

ساز و کارهای جلب مشارکت پرستاران در آموزش بالینی از دیدگاه مدیران، مدرسین پرستاری و پرستاران بالینی

فاطمه حشمتی نبوی، زهره ونکی*، عیسی محمدی

چکیده

مقدمه: مشارکت در آموزش بالینی وظیفه تمام کسانی است که در ارائه مراقبت‌های بهداشتی نقش دارند. مشارکت پرستاران در ارائه آموزش‌های بالینی می‌تواند شکاف نظریه و عمل را کاهش دهد. این مطالعه با هدف شناسایی ساز و کارهای به کار گرفته شده توسط مدرسین پرستاری جهت جلب مشارکت پرستاران بالینی در آموزش انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی است که در سال ۸۸ انجام شد. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش را ۱۵ نفر مدرس بالینی پرستاری، پرستار بالینی، مدیر آموزشی و مدیر پرستاری بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد و تهران تشکیل می‌داد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختارمند بود. ابتدا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد و سپس به روش گلوله برفی ادامه پیدا کرد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس دست‌نویس شد و با استفاده از روش مقایسه‌ای مداوم و به روش تحلیل محتوای کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: از توصیف‌های غنی و عمیق مشارکت‌کنندگان، شش مضمون شامل «کسب قدرت مهارت»، «واقع‌گرایی»، «مسئولیت‌پذیری»، «فروتنی»، «استفاده از تجارب مفید پرستاران» و «قاطعیت» به دست آمد.

نتیجه‌گیری: مدرسین پرستاری از رویکردهای متنوع فردی جهت برقراری ارتباطات انسانی-حرفه‌ای مناسب با پرستاران بالینی و انتقال تجارب آنها به دانشجویان استفاده می‌کنند. لازم است ساز و کارهای فردی با رویه‌های سازمانی و در چارچوب برنامه‌های مشارکتی بین مؤسسات آموزشی و بالینی تقویت شود تا بر اثربخشی مدرسین پرستاری در ایفای نقش بالینی آنها افزوده شود.

واژه‌های کلیدی: مؤسسات آموزشی و بالینی، مشارکت، پرستاران، مدرسین پرستاری، آموزش بالینی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / دی ۱۳۹۰؛ ۱۱(۶): ۵۵۴ تا ۵۶۸

مقدمه

پرستاری یک دیسیپلین عملکرد محور (Practice-oriented) است. دانش پایه و دانش کاربردی زیربنای پرستاری به عنوان یک دیسیپلین عملگرا است (۱). به همین دلیل

آموزش‌های بالینی که بخش اعظم آموزش‌های دوره کارشناسی پرستاری را به خود اختصاص می‌دهند از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند (۲ تا ۵). کیفیت مراقبت‌های پرستاری بر اساس کیفیت آموزش‌های بالینی پیش‌بینی می‌شود. اهمیت کیفیت آموزش‌های بالینی در ارتقای سطح مهارت، دانش و نگرش حرفه‌ای پرستاران در متون تئوریک، تجربی و دستورالعمل‌های اجرایی مورد تأکید قرار گرفته است (۳). عوامل مختلفی در اثربخشی آموزش‌های بالینی مؤثر هستند. مطالعات نشان می‌دهد

* نویسنده مسؤول: دکتر زهره ونکی (دانشیار)، گروه پرستاری دانشگاه تربیت

مدرس، تهران، ایران. (vanaki_z@modares.ac.ir)

فاطمه حشمتی نبوی، دکتری تخصصی پرستاری، دانش‌آموخته دانشگاه تربیت مدرس، گروه

پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (heshmati_nabavi@modares.ac.ir)

دکتر عیسی محمدی (دانشیار)، گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

(mohamade@modares.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۳/۹، تاریخ اصلاح: ۹۰/۳/۱۶، تاریخ پذیرش: ۹۰/۵/۱۸

که مدرسین بالینی نقشی کلیدی در این زمینه ایفا می‌کنند(۴و۲). مدرسین بالینی از سویی مسئولیت چگونگی کاربرد مطالب تئوریک در عملکرد دانشجویان پرستاری، کسب تجارب بالینی، و رشدیافتگی حرفه‌ای آنان را به عهده دارند و از سوی دیگر باید در برابر تضمین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران توسط دانشجویان پاسخگو باشند(۶و۴).

مشارکت در آموزش بالینی وظیفه تمام کسانی است که در ارائه مراقبت‌های بهداشتی نقش دارند(۳). امروزه با توجه به مشکلات موجود در اجرای آموزش‌های بالینی و همچنین ارائه مراقبت‌های بهداشتی، از دولت‌ها و سازمان‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی انتظار می‌رود که در جستجوی روشی جدید برای تقویت ارتباط و مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی باشند(۷). مطالعات نیز نشان می‌دهد که روند طراحی و کاربرد الگوهای مختلف آموزش بالینی به سوی طراحی الگوهای مشارکتی و توسعه همکاری بین مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراکز دانشگاهی است(۷و۸). در طی دهه‌های اخیر الگوهای مختلف آموزش بالینی مشارکتی با هدف ارتقای کیفیت این آموزش‌ها و آماده‌سازی بهتر دانشجویان پرستاری برای ورود به دنیای واقعی کار طراحی شده است. الگوهایی مانند اینترنشیپ (internship)، پرسپتورشپ (preceptorship)، استخدام مشترک، کارآموزی تحت نظارت عضو هیأت علمی، الگوی بخش آموزشی(۹) از این دسته‌اند.

در کشور ما الگوی رایج آموزش بالینی، الگوی نظارت توسط عضو هیأت علمی و الگوی اینترنشیپ است. الگوی اینترنشیپ با توجه به امکانات و شرایط محیطی تعدیل شده و در برخی موارد حتی مشابه الگوی نظارت توسط عضو هیأت علمی اجرا می‌شود. مطالعاتی که اثربخشی این الگوها و نقش مدرسین پرستاری را در اجرای این الگوها مورد بررسی قرار دهد، محدود است. اما به طور کلی نتایج مطالعات نشان می‌دهد که پاره‌ای از مشکلات در

اجرای آموزش‌های بالینی و کیفیت ارائه این آموزش‌ها وجود دارد. مطالعات انجام شده در کشور ما در خصوص آموزش‌های بالینی نشان می‌دهد که این آموزش‌ها دارای اثربخشی لازم نیست، به عنوان نمونه عدم آمادگی در گذر از نقش دانشجویی به نقش حرفه‌ای در پرستاران(۱۰)، تجارب تنش‌زای پرستاران تازه کار در ارتباط با کمبود مهارت لازم در انجام اعمال پرستاری(۱۱) نشانه‌هایی حاکی از عدم اثربخشی این آموزش‌هاست. نتایج مطالعه ابازری و همکاران که با هدف تعیین منابع استرس و میزان استرس دانشجویان پرستاری انجام شد، نشان داد بیشترین منبع استرس مربوط به اختلاف بین آموزش تئوری و کلاسی با آنچه در بیمارستان انجام می‌شود؛ است(۱۲). به طور کلی نتایج مطالعات داخلی متعدد حاکی از وجود شکاف نظریه و عمل در پرستاری کشور ماست(۱۰و۱۱و۱۳)؛ با کمی تعمق می‌توان دریافت که بخشی از مشکلات فوق‌الذکر ناشی از ارتباط نامناسب و غیراثربخش بین مؤسسات آموزشی و بالینی در ارائه آموزش‌های بالینی است. هم اکنون دانشکده‌های پرستاری و مامایی و محیط‌های بالینی زیر نظر دو معاونت جداگانه در سیستم بهداشت و درمان اداره می‌شوند. علی‌رغم وجود تعاملات سازمانی بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی، تجارب پژوهشگران حاکی از نارسایی مشارکت بین این دو مؤسسه جهت فراهم‌سازی زیرساخت‌های لازم برای اجرای اثربخش آموزش‌های بالینی است. چنین به نظر می‌رسد که همکاری‌ها جهت اجرای آموزش‌های بالینی بیشتر بین افراد، و نه سازمان‌ها، اتفاق می‌افتد. نتایج مطالعه حشمتی و ونکی نشان داده است که توانایی برقراری ارتباطات حرفه‌ای با کادر پرستاری و جلب مشارکت آنها در آموزش‌های بالینی، یکی از ویژگی‌های مدرسین بالینی اثربخش در ایران است(۱۴).

مشارکت پرستاران در اجرای آموزش‌های بالینی دارای مزایای زیادی است که در مقون از آن یاد شده است؛

نتایجی مانند کاهش شکاف نظریه و عمل که مطالعات به اشکال مختلف به آن اشاره کرده‌اند. استفاده از پرستاران بالینی برای کمک در امر آموزش بالینی برای دانشجویان دو دیدگاه فراهم می‌کند که این امر موجب کاهش شکاف نظریه و عمل می‌گردد (۱۶ و ۱۵).

با توجه به فقدان ساختار سازمانی کارآمد بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی، رویکردهای فردی مدرسین پرستاری در جلب مشارکت پرستاران عنصری اساسی در اجرای مؤثر آموزش‌های بالینی در کشور ما هستند. بررسی تجارب پرستاران و مدرسین پرستاری از چگونگی جلب مشارکت کادر پرستاری در اجرای آموزش‌های بالینی می‌تواند دانشی مبتنی بر تجارب واقعی فراهم نماید که خواهد توانست عملکرد مدیران و مدرسین پرستاری را در اجرای آموزش بالینی ارتقا دهد. هدف ما از این مطالعه شناسایی ساز و کارهای به کار گرفته شده توسط مدرسین پرستاری جهت جلب مشارکت پرستاران بالینی در آموزش می‌باشد.

روش‌ها

با توجه به هدف این مطالعه که شناسایی ساز و کارهای به کار گرفته شده توسط مدرسین پرستاری به منظور جلب مشارکت پرستاران بالینی در آموزش بود، از تحقیق کیفی استفاده شد که ابزاری برای به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت‌کنندگان است (۱۷). محیط این پژوهش بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری-مامایی تهران، همچنین بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشکده پرستاری و مامایی شهر مشهد بود. داشتن تجربه مربی‌گری حداقل به مدت ۵ سال (برای مدرسین پرستاری)، داشتن تجربه کار در بیمارستان آموزشی به مدت حداقل ۵ سال (پرستاران بالینی)، داشتن تجربه مدیریتی به عنوان سرپرستار، مدیر پرستاری، مدیر آموزشی یا مسئول آموزش‌های بالینی (برای

مدیران آموزشی و بالینی) و تمایل به بازگویی این تجارب برای محقق، ویژگی‌هایی بود که در انتخاب مشارکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت. برای مصاحبه ابتدا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. سپس به روش گلوله برفی ادامه پیدا کرد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. شرکت‌کنندگان در تحقیق ۱۵ نفر از مدرسان، مدیران بالینی و آموزشی شاغل به کار در دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تهران بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۶ تا ۶۵ سال بود. چهار نفر از شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی پرستاری و ده نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و یک نفر دارای مدرک دکتری تخصصی پرستاری بود. شرکت‌کنندگان در این پژوهش را ۳ مدیر آموزشی، ۴ مدیر پرستاری، ۱ مسئول امور بالینی و بقیه مربیان پرستاری و پرستاران بالینی تشکیل می‌دادند. در پژوهش کیفی تعداد نمونه همواره متغیر است، بنابراین محقق تا آنجا نمونه‌گیری را ادامه می‌دهد که بتواند در راستای آن ایده جدیدی به دست آورد (۱۷ و ۱۸). تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی هدایت شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه-ساختاری (Semi-structure) استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیر و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است (۱۸). نمونه‌ای از سؤالات مطرح شده در مصاحبه‌ها عبارت بودند از این که «چگونه با مدرسین پرستاری در اجرای آموزش‌های بالینی همکاری می‌کنید؟»، «مدرسین پرستاری چگونه همکاری شما را در اجرای آموزش‌های بالینی جلب می‌کنند؟»، «چگونه مشارکت و همکاری کادر پرستاری را در اجرای آموزش‌های بالینی جلب می‌کنید؟» طول مدت مصاحبه بین چهل و پنج دقیقه تا یک ساعت و نیم با میانگین یک ساعت بود که به صورت فردی هدایت شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی (Qualitative content analysis) استفاده شد (۱۹). تحلیل محتوای کیفی فرایندی است که طی آن داده‌های

جهت کسب رضایت آگاهانه، در ابتدا هدف تحقیق، روش مصاحبه و حق افراد نسبت به شرکت در مطالعه و یا امتناع از آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و سپس رضایت آگاهانه کتبی از آنان کسب گردید. در این پژوهش اصل محرمانه بودن اطلاعات در حفظ و نگهداری فایل‌های صوتی و دست‌نوشته مصاحبه‌ها رعایت شد. برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت شد.

نتایج

از توصیف‌های غنی و عمیق مشارکت‌کنندگان، شش مضمون شامل «کسب قدرت مهارت»، «واقع‌گرایی» و «مسئولیت‌پذیری»، «فروتنی»، «استفاده از تجارب مفید پرستاران» و «قاطعیت» به دست آمد.

مضمون شماره یک: کسب قدرت مهارت

این مضمون شامل دو زیر طبقه «کسب تجربه بالینی مؤثر»، «آشنایی با بخش»، بود.

کسب تجربه بالینی مؤثر

این زیر طبقه بر چگونگی کسب صلاحیت بالینی در مدرسين پرستاری و بکارگیری این صلاحیت‌ها در محیط بالینی همانند یک پرستار دلالت دارد. صلاحیت و مهارت بالینی مدرس پرستاری یک عامل مهم در شکل‌دهی ارتباط بین او و پرستاران بالینی است. مدرسین بالینی که به این مسأله وقوف داشته و خود نیز علاقه‌مند به درگیر بودن در مراقبت از بیمار بودند، در تلاشی مستقل از روش‌ها و رویه‌های سازمانی، به ارتقای مهارت‌های بالینی خود می‌پرداختند. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، عده‌ای از مدرسین پرستاری با حفظ تماس مستمر خود با بالین همانند یک پرستار در بخش کار کرده و در اقدامی داوطلبانه تلاش می‌کردند که اعتبار و صلاحیت بالینی خود را حفظ کنند.

خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق محقق به طبقاتی تبدیل می‌گردند. در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی بر اساس روش تحلیل محتوای مرسوم (conventional) در هفت گام صورت گرفت (۲۰). در گام اول تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه نوشته (Transcript) شد. سپس تصمیم‌گیری در خصوص واحد آنالیز صورت گرفت؛ قبل از شروع کدگذاری، متن مصاحبه‌ها به عنوان واحد آنالیز چندین مرتبه خوانده شد. تحقیق کیفی مستلزم آن است که محقق در اطلاعات غوطه‌ور شود (۱۸). برای این منظور پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت به دقت گوش داد و متن دست‌نوشته‌ها را چند بار مرور نمود. گام سوم طراحی جهت توسعه کدها و طبقات است. در این مطالعه، محقق با استفاده از روش مقایسه مداوم، افتراق بین طبقات ظاهر شده را کشف نمود. سپس کدگذاری بر اساس نمونه متن انجام شد. بعد از این که نمونه‌ای از متن به صورت کد تبدیل شد، ثبات کدگذاری بررسی شد. این اقدام اعتبار داده‌ها را افزایش می‌دهد. در گام پنجم کدگذاری تمام متن انجام شد. ششمین گام شامل دسترسی به ثبات کدگذاری است. بعد از کدگذاری تمام متن، ثبات کدگذاری کنترل شد. گام هفتم نتیجه‌گیری از کدهای داده شده بود. این فرایند منجر به خلق طبقات. در این مرحله گردید. در این مرحله، محقق بر اساس استنتاج از داده‌ها، سازه‌هایی از معانی را ارائه می‌کند. در این گام ارتباطات بین طبقات شناسایی شد، مضامین درونی رونمایی شده و با توجه به کل داده‌ها این مضامین درونی مورد بازبینی قرار گرفت (۲۱).

از مجموع ۳۵۰ کد اولیه ۱۶ زیر طبقه و شش مضمون اصلی به دست آمد. به منظور تأییدپذیری داده‌ها (Confirmability)، مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی، از روش مقبولیت پژوهشگر، مرور دست‌نوشته‌ها با شرکت‌کنندگان (Member check)، بازنگری ناظرین (External check) و بهره‌گیری از نظرات تکمیلی همکاران (Peer debriefing) استفاده شد.

«من سعی کردم خودم رو ماهر نگه دارم. و برای این کار، کار مجانی انجام دادم. من بارها شده رفتم بیمارستان... کار کردم. مثلاً آی سی یو کار کردم بدون این که حقوق بگیرم و یا پرسنل بخش باشم. باید این کار رو بکنم چون اگر فردا می‌خوام به عنوان یک مربی برم وارد بخش بشم با پرستاران و دانشجو مشکلی نداشته باشم» (مدرس پرستاری شماره یک).

مدرسین بالینی در انجام آموزش‌های عملی همانند یک پرستار در بخش فعالیت کرده و برای دانشجویان خود یک الگوی عملی بودند.

«من پا به پای بچه‌های پرستاری بخش و با دانشجو کار بیمار رو انجام می‌دادم و همیشه تأکید می‌کردم که من اول یک پرستار هستم» (مدرس پرستاری شماره ۴).

آشنایی با بخش

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش یکی از عوامل مؤثر در جلب همکاری پرستاران در ارائه آموزش‌های بالینی، آشنایی با ساختار فیزیکی و قوانین و رویه‌های اجرایی رایج در هر بخش است. این زیر طبقه بر آشنایی با بخش محل کار مدرس پرستاری دلالت دارد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که گاهی با وجود آن‌که مدرسین بالینی در سایر بخش‌ها تجربه و صلاحیت لازم را دارند؛ اما هنگام کار کردن در بخشی که سابقه فعالیت در آن را ندارند، با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند. داشتن آگاهی به محیط فیزیکی بخش، محل وسایل و تجهیزات، و روتین مراقبتی بخش باعث می‌شود که مربی نیازی به مراجعه مکرر به کادر بالینی و گرفتن راهنمایی از آنها نداشته باشد. عدم تسلط به روتین بخش و پرسش مکرر از پرسنل، حتی در صورت با تجربه بودن مربی در سایر بخش‌ها، از میزان قاطعیت و قدرت او در اجرای برنامه‌های آموزشی خود در بخش می‌کاهد.

یکی از سرپرستاران شرکت‌کننده در پژوهش در مورد اهمیت آشنایی با بخش این‌گونه توضیح داد: «مربی که میاد توی بخش با بخش آشنا نیست، اگر چه تجربه داره

و سابقه داره و این سابقه باعث می‌شه که فکر کنه که فرقی نمی‌کنه و بلده همه چیز رو، در حالی که ما دو تا بخش سی سی یو داریم توی این بیمارستان و نحوه کار در این دو بخش خیلی متفاوت و مربی وقتی روش کار ما رو نمی‌دونه به مشکل برمی‌خوره».

مضمون شماره دو: فروتنی

این مضمون شامل زیرطبقات «همکاری مبتنی بر فروتنی»، «انتقاد سازنده»، «ارتباط بین فردی مؤثر» است.

همکاری مبتنی بر فروتنی

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، یکی از عوامل آسیب‌رسان به ارتباط بین مدرسین پرستاری و پرستاران بالینی، درک تبعیض از سوی پرستاران بالینی است. از دید پرستاران بالینی، مربیان پرستاری از سختی‌های حرفه پرستاری اطلاع چندانی نداشته و با درگیر شدن در فعالیت‌های آکادمیک از بسیاری از جنبه‌های دشوار حرفه پرستاری شانه خالی کرده‌اند. از طرفی با داشتن حقوق و مزایای بالاتر و موقعیت اجتماعی ممتاز حتی گاهی خود را دیگر پرستار نمی‌دانند. مدرسین پرستاری با درک این مانع با ساز و کار «فروتنی» اقدام به نزدیک شدن به کادر بالینی و جلب مشارکت آنها در اجرای آموزش‌های بالینی می‌کنند.

یکی از مربیان در این مورد گفت:

«...اینقدر باهاشون با فروتنی کار کنیم که اونها تو رو بپذیرند که مربی دانشجوها هستی و باهات همکای کنند...» (مدرس بالینی شماره یک).

یکی از مربیان در مورد نحوه استفاده از ساز و کار «فروتنی» این‌گونه تجربه خود را بیان کرد:

«اما باهاشون همکاری دارم بی نهایت! یک بار هدرس گفت: دانشجوها نباید این کار رو بکنند! و من بهش گفتم: چشم! اجازه می‌دید من خودم این کار رو بکنم؟ و اون می‌گه که خواهش می‌کنم انجام بدید...» (مدرس پرستاری شماره ۲).

انتقاد سازنده

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، مدرسین پرستاری با دانش روز پرستاری در ارتباط هستند و لذا قادرند نقایص موجود در ارائه مراقبت‌های پرستاری را شناسایی کنند. آنها جهت تقویت حس مشارکت در پرستاران بالینی انتقادات سازنده خود در مورد نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری را، با پرهیز از فخرفروشی و برتری‌جویی و با هدف اصلاح نحوه مراقبت‌های پرستاری، با مدیر پرستاری و همکاران پرستار خود مطرح می‌کردند.

«یه جاهایی که غلط داره هم بهشون می‌گم. مثلاً یه دارویی اومده که یک داروی تزریقی است و ما اینو خوندیم که باید دارو دور از نور نگهداری بشه، خودمون یه چیزی درست کردیم برای این کار و یه جوری که بهشون برنخوره، گفتم شما این دارو رو چطور نگهداری و تزریق می‌کنید؟ و اونها گفتند: نه ما این کار رو نمی‌کنیم و من بهشون گفتم که روی دارو نوشته که باید دور از نور نگهداری بشه و بعد اونها خیلی هم تشکر کردند. (مدرس بالینی شماره سه).

ارتباط بین فردی مؤثر

برقراری ارتباط بین فردی مناسب با رعایت احترام و اعتماد متقابل یکی دیگر از عوامل مؤثر در جلب مشارکت پرستاران بالینی بود. ارتباطات بین فردی مناسب موجب می‌شد که اختلاف‌نظرات و تضادهای شکل گرفته در حین انجام مراقبت‌های پرستاری بین تیم آموزشی و بالینی به طور مؤثر حل و فصل شود. یکی از سرپرستاران در مورد تجربه خود از همکاری مؤثر با یکی از مدرسین پرستاری این‌گونه گفت:

«ایشون ارتباط خیلی خوبی با پرسنل داشت. پرسنل باهوش راحت بودند و نگران نبودند اگر در مورد دانشجو و کارش چیزی بگند به اون برمی‌خوره! هم ما با اون راحت بودیم که اگر انتقاد می‌کرد و اون هم راحت بود و

اگر ما در مورد دانشجو چیزی می‌گفتیم ناراحت نمی‌شد و این ارتباط خیلی خوبی که داشت کار را برای هر دو طرف راحت کرده بود.» (سرپرستار شماره ۲).

مضمون شماره سه: واقع گرایی

این مضمون شامل زیرطبقات زیر بود: «درک شرایط و مشکلات»، «آموزش خلاقیت به جای شکایت»، «میان‌روی در پیوستار تئوری‌گرایی تا عملکرد محوری».

درک شرایط و مشکلات

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش معتقد بودند که کادر آموزشی و بالینی دارای مسئولیت‌ها و دغدغه‌های متفاوت هستند. مدیر پرستاری و پرستاران بالینی باید پاسخ‌گوی سیستم فرادست باشند. پرستاران بالینی با کمبود امکانات، نیروی انسانی، و تجهیزات مواجه هستند و باید که علی‌رغم این موانع، مسئولیت سنگین مراقبت از بیماران را به عهده بگیرند. لذا مدرسین پرستاری لازم است جهت برقراری ارتباط مبتنی بر همکاری به محدودیت‌ها و موانع موجود در محیط بالینی توجه داشته باشند.

«خیلی به بخش دستور و فرمایش نمی‌دادم چون می‌دونستم اونها امکانش رو ندارند. نه امکانش رو دارند و نه فردش رو دارند. نه بودجه‌اش را دارند و نه وقتش را دارند. ما این همه سال که توی بخش کار کردیم بخش توراکس را قانع کردیم که وسط بخش صندلی بگذارند که مریض که از اتاقش میاد بیرون و می‌خواد تلفن جواب بده و دچار کمبود اکسیژن می‌شه اونجا استراحت کنه. یعنی تغییر در بخش ایجاد کردن خیلی سخته!» (مدرس بالینی شماره ۴).

آموزش خلاقیت به جای شکایت

از آنجا که همواره بین سطح امکانات، وسایل و تجهیزات و حتی نحوه مدیریت مراقبت در محیط‌های بالینی ما نسبت به استانداردها و آنچه دانشجویان در کتاب‌ها و

مضمون شماره چهار: تعهد و مسئولیت‌پذیری:
این مضمون شامل زیر طبقات «تشریک مساعی»، «رعایت اولویتهای مدیر پرستاری»، و «مدیریت زمان» است.

تشریک مساعی

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، یکی از موانع برقراری همکاری بین کادر بالینی و آموزشی ماهیت غیرمستمر ارائه مراقبت‌ها توسط کادر آموزشی است. مدرسین پرستاری جهت جلب مشارکت پرستاران بالینی، با تشریک مساعی، اقدام به برقراری ارتباط مبتنی بر همکاری با آنها می‌نمایند. پرستاران بالینی با مشاهده تعهد و مسئولیت‌پذیری مربی پرستاری نسبت به بخش و نیازهای بیماران، به کادر آموزشی اعتماد کرده و فرصت‌های یادگیری بیشتری در اختیار آنها قرار می‌دهند.

«مربی که به دانشجوهاش اجازه می‌داد با پرسنل بخش کار کنه پرستاران به اون علاقه داشتند و هرکاری داشت برایش انجام می‌دادند. هر وقت هم مربی نبود پرسنل پرستاری مراقبش بودند. اما مربی که می‌گفت تخت یک و دو مربوط به این دانشجوهاست و کاری به کار بقیه بخش نداریم، خوب مسلماً خودش فاصله را ایجاد می‌کنه!» (مدیر پرستاری شماره یک).

«من که می‌رفتم توی بخش، توی اتاقی که من بودم هیچ پرسنلی کار نمی‌کرد. من بودم با دانشجو! یعنی اگر دانشجو نمی‌تونست آنژیوکت بزنه من خودم این کار رو می‌کردم. نمی‌شه که رگی که دانشجو پاره کرده رگ خوب رو حالا بگم به پرسنل بگم تو بیا برای مریض رگ بگیر. اینجوری باشه دیگه کار به ما نمی‌دن!»

رعایت اولویتهای مدیر پرستاری

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که یکی از عوامل مهم جلب مشارکت پرستاران در آموزش بالینی رعایت اولویتهای

منابع مشاهده می‌کنند، فاصله‌ای وجود دارد؛ در این ساز و کار مدرسین پرستاری با نگاهی واقع‌بینانه به وضع موجود و با انگیزه انجام مراقبت‌ها و آموزش‌ها در بهترین سطح ممکن، دست از گله و شکایت برداشته و دانشجویان را تشویق می‌کنند که با امکانات موجود و با استفاده از خلاقیت خود به انجام مراقبت‌ها بپردازند. این مدرسین با مشاهده نواقص و کاستی‌های موجود در سیستم بالینی، دانشجویان را دعوت به واقع‌گرایی و عمل‌گرایی می‌نمودند.

«همیشه به بچه‌ها هم می‌گفتم که: «با خلاقیتتون کار کنید». ما همین هستیم دیگه و با همین امکانات یک کاریش بکنید. خیلی به بخش دستور و فرمایش نمی‌دادم» (مدیر آموزشی شماره یک).

میان‌روی در پیوستار تئوری‌گرایی تا عملکرد محوری

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند زاویه نگاه مدرسین پرستاری و پرستاران بالینی به موضوعات، بر روی یک پیوستار دارای دو قطب کار-محوری و دانش-محوری قرار گرفته است. مدرسین بالینی به علت تماس مداوم با موضوعات علمی، نگاهی ایده‌آل به ارائه مراقبت‌ها دارند. از دیگر سو، پرستاران بالینی به علت درگیر بودن با عملکرد روزمره پرستاری نگاهی عملکرد-محور به موضوعات دارند. میان‌روی در این پیوستار یکی از عوامل ایجاد همکاری مؤثر بین کادر آموزشی و بالینی شناسایی شد. یکی از مدرسین پرستاری در مورد حفظ میان‌روی بین دو قطب عملکرد محوری و تئوری‌گرایی این‌گونه تجربه خود را بیان کرد:

«چیزهایی که خیلی حیاتی و ضروری نبود خیلی ایراد از بخش نمی‌گرفتم. ولی کارهایی که اشکال داشت را من مرتب گزارش می‌کردم به سرپرستار که اون حواسش باشه که پرسنلش را کنترل کنه. چرا بعضی از پرسنل بد کار می‌کنند و او هم می‌دونست که چطوری به اونها منتقل کنه» (مدرس پرستاری شماره ۴).

مدیر پرستاری است. مدیران پرستاری دارای دغدغه مراقبت از بیمار و پاسخ‌گویی به سیستم فرا دست هستند. هنگامی که این دغدغه از سوی مدرسین پرستاری درک شود، آنها تمایل بیشتری به مشارکت با کادر آموزشی دارند.

«به عنوان مربی من اولویت‌های روتین بخش رو می‌دونستم و می‌دونستم که چه چیزهایی در درجه اول اولویت هست. ولو این که در اولویت اول من نبود، اما من اونها را می‌دونستم و در برنامه‌ریزی خودم طوری عمل می‌کردم که حتماً اونها رو انجام بدم. بنابراین کمتر با من مشکل داشتند، چون می‌دیدند که من همه اون برنامه‌ای که اونها مورد نظرشون هست رو انجام می‌دهم» (مدرس بالینی شماره ۵).

مدیریت زمان

مدیریت زمان باعث می‌شود مدرسین پرستاری قادر باشند ضمن دستیابی به اهداف آموزشی، پاسخ‌گویی خود را در مورد انجام مراقبت‌ها، نسبت به کادر بالینی حفظ کنند. به موازات تعهد به اهداف آموزشی، مدرسین پرستاری با مدیریت اثربخش زمان، قادرند نسبت به مسؤولیت‌های محول شده در خصوص مراقبت‌های بیماران متعهد و مسؤولیت‌پذیر باشند.

«در برنامه روزانه‌ام به شکلی برنامه را برای دانشجوی می‌ریختم که با برنامه‌ریزی‌های خودمون و آموزش دانشجو لطمه‌ای وارد نشه. اولویت‌ها و برنامه‌ریزی‌های خودم را در زمان‌هایی می‌ذاشتم که زمان پرت بخش بود.» (مدرس پرستاری ۵)

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در صورتی که مدرسین پرستاری مدیریت زمان مناسبی نداشته باشند، حضور آنها در بخش غیر مؤثر بوده و پرستاران بالینی تمایلی به همکاری با آنها نخواهند داشت. یکی از سرپرستاران در این مورد گفت:

«مربی هیچ برنامه‌ای نداره که ما بدونیم. این که برنامه‌شون مشخص باشه و با ما هماهنگ باشند، کی

برند صبحانه و کی برن کلاس... اگر با ما هماهنگ باشه خوب برای ما بهتره اما اینجور نیست. اونها اگر ۵ ساعت در روز وقت دارند، حداقل دو ساعت مفیدش دور ریخته میشه! نیم ساعت می‌ره برای استراحتشون، یک ساعت یک ساعت و نیم می‌ره برای کلاس و کنفرانس... برای همین ما خیلی روی کار دانشجو حساب نمی‌کنیم.» (سرپرستار شماره یک)

مضمون شماره پنج: استفاده از تجارب مفید پرستاران بالینی

«احترام به تجربه پرستاران»، «برقراری ارتباط حرفه‌ای بین دانشجوی پرستاری و پرستار بالینی»، و «نظارت بر رابطه آموزشی»، زیر طبقات این مضمون هستند.

احترام به تجربه پرستاران

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران بالینی دارای مهارت و تجربه هستند که می‌توانند در کنار مدرسین پرستاری به امر آموزش بالینی دانشجویان پرستاری کمک ارزنده‌ای کنند. این ساز و کار یکی دیگر از روش‌های مؤثر جلب مشارکت پرستاران بالینی بود. در این راهبرد ابتدا مربیان به تجربه و دانش کاربردی پرستاران احترام گذاشته و به دانشجویان اهمیت استفاده از تجارب پرستاران بالینی را یادآور می‌شوند. یکی از مربیان نحوه برقراری ارتباط خود با کادر بالینی را این‌گونه تشریح کرد:

«خوب یکی این که بهشون احترام بذاری! این که آدم خودش رو بالاتر از اونها ندونه و بدونه که اونا تجربیاتی دارند که آموزشی نیست ولی عملی هست... اینها تجارب بالینی خوبی دارند و باید ازشون استفاده کنید. اول دانشجویان را به پرسنل معرفی می‌کردم... ازشون می‌پرسیدم که کدوم اتاق‌ها آموزشی‌تره به نظر شما که دانشجو بذارم. یا اگر کار آموزشی توی اتاق‌های دیگه هست به ما بگید» (مدرس پرستاری شماره ۶).

برقراری ارتباط حرفه‌ای بین دانشجوی پرستاری و پرستار بالینی

مدرسین پرستاری برای مشارکت پرستاران بالینی در آموزش اقدام به برقراری یک ارتباط هدایت شده، معنادار و مبتنی بر همکاری بین دانشجویان و پرستاران بالینی می‌کردند. مربیان پرستاری به شیوه‌های گوناگون از توانایی‌های پرسنل پرستاری در جهت ارتقای کیفیت آموزش بالینی استفاده می‌کردند. آنها دانشجویان را تشویق می‌کردند که از تجربیات پرستاران استفاده کنند، آنها به دانشجویان آموزش می‌دادند که چگونه فعالیت‌های خود را با پرستاران بالینی هماهنگ کرده و به عنوان عضوی از تیم مراقبتی عمل کنند.

«من مثلاً به چیزی که برای بیمار پیش آمده رو می‌تونم خودم هم برم ببرم و خودم با پرسنل ارتباط خیلی خوبه ولی به دانشجو می‌گم که پرستار این بیمار فلانیه و شما برو اینو ازش بپرس. بهش بگو آزمایش رو گرفتم! بهش بگو که مریض سونوگرافی داره! یعنی می‌خود دانشجوی بره و با پرستاران ارتباط برقرار کنه. اینطوری ارتباط بخش با دانشجو و من خوب می‌شه» (مدرس بالینی شماره سه).

مدرسین پرستاری معتقد بودند که پرستاران به جهت درگیری مداوم با فعالیت‌های بالینی دارای تسلط و مهارت خوبی بر تکنیک‌های مراقبتی هستند و دانشجویان می‌توانند برخی از مهارت‌ها را در کنار آنها تمرین و تکرار کنند. مربیان از بین پرستاران بر اساس معیارهای صلاحیتی که در ذهن داشتند دست به انتخاب زده و از پرستاران خاصی می‌خواستند که دانشجویان را در تکرار و تمرین مهارت‌ها همراهی کنند.

نظارت بر رابطه آموزشی

مدرسین پرستاری بر ارتباط آموزشی پرستاران و دانشجویان نظارت داشته و این ارتباط را مدیریت می‌کردند. استفاده از پرستاران بالینی جهت آموزش

دانشجویان به معنی رها کردن دانشجویان در بخش بدون نظارت مدرس بالینی نبود. یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد نحوه برقراری و مدیریت ارتباط آموزشی بین دانشجویان و پرستاران بالینی اینگونه گفت:

«خیلی از وقت‌ها دیگه پرستار بیمار خودش با دانشجو هماهنگ می‌کنه و دیگه به من نمی‌گه که چیکار داره. من خودم نقش نظارتی دارم!... من هم می‌بینم که الان داره چیکار می‌کنه و اگر بینم داره کاری رو غلط انجام می‌ده حتماً بهش می‌گم! ولی حتماً بین دانشجو و پرسنل ارتباط برقرار می‌کنم چون بالاخره توی اون بخش کار می‌کنند و تجربه دارند...» (مدرس بالینی شماره ۳).

مضمون شماره شش: قاطعیت

ساز و کار دیگری که از سوی مدرسین پرستاری جهت جلب مشارکت پرستاران بالینی مورد استفاده قرار می‌گرفت «قاطعیت» در برقراری ارتباط بود. «همکاری در عین حفظ اصول»، تأکید بر اهداف آموزش بالینی» زیر طبقات این مضمون هستند. این ساز و کار، پس از آنکه مربی ارتباط مؤثری با پرستاران و مدیر پرستاری برقرار کرده و آنها اعتماد لازم را به مهارت و تخصص مربی پیدا کردند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. یکی از مربیان در مورد زمان استفاده از این راهکار اینگونه گفت:

«وقتی که در مورد اونها شناخت پیدا کردیم و خودمون رو هم شناسوندیم و به اونها گفتیم که ما چند مرده حلاجیم دیگه باید رفتار قاطع داشته باشیم. از دانشجو می‌خواستم که قاطع باشه و بگه که این اهداف کارآموزی منه و این لیست فعالیت‌های من هست و حالا این دوتا رو با هم جمع کنیم و کارهامون را بر اساس اهداف کارآموزی تنظیم کنیم» (مدرس بالینی شماره ۲).

همکاری در عین حفظ اصول

مربی با استفاده از انواع ساز و کارهای جلب همکاری،

اهداف کارآموزی منه و این لیست فعالیت‌های من هست و حالا این دوتا رو با هم جمع کنیم و کارهامون را بر اساس اهداف کارآموزی تنظیم کنیم» (مدرس بالینی شماره ۲).

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که مدرسین پرستاری با استفاده از راهبردهای کسب مهارت، واقع‌گرایی، مسئولیت‌پذیری، قاطعیت، فروتنی، استفاده از تجارب مفید پرستاران؛ همکاری پرستاران را در ارائه آموزش‌های بالینی جلب می‌کنند.

استفاده از تجارب پرستاران در اجرای آموزش‌های بالینی یکی از ساز و کارهای جلب مشارکت بود. مطالعات نشان می‌دهد که نکته مشترک در بسیاری از برنامه‌های مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی، حرکت از سمت الگوهای آموزش سنتی به سمت الگوهای تیم محور است. بدین معنی که در بیشتر برنامه‌های مشارکتی از پرستاران بالینی به عنوان همکاران در آموزش بالینی استفاده می‌شود (۱۶ تا ۲۴). داویس (Davice) در گزارش خود با عنوان «ارزشیابی یک مدل مشارکتی بالینی برای دانشجویان کارشناسی پرستاری»، خاطرنشان ساخت که: استفاده از پرستاران بالینی موجب شکل‌گیری روابط دوستانه زیادی بین پرسنل پرستاری و کادر آموزشی پرستاری شده و کانال‌های ارتباطی بهتری را ایجاد می‌کند، دریافت حمایت از پرسنل پرستاری فرصت‌های یادگیری را برای دانشجویان افزایش می‌دهد (۲۵). نتایج این مطالعه نیز حاکی از این بود که استفاده از تجارب بالینی پرستاران می‌تواند همکاری و مشارکت آنها را در بهتر اجرا شدن آموزش‌های بالینی جلب کند.

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه معتقد بودند که استفاده از تجارب پرستاران باعث ایجاد جو یادگیری حمایتی برای دانشجویان می‌شود. هانسبرگر (Hunsberger) نیز

موقعیت خود در بخش را تثبیت کرده و با ساز و کار «قاطعیت» بر رعایت اولویت‌های آموزشی خود نیز پای می‌فشارد و در صورتی که تقاضاهای پرستاران بالینی با دستیابی او به اولویت‌های آموزشی در تضاد قرار گیرد با قاطعیت کیفیت آموزش‌های خود را تضمین می‌کند. تجربیات یکی از مشارکت‌کنندگان به عنوان فردی که سابقه انجام پرستاری بالینی و آموزش بالینی (هر دو را) داشته به خوبی بیان‌کننده این شرایط است:

«خیلی موارد مربی‌ها به خاطر این که قاطعیت لازم رو ندارند پیش پرسنل کوتاه میان. وقتی مربی قاطعیت لازم را داشته باشد قدرت بیشتری در بخش دارد و وقتی قدرت بیشتری داشته باشد همکاری بخش هم با مربی بیشتر است» (مدیر بالینی شماره دو).

«من خودم توی اورژانس داخلی که تازه توش کارآموزی داشتم... از یکی از پرسنل سؤال می‌کردم یا می‌پرسیدم وسایل کجاست یا این که این دارو رو کجا می‌شه پیدا کرد. بعد طوری شده بود که ایشون می‌گفت می‌شه علایم حیاتی مریض‌های منو دانشجوها تون بگیرند!!! عیب نداره بچه‌ها علایم حیاتی بگیرند! همیشه این کار برای ما مهم بوده! اما چون خودش بیکار بود و حالا اگر کار هم داشت باید خودش کارهایش رو manage می‌کرد و این که ما اون موقع کار مهم‌تری هم داشتیم من قبول نکردم و گفتم نه!» (مدرس بالینی شماره ۳).

تأکید بر اهداف آموزش بالینی

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در یک مشارکت مؤثر، آنجا که روند همکاری مانعی بر سر راه دستیابی به اهداف آموزشی گردد، مدرسین پرستاری با قاطعیت بر دستیابی به اهداف آموزشی تأکید داشته و از قربانی شدن آموزش و اهداف آموزشی در مسیر مشارکت جلوگیری می‌کنند.

یکی از مدرسین در این مورد گفت:

«از دانشجو می‌خواستم که قاطع باشه و بگه که این

در گزارش خود در مورد اجرای یک الگوی آموزش بالینی، خاطرنشان ساخت که استفاده از پرستاران بالینی به عنوان مربی بالینی به دانشجویان کمک کرده که احساس کنند که عضوی از تیم مراقبتی هستند و پذیرش دانشجویان از سوی پرستاران بالینی به دنبال اجرای این مدل، افزایش یافته است (۱۵). افزایش فرصت‌های یادگیری یکی دیگر از مزایای مشارکت پرستاران در آموزش به دانشجویان پرستاری است که در متون بر آن تأکید شده است (۱۵ و ۲۵).

کسب مهارت بالینی به عنوان ساز و کار دیگری بود که توسط مشارکت‌کنندگان در این پژوهش شناسایی شد. بنر (Benner) بین دانش تئوریک (Theoretical Knowledge) و دانش عملی (Practical Knowledge) تمایز قائل شد. دانش تئوریک از طریق فعالیت‌های آکادمیک مانند مطالعه مجلات، نوشتن مقالات و انجام تحقیقات به دست می‌آید، اما به دست آوردن و حفظ دانش کاربردی به درگیر بودن مستقیم در ارائه مراقبت‌ها نیاز دارد (۲۶). اگر مدرسین پرستاری صلاحیت‌های بالینی خود را حفظ نکنند قادر نخواهند بود که دانشجویان خود را به طور مؤثر حمایت کنند، این امر باعث می‌شود نه تنها شکاف بین نظریه و عمل روز به روز افزایش پیدا کند، بلکه در آینده نزدیک مدرسین پرستاری نخواهند توانست فلسفه وجودی نقش خود را توجیه کنند. (۲۷ و ۲۸). یکی از مباحث جدی مطرح در خصوص نقش بالینی مدرسین پرستاری این است که آیا آنها می‌توانند بدون تماس منظم با محیط بالینی، اعتبار بالینی خود را حفظ کنند؟ برای ارزشیابی اهمیت اعتبار بالینی باید به دو سؤال پاسخ داد: ۱- چگونه مدرسین پرستاری می‌توانند اعتبار بالینی را به دست آورده و حفظ کنند؟ ۲- آیا اعتبار بالینی قادر است اثربخشی آموزش بالینی را افزایش دهد؟ برخی از نویسندگان معتقدند که اعتبار بالینی فقط با ارائه مستقیم مراقبت‌های پرستاری در محیط بالینی قابل دستیابی است (۲۹ و ۳۰) و برخی دیگر معتقدند که انجام تحقیقات

بالینی یا درگیری در توسعه و ارتقای عملکرد بالینی برای این منظور کافی است (۳۱ و ۳۲). دستیابی به اعتبار در همه ابعاد و حیطه‌های بالینی یک هدف غیر ممکن است. برای آموزش مؤثر، مدرسین باید مهارت‌های خود را با مشارکت مستمر در ارائه مستقیم مراقبت‌های پرستاری به روز کنند. بدون این فعالیت، دانشجویان به مدرسین خود به چشم افرادی جدا از عملکرد پرستاری نگاه می‌کنند و این مسأله در یادگیری دانشجویان خلل ایجاد می‌کند (۳۰). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کسب صلاحیت و مهارت بالینی در مدرسین پرستاری، موجب شکل‌گیری رابطه حرفه‌ای مؤثر بین آنها و کادر بالینی پرستاری می‌شود.

شکل‌گیری رقابت یکی از موانع مشارکت و همکاری بین افرادی است که خدمات مشابهی انجام می‌دهند (۳۳). بر اساس یافته‌های این پژوهش مدرسین پرستاری از ساز و کار «فروتنی» و «استفاده از تجارب پرستاران» جهت جلب مشارکت پرستاران استفاده می‌کردند؛ می‌توان این یافته را چنین تفسیر کرد که این مکانیسم‌ها موجب برقراری ارتباطات بین‌فردی و حرفه‌ای مناسب شده و قادر است از بروز زمینه‌های ایجاد رقابت بین کادر آموزشی و بالینی جلوگیری کند.

احترام بین طرفین مشارکت نیز مسأله مهم و حیاتی است و اصولاً قابل تصور نیست که دو طرف همکاری به یک رابطه مشارکتی مؤثر دست یابند در حالی که ارزش‌ها و منافع حاصل از مشارکت و دیدگاه‌های یکدیگر را تحسین و تقدیر نکنند. نتایج این مطالعه نشان داد که مدرسین پرستاری با تقدیر و ارزش‌گذاری تجارب بالینی پرستاران و ایجاد زمینه انتقال این تجارب به دانشجویان زمینه جلب همکاری پرستاران بالینی را فراهم می‌کنند.

به طور کلی، ساز و کارهای شناسایی شده در این پژوهش ماهیت فردی داشته و راهکارهایی است که مدرسین پرستاری به تجربه و در گذر زمان برای جلب مشارکت پرستاران فرا گرفته‌اند. در حالی که آموزش بالینی یک فعالیت سازمانی است که بین دو مؤسسه

آموزشی و بالینی به طور مشترک اجرا می‌شود. مطالعات انجام شده در کشور ما نشان می‌دهد که مدرسین پرستاری برای ایفای نقش آموزشی خود با موانع و مشکلاتی روبرو هستند. یکی از مشکلات آموزش بالینی در کشور ما وجود فاصله بین آنچه مدرسین بالینی می‌گویند و آنچه عمل می‌کنند است (۱۲ و ۱۳). زمان‌زاده و همکاران به روش گراند تئوری و با هدف درک نقش بالینی و نحوه ایفای آن توسط مدرسین پرستاری مطالعه‌ای انجام دادند (۱۱). درون‌مایه‌های به دست آمده از این مطالعه عبارت بود از روشنی نقش، هویت حرفه‌ای، و استقلال حرفه‌ای. نتایج این مطالعه نشان داد که ابهام در نقش و وابستگی حرفه‌ای باعث شده مدرسان پرستاری در رسیدن به تسلط بر نقش موفق نباشند. بنابراین با کسب هویت جدید حرفه‌ای و استفاده از راهبردهای هم‌رنگی (جو‌رشدن) قصد دارند از تضادهای نقشی دوری جویند. حال آن‌که بسیاری از این راهکارها، آنان را از اهداف آموزش جدا می‌سازد. در متون پرستاری بحث‌های زیادی بر سر نقش مدرس پرستاری در محیط بالینی در گرفته است (۳۴). این انتظار وجود دارد که مدرسین پرستاری با محیط بالینی ارتباط تنگاتنگ خود را حفظ کنند. اما ماهیت این پیوند هنوز به وضوح مشخص نیست. انتقال برنامه‌های آموزش پرستاری به مؤسسات آموزش عالی مباحث قابل توجهی در خصوص نقش بالینی مدرس پرستاری ایجاد کرد. بدنه اجرایی و حرفه‌ای پرستاری کشورهای صاحب‌نظر در پرستاری، با تصویب قوانین و مقرراتی تلاش کرده‌اند بر این مشکل فائق بیایند (۳۵). در پاسخ به این مسأله، مؤسسات آموزش عالی، استراتژی‌هایی را طراحی کردند تا به مدرسین پرستاری کمک شود که ضمن حفظ عملکرد بالینی خود، امکان پرداختن به فعالیت‌های آکادمیک نظیر تحقیق و آموزش را برای خود فراهم سازند (۲۸). یکی از موانع جدی ایفای نقش بالینی مدرسین پرستاری، در نظر گرفته نشدن منافع ایفای این نقش در مسیر ارتقای آنها و

ناهماهنگی بین عملکرد مؤسسه بالینی و آموزشی و در نتیجه نپذیرفتن مدرسین بالینی به عنوان عضوی از تیم بهداشتی است (۳۶). همان‌طور که تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش نیز نشان داد، علی‌رغم اهمیت نقش صلاحیت بالینی مدرسین پرستاری و تأثیر آن بر جلب مشارکت پرستاران؛ این مهم از طریق راهکارهای فردی و مبتنی بر انگیزه‌های فردی انجام می‌شود و راهکارهای سازمانی از این مکانیسم‌های فردی حمایت نمی‌کند.

این مطالعه به عنوان یک مطالعه کیفی دارای محدودیت‌های مترتب بر مطالعات انجام شده با متدولوژی کیفی است. محدودیت‌هایی که نتایج مطالعات کیفی را به چالش می‌کشاند ماهیت ذهنی و پایین بودن قابلیت تعمیم‌پذیری آنهاست. علی‌رغم این محدودیت‌ها نتایج این مطالعه درک عمیقی در مورد ماهیت ساز و کارهای به کار گرفته شده جهت جلب مشارکت پرستاران در آموزش بالینی ارائه می‌دهد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه به طور کلی می‌توان گفت شیوه‌های جلب مشارکت پرستاران در آموزش بالینی، دارای ماهیت فردی است و سازمان‌های بالینی و آموزشی در شکل‌گیری این همکاری نقش چشم‌گیری ایفا نمی‌کنند. مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی در ارائه هر چه بهتر آموزش‌های بالینی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. حمایت و تقویت ساز و کارهای فردی جلب مشارکت با تنظیم رویه‌های سازمانی در چارچوب برنامه‌های مشارکتی بین مؤسسات آموزشی و بالینی می‌تواند بر اثربخشی مدرسین پرستاری در ایفای نقش بالینی آنها افزوده و کیفیت آموزش‌های بالینی را ارتقا دهد.

قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از مشارکت‌کنندگان در این پژوهش که تجارب ارزنده خود را در اختیارشان قرار

دادند، تشکر و سپاس‌گزاری می‌نمایند. همچنین از دانشگاه تربیت مدرس به جهت فراهم آوردن امکانات مالی انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود. نویسندگان از سرکار خانم مژگان خادمی دانشجوی دکتری

پرستاری دانشگاه تربیت مدرس به خاطر ارائه نظرات سازنده در جهت غنای بیشتر این مقاله کمال تشکر و امتنان را دارد.

منابع

1. Meleis AI. Theoretical Nursing Development and Progress. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
2. Elcigil A, Yildirim Sari H. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurse Educ Today*. 2007; 27(5): 491-8.
3. Pollard C, Ellis L, Stringer E, Cockayne D. Clinical education: A review of the literature. *Nurse Educ Pract*. 2007; 7(5): 315-22.
4. Nahas VL, Nour V, Al-Nobani M. Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Nurse Educ Today*. 1999; 19(8): 639-48.
5. Thorne SE. Nursing education: Key issues for the 21st century. *Nurse Educ Today*. 2006; 26(8): 614-21.
6. Tang FI, Chou SM, Chaing HH. Students' perceptions of effective and ineffective clinical instructors. *J Nurs Educ*. 2005; 44(4): 187-91.
7. Edmond CB. A new paradigm for practice education. *Nurse Educ Today*. 2001; 21(4): 251-9.
8. Leigh J, Monk J, Rutherford J, Windle J, Neville L. What is the future of the lecturer practitioner role—a decade on? *Nurse Educ Pract*. 2002; 2(3): 208-15.
9. Budgen C, Gamroth L. An overview of practice education models. *Nurse Educ Today*. 2008; 28(3): 273-83.
10. Abedi HA, Heidari A, Salsali M. [New Graduate Nurses' Experiences of their Professional Readiness During Transition to Professional Roles]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2004; 4(2): 69-78. [Persian]
11. Zamanzade V, Fatemi N, Vosoghi M. [Tajarobe taneshzaye daneshamookhtegane jadide parastaran dar toole dore gozar]. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2005; 27(4): 45-9. [Persian]
12. Abazari F, Abas zadeh A, Arab M. [Barrasye mizan va manabeae stress dar daneshjooyane parastari]. *Strides in Development of Medical Education*. 2004; 1(1): 23-31. [Persian]
13. Zeighami R, Faseleh M, Jahanmiri Sh, Ghodsbini F. [Nursing student's viewpoint about problems of clinical teaching]. *The Journal of Ghazvin University of Medical Science*. 2004; 8(30): 51-5. [Persian]
14. Heshmati-Nabavi F, Vanaki Z. Professional approach: the key feature of effective clinical educator in Iran. *Nurse Educ Today*. 2010; 30(2): 163-8.
15. Hunsberger M, Baumann A, Lappan J, Carter N, Bowman A, Goddard P. The Synergism of Expertise in Clinical Teaching: An Integrative Model for Nursing Education. *J Nurs Educ*. 2000; 39(6): 278-82.
16. Barger SE, Das E. An academic-service partnership: ideas that work. *J Prof Nurs*. 2004; 20(2): 97-102.
17. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Second edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
18. Pollit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
19. Hsieh H, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15(9): 1277-88.
20. Mayring p. Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social research*. 2000; 1(2): 25-30.
21. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2): 105-12.
22. Moscato SR, Miller J, Logsdon K, Weinberg S, Chorpenning L. Dedicated Education Unit: an innovative clinical partner education model. *Nurs Outlook*. 2007; 55(1): 31-7.

23. Fetherstonhaugh D, Nay R, Heather M. Clinical school partnerships: the way forward in nursing education, research and clinical practice. *Aust Health Rev.* 2008; 32(1): 121-6.
24. Murray TA. An academic service partnership to expand capacity: what did we learn? *J Contin Educ Nurs.* 2008; 39(5): 217-24
25. Davies E, Turner C, Osborne Y. Evaluating a clinical partnership model for undergraduate nursing students. *Collegian.* 1999; 6(2): 23-7,40.
26. Benner P. From Novice to Expert. First edition. Menlo Park: Prentice Hall; 2000.
27. Cave I. Nurse teachers in higher education--without clinical competence, do they have a future? *Nurse Educ Today.* 1994; 14(5): 694-9.
28. Barrett D. The clinical role of nurse lecturers: Past, present, and future. *Nurse Educ Today.* 2007; 27(5): 367-74.
29. de Guzman AB, Ormita MJ, Palad CM, Panganiban JK, Pestaño HO, Pristin MW. Filipino nursing students' views of their clinical instructors' credibility. *Nurse Educ Today.* 2007; 27(6): 529-33.
30. Pegram A, Robinson L. The experience of undertaking faculty practice. *Nurse Educ Pract.* 2002; 2(1): 30-4.
31. Elliott M, Wall N. Should nurse academics engage in clinical practice? *Nurse Educ Today.* 2008; 28(5): 580-7.
32. Maslin-Prothero SE, Owen S. Enhancing your clinical links and credibility: the role of nurse lecturers and teachers in clinical practice. *Nurse Educ Pract.* 2001; 1(4): 189-95.
33. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Q.* 2001; 79(2): 179-205.
34. Lee DT. The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. *J Adv Nurs.* 1996; 23(6): 1127-34.
35. Fisher MT. Exploring how nurse lecturers maintain clinical credibility. *Nurse Educ Pract.* 2005; 5(1): 21-9.
36. Parker JL. Education for clinical practice: an alternative approach. *J Nurs Educ.* 1994; 33(9): 411-6.

The Mechanisms to Attract Nurses' Parthnership in Clinical Education: Perspective of Managers, Nursing Educators, and Staff Nurses

Fatemeh Heshmati Nabavi¹, Zohre Vanaki², Issa Mohammadi³

Abstract

Introduction: Parthnership in clinical education is a duty for all those involved in providing health care. Nurses' involvement in clinical education can reduce the gap between theory and practice. This study aimed to identify the mechanisms used by nursing educators to attract staff nurses' parthnership in the delivery of clinical education.

Methods: This is a qualitative content analysis study performed in year 2009. Fifteen nursing clinical educators, staff nurses, educational managers, and nurse managers of Mashhad University of Medical Sciences and Tehran University of Medical Sciences participated in this study. Data was collected through semi-structured interviews. Primarily, purposeful sampling was performed and continued using snowballing method and continued until data saturation. All interviews were recorded and subsequently transcribed. The analysis was carried out by qualitative content analysis method.

Results: Six themes were discovered through rich and deep descriptions by participants. These include acquiring skillfulness supremacy, being realistic, commitment and responsibility, modesty, using other nurses' experiences, and assertiveness.

Conclusion: Nursing educators use their special approaches to make effective and appropriate personal and professional relationships with clinical nurses and transfer their experiences to the students. These personal mechanisms should be systematically supported through incorporation within organizational programs shared by academic and clinical institutes. This will enhance the efficacy of nursing educators in accomplishing their clinical role.

Keywords: Academic and clinical institutes, partnership, nurses, nursing teachers, clinical education.

Addresses:

¹ MS in Nursing, PhD Student of Nursing, Department of Nursing, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. E-mail: heshmati_nabavi@modares.ac.ir

² (✉) Associate Professor, Department of Nursing, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. E-mail: vanaki_z@modares.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Nursing, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran. E-mail: mohamade@modares.ac.ir