراگیران در حین آموزش برای ما مهم است. ۴. عدم آموزش ماسک‌گذاری در این حملات با مرگ فراگیران در جنگ ہمراہ است. ۴- دانشکدہ شیمیایی، میکروبی، هسته‌ای [ش.م.ه] در ارتش دارای اتاق گاز شیمیایی می‌باشد و می‌توان از این اتاق، حملات شیمیایی را شبیہ سازی کرد و نیازی بہ صرف ہزینہ برای ساختن اتاق گاز نیست. سلاح‌های شیمیایی از وحشیانہ‌ترین جنگ افزارهای عصر کنونی بودہ است. در تاریخ جنگ‌های دنیا کاربرد این سلاح‌ها از سیاه‌ترین برگ‌های تاریخ بشر متمدن و تهدید جدی برای بشریت است.<sup>[۱۳]</sup> اولین استفادہ فنی از سلاح‌های شیمیایی در جنگ جهانی اول اتفاق افتاد، صدمات و جراحات شیمیایی سنگین این جنگ را می‌توان ناشی از عدم ماسک‌گذاری مناسب و بموقع در هنگام حملات شیمیایی دانست. دولت انگلیس با توجہ بہ این موضوع، تولید ماسک را در دستور کار خود قرار داد؛ و در عرض چند روز، ہزاران ماسک توسط زنان انگلیسی ساخته شد؛ در نتیجہ در حملہ بعدی تعداد تلفات شیمیایی بسیار کاهش یافت.<sup>[۱۰]، [۱۴]</sup> بتدریج سربازان یاد گرفتند با ماسک‌گذاری مناسب و بموقع از خود محافظت بعمل آورند؛ و آمار مرگ و میر شیمیایی را بہ حد ۲ درصد در جنگ جهانی اول کاهش دہند.<sup>[۱۳]</sup> عدم دخالت ایالات

گرفتند. بدین صورت که ماسک گذاری در عرض ۹ ثانیه همراه با عمل تخلیه برای آزمایش ماسک در یکی از کلاس‌های درس دانشکده به مدت ۴ ساعت برگزار شد و تک تک دانشجویان عملیات ماسک گذاری را آموزش دیده و انجام دادند. به طور همزمان مداخله در گروه آزمون (شبه سازی) نیز در محیطی شبیه‌سازی شده مشابه با آنچه فرد ممکن است در محیط واقعی با آن مواجه شود انجام شد (در یک جلسه ۴ ساعته). محیط شبیه‌سازی شده در این پژوهش شامل اتاقک شیشه‌ای با ابعاد ۵ در ۵ متر و مجهز به تجهیزات ماسک ضد گاز بود، این فضا، اتاق گاز نام دارد. اتاق گاز هیچ منفذ خروجی و ورودی برای هوا ندارد. در این اتاق معمولاً گاز اشک‌آور پخش می‌شود ولی به دلیل رعایت اصول اخلاق پژوهش در این مرحله از گازی بی‌خطر استفاده شد؛ ماسک گذاری در زمان مناسب توسط پژوهشگر در اتاق گاز شبیه سازی شد. ملاحظات اخلاقی نظیر اختیاری بودن ورود و خروج از مطالعه، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها و توضیح در مورد بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و همچنین اخذ رضایت شفاهی از واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه رعایت گردید. پس از انجام مداخلات، رضایتمندی دانشجویان از روش‌های مذکور با استفاده از پرسشنامه بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون آماری t-test و در سطح معناداری P کمتر از ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد ۴۷/۴ درصد دانشجویان در گروه شبهه سازی و ۵۲/۶ درصد در گروه نمایش قرار داشتند. هم‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، در گروه نمایش (کنترل) ۹۲/۶۹ درصد واحدهای مورد پژوهش مذکر و ۷/۳۱ درصد مؤنث و در گروه شبهه سازی (آزمون) ۹۴/۶۰ درصد مذکر و بقیه مؤنث بود. میانگین سنی دانشجویان در گروه نمایش  $1/90 \pm 21$  و در گروه شبهه سازی  $1/50 \pm 21/30$  سال بوده است. مقایسه دو گروه از نظر سن و جنس تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیر جنس و سن در دو گروه

معنی داری آماری	گروه شبهه سازی		گروه نمایش		جنسیت
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$P < 0/05$	۳۵	۹۴/۶۰	۳۸	۹۲/۶۹	مذکر
	۲	۵/۴۰	۳	۷/۳۱	مؤنث
	۳۷	۱۰۰	۴۱	۱۰۰	جمع کل
معنی داری آماری	انحراف معیار $\pm$		میانگین		سن
	۱/۹۰		۲۱		گروه نمایش
$P > 0/05$	۱/۵۰		۲۱/۳۰		گروه شبهه سازی

پرستاری‌ترم دوم که به روش سرشماری انتخاب شدند. این دانشجویان، کلیه دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش بودند که واحد پرستاری نظامی را نگذرانده بودند. واحد پرستاری نظامی از واحدهای مصوب برای دانشجویان پرستاری ارتش می‌باشد. سپس با روش تصادفی ساده به دو گروه نمایش (کنترل) در کلاس درس و شبهه‌سازی (آزمون) تقسیم شدند. علی‌رغم پیشگیری از خروج واحدهای مورد پژوهش، ۵ نفر از گروه شبهه سازی و یک نفر از گروه نمایش خارج شدند. بنابراین ۳۷ نفر از این افراد در گروه شبهه سازی و ۴۱ نفر در گروه نمایش قرار داشتند. از معیارهای ورود به مطالعه تمایل و رضایت دانشجویان، نگذاردن واحد پرستاری نظامی، سلامت فیزیکی و روحی جهت شرکت در اتاق گاز و از معیارهای خروج از پژوهش ابتلا به بیماریهای تنفسی در حین مطالعه و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل ۲ بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی واحدهای پژوهش شامل سن، جنس و بخش دوم، پرسشنامه محقق ساخته رضایت مندی در ۱۸ سؤال با مقیاس لیکرت از طیف خیلی موافقم تا خیلی مخالفم (نمره ۱ تا ۵) بود. سؤال ۱۴ در رابطه با پیدایش نگرش جدید در مورد ماسک گذاری، سؤال ۱۵ در رابطه با علاقه مندی دانشجویان به حفاظت فردی و سؤال ۱۶ در رابطه با احساس مسئولیت آنان و بقیه سؤال‌ها در رابطه با رضایتمندی بوده است. جهت تعیین روایی محتوای پرسشنامه، سؤالات پرسشنامه به ۱۵ نفر از اساتید کارشناس این فن داده شد و تغییرات در گویه‌های پرسشنامه رضایتمندی در صورت نیاز انجام گردید. جهت تعیین روایی صوری، پرسشنامه به ۱۰ نفر از دانشجویان داده شد و جملاتی که به نظر دشوار می‌رسید یا دارای ابهام بود و یا با هدف پژوهش تناسب نداشت، اصلاح گردید. پایایی درونی پرسشنامه با ۱۵ نمونه دانشجوی به روش آزمون مجدد به مدت ۱۰ روز تعیین شد. ضریب پیرسون پرسشنامه ۰/۷۵ و معنادار بود. همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ( $\alpha = 0/68$ ) حاصل گردید. پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق در پژوهش، مداخلات بر حسب تخصیص افراد به گروه‌های آزمون (شبهه سازی) و کنترل (نمایش) صورت گرفت. گروه کنترل در یکی از کلاس‌های درس با روش نمایش تحت آموزش ماسک گذاری قرار

جدول ۲: مقایسه میزان رضایت دانشجویان از دو روش آموزشی نمایش و شبیه سازی

معنی داری آماری (T مستقل)	انحراف معیار ± میانگین	حیطه رضایت
T = ۰/۵۵ Df = ۷۶ P = ۰/۵۸	۷۴/۳۹ ± ۱۰/۷۲	روش نمایش
	۷۱/۴۸ ± ۹/۹۰	روش شبیه سازی

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات رضایت به تفکیک طبقه بندی سئوالات در دو گروه نمایش و شبیه سازی

معنی داری آماری	شبیه سازی انحراف معیار ± میانگین	نمایش انحراف معیار ± میانگین	حیطه گروه
T = -۰/۹۷ DF = ۷۶ P = ۰/۳۳	۴/۱۳ ± ۰/۷۱	۴/۱۷ ± ۰/۸۶	ایجاد نگرش جدید
T = -۰/۳۳ DF = ۷۶ P = ۰/۷۳	۴/۱۰ ± ۰/۸۰	۴/۲۴ ± ۰/۷۳	ایجاد علاقه مندی
T = -۱/۴۳ DF = ۷۶ P = ۰/۱۵	۳/۹۷ ± ۰/۷۹	۴/۲۴ ± ۰/۸۵	ایجاد حس مسئولیت

کسب مهارت دانسته‌اند<sup>[۳]</sup>. عدم تفاوت آماری در رضایتمندی از این دو روش را می‌توان به خوگیری دانشجویان به روش‌های متداول آموزشی نسبت داد چرا که آموزش رایج (چنان که در سال‌های قبل نیز انجام می‌شد) در محیط آشنای دانشجویان در دانشکده پرستاری و با روش مرسوم نمایش در کلاس صورت می‌گرفت و طبیعتاً دانشجویان در مقابل تغییر شیوه آموزشی رایج به سمت شبیه سازی در محیط جدیدی بنام اتاق گاز، مقاومت نشان می‌دهند<sup>[۷]</sup>. به همین دلیل نایبستی با یک بار اجرای آزمایشی این روش، قضاوت و سوگیری در مورد آن انجام شود، بلکه پیشنهاد تکرار این روش می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد هیجان روحی ناشی از قرارگیری در محیط شبیه سازی شده شیمیایی بر جذابیت این محیط فزونی داشته است که با مطالعات جیل که بیانگر این بود که تعداد کمی از دانشجویان پرستاری در طی مشاهده شبیه سازی احساس استرس دارند هم خوانی ندارد<sup>[۳]</sup>. همچنین با پژوهش Durham که نشان داد، در روش شبیه سازی به علت کسب تجربه، فرد بدون ترس و اضطراب شایستگی لازم را به دست می‌آورد، هماهنگ نیست<sup>[۲]</sup>. عدم هماهنگی مطالعه حاضر با پژوهش‌های مورد نظر را می‌توان به محتوای شبیه سازی شده نسبت داد؛ شبیه سازی ماسک گذاری در اتاق گازهای شیمیایی، شبیه سازی یک موقعیت بالقوه خطرناک است که کمترین درصد خطا در آن با احتمال مرگ فرد همراه است. ولی با پژوهش Rauen، که اضطراب در دانشجویان و اساتید در هنگام استفاده از روش شبیه سازی در آموزش را به علت

جهت تعیین وجود یا عدم وجود تفاوت معنی دار آماری بین میانگین نمرات رضایت دانشجویان از آزمون T مستقل استفاده گردید. میانگین رضایت دانشجویان از روش نمایش ۷۴/۳۹ و میانگین رضایت دانشجویان از روش شبیه سازی ۷۱/۴۸ می‌باشد. همانگونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، رضایت دانشجویان از دو روش آموزشی نمایش و شبیه سازی، اختلاف آماری معنی داری باهم نداشته است (P=۰/۵۸). در بررسی پاسخهای مربوط به ایجاد نگرش جدید، علاقه مندی و احساس مسئولیت، بیشترین پاسخ رضایت در گروه کنترل مربوط به گزینه "ایجاد علاقه مندی و احساس مسئولیت" و در گروه آزمون مربوط به گزینه "ایجاد نگرش جدید" بوده است. همانگونه که در جدول ۳ نشان داده شد در رابطه با هیچکدام از سئوالات بین دو گروه اختلاف معنادار وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اختلاف آماری معناداری در گروه شبیه سازی و نمایش از نظر رضایتمندی وجود ندارد. یافته‌ها با مطالعه‌ی Jill هم خوانی ندارد. در مطالعه Jill، میزان رضایت از روش نمایش بیشتر از روش شبیه سازی در انجام مهارت‌ها بیان شده است. چرا که ۸۸ درصد دانشجویان پرستاری روش نمایش مهارت در پرستاری و ۷۷/۸ درصد دانشجویان، روش شبیه سازی را روش موثرتری برای

واحساس‌شان در حین شبیه‌سازی، تشویق یادگیرندگان به صحبت درباره شباهت تجربه با واقعیت و بحث درباره فعالیت‌های آینده که می‌تواند بر پایه تجربه شبیه‌سازی انجام شود همه می‌تواند در ایجاد نگرش مثبت و رضایتمندی مؤثر باشد [۳۲].

به طور کلی می‌توان گفت که استفاده از شبیه‌سازی هنگامی موثرتر است که همراه با روش‌های سنتی به کار برده شود [۳۳]. یعنی شبیه‌سازی به عنوان مکملی برای روش‌های سنتی به حساب می‌آید.

پژوهش حاضر نشان داد، نمرات رضایتمندی روش آموزش نمایش و روش شبیه‌سازی بدلائیل ذکر شده تفاوتی با هم ندارند؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی شاخص‌های مختلف در ماسک گذاری با استفاده از چک لیست بررسی شود و سایر پژوهشگران در زمینه رضایت مندی دانشجویان پرستاری و پرستاران و حتی سایر گروه‌های آموزشی علوم پزشکی در گروه‌های بزرگتر که بتوان آن را به جامعه اصلی تعمیم داد مطالعات لازم را انجام دهند. همین طور تأثیر انواع روش‌های آموزشی را در رضایتمندی مورد سنجش قرار دهند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نبود ابزار استاندارد، عدم انجام پژوهش مشابه و مشکلات مربوط به فضا و امکانات در ارائه آموزش شبیه‌سازی اشاره کرد.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه دانشجویان دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، به جهت همکاری در اجرای این طرح تشکر و قدردانی نمایند.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان و مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی هیچ گونه تعارض منافع وجود ندارد.

ترس از آسیب و نیاز به زمان زیاد برای آمادگی کافی را از چالش‌های این روش می‌داند، هماهنگ است [۸]. همچنین مطالعات دیگری نیز وجود دارد که رضایتمندی در مؤثر بودن آموزش به کمک شبیه‌سازی را ضعیف دانسته و قابلیت آن در ارتقای آموزش علوم پزشکی چندان مفید نمی‌داند و معتقدند که شیوه آموزش به کمک شبیه‌سازی بیشتر در آموزش مداوم اعضای گروه پزشکی قابل استفاده است [۲۳]. از طرفی برخی تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد فراگیران رضایت بیشتری از روش شبیه‌سازی نسبت به سایر روش‌ها داشته‌اند [۲۳، ۲۴]. نتایج مطالعه Najafi و همکاران نشان داده است که رضایتمندی قابل توجه و بیش از ۷۰ درصدی در میان دانشجویان از ارائه درس فارماکولوژی به کمک نرم افزارهای شبیه‌سازی رایانه‌ای وجود دارد [۲۵]. در این روش اعتماد به نفس دانشجویان افزایش یافته و باعث بهبود قضاوت و توانایی حل مسأله شده است [۲۶، ۲۸]. استفاده از شبیه‌سازهای انسان نما و مانکن‌ها باعث کاهش اضطراب و تسهیل در کسب مهارت برای دانشجویان می‌شود، خطاها را کم می‌کند و احتمال آسیب کاهش می‌یابد و در تمام سطوح آموزش پرستاری می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد [۲۹-۳۱]. در تمامی موارد افزایش رضایتمندی در تحقیقات انجام گرفته معمولاً شبیه‌سازی از نوع کامپیوتری یا با بیمار نماها بوده است و شبیه‌سازی حفاظت از گازهای شیمیایی تا به حال انجام نشده است که بتوان در مورد رضایتمندی این روش گزارش داد.

همانطور که اشاره شد در روش نمایش ایجاد علاقه مندی و احساس مسئولیت نسبت به ایجاد نگرش جدید از نمرات بالاتری برخوردار بوده است یعنی روش متداول آشنا و سنتی همچنان می‌تواند جهت افزایش علاقه مندی و احساس مسئولیت دانشجویان استفاده شود و از طرفی در روش شبیه‌سازی ایجاد نگرش جدید از میانگین نمره بالاتری برخوردار بوده است و می‌توان نتیجه گرفت که این روش آموزشی باعث افزایش نگرش و بینش در دانشجویان نسبت به موضوعات آموزشی خواهد شد. ارائه فرصت به شرکت‌کنندگان بعد از تجربه شبیه‌سازی برای مقایسه نتایج با زندگی واقعی، تشویق یادگیرندگان به صحبت درباره باورها

### Reference

1. Salmani N, Amirian H. Comprition views of nursing students& teachers of Yazd's Azad University about clinical teaching environment. Iranian Journal of Medical Education. 2006;3(1):11-18. [Persian]
2. Valizade Zare N, Houshmand P. The effect assessment of nursing process teaching by simulation on nursing students skills. Med J Mashad Univ Med Sci. 2009;9(1):25-30. [Persian]
3. Durham CF, Alden KR. Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008;6(3): 221-250.
4. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs Educ Perspect. 2005; 26(2):96-103.
5. Chehrzad M, Masoule M, Shademan R. Comparing the Effects of Two Teaching Models, Teacher Centered and Student Centered, on Nursing Students' practical learning. J Guilan Univ Med Sci. 2007; 9: 1-6.

6. Faraji A, Khanke H.R, Hosseini M.A, Abdi K, Reza Soltani P. Effect of simulated training course on preparedness of nurses to do pre-hospital triage. JHPM.2013; 2 (4) :24-29. [Persian]
7. Willford A, Doyle TJ. Integrating simulation training into the nursing curriculum. Br J Nurs. 2009;15(11):926-30.
8. Rauen CA. Simulation as a Teaching Strategy for Nursing Education and Orientation in Cardiac Surgery. Critical Care Nurse. 2004;24(3): 46-51.
9. Reese CE, Jeffries PR, Engum SA. Learning together: Using simulations to develop nursing and medical student collaboration. Nurs Educ Perspect. 2010; 31(1) :33-37.
10. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. Nurse Education Practice. 2004; 4:69-76.
11. Marzbanrad S. chemical bombs wounded treatment. Tehran:1987. [Persian]
12. Valadbeigi B . Pourheidary G.R, Broud Disaster preparedness: pre-hospital Actions. Publisher Institute science - Applied Helal in Iran.2011. . [Persian]
13. Abdolmajid CH.A. Prevention and treatment of complications of chemical warfare .Tehran. Golban.2010. . [Persian]
14. Forotan A. Iraq chemical war and Medical experiences. Tehran. Teimorzade publisher: Tabib.2003. . [Persian]
15. Yoosefi Sh , Ebadi A , Hosseini S. M. J , Khaghanizadeh M, Izadi M, Ahmadi Kh. et al. Curriculum development for nurses' preparedness face to biological incidents by Delphi method. Journal of Military Medicine. 2009; 11 (1) :7-8. [Persian]
16. Aminifar A, Ghadimi S . Decontamination of chemical and biological agents. Tehran.2002. [Persian]
17. Ebadi A, Ahmadi F, Ghanei M, Kazemnejad A. Concept and quality of life construct elements in chemical injured: A qualitative study. Journal of Military Medicine.2010;12(1):7-12. . [Persian]
18. Shohrati M, Keshavarze S, Samadinia H. Injuries triage and chemical emergency structure. 3th military medicine Congress. Tehran: Baghiatallah university.2003:164 . [Persian].
19. Hajahmadi T, Navidi A, Abolghasemi H, Mohebbi HA. A review of clinic experiences during the Revolutionary war [Operation valfajr 10]. J Mil Med.2002; 4(2):75-80. [Persian]
20. Behnampour N, Heshmati H, Rahimi S. [A survey on Paramedical and health students' satisfaction with their discipline and some of the related factors]. IJME.2012;12(8):616-618. [Persian]
21. Jill F, Elisabeth K. Flaathen, Lisbeth F. Simulation as a learning method in nursing education – A case study of students' learning experiences during use of computer-driven patient simulators in preclinical studies. JNEP. 2013; 3(8).
22. W. Robert Lee, Computer-Based Learning in Medical Education: A Critical View, J Am Coll Radiol. 2006; 3: 793-8.
23. Engum SA, Jeffries P, Fisher L. Intravenous catheter training system: Computer-based education vs. traditional learning methods. Am J Surg.2003; 186(1), 67-74.
24. Jeffries PR, Woolf S, Linde B. Technology-based vs. traditional instruction: A comparison of two methods for teaching the skill of performing a 12-lead ECG. Nurs Educ Perspect.2003; 24(2): 70-74.
25. Najafi M, Eteraf-Oskouei T. Pharmacy Students' Attitude in Tabriz University of Medical Sciences toward Using Computerized Simulations in Teaching Pharmacology. . IJME.2013; 4 (11): 308-317. . [Persian]
26. Lasater K. High-fidelity simulation and the development of clinical judgment: Students' experiences. JNEP.2007;46(6): 269-276.
27. Nehring WM, Lashley FR. Current use and opinions regarding human patient simulators in nursing education: An international survey. NEPJ.2004; 25(5): 244-

48. Simulation in Nursing.2011; 7(6): 229-35.
28. Larew C, Lessans S, Spunt D, Foster D, Covington BG. Innovations in clinical simulation: Application of Benner's theory in an interactive patient care simulation. NEPJ.2005; 27(1): 16-21.
29. Ricketts B. The role of simulation for learning within pre-registration nursing education — A literature review. Nurse Educ Today.2011; 31(7) : 650 –654
30. Maas NA,Flood LS. Implementing High-Fidelity Simulation in Practical Nursin g Education. Clinical
31. Smith SJ, Roehrs CJ. High-fidelity simulation: Factor correlated with nursing student satisfaction and self-confidence. NEPJ.2009; 30(2): 74-78.
32. Saberian M,Haji Aghajani S.Curriculum Development Process in Medical Sciences. Tehran. Salemi publication.2006:174-360. [Persian]
33. Safavi A. Methods Techniques - teaching models .Tehran:Samt publication.2003:62-289. [Persian]

