تدریس بر بالین بیمار: چالش‌ها و نویدها

فاطمه علی‌اکبری، فریبا حقانی*

چکیده

مقدمه: به لحاظ اینکه آموزش پرستاری در دو حیطه نظری و بالینی قرار دارد، دارای ویژگی‌ها و مشکلات خاصی است که یکی از مهم‌ترین موارد آن پیوند و همگرایی بین آموزش نظری و بالینی می‌باشد. آموزش در بالین بیمار یکی از اجزای مهم آموزش بالینی محسوب می‌گردد. زمانی که با بیمار گذرانده می‌شود مملو از تجربیات دیداری، شنیداری و لمسی است و لذا باید در جهت ارتقای هرچه بیشتر این نوع آموزش تلاش جدی صورت گیرد. با توجه به مشکلاتی که در حال حاضر در زمینه آموزش بالینی وجود دارد در این مطالعه سعی شده در بررسی اجمالی به آموزش در بالین بیمار که یک نوع آموزش بالینی مهم است پرداخته شود و این موضوع از زوایای مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

روش‌ها: این مقاله براساس مروری بربیش از ۴۰ مقاله و کتاب مرتبط با موضوع نوشته شده است. در طول مقاله سعی شده است به مباحث آموزش بالینی و انواع آن، آموزش بر بالین بیمار، اهمیت، مزایا و معایب این آموزش، مشکلات موجود و نحوه ارزشیابی فراگیران در این نوع آموزش، وضعیت موجود و نتایج تحقیقات صورت گرفته در این خصوص پرداخته شود و در پایان نیز بر جمع‌بندی کلی مطالب و ارائه راه‌کارهای پیشنهادی تأکید شده است.

نتایج: بررسی‌های صورت گرفته در زمینه آموزش در بالین بیمار نشان می‌دهد که این روش رو به فراموشی است و بیشتر به سمت آموزش در راهروها یا اتاق‌های کنفرانس تغییریافته است. لذا لازم است با آموزش اساتید در این زمینه و انجام هماهنگی‌های بین بخشی و انجام ارزیابی‌های دوره‌ای در جهت احیای هر چه بیشتر این روش ارزشمند آموزش بالینی تلاش گردد.

نتیجه‌گیری: در کشورهای مختلف مطالعات گسترده‌ای در خصوص آموزش در بالین بیمار و مشکلات ایجاد شده در این روش آموزشی انجام شده اما در کشور ما اگر چه در خصوص مشکلات آموزش بالینی مطالعات گسترده صورت گرفته اما در این خصوص مطالعه‌ای انجام نشده و امید است این مطالعه راه‌گشای انجام مطالعات بیشتر در این زمینه گردد.

واژه‌های کلیدی: تدریس بر بالین، چالش، منافع، معایب

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۱۱۶۱ تا ۱۱۷۶

مقدمه

فرآیند یاددهی یا تدریس فعالیتی است که دو طرف دارد: معلم و فراگیر. کنترل تجارب فراگیران به خصوص در کلاس درس و عرصه یادگیری و توجه کافی به پیشرفت یادگیری در آنها از مسائل مهم در فرآیند تدریس می‌باشد(۱). انواع مختلف روش‌های تدریس با توجه به

* **نویسنده مسؤول:** دکتر فریبا حقانی (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.haghani@edc.mui.ac.ir

فاطمه علی‌اکبری (مربی)، گروه داخلی جراحی ، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشجوی دکترای پرستاری، اصفهان، ایران.(aliakbarifa@gmail.com)

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۱۶ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۲/۳ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۲/۱۳ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

حیطه‌های مختلف شناختی، عاطفی و روانی- حرکتی طبقه‌بندی می‌شوند. در خصوص تاریخچه آموزش پرستاری آنچه از منابع مختلف بدست می‌آید این است که در اواخر قرن نوزده و پیش از انتشار هرگونه نظریه پرستاری، پرستاری عملی و آموزش پرستاری از حالت نامنظم و غیرقابل پیش‌بینی به صورت منظم و استاندارد درآمد و پس از آنکه آموزش پرستاری از برنامه‌های آموزشی بیمارستان مدار به سمت دانشگاهی شدن رفت، دانشکده‌های پرستاری گسترش یافت و سرانجام در ادامه این تحول آنچه بسیار مورد تأکید قرار گرفت این بود که آموزش پرستاری باید تحت هدایت و سرپرستی دانشکده‌های پرستاری انجام شود، این امر باعث شد که امروزه حرفه پرستاری در جایگاهی با عملکرد مستقل‌تر در جامعه نسبت به قبل قرار گیرد (۲).

در گذشته توجه کمتری به اساس علمی حرفه پرستاری شده و بیشترین تأکید بر چگونگی انجام مهارت‌های خاص مثل تعویض پانسمان و یا انجام امور براساس موازین پزشکی بوده است؛ اما پیشرفت‌های گسترده‌ای که در سطح آموزش پرستاری ایجاد شد و ضرورت ایفای نقش‌های متعدد توسط پرستاران با توجه به شرایط و اوضاع حال و آینده افراد جامعه باعث شده پرستاران مسؤولیت‌های بیشتر و سنگین‌تری در نظام بهداشتی- درمانی بر عهده بگیرند(۳). همچنین متولیان این رشته متوجه شدند که اگر حرفه پرستاری بخواهد به پیشرفت در کار خود ادامه دهد، باید به طور جامع در انجام آموزش‌های لازم و اساسی قدم بردارد. آموزش پرستاری، به لحاظ اینکه در دو حیطه نظری و بالینی قرار دارد، دارای ویژگی‌ها و مشکلات خاصی است که یکی از مهم‌ترین موارد پیوند و همگرایی بین آموزش نظری و بالینی می‌باشد(۴).

آموزش بالینی نوعی کنفرانس گروهی است که در آنان یک بیمار یا بیمارانی مورد مشاهده، مطالعه، بحث یا نمایش قرار می‌گیرند و در جهت بهبودی بیمار و یا ارتقای مراقبت پرستاری صورت می‌گیرد. در آموزش بالینی ممکن است به وسیله پزشک جنبه‌های پزشکی یک بیمار ارائه شود و شرایط طبیعی‌تر از آن چیزی است که در کلاس درس وجود دارد(۵).

آموزش بالینی توسط هر یک از اعضای دانشکده، برای مثال مربیان بالینی و پرسنل بخش انجام می‌شود و بر روی نیازهای خاص بیمار به عنوان یک انسان تمرکز دارد. روش‌های آموزش بالینی پرستاری شامل موارد زیر است: بالین‌های پرستاری/آموزش بالینی در کنار تخت بیمار (Nursing Clinics /bedside clinic)، راندهای پرستاری (Nursing Rounds)، تکالیف پرستاری (Nursing assignments)، کنفرانس‌های مراقبت پرستاری (Nursing care-Conferences)، گزارشات صبح و عصر (Morning and afternoon reports)، کنفرانس‌های تیم پرستاری، کنفرانس‌های گروه بهداشت، کنفرانس‌های فردی، بازدید از فیلد و فرآیند ثبت کردن(۴).

انتخاب روش‌های مورد استفاده در آموزش بالینی باید متناسب با اهداف، اصول آموزشی، تفاوت‌های فردی در یادگیری، ارتباطات بین‌فردی، ظرفیت فراگیر، منابع قابل دسترس و توانایی مدرس در کاربرد مؤثر و خلاق آن روش، باشد. در آموزش بالینی پرستاری روش مدرس به تنهایی ضامن تغییر در دانشجویان نیست بلکه عواملی دیگری نیز در آموزش وجود دارند که در شکل‌گیری رفتار دانشجو مؤثرند(۶). آموزش بر بالین بیمار شامل هر نوع آموزشی می‌شود که در حضور بیمار ارائه شود، صرف نظر از محیطی که این آموزش در آن ارائه می‌شود. با این تعریف آموزش بر بالین می‌تواند در درمانگاه سرپایی، بخش بستری و حتی کلاس درس صورت گیرد(۷).

یکی از روش‌های آموزش در پرستاری روش آموزش در کنار تخت بیمار است. آموزش برنامه‌ریزی شده نباید فقط محدود به کلاس درس باشد بلکه باید به سطح بالینی که یکی از مهم‌ترین موقعیت‌های آموزشی است؛ نیز منتقل شود. در این مطالعه با توجه به اهمیتی که آموزش

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

در بستر بیمار دارد سعی شده با نگاهی هرچند گذرا به بررسی موضوع تدریس بر بالین بیمار، چالش‌ها و موانع موجود در این نوع آموزش در کشور پرداخته شود.

روش‌ها

این مقاله براساس مروری بر بیش از ۴۰ مقاله و کتاب مرتبط با موضوع نوشته شده است. در طول مقاله سعی شده است در خصوص آموزش بالینی و انواع آن، تدریس بر بالین بیمار، اهمیت، مزایا، معایب، مشکلات موجود در این نوع آموزش، نحوه ارزشیابی فراگیران، وضعیت موجود و نتایج تحقیقات صورت گرفته در این خصوص پرداخته شود و در پایان نیز بر جمع‌بندی کلی مطالب و ارائه راه‌کارهای پیشنهادی تأکید شده است. کلیه مقالات و مطالب مرتبط با موضوع از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ در منابع فارسی و لاتین در کلیه بانک‌های اطلاعاتی مرتبط با آموزش و پرستاری مورد بررسی قرار گرفته و موارد مرتبط انتخاب و سپس مرور کلی و در نهایت جمع‌بندی صورت گرفته است.

نتایج

آموزش بالینی اغلب بر آموزش و یادگیری در محیط بالین تأکید دارد و معمولاً در کنار این آموزش، بیمار، شرایط و مشکلات وی نیز مطرح می‌باشد. در سطح کارشناسی، مدارس پرستاری می‌خواهند تا آنجایی که امکان دارد دانشجویان را در معرض تجربیات بالینی قرار دهند و در همان واحدهای درسی اولیه سعی بر آن است که دانشجو با بیمار برخورد داشته باشد. در سطوح تحصیلات تکمیلی نیز آموزش‌های بالینی معمولاً به عنوان مرکز تکامل حرفه‌ای و شغلی آنها محسوب می‌شود(۸).

یکی از تفاوت‌های مهم میان آموزش کلاسی با آموزش در بالین بیمار این است که همراه با طیفی از مردم جامعه نظیر پرستاران، بیماران، مراجعه‌کنندگان، همراهان، مشاورین پزشکان و سایر پرسنل حرفه‌های وابسته به پزشکی می‌باشد. بنابراین اثر حضار (Audience effect) در محیط وجود دارد که می‌تواند اثرات زیادی بر آموزش داشته باشد، برای مثال بهبود سرعت و کیفیت کار یا عکس آن(۹).

نقش‌ها و هنجارها نیز بر آموزش در بالین بیمار مؤثرند. هنجارهای غیررسمی به دنبال تعامل در گروه و هنجارهای رسمی توسط سازمان ارائه می‌شوند و از افرادی که در محیط کاری وارد می‌شوند انتظار می‌رود که به این هنجارها توجه نمایند. پرسنل، به خصوص پرستاران با تجربه، عامل کلیدی در یادگیری نقش‌های شغلی در محیط نظیر شیوه‌های انسانی در ارائه خدمات و مدیریت، روحیه تیمی، ارائه نقش آموزی نظیر سوپروایزری، منتوری، پرسپتوری و... می‌باشند. استرس در محیط بالین و اثرات آن بر دانشجو باید مورد توجه قرار گیرد که البته با توجه به ویژگی‌های فردی و شخصیتی اثرات متفاوتی را ایجاد می‌کند. استرس می‌تواند مرتبط به شغل، نقش، ارتباطات سازمانی و یا انتقالی باشد. بنابراین از آنجا که مشارکت پرسنل در آموزش یک عامل حیاتی موفقیت می‌باشد؛ شایسته است مربی پرستاری به پویایی اجتماعی در محیط کار و کاهش میزان استرس دانشجویان توجه نماید. پویایی گروه و جنبه‌های مرتبط به محیط کار اهمیت زیادی در آموزش بالینی دارد لذا می‌توان گفت محیط کاری در اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان اهمیت زیادی دارد(۱۰).

هدف از این روش آموزش بهبود فراگیری و ارائه مراقبت پرستاری است: فراگیران فرصتی برای مهارت‌های مشاهده و مصاحبه به دست می‌آورند. روش آموزش در بالین بیمار ابزار مناسب یاددهی و یادگیری است. آموزش از طریق ارتباط مستقیم با بیمار برقرار می‌شود. این روش فرصت مشاهده، تحریک تفکر و در نظر گرفتن مراقبت پرستاری از دیدگاه بیمار را فراهم می‌کند و تمام

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

دانشجویان دانش، مهارت و نگرش لازم جهت ارائه مراقبت در بالین را به کار می‌گیرند و همچنین این روش به آنها کمک می‌کند تا موقعیت‌های معرفی شده توسط بیمار را نیز در نظر داشته باشند(۱۱). اهداف این روش آموزشی عبارتند از: کاربرد تئوری در عملکرد فعال از طریق مشاهده، مصاحبه و مطالعه یک بیمار، کاربرد دانش و تجربه برای موقعیت‌های واقعی زندگی، درک انواع خاص وسایل، تجهیزات و بهبود مراقبت پرستاری(۱۲).

سیلویوس (Sylvius) (۱۶۱۴-۱۶۷۲) پزشک فرانسوی جزء اولین کسانی بود که نظرات خود را در خصوص آموزش در راند و بالین بیان نمود وی می‌گوید «روش من به این صورت است که من به دانشجویانم اجازه می‌دهم که طبابت کنند، آن‌ها هر روز در بیمارستان‌های عمومی یک بیمار می‌بینند، علایم بیمار را می‌شنوند و یافته‌های فیزیکی وی را مشاهده و ثبت می‌کنند. سپس از دانشجویان می‌پرسم که آن‌ها چه نکاتی را در خصوص بیمار یادداشت کرده‌اند و نظرات آن‌ها را در خصوص علل بیماری و راه‌کارهای درمان جویا می‌شوم».

باتوجه به سابقه تاریخی آموزش در بالین بیمار، سؤالی که مطرح می‌شود این است که در حال حاضر این نوع آموزش چه وضعیتی دارد؟ یک مطالعه در سال ۱۹۶۴ نشان داد که کمتر از ۲۰ درصد از آموزش‌ها در راند با حضور بیمار انجام می‌شود. در سال ۱۹۷۸ یک مطالعه مشابه نشان داد که کمتر از ۱۶ درصد از آموزش‌ها در بالین صورت می‌گیرد. تغییرات ناشی از پزشکی مدرن و کوتاه شدن مدت اقامت در بیمارستان، افزایش بروز بیماری‌های مزمن و نیاز به تسهیلات و امکانات جدید و تغییر در نحوه ثبت و گزارش همگی از علل کاهش این نوع آموزش محسوب می‌شوند. اتاق کنفرانس، ایستگاه پرستاری یا سالن‌ها به محل تعامل استاد و دانشجو در بیمارستان‌ها تبدیل شده‌اند. بررسی تاریخچه این موضوع نشان می‌دهد که آموزش در بالین به عنوان یک جزء حیاتی در آموزش پزشکی محسوب می‌شود و لازم است در جهت احیا و پر انرژی‌تر ساختن آن تلاش شود(۱۳).

این روش آموزشی دارای منافع متعددی است از جمله: ۱- فرصت لازم برای دادن جنبه انسانی به مراقبت از بیمار را از طریق درگیر کردن وی در این فرآیند ایجاد می‌کند ۲- کاربرد زبان قابل فهم را تشویق می‌کند ۳- فرآیند یادگیری فعال است که بهترین شرایط را برای آموزش بالغین فراهم می‌کند ۴- بیماران احساس می‌کنند در امر آموزش مشارکت داشته و فعال هستند ۵- درک بیمار را از بیماری خود و اقدامات تشخیصی درمانی مربوط افزایش می‌دهد ۶- دانشجو را در موقعیت فعال قرار می‌دهد ۷- یک گروه محدود دانشجو را پوشش می‌دهد ۸- امکان ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف را فراهم می‌کند ۹- کیفیت مشاهده و تصمیم‌گیری را بهبود می‌بخشد ۱۰- اطمینان از تماس نزدیک با واقعیت را ایجاد می‌کند ۱۱- مقایسه تئوری با واقعیت را امکان‌پذیر می‌سازد ۱۲- موقعیتی برای توسعه فردی دانشجو فراهم می‌نماید ۱۳- قابلیت تغییر در دانشجو را افزایش می‌دهد(۱۲).

دکتر آلن در مقاله خود مزایای آموزش در بالین بیمار را برای افراد درگیر چنین بیان نموده است: برای دانشجویان (انگیزشی و به یاد ماندنی بودن جلسات راند، کسب مهارت در گرفتن شرح حال و تشخیص، کمک به دانشجویان در فهم اینکه کلیه مشخصات مربوط به یک بیماری ممکن است در بیمار آنها وجود نداشته باشد، ترکیب نمودن دانش تئوریک با مهارت‌های عملی، کمک به درک بیشتر بیمار، آموزش رفتار صحیح و مناسب و یاد دادن این که چگونه یک پرستار یا پزشک خوب باشند)؛ برای بیمار، راندهای کنار تخت جذاب است، این امکان را به آنها می‌دهد که سؤالاتشان را بپرسند وبیماران می‌فهمند که یکی از وظایف مهم بیمارستان‌ها آموزش است؛ مزایا برای اساتید، دستیابی به اطلاعات دست اول، کمک به فراگیری خودشان و جذاب بودن آموزش می‌باشد و برای بیمارستان نیز درگیر شدن کادر درمانی در امر آموزش دانشجویان و ایجاد محل مناسبی برای

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

انجام کار تیمی می‌باشد.(۱۴)

این روش آموزشی علی‌رغم مزایای متعدد، دارای معایبی نیز هست از جمله این که نسبتاً وقت‌گیر و پرهزینه است، گاهی بیمار را در یک موقعیت مشکل قرار می‌دهد، سطح استاندارد آن نسبتاً پائین است، محدوده کاربرد کوچکی دارد، علاوه بر این مشکلات کار در عرصه و کار عملی را نیز می‌توان جزء معایب این روش در نظر گرفت(۱۵).

نکاتی که در خصوص اجرای این روش باید رعایت شود عبارتند از: آمادگی قبل از بالین، تعیین اهداف بالین، انتخاب یک بیمار برای دانشجویانی که قصد ارائه مراقبت دارند، گرفتن رضایت بیمار، انتخاب مکان مورد استفاده برای کنفرانس برای مثال کنار تخت یا اتاق کنفرانس و آمادگی دانشجویان قبل از ورود به اتاق بیمار، به علاوه لازم است شما ازقبل انتظارات خود و حداکثر زمانی که دانشجو فرصت ارائه گزارش خود را دارد مشخص نمایید به عنوان مثال ۱۵ دقیقه بعد لیست مشکلات بیمار را به من ارائه نمایید. بیان اهداف کل دوره در آن بخش نیز جزء دیگری از ضروریات این روش آموزشی محسوب می‌گردد(۱۱).

یادگیری بالینی زمانی مؤثر است که فراگیر نیز در مراقبت از بیمار مسؤولیت داشته باشد و نظرات خود را به عنوان پایه‌ای برای یادگیری در بوته آزمایش قرار دهد. فراگیر باید در انجام مسؤولیت محول شده احساس امنیت نماید حتی اگر نظر او اشتباه باشد. جهت برانگیختن حس مسؤولیت و تعهد فراگیر باید از سؤالات هدایت گر استفاده نمود. به عنوان مثال در مورد پیش‌آگهی، برای این بیمار چه اتفاقی خواهد افتاد؟ اگر فراگیر بداند که نظر او برای بیمار به کار خواهد رفت بر جمع‌آوری داده و تعریف دقیق مشکل ممارست خواهد ورزید(۱۶). عدم تمایل جهت پذیرش مسؤولیت از طرف دانشجویان ممکن است به دلایلی چون داده‌های ناکافی، کمبود دانش، الگوی یادگیری غیرفعال، ترس از انجام اشتباه، آشکار شدن نقطه ضعف‌ها و ترس از مربی باشد.

برای تدریس در بالین بیمار و اثربخش بودن آن داشتن مهارت‌های ارتباطی الزامی است. دو جنبه مهم آن سؤال نمودن و ارائه توضیحات است که باید به فراگیر خوب گوش داده و به او اجازه داد که مشکلات خود در بالین را، بیان کند. توالی سؤالات باید به گونه‌ای باشد که فراگیر را به سمت تفکر انتقادی و دسترسی به سطوح بالای شناخت سوق دهد. چون فراگیران در بالین بزرگسال هستند، ایفای نقش نسبت به روش‌های سنتی آموزش در بالین کارآمدتر خواهد بود و بهتر است نظرات دانشجو را نیز در مورد اهداف حضور در بالین جویا شد و از آنها استفاده نمود. هم چنین بیمار را با توجه به پتانسیل ایجاد موقعیت یادگیری انتخاب نموده و اطلاعات ضروری در مورد آن بیمار را به دانشجو داد(۱۷).

فراگیر به‌جای تمرکز بر پرونده بیمار، خود مستقیماً از بیمار کسب اطلاعات نماید و کلیه موارد مذکور می‌تواند در جهت اثربخش نمودن تدریس در بالین بیمار مفید واقع شود(۱۸).

علی‌رغم کلیه نکاتی که در خصوص مزایا و الزامات این روش ذکر شد همچنان شاهد وجود مشکلات متعدد در زمینه آموزش بالینی به خصوص در زمینه آموزش در بستر بیمار هستیم و به نظر می‌رسد آگاهی ناکافی اساتید بالینی از چگونگی اجرای این روش، عدم ارتباط و هماهنگی بین سازمان‌های درگیر در این امر مثل عدم هماهنگی بین پرسنل بخش‌ها با اساتید و دانشجویان و ناهماهنگی بین مسؤولان دانشکده‌ها با مسؤولان بیمارستان‌ها از جمله عوامل زمینه‌ساز ایجاد مشکل در زمینه این نوع آموزش می‌باشد. یکی از مشکلات فعلی در آموزش بالینی بالا بودن فشار کارهایی است که از دانشجویان انتظار می‌رود و این امر، فرصت کمتری برای فکر کردن و بازخورد دادن ایجاد می‌کند. دانشجویان به ندرت فرصت دارند که یافته‌های خود را بازخورد دهند،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

آنها را به اطلاعات علوم پایه ارتباط دهند و دانشی را که در حال حاضر دارند مجدداً ساختاردهی کنند و بتوانند در امر مراقبت خود به طور واضح فرآیند حل مسأله را به کار برند. برای این که دانشجویان مهارت حل مسأله را یاد بگیرند آنها باید به طور فعال در فرآیند یادگیری مشارکت داشته باشند، اما شواهد نشان می‌دهند که دانشجویان در امر آموزش بالینی مشارکت فعال ندارند و شاید یکی از دلایل عمده این امر عدم حضور فعال آنها در آموزش در بالین بیمار باشد(۱۹). در زمان‌های گذشته شاید چیزی حدود سی سال قبل ۷۵ درصد از آموزش‌ها در بالین بیمار صورت می‌گرفت(۲۰). در سال ۱۹۸۷ این میزان به حدود ۱۶ درصد کاهش یافت(۲۱) و امروزه از این مقدار هم کمتر شده است. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که آموزش بالینی در حال انتقال از بالین بیماران به کلاس‌های درس و راهروهاست. در یک دوره ۱۰ ساله مدت زمانی که به آموزش بر بالین بیمار اختصاص می‌یابد از ۷۵ درصد به ۱۶ درصد در کاهش پیدا کرد و برآورد مدت زمانی که واقعاً بر بالین بیمار صرف می‌شود بین ۱۵ تا ۲۵ درصد متغیر است(۱۱). امروزه اگرچه اکثر مؤسسات آموزشی ادعا می‌کنند که آموزش آنها بالینی است اما تنها به راهروها و سالن‌های کنفرانس بیمارستان‌ها محدود شده است. اما به راستی دلیل این حادثه چیست؟ ممکن است ما مسؤولین را مقصر بدانیم، این کار راحت است که دیگری را مقصر کنیم (البته تا حدی مسؤولین در این امر مقصر هستند) اما دلیل عمده این موضوع این است که ما امروزه تحت تأثیر تکنولوژی قرار گرفته‌ایم. می‌خواهیم تصاویر آنالیزهای آزمایشگاهی را ببینیم، یک لیست بلند بالا از تشخیص‌های مطرح را روی تخته سیاه بنویسیم، همزمان قهوه بخوریم و در یک محل راحت دور یک میز بنشینیم و گزارش صبحگاهی بدهیم. البته ما نیز تا حدی مقصر هستیم. اکثر مؤسسات آموزشی سخنرانی را روش مناسبی برای آموزش می‌دانند و بنابراین چون محیط آموزش در اتاق کنفرانس تحت کنترل ماست آن را ترجیح می‌دهیم. اگر چه در این محیط سؤال و جواب و بحث صورت می‌گیرد اما بیمار یا خانواده وی حضور ندارند که سؤالاتی از ما بپرسند که ما مجبور شویم بگوییم «من نمی‌دانم». اساتید نگران این هستند که در محیط بالینی مسائل و سؤالاتی مطرح شود که در حوزه تخصص آنها نیست و مسائلی ایجاد شود که از قبل قابل پیش‌بینی نیست که بخواهند از قبل درباره آنها مطالعه کنند. ما یک‌سری موانعی در ذهن خود تصور می‌کنیم که مانع از آموزش بالینی می‌شود از جمله اینکه ما فکر می‌کنیم بحث در خصوص سابقه اجتماعی بیماران در حضور سایر بیماران و خانواده آنها در واقع تجاوز به حریم خصوصی افراد است و این امر به عنوان مانعی برای آموزش محسوب می‌گردد. در حالی که می‌توان این مسأله را به راحتی حل کرد. همچنین شما می‌توانید به بیمار اطلاع دهید که سر ساعت معینی در آنجا حضور خواهید یافت و بدین ترتیب حقوق بیمار را رعایت نمایید. کسب مهارت در گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی از مزایای عمده آموزش در بالین بیمار محسوب می‌شوند و اخلاقیات بالینی نیز در اینجا آموخته می‌شود(۱۱).

در مطالعات مختلف به بررسی این نوع آموزش و چالش‌های موجود در آن پرداخته شده است از جمله در مطالعه‌ای که جان اسپینسر و همکارانش با عنوان ABC و الفبای آموزش و یادگیری در علوم پزشکی–آموزش و یادگیری در محیط‌های بالینی انجام دادند چالش‌های این نوع آموزش را چنین بیان نمودند: فشار و محدودیت زمان–نیازهای متناقض بالینی (به خصوص زمانی که نیاز دانشجویان و بیمار با هم تناقض دارد)– مشکلات مدیریتی و تحقیقاتی–دشوار بودن تصمیم‌گیری در این محیط‌ها–بالا بودن تعداد دانشجویان–کم بودن بیماران (اقامت کوتاه در بیمارستان، گاهی بیمارها خیلی بدحال‌اند و یا رضایت به همکاری نمی‌دهند)–کم بودن منابع–آموزش پسند نبودن اغلب محیط‌های بالینی (به عنوان مثال واحدهای بیمارستانی)– ناچیز بودن تشویق و پاداش‌های

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

معلمان- شفاف نبودن اهداف و انتظارات- تمرکز بر گرفتن بازخورد به جای توسعه مهارت نگرش و حل مسأله در دانشجویان- آموزش در سطح نامناسب (معمولاً در سطوح بالاتر)- مشاهده‌گر بودن فراگیران به جای مشارکت‌کننده فعال- نظارت ناکافی و عدم بازخورد- فرصت محدود برای بحث و انعکاس مسائل- آموزش همراه با تحقیر کردن- عدم رضایت بعضی از بیماران- عدم احترام به حریم خصوصی بیماران و عدم پیوستگی بین مباحث و محتوای دروس (۸).

در مطالعه‌ای که سوبا رومانی در سال ۲۰۰۳ با هدف بررسی موانع آموزش بالینی در بستر بیمار انجام داد چهار جلسه بحث گروهی تشکیل داد و اساتید چهار گروه از دانشکده‌های پزشکی دانشگاه بوستون را انتخاب کرد که پس از ابراز تمایل به شرکت در مطالعه، در جلسات شرکت نمودند سپس یک‌سری سؤالات باز طراحی شد و از آنها خواسته شد تجربیات، نظرات و ارزش‌های مدنظر خود را مطرح سازند. سپس نظریات آنها جمع‌آوری شد و موارد زیر به عنوان موانع آموزش بالینی استخراج گردید: کمبود مهارت آموزش بالینی، ترس از آموزش بالینی و فشار تدریس در محیط بالینی، عدم ارزش‌گذاری برای آموزش بالینی، عدم رعایت پاره‌ای از مسائل اخلاقی. او به طور کلی موانع را در چند دسته عمده زیر تقسیم‌بندی نمود: ۱- عوامل مرتبط با استاد ۲- عوامل مرتبط با شرایط آموزش ۳- عوامل مرتبط با سیستم ۴- عوامل مرتبط با بیمار. سپس یک سری استراتژی را نیز به عنوان راه‌کارهایی جهت رفع این مشکلات بیان نمود که عبارتند از: ۱- بهبود مهارت اساتید در زمینه بالینی ۲- کاهش ترس از آموزش بالینی ۳- بالا بردن ارزش تدریس بالینی ۴- مشخص نمودن یک‌سری اخلاقیات در تدریس(۲۲).

ناین و همکارانش در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۸ تحت عنوان موانع آموزش در بالین بیمار انجام دادند به بررسی نظرات اساتید بالینی در خصوص موانع بکارگیری آموزش در بالین بیمار پرداختند. ۹۵ درصد بیان نمودند که آموزش در بالین بیمار یک روش مناسب برای آموزش مهارت‌های بالینی است. ۶۵ درصد از اساتید ترکیبی از روش آموزش در بالین بیمار و اتاق کنفرانس را روش مناسبی می‌دانستند. اساتید در مجموع محدود بودن تعداد بیماران با علائم بالینی خوب و خستگی و عدم همکاری بیماران با علایم خوب، مدت کوتاه اقامت بیماران در بیمارستان، تأکید بر مراقبت در جامعه، عدم رعایت حریم خصوصی بیماران در بخش‌های شلوغ، نبودن آگاهی در بیماران در خصوص ماهیت آموزش در بالین بیمار را به عنوان موانع داشتن یک آموزش مناسب در بالین بیمار ذکر نمودند(۷).

لندری و همکارانش در سال ۲۰۰۷ مطالعه‌ای با هدف بررسی مقایسه‌ای دو روش آموزش در بالین بیمار وآموزش در اتاق کنفرانس انجام دادند در روز اول یک مورد از بیماران بخش اطفال برای رزیدنت‌ها در اتاق کنفرانس ارائه می‌شد و روز بعد یک مورد دیگر از طریق روش راند در کنار بیمار برای دانشجویان ارائه می‌شد و سپس در پایان هر جلسه یک پرسشنامه تکمیل می‌شد و در روز بعد نیز که راند در اتاق کنفرانس انجام می‌شد مجدد پرسشنامه توسط والدین تکمیل می‌شد. نتایج مطالعه نشان داد که رضایت والدین در روش راند کنار بالین بیمار بسیار بالاتر از روش دیگر بود و در این روش احساس راحتی بیشتری داشتند اما رضایت رزیدنت‌ها در دو روش تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشت و حتی هنگامی که در اتاق کنفرانس از آنها سؤال می‌شد احساس راحتی بیشتری می‌کردند و این در حالی است که روش آموزش در بالین بیمار به عنوان یک استراتژی آموزشی بسیار خوب در بیمارستان‌های دانشگاهی و آموزشی می‌باشد(۲۳).

در مطالعه‌ای که توسط هندری در سال ۲۰۰۵ در لندن انجام شد محققین گزارش نموده‌اند که در امر آموزش بالینی مشکلات متعددی وجود دارد. اگرچه بسیاری از اساتید از آموزش لذت می‌برند اما توانایی آنها برای

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

دادن آموزش در سطوح بالا تحت تأثیر محدودیت‌های منابع قرار گرفته است. اغلب اساتید معتقدند که توسعه و بکارگیری برنامه‌های آموزشی چند منظوره و تأکید بر آموزش دانشجو محور باعث شده که تأثیر عمده‌ای بر یادگیری علوم اصلی بگذارد و یادگیری مهارت‌های لازم در محیط‌های بالینی به دست فراموشی سپرده شود. از آنجایی که اغلب آموزش‌های بالینی در محیط‌های شلوغ صورت می‌گیرد لازم است که تناسب زمانی لازم در نظر گرفته شود. شایع‌ترین مشکلاتی که در زمینه جلسات آموزش بالینی مطرح است، عبارتند از: مشخص نبودن اهداف و انتظارات، تأکید بر مهارت‌های به خاطرسپاری به جای تأکید بر مهارت‌های حل مسأله، نظاره‌گر غیرفعال به جای مشارکت‌کننده فعال، عدم نظارت کافی و گرفتن بازخورد، فرصت ناکافی برای بحث و عدم کسب رضایت آگاهانه از بیمار(۲۴).

ممکن است اکثر اساتید از آموزش در بالین بیمار خودداری کنند زیرا آنها نگران راحتی بیمار هستند در حالی که تحقیقات نشان داده که اکثریت بیماران از آموزش در بالین هم سود می‌برند هم لذت (۲۵). در ارتباط با این موضوع در مطالعه‌ای که با هدف بررسی اثرات راند بر بالین بخش داخلی از دیدگاه بیماران در بیمارستان الزهرا (س) اصفهان انجام گرفت تعداد ۱۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند و اکثریت آنها نگرش مثبتی نسبت به راندهای بالینی داشتند و خواستار کاهش تعداد دانشجویان هنگام راند و لزوم تغییر در شیوه آموزشی بودند(۲۶).

حضور دانشجویان بر بالین بیمار، با هدف ارتقای آموزش در این رشته و تربیت نیروهای با تجربه جهت ارایه بهتر خدمات بهداشتی و درمانی در آینده، جزو لاینفک آموزش پزشکی محسوب می‌شود، اما باید در این میان به سود و زیان بیمار نیز توجه گردد و حقوق و منافع بیمار نیز در نظر گرفته شود. بسیاری از تنش‌های ایجاد شده بین بیماران و دانشجویان به دلیل عدم ارایه اطلاعات کافی به بیمار در مورد جایگاه دانشجو در درمان بیمار و میزان تجربه و اطلاعات وی از سوی پزشک مسؤول می‌باشد که باعث نارضایتی بیمار و شکل‌گیری احساس استفاده ابزاری از وی می‌شود.

در پاره‌ای از موارد، پزشکی که مسؤول درمان بیمار است، با این تصور غلط که ارایه اطلاعات به بیمار می‌تواند باعث جبهه‌گیری وی نسبت به موضوع شود و با حضور دانشجو مخالفت نماید، اطلاعاتی در اختیار بیمار قرار نمی‌دهد. این امر باعث سردرگمی بیمار و همراهان وی می‌شود و به سبب آن، برای دریافت اطلاعاتی در زمینه تشخیص بیماری و روند درمان دچار مشکل شده و از هر فردی که بر بالین بیمار حاضر می‌شود، سؤال می‌نمایند. چنین مسیری می‌تواند باعث اخذ اطلاعات از افرادی شود که نسبت به وضعیت بیمار اشراف کامل ندارند و اطلاعاتی را براساس حدس و گمان در اختیار بیمار قرار می‌دهند و در بسیاری از موارد این روش کسب اطلاعات می‌تواند باعث سوء تفاهم بیمار و ایجاد تنش بین بیمار و پزشک شود و گاهی بیمار، پزشک خود را به بی‌کفایتی متهم می‌نماید. نباید فراموش کنیم که برای ایجاد یک رابطه صحیح بین پزشک و بیمار حقیقت‌گویی امری ضروری است که باعث افزایش اعتماد بیمار نسبت به درمانگر می‌شود.

ما می‌توانیم با ارایه اطلاعات صحیح در مورد علت حضور دانشجویان در طی معاینه و درمان بیمار و توضیح کافی در مورد هدف از انجام چنین کاری، رضایت وی را جلب نموده و حتی همکاری او را در روند آموزش دانشجو بیشتر نماییم. البته نباید موضوع تعداد زیاد دانشجویان را در حین ویزیت بیماران سرپایی در درمانگاه‌ها و بیماران بستری در بخش‌ها نادیده گرفت که این مسأله می‌تواند باعث نارضایتی بیمار شود. در زمان حضور تعداد زیادی از دانشجویان، بیمار حریم خصوصی خود را نقض شده می‌بیند و گاهی به خاطر ترس از افشا شدن اطلاعات محرمانه خود، از ارایه برخی از اطلاعات مورد نیاز در زمینه شناخت بیماری امتناع می‌کند. شاید راه‌حل مؤثر در مورد این مشکل، مشخص کردن حداکثر تعداد دانشجویان،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

از سوی مراجع سیاست‌گذار آموزش پزشکی باشد، تا این مسأله کمتر با واکنش بیماران همراه شود. همچنین می‌توان با ارایه توضیحات کافی به بیمار در مورد رعایت اصل رازداری از سوی تمامی دانشجویان حاضر، تاحدودی مشکل را برطرف نمود. نباید فراموش کنیم که در شروع دوره‌های آموزشی باید این موارد به دانشجویان گوشزد نمود و از آنها خواسته شود که حتی از ارایه اطلاعات بیمار در جمع‌های خود پرهیز کنند، زیرا در صورتی که کوچک‌ترین خللی در حفظ اسرار بیماران روی دهد باعث سلب اعتماد افراد نسبت به جامعه پزشکی در تمامی ابعاد خواهد شد و رعایت این مطلب در حرفه پزشکی امری ضروری به نظر می‌رسد. در این میان نباید عوامل فرهنگی و مذهبی را در علل مخالفت بیمار نادیده گرفت. می‌توان با عملکرد صحیح و به کارگیری مبانی اخلاق پزشکی تا حدودی برخی از چنین موانعی را برطرف نمود. با این وجود حتی اگر با رعایت تمامی این موارد باز هم با مخالفت بیمار مواجه شدیم، باید به نظر وی احترام بگذاریم(۲۷).

در مطالعاتی که اشاره شد بر این نکته تأکید شده که علی‌رغم مزایای فراوان آموزش در بالین بیمار متأسفانه امروزه به دلایل مختلف این نوع آموزش بسیار کم رنگ شده و جایگاه واقعی خود را ندارد.

در دنیای معاصر تغییرات گسترده‌ای ایجاد شده و دانشکده‌های پزشکی و پرستاری همانند سایر مؤسسات دائماً در حال تغییر هستند لذا استفاده از نظرات مختلف می‌تواند موجب ارتقای عملکرد این مؤسسات گردد(۲۸). ایجاد تغییرات قابل توجه در آموزش بالینی نیاز به ایده‌های مفید و خلاقانه دارد که توسط مدیران این دانشکده‌ها توسعه می‌یابد و ارزش‌های حاکم بر مؤسسات را نیز در بر می‌گیرد بهبود مدیریت و سیاست‌های مؤسسات و رویکردهای آن به تکامل و توسعه نیز بسیار مهم است چرا که مدیریت، یک مجموعه را شکل می‌دهد و درشکل‌گیری سیستم ارزشی حاکم بر دانشکده‌های پرستاری و کلینیک‌های آموزشی نقش مهمی دارد. برگزاری جلسات و بیان نمودن اهداف و رسالت‌های دانشکده و نظرسنجی و دخالت دادن افراد در تصمیم‌گیری‌ها می‌تواند به ارتقای مؤسسه کمک قابل توجهی کند. سیاست‌های مؤسسات و نحوه کاربردی کردن روش‌ها، ارزش‌ها و رسالت‌های در نظر گرفته شده برای یک دانشکده بسیار مهم هستند. افراد با تدریس عالی باید از طریق گرفتن پاداش و ارتقا تشویق شوند و این امر نیازمند ارزشیابی‌های منظم و دوره‌ای آموزش اساتید می‌باشد.

علاوه بر آموزش بالینی موضوع ارزشیابی بالینی نیز از مباحث چالش برانگیز در آموزش علوم پزشکی به خصوص پرستاری محسوب می‌گردد. ارزشیابی فرآیندی مبتنی بر بررسی نتایج آموزش است که به منظور حصول اطمینان از اثربخش و مربوط بودن آن طراحی می‌شود. آموزش و ارزشیابی کاملاً به هم مرتبط هستند دانشجویان باید ارزشیابی را به عنوان یک ابزار یادگیری در نظر گیرند. ارزشیابی وسیله مثبتی جهت تعیین نیاز برای یادگیری و توضیح و راهنمایی بیشتر توسط مربیان است(۲۹).

آموزش پرستاری باید خودش را برای وظیفه بررسی مجدد مفهوم ارزشیابی آماده کند. این بررسی مجدد شامل ارزشیابی همه اجزای فرآیند یاددهی-یادگیری (برنامه آموزشی)، استراتژی‌های یاددهی-یادگیری و ارزشیابی معیارها است. با توسعه یک برنامه آموزشی مؤثر، آموزش پرستاری باید نگرش تحقیق را در دانشجویان ایجاد کند، دانش پایه مورد نیاز را گسترش داده و فرصت‌های کافی برای دانشجویان جهت استفاده از دانش را فراهم نماید(۳۰).

از طرف انجمن پرستاران آمریکا، استانداردهایی برای ارزشیابی کار بالینی پرستاری ارائه شده است که براساس آن اقدامات پرستاری به مرحله اجرا گذاشته می‌شود و می‌توان در آموزش در بالین بیمار نیز به عنوان یک چارچوب مناسب جهت ارزیابی از آن استفاده نمود:

۱- جمع‌آوری اطلاعات در زمینه وضعیت سلامتی بیمار.

۲- تعیین تشخیص‌های پرستاری که از اطلاعات جمع‌آوری

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

شده حاصل شده است.
۳- طرح برنامه تدابیر مراقبتی که اهداف حاصله از تشخیص‌های پرستاری را برآورده نماید.
۴- اعمال پرستاری که به منظور شرکت دادن مددجو در ارتقای سلامتی و بهبودی او انجام گیرد.
۵- اعمال پرستاری که به منظور کمک به بیمار در رسیدن به حداکثر توانایی‌هایش صورت می‌گیرد.
۶- ارزشیابی اعمال انجام شده و اصلاح آن در صورت لزوم.
گرچه در ارزیابی پرستاری ابتدا، به منظور تشخیص مشکلات بیمار، اطلاعاتی درباره وی جمع‌آوری می‌شود ولی در مرحله ارزشیابی نیز پرستار، اطلاعاتی برای تعیین مشکلات موجود بیمار یا رفع آنها و دستیابی به اهداف مورد نظر (جسمی، شناختی، روانی حرکتی، عاطفی) جمع‌آوری و پس از کسب اطلاعات و تعیین میزان دستیابی به اهداف، یافته‌ها را به طور خلاصه ثبت می‌کند. می توان از دانشجویان خواست پس از حضور بر بالین بیمار با توجه به مشکلات وی پس از گرفتن شرح حال براساس مراحل فرآیند پرستاری یک‌سری از تشخیص‌ها و مشکلات بیمار را استخراج نمایند سپس برای آنها طرح مراقبتی و مداخلات مربوطه را طرح‌ریزی و اجرا نمایند و در پایان از مراحل کاری که انجام داده‌اند ارزشیابی به عمل آورند. مربی می‌تواند براساس همان مراحل طی شده مشخص نماید که فعالیت دانشجو چگونه بوده و وی را ارزشیابی نماید. علاوه بر این می‌تواند از دانشجو بخواهد درباره بیمار خود گزارشی تهیه و ارائه نماید. گزارش درباره بیمار اهداف متعددی را دنبال می‌کند از جمله: ارتباط بین افراد از رشته‌های متفاوت که با بیمار در تعامل هستند را در دانشجو تقویت می‌کند و برنامه‌ریزی مراقبت، مرور کیفیت (ارائه مراقبت‌ها)، تحقیق، تحلیل تصمیم‌گیری آموزش، سند قانونی، تسویه حساب، سند تاریخی را نیز در این بین می‌آموزد(۵).
با توجه به زیاد بودن تعداد فراگیران معمولا مشاهده آنها هنگام گرفتن شرح حال یا انجام معاینه فیزیکی مورد غفلت قرار می‌گیرد. اگرچه فراگیران بدون ارزیابی شدن یا گرفتن بازخورد نیز دوره آموزشی خود را کامل می‌کنند اما نتایج بیانگر این است که بنا به برداشت خود دانشجویان ممکن است اشکالات و خطاهایی در محیط بالینی داشته باشند و دادن یک پیشنهاد ساده می‌تواند تا حد زیادی به کسب مهارت و بهبودی رفتار آنها کمک کند(۳۱).
ناظران بالینی می‌توانند با اختصاص دادن زمانی هر چند کوتاه جهت مشاهده مستقیم عملکرد دانشجویان نقش مهمی در اصلاح اشکالات آنها داشته باشند. بحث گروهی و به دنبال آن نظر دادن می‌تواند هم برای فرد مشاهده کننده و هم برای اعضا مفید واقع شود. و در این بین مهارت‌های برقراری ارتباط، مهارت تغییر دادن بعضی از استراتژی‌های غلط و پیگیری نمودن نکات کلیدی افراد نیز مورد بررسی قرار گیرد و این جلسات فرصتی را فراهم سازد تا افراد بتوانند بازخوردهای مناسبی از کار خود بگیرند(۲۸).
ارزشیابی بالینی بیشتر بر روش‌های سنجش مشاهده‌ای مانند چک لیست، مقیاس درجه‌بندی و واقعه‌نگاری استوار است. در علوم پزشکی و آموزش‌های بالینی بخصوص آموزش در بالین بیمار علاوه بر ارزیابی مهارت‌های روانی حرکتی سنجش اهداف حوزه عاطفی نیز حائز اهمیت می‌باشد. این اهداف را نمی‌توان با استفاده از آزمون‌های توانایی سنجید بلکه باید موقعیت‌هایی را به وجود آورد که در آن آزمون شونده رفتار عاطفی خود را بروز دهد(۳۲).
برای داشتن یک ارزشیابی مناسب نوجه به اصول زیر لازم است: دانشجویان بایستی به روشنی نیازهای واحد درسی، اهداف بالینی، انتظارات و روش‌های ارزشیابی را بفهمند. اطلاعات لازم در مورد ارزشیابی بایستی در اختیار دانشجو قرار بگیرد از جمله نوع ارزشیابی (مرحله‌ای یا پایانی)، منبع ارزشیابی (خود معلم، ناظر یا رابط، نظرات مددجو، مشاهده مستقیم، طرح نوشتاری مراقبت‌ها، تکالیف، نمایش مهارت‌های تکنیکی، توانایی صحبت راجع به آسیب‌شناسی بیماری، مشارکت در کنفرانس بالینی،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

اطلاعات جمع‌آوری شده، رفتارهای حرفه‌ای و وضع ظاهر). نگهداری ثبت روزانه بالینی از هریک از عملکردهای دانشجو، بیماران تعیین شده، تجارب یادگیری، نقاط قوت و ضعف دانشجو به صورت عینی و تا حد ممکن جزئی لازم است، این یادداشت‌ها بایستی پیشرفت دانشجو را تا پایان کار نشان دهد. ارائه بازخورد فوری در مورد عملکرد بالینی برا ی هر دانشجو، توضیح نکات ضعف و قوت، اطمینان دادن در مورد توانایی‌های بالینی، ارائه توصیه‌ها، پیشنهادها و راهنمایی‌ها برای اصلاح عملکرد بسیار مفید است. دنبال کردن خط مشی مربوط به سیاست اخطار نوشتاری و دنبال کردن در موارد لزوم از برخی مشکلات مربوط به ارزشیابی می‌کاهد(۳۳).

نتیجه‌گیری

به طور کلی هدف از فعالیت‌ها و تجارب بالینی در آموزش پرستاری ، فراهم کردن اعتماد و استقلال در انجام اقدامات پرستاری، قضاوت نقادانه و حل مسأله است که از طریق کاربرد دانش نظری در عمل میسر می‌شود.به طورمعمول دانشکده‌های پرستاری برنامه‌های آموزش نظری را با آموزش بالینی یا عملی همراه می‌کنند تا تربیت دانشجویان به طور کامل صورت گیرد. یعنی آنان از طریق تجربه‌های مثبت آموزشی، پرستاری را فرا گیرند. تجربه به معنی تغییر، امری است که معلمین پرستاری نمی‌توانند آن را فراهم نمایند بلکه آنان می‌توانند برنامه تجربه بالینی و زمان‌بندی آن را مشخص نمایند. این تغییر به طور خاص بستگی به خود دانشجو دارد که به صورت هوشمندانه و فعال در یادگیری تجربی، آگاهی و فهم اقدامات پرستاری در بالین فعال و شریک شود.

ایجاد کردن تجربیات مثبت بالینی یکی از اهداف اصلی در آموزش بالینی پرستاری است و همراه کردن اصول انگیزش، خط مشی‌های تفکر خلاق و روش‌های مدیریت کیفی جامع همراه با یکدیگر می‌تواند در فرآیند تدریس و یادگیری در بالین بیمار نقش مهمی‌داشته باشند(۴).

در محیط بالینی بایستی امکان کاربرد آموزش‌های نظری در عمل، تمرین مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله، همکاری با دیگران و رشد اخلاقی و قانونی فراهم شود. تحقیقات تفاوت‌های زیادی را بین کلاس درس نظری و تدریس بالینی نشان داده‌اند. در این حیطه تفاوت در آموزش‌ها، ارزشیابی و مهارت‌های بین فردی گزارش شده است(۳۴).

بدون شک آموزش در بالین بیمار یکی از اجزای مهم آموزش بالینی محسوب می‌گردد. زمانی که با بیمار گذرانده می‌شود مملو از تجربیات دیداری، شنیداری و لمسی است. در پزشکی بالینی ۵۶ درصد از مشکلات بیماران به خوبی پس از گرفتن یک شرح حال کامل شناسایی می‌شوند و در پایان انجام معاینه فیزیکی این درصد به حدود ۷۳ درصد افزایش می‌یابد. به بیان دیگر انجام یک معاینه فیزیکی کامل می‌تواند به فرد کمک کند تا سریع‌تر به یک تشخیص برسد(۳۵).

متأسفانه امروزه این نوع آموزش مورد غفلت واقع شده است. این غفلت ناشی از عدم علاقه دانشجویان به آموزش در بالین بیمار نیست بلکه دلیل آن جذب شدن به تکنولوژی‌های جدیدی است که باعث شده نقش این نوع آموزش کم رنگ‌تر شود(۱۹).

صاحب‌نظران آموزش بالینی همگی بر این نکته اذعان دارند که علی‌رغم همه پیشرفت‌هایی که صورت گرفته هیچ کدام از آنها نمی‌توانند جای تجربه و لذت ناشی از کار کردن با بیمار واقعی را بگیرند وقتی دانشجو بتواند با چشمان خود بیماری را ببیند (مثلاً صدای تریل ناشی از تنگی دریچه میترال را بشنوند) این مطلب تا مدت‌ها در ذهن وی نقش می‌بندد. هیچ یک از مهارت‌های ظریف و حساس از طریق آموزش مجازی در کلاس درس شکل نمی‌گیرند و لازم است که حتماً در شرایط واقعی آموزش داده شوند.

یکی از اجزاء مهم آموزش در بالین بیمار اساتید هستند. برخی تحقیقات نشان داده است که سازمان‌دهی، استفاده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

ازاهداف عینی، پرسیدن سؤال، بازخورد دادن، شایستگی‌های بالینی و روابط بین فردی معلم پرستاری امکان تدریس عالی در بالین را فراهم می‌کند. اما هنوز راه‌کارهای کاملاً مشخصی برای آموزش‌دهندگان در بالین فراهم نشده است(۳۶).

برای داشتن یک آموزش مؤثر در بالین بیمار لازم است استاد بالینی چند نکته را به خاطر داشته باشد ۱- نقش مهم دانش، نگرش و مهارت استاد ۲- نقش فراگیران، دانش و تجربیات آنها ۳- عوامل محیطی که بر فرآیند آموزش و یادگیری اثر گذارند و ۴- ماهیت تعامل بین استاد و دانشجو. آموزش در بستر بیمار تأکید زیادی به درگیر نمودن بیمار و مشکلات وی در محیط مراقبتی دارد و رویکردهای مبتنی بر حل مسأله نیز از این روش آموزش منشأ می‌گیرند(۳۷).

اساتید بالینی نباید تنها به دانشجویان کمک کنند تا مهارت بالینی پیدا کنند بلکه باید محیطی را ایجاد کنند که بتوانند یادگیری تاملی را نیز تجربه کنند. این امر نیازمند این است که اساتید بالینی در مهارت‌های مرتبط با یادگیری تأملی از تبحر کافی برخوردار باشند و قادر باشند که یادگیری را در محیط‌های بالینی متفاوت تسهیل نمایند. از طریق این فرآیند هم استاد و هم فراگیر می‌توانند آموزش خود را ادامه داده و مهارت‌های بالینی را کسب نموده و دانش خود را توسعه بخشند. در این زمینه استفاده از مقالات و ژورنال‌ها می‌تواند مهارت‌های یادگیری تأملی و تفکر انتقادی دانشجویان را تقویت نماید (۳۸).

اساتید بالینی باید با فرآیند یادگیری از طریق بازخورد آشنا شوند تا آن را در جهت تجزیه و تحلیل استراتژی‌های آموزشی خود به کار گیرند. خود ارزیابی و ارزیابی توسط دانشجویان و همکاران می‌تواند به اساتید کمک کند تا اصول آموزشی خود را بهبود بخشیده و تئوری و عمل را در آموزش ادغام نمایند. لازم است که اساتید جنبه‌های منفی کار خود را بپذیرند و دیگران نیز در این ارزیابی صادق باشند(۳۹).

به طور کلی می‌توان دوازده نکته برای بهبود آموزش در بالین را این چنین بیان نمود:

- قبل از راند: آماده سازی، طراحی و آگاه سازی
- راند: مقدمه، تعامل، مشاهده، نظارت و خلاصه بندی
- پس از راند: جمع‌بندی، بازخورد دادن، آماده‌سازی، تأمل و اندیشه (۴۰)

با توجه به آنچه از بررسی مطالعات مختلف بدست آمد چالش‌های آموزش بر بالین را می‌توان به چند دسته تقسیم بندی نمود: مرتبط با مدرس، مرتبط با محیط آموزشی، مرتبط با سیستم، مرتبط با بیمار و متفرقه.

عوامل مرتبط با اساتید عبارتند از: افت توانمندی‌های بالینی، کمی تجربه در زمینه آموزش بر بالین، ترس از آموزش بر بالین، عدم کنترل، دشواری درگیر کردن تمامی افراد در فرآیند آموزش و کمبود اعضای هیأت‌علمی با انگیزه.

عوامل مرتبط با شرایط آموزشی عبارتند از: فشارهای ناشی از محدودیت وقت، نبود آموزش اعضای هیأت‌علمی در زمینه آموزش بر بالین، نبود تشویق لازم برای آموزش، نبود الگو در زمینه اموزش بر بالین در دوران آموزش مدرس.

عوامل مرتبط با سیستم عبارتند از: بروز وقفه‌های مکرر (ملاقاتی‌ها، موبایل، پیجر)، اقامت کوتاه‌مدت بیماران در بیمارستان و غلبه فناوری

عوامل مرتبط با بیمار: احتمال ناراحتی بیمار، وجود بیماران بدحال، عدم حضور بیمار در بخش در هنگام ویزیت، سوء تعبیر بیماران از مطالب طرح شده در ویزیت، موضوعات مرتبط به حریم شخصی افراد، بیماران عصبانی/ غیرهمکار، تغییر در ترکیب بیماران

و عوامل متفرقه مانند: افراد زیاد در اتاق‌های کوچک، بخش‌های پر سر و صدا، نبود تخته سیاه در اتاق بیماران، عدم امکان مراجعه به کتب و رفرنس‌ها، خودداری اعضای هیأت‌علمی و فراگیران از بحث در مورد تشخیص افتراقی‌ها بر بالین بیمار، ترس از زیر سؤال رفتن و خستگی فراگیران

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

راه‌کارهایی که در جهت ارتقای کیفیت آموزش بر بالین می‌توان به کار گرفت عبارتند از: بهبود توانمندی‌های آموزش بر بالین اعضای هیأت‌علمی، کاهش ترس از آموزش بر بالین، افزایش منزلت آموزش، ایجاد اخلاق آموزش.

اما در این بین توجه به ارزشیابی بالینی به عنوان جزء تکمیل‌کننده و حیاتی آموزش در بالین بیمار نیز نباید فراموش شود و لازم است در این راستا تلاش‌هایی در جهت بهبود کیفیت و کمیت آموزش در بالین بیمار صورت گیرد و اساتید درصدد ایجاد راه کارهای مناسب و متنوع جهت بهبود ارزیابی بالینی دانشجویان باشند. همان‌طور که در قسمت‌های قبل اشاره شد با استفاده ترکیبی از ابزارهای ارزشیابی بالینی مثل مشاهده، گزارش کار، بررسی بیمار و نظرسنجی از وی، بررسی نظرات پرسنل بخش، خود ارزیابی توسط دانشجو و سایر اعضای هم‌گروه نیز می‌توان دانشجویان را ارزیابی نمود. به عنوان مثال می‌توان یک‌سری دفترچه از قبل آماده نمود و در آن کلیه مهارت‌هایی که از دانشجو انتظار می‌رود در پایان کارآموزی به آنها دست پیدا کند را مشخص نمود و از دانشجویان بخواهیم این دفترچه را همراه داشته باشند و پس از اتمام کارآموزی میزان موفقیت دانشجو در دستیابی به هر کدام از مهارت‌ها در آن ثبت گردد.

و خلاصه کلام اینکه آموزش بالینی و در بستر بیمار دارای تاریخچه طولانی است. آموزش در حضور بیمار فرصت خوبی را فراهم می‌کند تا دانش و مهارت در کنار یکدیگر به کار گرفته شده و هم برای دانشجو و هم بیمار مفید واقع شود. مربی نیز می‌تواند به عنوان یک الگو و مدل نقش خود را ایفا کند و نکات ضروری که نمی‌توان از طریق کلمات آنها را منتقل کرد را به فراگیران آموزش دهد. این زمان فرصت خوبی جهت آموزش و به دنبال آن ارزشیابی میزان دستیابی به مهارت‌های بالینی است. پیشرفت‌های علوم پزشکی هرگز مانعی برای آموزش‌های سنتی نیست، بلکه ما باید آنها را جدیدتر کنیم و از آنها در جهت بهبود آموزش بالینی استفاده نموده و سعی کنیم در این بین راه‌کارهای مناسب جهت ارزیابی بالینی را نیز اعمال نماییم.

منابع

1. Quinn F M. Principles and Practice of Nurse Education. 4th ed. London: Nelson Thornes Ltd. 2001.
2. Bradshaw M J, Lowenstein A J. Innovative teaching strategies in nursing and related health professions.4th ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.2007
3. Noghani F, Khoshnevis MA. [tarikhe tahavolat va akhlaghe parastari]. 1st ed. Tehran: anjomane ghalame iran publisher.1999.[Persian]
4. Basavanthappa BT. Nursing Education. New Delphi: Jaypee Brothers. 2003.
5. K B Gaberson, M H Oermann. Clinical Teaching Strategies in Nursing. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company.2007.
6. Billing D M, Halstead J A, Billings D, Halstead J. Teaching in nursing a guide for faculty. philadelphia:Saunders. 2009.
7. Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ. Impediments to bed-side teaching. Med Educ. 1998 Mar;32(2):159-162.
8. Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine Learning and teaching in the clinical environment. BMJ. 2003;326:591-594.
9. Karuhije HF. Classroom and clinical teaching in nursing: delineating differences. Nurs Forum. 1997 Apr-Jun;32(2):5-12.
10. Chisari RG, Meisenhelder JB.Organizational strategies for clinical teaching . Nurse Educ. 2001 Jan-Feb;26(1):16,32,38.
11. LaCombe MA. On bedside teaching. Annals of Internal Medicine. 1997;126(3):217-220.
12. Doshi M, Brown N.Whys and hows of patient-based teaching. Advances in Psychiatric Treatment.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

2005;11:223–231.
13.Whitman N. Creative Medical Teaching. Salt Lake City: University of Utah School of Medicine. 1990.
14. Iwasiw C L, Goldenberg D, Andrusyszyn M. Developing philosophical approaches and formulating curriculum goals. In Curriculum development in nursing education. Boston: Jones and Bartlett.2005.
15. Evans BC. Problems and Promises in Clinical Teaching. Geriatric Nursing. 2003;24 (2):115-119.
16. Kleffner J H, Hendrickson W D. Effective clinical teaching Published by: Texas Southern University College of Pharmacy and Health Sciences.2007.
17. Oermann MH, Gaberson K B. Evaluation and testing in nursing education.2nd ed. New York: Springer Publishing.2006.
18. Chan D S K .Validation of the Clinical Learning Environment Inventory. Western Journal of Nursing Research .2003;25(5):519–532.
19. Bagir M E, Ahmed K .What is happening to bedside clinical teaching? Med Educ. 2002;36(12):1185–1188.
20. Reichsman F,Browning FE, Hinshaw JR. Observations of undergraduate clinical teaching in action. J Med Educ. 1964;39(2):147-163.
21. Siegler M . bedside teaching A legacy of Osier: teaching clinical ethics at the bedside. JAMA. 1978;239(10):951-956.
22. Ramani S, Orlander J D, Strunin L, Thomas B W.Whither Bedside Teaching? A Focus-group Studyof Clinical Teachers. Medicine.2003;78(4):384-390.
23. Landry MA, Lafrenaye S, Claude Roy M, Cyr C. A Randomized, Controlled Trial of Bedside Versus Conference-Room Case Presentation in a Pediatric Intensive Care Unit. PEDIATRICS. 2007;120(2):275-280.
24. Hendry R G, Kawai G K, Moody W E, Sheppard J E, Smith L C R, M Richardson, et al. Consultant attitudes to undertaking undergraduate teaching duties:perspectives from hospitals serving a large medical school. Med educ. 2005;39(11):1129-1139.
25. Nair B, Coughlan J, Hensley M. Student and patient perspectives on bedside teaching. Medical Education. 1997;31(5):341-346.
26-Adibi P, Anjevian M.The Clinical Rounds on Patients' Bedside in Internal Ward from Patients' Viewpoints. Iranian Journal of Medical Education. 2006;6(1):15-20.
27. Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, Roter D, Dobs AS. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. N Engl J Med. 1997;336(16):1150-1155.
28. Langlois J P, Thach S .Teaching at the Bedside. An Educational Monograph For Community-Based Teachers. Sponsored By: The Mountain Area Health Education Center Department of Continuing Medical Education and the Office of Regional Primary Care Education Preceptor Development Program[Cited 2011 Apr 20] Available from: http://www.oucom.ohiou.edu/fd/monographs/bedside.htm
29. Ventiling TL.[Barnamerizi baraie amozeshe asar bakhsh:rahnamaie barae tadvine barname darsi.translated by chizari m].Tehran: Tarbiat modares university publisher.1997.[Persian]
30. Bradshaw M, Lowenstein A. Innovative Teaching Strategies in Nursing & Related Health Professions. 4th ed. Gaithersburg: Jones & Bartlett Publishers.2006.
31. Sutkin G, Wagner E, Harris I, Schiffer R. What Makes a Good Clinical Teacher in Medicine? A Review of the Literature. Academic Medicine.2008;83(5):452-466.
32. Abdealian M.[Teaching and learning method in nursing&midwifery education]. Babol: Babol university of medical science publisher. 2003.[persian]
33.Tavakoli Z, Hasanzahraie R, Rahimi M. Introduction on nursing education.Isfahan : Isfahan university of medical science publisher.2004.
34. Kathleen Long. Preparing Nurses for the 21st Century: Reenvisioning Nursing Education and Practice. Journal of Professional Nursing. 2004;20(2):82-88.
35. Richard F. LeBlond, Richard L. DeGowin, Donald D. Brown. DeGowin's diagnostic examination. 6th Ed. New York: McGraw Hill.1994.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

36. Charlotte A, Weavera Judith J, Warrenb, Connie Delaneyc. Bedside, classroom and bench: Collaborative strategies to generate evidence-based knowledge for nursing practice. International Journal of Medical Informatics. 2005;74(11-12):989-999.
37. Irby D M. Effective clinical teaching& learning: clinical teaching and the clinical teacher.[Cited 2011 Apr 20]available from: http://www.med.cmu.ac.th/secret/meded.
38. Lau AK, Chuk KC, So WK. Reflective practise in clinical teaching. Nurs Health Sci. 2002 Dec;4(4):201-208.
39. Sanson Fisher RW, Rolfe IE, Williams N. Competency based teaching: the need for a new approach to teaching clinical skills in the undergraduate medical education course. Med Teach. 2005;27(1):29–36.
40. Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. Med Teach .2003;25(2):112-115.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

Patient 's Bedside Teaching: Advantages and Disadvantages

Fatemeh Aliakbari[1],Fariba Haghani[2]

Abstract

Introduction*:Nursing education includes both theoretical and clinical areas, therefore it has special features and problems of its own. One is establishing integration between theoretical and clinical training . Patient's bedside teaching is considered to be an important component of clinical education. Time spent with the patient is full of visual, auditory and tactile experiences and therefore this type of training needs to be promoted. In this study, considering the current clinical training problems , we make a thorough overview of patient's bedside teaching as an important clinical training issue.*

Methods: *This article is the result of reviewing more than 40 articles and books related to the topic. It covers issues such as different kinds of clinical training and their significance, their advantages and disadvantages, current problems and evaluation process. It also summarizes the literature and provides some solutions.*

Results*: The overview of patient's bedside teaching shows that this method is fading away and being substituted by teaching in auditoriums, classes, and corridors. Thus it is necessary to train faculty members to apply this teaching method. To do so ,coordination between wards is needed to be made and regular evaluation must be done.*

Discussion*: Worldwide a number of studies have been done on patient's bedside teaching, but in our country ,though problems of clinical training have been studied extensively, little has been done on patient's bedside teaching. It is hoped this could be a beginning for further studies.*

Keywords: Patient's bedside teaching - Challenges - Advantages – Disadvantages

Addresses

[1] (✉) Instructor,Shahrekord University of Medical Sciences,Shahekord,Iran,Email:aliakbarifa@gmail.com

[2] Assistant Professor,Isfahan University of Medical Sciences,Isfahan,Iran,E-mail:fariba.haghani@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]