مروری نقادانه بر پارادایم‌های ارتباطی بین مؤسسات آموزشی و خدمات بالینی در پرستاری

فاطمه حشمتی نبوی*، زهره ونکی، عیسی محمدی

چکیده

مقدمه: آموزش بالینی وظیفه مؤسسات آموزشی و بالینی است و اثربخشی این آموزش‌ها تحت تأثیر تعامل مؤثر بین این دو نوع مؤسسه قرار می‌گیرد. این تعامل از ابتدای ظهور حرفه پرستاری تاکنون، پارادایم‌های گوناگونی را تجربه کرده است. مقاله حاضر در صدد است به معرفی نقادانه این پارادایم‌ها پرداخته و سمت و سوی نحوه تعامل مؤسسات آموزشی و بالینی را در حال حاضر شناسایی نماید. شناسایی این الگوها، و مزایا و محدودیت‌های هر کدام می‌تواند راهنمای مدیران مؤسسات آموزشی و بالینی در طراحی و انتخاب الگوهای ارتباطی مناسب باشد.

روش‌ها: برای این مطالعه مروری روایی، یک جستجوی الکترونیک سه مرحله‌ای در ژانویه ۲۰۰۸ انجام شد و مطالعات انتشار یافته از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۸ در پایگاه‌های اطلاعاتی Web of Science، Medline، CINAHL، ERIC، BNI مورد بازبینی قرار گرفت. واژه‌های آموزش بالینی، مدل کارآموزی بالینی، مدل آموزش بالینی، مدل‌های مشارکتی آموزش بالینی و مشارکت بین مؤسسات دانشگاهی و بالینی، جهت جستجو به کار برده شدند. متن مقالات به طور مکرر مطالعه شد تا نوع پارادایم ارتباطی، ویژگی‌های مهم و نحوه ارتباط، و مزایا و محدودیت‌های آن از داخل متن استخراج شود.

نتایج: چهار پارادایم ارتباطی بین مؤسسات آموزشی و بالینی در حرفه پرستاری قابل شناسایی است. این پارادایم‌ها عبارت بودند از: پارادایم خدمات محور، پارادایم استقلال سازمانی، مدل‌های آموزش بالینی مشارکتی و پارادایم مشارکت بین مؤسسات.

نتیجه‌گیری: وجود یک سیر تکاملی تحت تأثیر عواملی چون رشد حرفه‌ای پرستاری و تغییر در انتظارات جوامع قابل شناسایی است. نیاز به حرفه‌ای شدن و تقویت بدنه دانش پرستاری ضرورتی برای ایجاد و حفظ دانشکده‌های پرستاری مستقل است. روند پارادایم‌های ارتباطی به سوی شکل‌گیری مشارکت بین دو مؤسسه در عین حفظ استقلال این مؤسسات است.

واژه‌های کلیدی: آموزش بالینی، الگوی آموزش بالینی، مدرسین پرستاری، مشارکت، مؤسسات آموزشی، مؤسسات بالینی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ مرداد ۱۳۹۱؛ ۱۲(۵): ۳۱۷ تا ۳۳۰

مقدمه

پرستاری یک دیسیپلین عملکرد محور است(۱و۲) که جنبه‌های عملی آن چشم‌انداز این حرفه را تشکیل می‌دهد؛ به طوری که می‌توان گفت مأموریت اولیه این حرفه مربوط به عملکرد شاغلین آن است. به همین دلیل آموزش‌های بالینی که بخش اعظم آموزش دوره کارشناسی پرستاری را به خود اختصاص می‌دهند از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. افزایش اثربخشی آموزش بالینی در سال‌های اخیر مورد توجه خاص محققین پرستاری قرار گرفته است(۳و۷). هدف از آموزش بالینی، یادگیری چگونگی به‌کارگیری مطالب آموخته شده نظری

* **نویسنده مسؤول:** دکتر فاطمه حشمتی نبوی، دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مدیریت پرستاری. مشهد، ایران. heshmatinf@mums.ac.ir

دکتر زهره ونکی (دانشیار)، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (vanaki_z@modares.ac.ir)، دکتر عیسی محمدی (دانشیار)، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (mohamade@modares.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۳/۱۶، تاریخ اصلاحیه: ۹۱/۲/۲۲، تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۲۲

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

در موقعیت‌های واقعی بالینی، نهادینه شدن نقش یک پرستار در دانشجویان، ایجاد اعتماد به نفس در آنها، و اطمینان یافتن از عملکرد مستقل و اثربخش آنان به عنوان پرستار است(٦و٨).

مطالعات انجام شده در کشور ما در خصوص آموزش‌های بالینی نشان می‌دهد که این آموزش‌ها دارای اثربخشی لازم نیست. به عنوان نمونه، مطالعه انجام شده بر روی پرستاران تازه کار حاکی از آن است که آنها در گذر از نقش دانشجویی به نقش حرفه‌ای به نوعی عدم آمادگی را تجربه کرده‌اند(۹). تجارب تنش‌زای پرستاران تازه کار در این دوره اغلب در ارتباط با کمبود مهارت لازم در انجام اعمال پرستاری و عدم هم‌خوانی بین آموزش‌های دوره دانشجویی و وضعیت موجود در محیط‌های کاری بوده است(۱۰). نتایج مطالعه اباذری 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(۱۱). نتایج مطالعات داخلی متعدد حاکی از وجود شکاف بین آموزش‌های عملی و نظری در پرستاری کشور ماست(۹و۱۰و۱۲).

مسأله این است که در برخی موارد آنچه در آموزش‌های نظری به دانشجویان آموزش داده می‌شود در عملکرد آنها ظهور و بروز نمی‌یابد(۸). محققان معتقدند شکاف بین آموزش‌های نظری و عملی به دلیل تفاوت و تمایز آنچه دانشجویان در کلاس فرا می‌گیرند نسبت به آنچه در محیط‌های بالینی تجربه می‌کنند به وجود آمده است. این پدیده سال‌هاست که ذهن مدرسین پرستاری را به خود مشغول ساخته‌است. لاندرز (Landers) بخشی از علت ایجاد شکاف بین نظریه و عمل را گذر حرفه پرستاری از دوره خدمات محوری به دوره الگوی آموزشی مربوط می‌داند. امروزه اغلب از متخصصین آموزشی به عنوان آفرینندگان شکاف نظریه و عمل، یاد می‌شود. عقیده بر این است که اجرای ایده‌ال‌های پرستاری در محیط‌های بالینی غیرممکن است. در حالی که پرستاران بالینی نگران انجام کارها به شکل واقع‌بینانه هستند، مدرسین پرستاری بر انجام عمل به شکلی ایده‌ال تکیه دارند(۱۳). شاید بتوان نتیجه گرفت که نحوه تعامل بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی سهمی مؤثر در شکل‌گیری و عمیق‌تر شدن شکاف بین آموزش‌های نظری و عملی دارد.

شکاف بین آموزش‌های نظری و عملی موجب اختلال در روند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان، فاصله گرفتن از استانداردهای حرفه‌ای، و شوک واقعیت در هنگام فارغ‌التحصیلی می‌شود. این پیامدها می‌تواند اثرات فلج‌کننده‌ای بر پرستاران تازه کار داشته باشد و در نتیجه موجب تضعیف حرفه پرستاری گردد(۱۳و۱۵). با توجه به حرکت پرستاری به سمت تحصیلات تکمیلی و تأکید بر حصول دانش پایه تئوریک، می‌توان پیش پیش‌بینی کرد که این شکاف در آینده عمیق‌تر خواهد شد. سؤال این است که اگر نظریه به عملکرد تبدیل نشود، آموزش پرستاری به چه میزان در تربیت کارکنان دارای صلاحیت حرفه‌ای اثربخش خواهد بود؟

کاهش شکاف بین آموزش‌های عملی و نظری موضوعی مهم در پرستاری است و شاید نحوه تعامل بین مؤسسات آموزشی و بالینی در کاهش این شکاف و افزایش اثربخشی آموزش‌های بالینی مؤثر باشد. لذا این مقاله در صدد است با مرور متون، روند برقراری ارتباط بین مؤسسات آموزشی و بالینی را در بستر زمان شناسایی نماید. همچنین با نگاهی نقادانه، زمینه شکل‌گیری، مزایا و محدودیت‌های هر پارادایم ارتباطی را تبیین نماید. بدیهی است شناخت زمینه‌های شکل‌گیری هر پارادایم ارتباطی و شناخت مزایا و محدودیت‌های آن می‌تواند به مدیران آموزشی و بالینی در انتخاب الگوی ارتباطی مناسب برای بستر سازمانی موجود در کشور ما کمک نماید.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

روش‌ها

برای انجام این مرور روایی(narrative review)، یک جستجوی الکترونیک در ژانویه ۲۰۰۸ انجام شد و مطالعات انتشار یافته از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۸ در پایگاه‌های اطلاعاتی ISI Web of Science، مدلاین (Medline)، سیناهل (CINAHL)، اریک (ERIC)، و BNI مورد بازبینی قرار گرفت. در مرحله اول جستجو ابتدا واژه‌های آموزش پرستاری (Nursing Education)، آموزش بالینی (Clinical Education)، مدل کارآموزی بالینی (Practice Education Model)، مدل تدریس بالینی (Clinical teaching Model)، مدل‌های مشارکتی آموزش بالینی(Collaborative Education Model)، برای انجام جستجوی آزاد در پایگاه‌های اطلاعاتی بیومدیکال، رشته‌های پیراپزشکی و پایگاه‌های اطلاع‌رسانی آموزشی و مجلات الکترونیک به کار برده شد. به دنبال بررسی اولیه این پایگاه‌ها واژه‌های دیگری شناسایی شد و در تیم تحقیق مورد بحث قرار گرفت. جستجوی پیشرفته مرحله دوم با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب دیگری شامل مشارکت بین مؤسسات دانشگاهی و بالینی (Academic service partnership)، مشارکت آموزش بالین (Education Practice Partnership)، مشارکت دانشگاه جامعه (Community University Partnership) که در تیم تحقیق مورد توافق قرار گرفته بود انجام شد. در مرحله سوم جستجو، فهرست منابع مطالعات به دست آمده از نظر وجود مطالعات مرتبط با سؤال تحقیق مورد بازبینی و جستجو قرار گرفت. جستجو به مقالات با زبان انگلیسی محدود بود. مطالعات متنوع شامل مقالات پژوهشی، مقالات مروری، یادداشتهای سردبیر، مقالات منتشر شده در مورد انواع الگوهای آموزش بالینی و نحوه اجرای آنها در انتهای جستجو به دست آمد. متن مقالات به طور مکرر مطالعه شد تا نوع پارادایم ارتباطی، ویژگی‌های مهم و نحوه ارتباط، و منافع و محدودیت‌های آن از داخل متن استخراج شود. در نهایت ٤ پارادایم ارتباطی اساسی بین مؤسسات آموزشی و بالینی در حرفه پرستاری شناسایی شد.

نتایج و بحث

در بررسی تاریخچه ارتباطی بین مؤسسات آموزشی و بالینی می‌توان ٤ پارادایم ارتباطی پایه را شناسایی کرد ۱- پارادایم خدمات محور ۲- پارادایم استقلال سازمانی، ۳- ظهور مدل‌های آموزش بالینی مشارکتی ٤- پارادایم مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی.

پارادایم خدمات محور

در این پارادایم آموزش‌های پرستاری با تمرکز بر آموزش‌های عملی در محیط بیمارستانی اتفاق می‌افتاد. اولین مدرسه پرستاری در ایالات متحده در سال ۱۸۷۰ تأسیس شد. در این زمان برنامه‌های آموزش پرستاری در بیمارستان اجرا می‌شد و از مدرسین پرستاری توقع می‌رفت که ضمن ارائه خدمات به مؤسسه، به آموزش پرستاران جدید نیز بپردازند و از دانشجویان پرستاری انتظار می‌رفت که در حین کمک به پرستاران بالینی و در ضمنِ ارائه مراقبت‌های پرستاری به بیماران، آموزش‌های لازم را فرا بگیرند(۱٦و۱۷). اصول خلاقانه وضع شده توسط نایتینگل هدایت‌کننده آموزش‌ها در این دوره بود. در این پارادایم ارتباطی، پرستاران در مؤسسات آموزشی تحت حمایت بودجه دولتی و در کنار دانشکده‌های پزشکی، تربیت می‌شدند. مدارس پرستاری مرتبط با یک بیمارستان آموزشی بوده و آموزش‌های پرستاری شامل دوره‌های عملی و نظری بود(۱٦).

نایتنیگل معتقد بود که مدارس پرستاری باید از نظر مالی و مدیریتی مستقل از بیمارستان‌های آموزشی که دانشجویان در آن تعلیم می‌بینند اداره شوند. اما این امر در ابتدای تأسیس مدارس پرستاری محقق نشد به طوری که تا سال ۱۹۰۰ در ایالات متحده ٤۳۲ برنامه آموزش

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

پرستاری تحت مدیریت بیمارستان‌ها و یا به صورت بیمارستان محور در حال برگزاری بود. این برنامه‌ها شامل دوره‌های شش ماهه و دوساله بودند. علت وجودی این مدارس تأمین نیروی انسانی بیمارستان‌ها بود و آموزش دانشجویان اولویت و نگرانی اصلی این مدارس نبود(۱٤).

در اوایل سال ۱۹۰۰ نگرانی‌هایی در مورد کیفیتِ پایین بسیاری از برنامه‌های تازه تأسیس تربیت پرستار شکل گرفت. لذا مطالعه در مورد برنامه‌های آموزشی از سوی رهبران پرستاری آغاز شد، تا بر اساس این تحقیقات، تغییرات جدیدی را در آموزش پرستاری برنامه‌ریزی کنند. نتایج این مطالعات نشان‌دهنده کنترل و تسلطِ بیمارستان‌ها بر آموزش پرستاری، تمایل به ایجاد دانشکده‌های پرستاری زیر نظر دانشگاه‌ها، فقدان بودجه برای آموزش پرستاری، و فقدان مدرسین پرستاری دارای صلاحیت بود.

مطالعات انجام شده از سال ۱۹۰۰ تا ۱۹۳۰ اگرچه در طی سی سال و توسط گروه‌های تحقیقاتی متعدد انجام شده و منتشر گردیدند؛ اما این مطالعات ٥ توصیه مشترک و کلی برای آموزش پرستاری داشتند(۱٤): آموزش‌های پرستاری باید در سیستم دانشگاهی طراحی و اجرا گردد؛ پرستاران باید دارای تحصیلات عالیه باشند؛ از دانشجویان نباید به عنوان کارکنان بیمارستان استفاده نمود؛ استانداردهای عملکردی باید برای پرستاری وضع شود؛ همه دانشجویان باید به صلاحیت‌های مشخص به عنوان حداقل صلاحیت قبل از شروع کار پرستاری دست پیدا کنند.

پارادایم استقلال سازمانی

در اواسط قرن نوزده میلادی تعهد به توسعه علم در بسیاری از دانشگاه‌ها ایجاد شد. در نتیجه «تحقیق» به لیست انتظارات از اساتید دانشگاه اضافه شد. این تأکید در طی جنگ جهانی دوم و بعد از آن افزایش یافت؛ تا آنجا که اهمیت آموزش در ارزشیابی و حفظ پرستیژ اعضای هیأت‌علمی کمتر از پژوهش در نظر گرفته شد(۱٦).

در سال ۱۹۲٤ اولین دانشکده پرستاری به عنوان یک دپارتمان مستقل دانشگاهی با بودجه و ریاست مستقل در دانشگاه ییل (Yale) تأسیس‌شد. انتقال آموزش پرستاری به آموزش عالی، مدرسین پرستاری را با چالش‌های جدیدی مواجه کرد. در دانشگاه‌ها معیارهای اثربخشی عملکرد، انتشار مقاله و کتاب، پژوهش، دریافت گرنت و مشارکت در عملکرد بالینی است؛ افزایش در حجم کارِ مدرسین پرستاری موجب گردید نقش بالینیِ آنها محدود شده و نوعی جدایی فیزیکی بین آموزش و محیط‌های بالینی ایجاد شود(۱۸و۱۹). نقش مدرسین پرستاری در محیط بالینی سابقه طولانی از ابهام دارد و هیچگاه این ابهام به شکل کامل از بین نرفته است. به طور کلی مطالعات انجام شده در کشورهایی مانند استرالیا، ایالات متحده و انگلستان نشان می‌دهد که با ورود آموزش‌های پرستاری به سیستم آموزش عالی یک دوره عدم اطمینان و ابهام در مورد نقش بالینی مدرسین پرستاری ایجاد شده است(۲۰و۲۱). یکی از مطالعاتی که به طور عمیق این موضوع را مورد بررسی قرار داده است مطالعه گرنت (Grant) و همکاران است. آنها یک مطالعه به روش مرور سیستماتیک با هدف شناسایی فعالیت‌های مربوط به نقش اعضای هیأت‌علمی در محیط بالین انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد هم‌اکنون تأکید خاصی روی جنبه‌هایی از فعالیت‌های مربوط به نقش مدرسین پرستاری در بالین وجود نداشته و تعریف شفافی در مورد این فعالیت‌ها موجود نیست(۱٥).

در پاسخ به این شرایط، مؤسسات آموزش عالی و مدرسین پرستاری بایستی استراتژی‌هایی را طراحی می‌کردند که به مدرسین پرستاری کمک کند ضمن حفظ عملکرد بالینیِ خود امکان پرداختن به فعالیت‌های آکادمیک نظیر تحقیق و آموزش را نیز برای خود فراهم

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

سازند(۱۹). این استراتژی‌ها بر باز-تعریف نقش مدرسین پرستاری متمرکز بود و تلاش می‌کرد که با تنظیم قوانین و مقرراتی بین ابعاد تحقیق، عملکرد بالینی و آموزش، تعادل ایجاد کند. بدنه اجرایی و حرفه‌ای پرستاری تلاش کردند تا با تصویب قوانین و مقرراتی ضمن حفظ نقش بالینی مدرسین پرستاری بر این مباحث فائق بیایند(۲۲).

واژه مدرس پرستاری (Nurse lecturer) به مدرسین پرستاری اطلاق می‌شد که به وسیله مؤسسات آموزش عالی جهت حمایت از برنامه‌های آموزش پرستاری در مقاطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی به کار گرفته می‌شدند(۱۹). در اواسط دهه ۱۹۸۰ یک بازنگری اساسی در آموزش پرستاران-ماماها و مراقبین بهداشتی صورت گرفت و در بخشی از این بازنگری مسؤولیت ارائه آموزش‌های کلاسی و بالینی مورد بازنگری قرار گرفت. قبل از این بازنگری آموزش‌های رسمی و کلاسی کارشناسی پرستاری در دهه ۱۹۶۰ توسط مربی پرستار (Nurse tutors) و آموزش‌های بالینی و عملی توسط مربی بالینی (Clinical teacher) ارائه می‌شد. در برنامه پروژه ۲۰۰۰ هر دو این نقش‌ها حذف شده و به جای آن یک نقش واحد به نام رایزن بالینی (Clinical Mentor) تعریف شد. مدرس جدید پرستاری که چند منظوره بود بایستی مسؤولیت آموزش کلاسی، تضمین دستیابی به استانداردهای آموزشی بالا در عملکرد، و حمایت از دانشجویان در محیط‌های بالینی را به عهده می‌گرفت(۱۹). علی‌رغم وجود این سیاست‌های کلی، در این رویکرد همچنان نقش بالینی مدرسین پرستاری مبهم باقی ماند و همچنان بین مسؤولیت‌های بالینی و سایر جنبه‌های نقش آنها تضاد ادامه داشت(۱۸و۱۹).

ظهور مدل‌های آموزش بالینی مشارکتی

رویکرد دیگر در برقراری ارتباط بین سازمان‌های آموزشی و بالینی، طراحی و اجرای انواع مدل‌های آموزش بالینی مشارکتی بود. این رویکرد تلاش دارد که بین کادر بالینی (پرستاران) و آموزشی (مدرسین و دانشجویان) ارتباط ایجاد کند. به طوری که پرستاران بالینی در آموزش بالینی مشارکت داده شوند (در الگوهایی مانند پرسپتورشیپ و اینترنشیپ)؛ و یا این که نقش بالینی برای مدرسین پرستاری تعریف شده تا در مؤسسه بالینی به فعالیت‌هایی به جز آموزش دانشجویان بپردازند (الگوی استخدام مشترک). این راه‌حل‌ها و استراتژی‌ها در قالب انواع مدل‌های آموزش بالینی مشارکتی در کشورهای انگلستان، کانادا، و استرالیا به کار گرفته شده که در ادامه به برخی از معمول‌ترین روش‌ها و مزایا و معایب هریک از این الگوها می‌پردازیم.

الگوی پرسپتورشیپ (Preceptorship model): بر روی این الگو بیشترین تحقیقات صورت گرفته است. در این الگو دانشجویان در نیمسال آخر تحصیلات خود تحت نظارت توسط پرسپتور قرار می‌گیرند. نسبت دانشجو به پرسپتور یک به یک یا به ندرت دو به یک است. مزایای این الگو عبارتند از این که دانشجویان دارای یک معلم بالینی هستند که در محیط بالینی مهارت داشته و با فرهنگ بخش آشناست. همچنین، افزایش فرصت‌های یادگیری برای دانشجو به دلیل استمرار در مراقبت از بیمار، ارزشیابی دانشجو توسط مربی و پرستار بالینی (هردو)، افزایش اعتماد به نفس، تفکر انتقادی و تسهیل روند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان و ارتقای کیفیت عملکرد بالینی از دیگر مزایای ذکر شده در متون برای این الگوی آموزشی است. این روش با وجود مزایای زیادی که گفته شد دارای معایبی نیز است. اغلب پرستارانی که به عنوان پرسپتور فعالیت می‌کنند در امر آموزش و ارزشیابی دانشجویان مهارت لازم را ندارند. افزایش حجم کاری و ایجاد استرس در پرسپتور نیز از معایب دیگر این الگو است(۱۸و۲۳).

الگوی بخش آموزشی: این الگو به نسبت الگوهای پیشین جدیدتر بوده و رواج کمتری دارد. نمای کلی این روش این است که آموزش بالینی در بخشی صورت می‌گیرد که

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

علاوه بر مراقبت از بیمار، آموزش نیز وظیفه اصلی آن به شمار می‌رود. در کانادا علاقه به این مدل در حال افزایش است. دانشجویان نسبت به یادگیری فردی و گروهی خود مسؤول هستند و دانشجویان رده‌های مختلف پرستاری با هم در تعامل آموزشی هستند. پرستاران بالینی مسؤول مراقبت کلی بیماران و منتورینگ دانشجویان هستند. اعضای هیأت‌علمی اطمینان می‌یابند که دانشجویان همگی فرصت تجارب یادگیری مربوط و مرتبطی را دارند و فرایند پیشرفت دانشجویان را ارزشیابی می‌کنند. فلسفه احترام و اعتماد بر روابط بین اعضای هیأت‌علمی و پرستاران بالینی حاکم است تا یادگیری دانشجویان را حمایت کنند. این روش باعث انتقال دانش، تعامل تئوری و عمل، یادگیری از همکاران، ایجاد روحیه همکاری بین افراد بالینی، اعضای هیأت‌علمی و دانشجویان، ایجاد کار تیمی، و همکاری بین سازمان‌های آکادمیک و سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد. از حجم کاری بالای دانشجویان و اشکال در ایجاد تعادل بین وظایف کلاسی و بالینی به عنوان محدودیت این روش یاد می‌شود(۲٤). در این الگو دریافت بازخورد از اعضای هیأت‌علمی در مورد میزان پیشرفت دانشجویان، برای اعضای هیأت‌علمی و دانشجویان دشوار است. عدم اطمینان در مورد نقش پرستاران بالینی از جمله محدودیت‌های این الگو است. در این الگو هر مدرس بالینی به یک بخش اختصاص می‌یابد و ساعت‌های متمادی از هفته را در بخش حضور دارد تا از یادگیری دانشجویان حمایت و به مسائل و مشکلات افراد بالینی رسیدگی کند و یادگیری دانشجویان را ارزشیابی نماید(۱۸و۲٤).

انتصاب مشترک: (Joint appointment) استخدام مشترک در یک مؤسسه بالینی و سازمان آکادمیک الگوی دیگر آموزش بالینی است. استخدام مشترک ممکن است روی هریک از حیطه‌های تحقیق، مدیریت، عملکرد بالینی، آموزش و مشاوره تأکید داشته باشد. عنوان شغلی در بین کشورهای مختلف متفاوت است به عنوان مثال پست تسهیل‌کننده بالینی(clinical facilitator) در انگلستان یک پست انتصاب مشترک است؛ در حالی که در استرالیا این عنوان مشابه «کارآموزی تحت نظارت هیأت‌علمی» است(۲۵). افرادی که به صورت انتصاب مشترک به کار گرفته شده‌اند باید درصدی از زمان خود را در هر دو سازمان بگذرانند. اگر تأکید در این استخدام در مورد آموزش بالینی باشد از افراد انتظار می‌رود که در محیط بالینی با همراهی دانشجویان مشارکت داشته باشد و یا در کلاس به تدریس مواردی از عملکرد بالینی بپردازد. همچنین این فرد ممکن است یک نقش مدیریتی در محیط بالین داشته باشد. نحوه پرداخت در این الگو متفاوت است اما به هرحال بین دو مؤسسه به اشتراک گذاشته شود. این روش موجب می‌شود که اعتبار پرستاران بالینی در سازمان‌های آکادمیک و اعتبار اعضای هیأت‌علمی در محیط بالینی افزایش یابد. این روش موجب افزایش احترام دوجانبه، افزایش یادگیری دانشجویان، ایجاد یک پایه برای همکاری بیشتر بالین و آموزش توسعه دانش و انتقال اطلاعات می‌گردد. معایب این الگو افرایش حجم کار افراد به دلیل نیاز به انجام دو گونه کار است، اما تحقیقات نشان می‌دهد که این روش استخدامی، استرسی بیش از دیگر انواع استخدام ایجاد نمی‌کند(۱۸و۱۹و۲٦).

الگوی اینترنشیپ: این الگو آموزش و استخدام را با هم ترکیب می‌کند و در دیسیپلین‌های غیر پرستاری هم به کار می‌رود و رایج است. اینترن یک دانشجوی ارشد یا یک تازه فارغ‌التحصیل است که وارد بخش می‌شود و به عنوان یک عضو تیم فعالیت می‌کند. اینترن در تیم کار کرده و توسط تیم مانیتور می‌شود. برای یک دوره زمانی اینترن معمولاً دستمزدی هم دریافت می‌کند. تماس با عضو هیأت‌علمی در طی سمینار با سایر اینترن‌ها و در طی راندهای بالینی و گزارش‌های موردی اتفاق می‌افتد. مزیت اصلی این الگو، امکان انجام فعالیت و کار توسط

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

دانشجویان در موقعیتی مشابه با شرایط پس از فارغ‌التحصیلی است، اما ممکن است نیازهای یادگیری دانشجو با نیازهای کاری سازمان همخوانی نداشته باشد و در حین کار، حمایت و نظارت کامل و کافی اعمال نگردد(۱۸).

پارادایم مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی

به دنبال تغییرات سریع در محیط سیاسی و محیط‌های بالینی، دانشگاه‌ها با دنیایی جدید و گاه دنیای خصمانه مواجه شده‌اند. کاهش منابع، و انتظارات زیاد از مؤسسات آموزشی بار سنگینی بر دوش مدرسین در تحصیلات عالیه گذاشته است. ایجاد تعادل بین فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و خدماتی مدرسین دانشگاهی در بسیاری از مؤسسات دانشگاهی آزموده شده و در رسالت سازمان دانشگاهی آمده است(۱۶). فضای کلی حاکم بر سازمان‌های بهداشتی هم اکنون بسیار تخصص‌گرا و رقابتی شده است و رشته‌ها و سازمان‌ها بیش از پیش به هم وابسته هستند. هر ساله، از صاحبین حرفه‌های بهداشتی انتظار می‌رود که با استفاده از منابع محدودتر تقاضاهای رو به رشد جامعه را برآورده سازند. در این فضا پتانسیل بیشتری برای شکل‌گیری مشارکت بین سازمان‌ها و متخصصین وجود دارد. مشارکت سازمان‌ها را قادر می‌سازد که با به اشتراک گذاشتن نقاط قوت خود، امکان دستیابی به اهداف و برآورده‌سازی تقاضاها را با منابع محدود فراهم سازند(۲۷).

مطالعات نشان می‌دهد که روند طراحی و کاربرد الگوهای مختلف آموزش بالینی به سوی طراحی الگوهای مشارکتی جهت توسعه همکاری بین مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراکز دانشگاهی است. مشارکت به عنوان یک ارتباط دوطرفه و سودرسان تعریف شده است که یک یا چند طرف، جهت رسیدن به اهداف مشترک، آن را شکل می‌دهند. مشارکت از این نظر ارزشمند است که قادر است نیازهای دو طرف مشارکت را به گونه‌ای برآورده سازد که هر یک از طرفین به تنهایی قادر به برآورده‌سازی آن نیازها نیستند(۱و۲۸). منافع بالقوه متعددی در مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی متصور است؛ در نتیجه بسیاری از مؤسسات آموزشی و بالینی در تلاش برای دستیابی به این منافع، برنامه‌های همکاری مشترک را طراحی و اجرا می‌نمایند. در متون پرستاری مطالعات بسیاری مراحل شکل‌گیری همکاری و نتایج حاصل از اجرای چنین همکاری‌هایی را گزارش نموده‌اند. برخی از منافع مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی که در متون گزارش شده است عبارتند از: امکان پذیرش تعداد بیشتر دانشجو(۲۹و۳۰)، ارتقای سطح تحقیقات پرستاری و توسعه پرستاری مبتنی بر شواهد(۳۱و۳۲)، ارتقای اعتبار بالینی مدرسین پرستاری(۳۱)، ایجاد فرصت‌های توسعه منابع انسانی و اجرای آموزش‌های ضمن خدمت(۲۹و۳۱و۳۳)، تسهیل آموزش‌های بالینی و آشناسازی اثربخش دانشجویان با محیط بالینی و ایجاد یک محیط یادگیری حمایت کننده(۳۱و۳٤و۳٦).

در فرایند شکل‌گیری مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی ابتدا مجمعی از رهبران دو مؤسسه تشکیل می‌شود و در این مجمع توافق بر سر اهداف همکاری دوجانبه، و گروه‌های کاری شکل می‌گیرند. این گروه‌ها به عنوان ساختار سازمانیِ ارتباطی عمل می‌کنند که موجب ارتباط فعالیت‌های دو مؤسسه آموزشی و بالینی می‌گردند. اعضای این گروه‌ها را نمایندگانی از مؤسسات ذی‌نفع با دامنه متنوعی از علاقمندی‌ها و تخصص‌ها تشکیل می‌دهد(۳۷). به عنوان مثال از این ساختارهای جدید در مقالات با عنوان گروه‌های کاری موقت (Ad hoc work group)(۳۷)، گروه‌های کاری (working groups)(۳۸)، گروه‌های متمرکز وظیفه محور(Task oriented focus group)(۳۰)، و کمیته‌ها و زیر کمیته‌ها یاد شده است(۳۵و۳۹). بر حسب اهداف مشترک مربوط به برنامه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

همکاری بین دو مؤسسه، اهداف و فعالیت‌های این ساختارها نیز متنوع است. از جمله وظایف این گروها از طراحی برنامه کارگاه‌های آموزشی نام برده‌اند(۳۸). یکی دیگر از وظایف این ساختارهای مشارکتی، تهیه روش‌ها و رویه‌های مربوط به اجرای برنامه مشارکتی، نحوه همکاری دو مؤسسه، نحوه تشریک حق تصمیم‌گیری، نحوه نظارت بر برنامه‌های مشارکتی، تهیه شرح شغل برای نقش‌های جدید تعریف شده در برنامه، و برقراری ارتباط بین نقش‌های جدید از وظایف و کارکردهای این ساختارهای جدید است (۳۰و۳۲و۳٤و۳۵و۳۷و٤۰). در مورد این رویکرد می‌توان گفت که مؤسسات با توجه به نیازهای خاص و همین‌طور توانایی‌های خود اقدام به ایجاد یک رابطه مشارکتی مبتنی بر دستیابی به اهداف مشترک می‌کنند (٤۱). روش‌های مختلف اجرای آموزش‌های بالینی در این رویکرد مشاهده می‌شود و نقطه اشتراک همه این روش‌ها این است که پرستاران بالینی در اجرای این آموزش‌ها مشارکت فعال دارند (۲۹و۳۷و٤۲و٤۳)، اما مدرسین پرستاری همچنان مسؤول اصلی ارائه آموزش‌های بالینی باقی می‌مانند. از طرفی مدرسین پرستاری با استفاده از فراغت حاصل از مشارکت پرستاران در اجرای آموزش‌های بالینی، به امر ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و اجرای پرستاری مبتنی بر شواهد در مؤسسه بالینی کمک می‌کنند(٤۱). آنچه امکان انجام آموزش بالینی، مراقبت‌های پرستاری و پرستاری مبتنی بر شواهد را در کنار هم و با مشارکت کارکنان آموزشی و بالینی فراهم می‌کند، توافق و برنامه ریزی صورت گرفته در سطح مدیران ارشد دو مؤسسه است. این امر نقطه تمایز آشکار بین این رویکرد با رویکرد مدل‌های مشارکتی آموزش بالینی است.

مرور متون نشان داد که در بدو شکل‌گیری حرفه پرستاری، مؤسسات بالینی بر نحوه اجرای فرایند آموزش بالینی تسلط داشتند. در الگوی ارتباطی خدمات محور، آموزش‌های بالینی به شکل آموزش در حال اشتغال اجرا می‌شد و آموزش بالینی مسؤولیت پرستاران خبره در مؤسسه بالینی بود. به تدریج نیاز به ارتقای کیفیت آموزش‌های بالینی موجب شد که به آموزش به عنوان یک فرایند مستقل توجه خاص شود.

با ایجاد تغییر در بستر اجتماعی، ضرورت داشت که حرفه پرستاری برای معرفی خود به عنوان یک دیسیپلین علمی، بدنه دانش خود را با انجام تحقیقات توسعه دهد. این دو عامل از عوامل اصلی زمینه‌ساز پارادایم استقلال سازمانی بودند. اما انتقال برنامه‌های آموزش پرستاری به مؤسسات آموزش عالی، چالش قابل توجهی در خصوص نقش بالینی مدرس پرستاری ایجاد کرد(۲۲). در این پارادایم مدرسین پرستاری موظف هستند که علاوه بر انجام فعالیت‌های آموزشی به عنوان محقق نیز به توسعه بدنه دانش پرستاری بپردازند و این امر موجب فاصله گرفتن مدرسین پرستاری از محیط بالینی و کمرنگ شدن نقش بالینی آنها می‌گردد. بنر (Benner) بین دانش تئوریک و دانش عملی 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(٤٤). حتی در کلاس درس که دانش تئوریک انتقال می‌یابد، مفاهیم وسیع و گسترده می‌توانند به یک موقعیت خاص بالینی انتقال یافته و سنگ پایه‌ای برای ایجاد دانش کاربردی باشد. لذا ضروری است که مدرس در آن زمینه خاص تجارب بالینی واقعی داشته باشد تا بتواند با ارائه مثال‌های واقعی، انتقال دانش تئوریک را به عملکرد تسهیل کند(۲۷). 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(۱۹و٤۵). اگرچه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

دستیابی به اعتبار در همه ابعاد و حیطه‌های بالینی یک هدف غیر ممکن است؛ اما مطالعه گریستی و جاکنو (Griscti & Jacono) نشان داد که مدرسین پرستاری حداقل زمان را برای ایفای نقش بالینی خود اختصاص می‌دهند. دلایل اصلی این مسأله از دیدگاه شرکت‌کنندگان شامل حجم کار زیاد، احساس فقدان کنترل بر محیط بالینی، و کمبود صلاحیت‌های بالینی بود(٤٦). در پارادایم استقلال سازمانی مدیران تلاش کردند که با تأکید بر توسعه نقش بالینی مدرسین پرستاری و با صدور دستورالعمل‌های سازمانی بر ضرورت ارتباط مدرسین با محیط بالینی تأکید کنند، اما هنوز اعتقاد بر این است که در پارادایم استقلال سازمانی نقش بالینی مدرسین پرستاری و نحوه تعامل بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی مبهم و تعریف نشده باقی ماند(١٨و١٩و٤٧و٤٨).

واقعیت این است که آموزش بالینی فقط مسؤولیت مؤسسات آموزشی نبوده و این مهم، مسؤولیت همه افرادی است که در ارائه خدمات بهداشتی درمانی دخالت دارند؛ لذا انتظار می‌رود هم مؤسسات آموزشی و هم مؤسسات بالینی در اجرای آموزش‌های بالینی و ارتقای کیفیت آن سهیم و دخیل باشند(١٨). ظهور الگوهای آموزشی نشان‌دهنده تلاش برای ایجاد همکاری بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی در اجرای آموزش‌های بالینی است. به زعم آستون (Aston) و همکاران(٤٩) به این نکته باید توجه کرد اگر چه از مدرسین پرستاری انتظار می‌رود که پروسیجرهای مراقبتی بالینی را برای دانشجویان نمایش دهند؛ اما از آنها انتظار نمی‌رود که بخش را اداره کنند. این مسأله قابل پیش‌بینی است چرا که اداره بخش و مدیریت فعالیت‌ها نیازمند مهارت‌های خاص در ارتباط با زمینه و بستر محیط بالینی، و نیز پذیرش توسط گروه همکار و مشارکت و ارتباط مستمر در فعالیت‌های تیمی است. به همین دلیل به طور منطقی پرستاران بالینی بهترین افراد برای آموزش مهارت‌های مدیریت عملکردِ بالینی پرستاری، به دانشجویان هستند(٤٩و٥٠). در طراحی الگوهای آموزش بالینی تلاش شده که از پرستاران بالینی به عنوان همیارانی در فرایند آموزش بالینی استفاده گردد و از سوی دیگر از مدرسین بالینی در جهت توسعه و ارتقای خدمات مؤسسه بالینی استفاده گردد. اما این پارادایم نیز دارای محدودیت‌های اجرایی است. در این نوع ارتباط، پرستاری که مسؤولیت اجرای آموزش بالینی را در کنار مدرس پرستاری به عهده می‌گیرد باید به طور ایده‌ال به وسیله مؤسسه آموزشی و مؤسسه بالینی حق‌الزحمه دریافت کند. مطالعات نشان می‌دهد که این قبیل ملاحظات و هماهنگی‌ها در اجرای مدل‌های آموزش بالینی معمولا نادیده گرفته می‌شود. نتایج مطالعات در مورد الگوی آموزش بالینی پرسپتورشیپ به عنوان مدلی که بیشترین مطالعات در مورد آن انجام شده است، نشان می‌دهد که چالش اصلی در اجرای این مدل این است که پرستاران بالینی که نقش پرسپتور را به عهده می‌گیرند، دارای حجم کار بالینی سنگینی بوده و اغلب در انجام مؤثر نقش خود به عنوان یک پرستار و همچنین نقش آموزشی-حمایتی خود برای دانشجویان پرستاری با مشکل مواجه هستند. استخدام و بکارگیری پرسپتور و همچنین فرسودگی شغلی در این نقش دو مشکل عمده و رایج در اجرای این الگو است(١٨).

از سوی دیگر توسعه نقش بالینی مدرسین پرستاری و استفاده از توانایی‌های آنها در مؤسسات بالینی را اگرچه می‌توان یک راهبرد استراتژیک برای هدایت آینده پرستاری دانست، اما بایستی در ایفای این نقش، برای اعضای هیأت‌علمی پرستاری منافع واضحی وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، اگر این نقش بخشی از حجم کاریِ آنها به عنوان یک عضو هیأت‌علمی محسوب نگشته و انجام آن هیچ تأثیری بر ارتقای شغلی آنها نداشته باشد، احتمال این که مدرسین پرستاری برای ایفای این نقش زمانی اختصاص دهند کاهش پیدا خواهد کرد(٤٧). تجربه اجرای الگوهای آموزش بالینی نشان داد که ایجاد ارتباط

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

بین مدرسین بالینی و مؤسسات بالینی بدون وجود یک برنامه مشارکتی مدون در سطح مدیریت مؤسسات و بدون انجام پیش‌بینی‌های لازم در خصوص چگونگی تأثیر ایفای نقش بالینی بر روند ارتقای شغلی و محاسبه ساعات کار مدرسین پرستاری اثربخشی لازم را نخواهد داشت.

بر اساس موارد پیشگفت، اگرچه الگوهای آموزش بالینی مشارکتی تلاش کردند که رابطه بین پرستاران بالینی و مدرسین پرستاری و دانشجویان پرستاری را تعریف کرده و همکاری را در محیط‌های بالینی بین تیم آموزشی و بالینی شکل دهند اما دارای مشکلات اجرایی هستند. از مشکلات اجرایی این الگوها تعریف نشدن ارتباط و تعامل دو مؤسسه آموزشی و بالینی در قبال یکدیگر است(۵۱و۵۳). به عبارتی موفقیت هر رویکرد نسبت به آموزش بالینی مشارکتی به این مسئله بستگی دارد که چگونه مسأله در دسترس بودن منتور و مدرس بالینی را مورد توجه قرار دهد و ساختارهای مناسب و منابع لازم جهت اجرای آموزش‌های بالینی عملکردی را فراهم آورد. این مسأله موجب شد که پارادایمی جدید در اجرای آموزش‌های بالینی معرفی شود، که این پارادایم مبتنی بر مشارکت بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی در اجرای آموزش‌های بالینی است.

هر یک از این مؤسسات آموزشی و بالینی دارای نقاط قوتی هستند که می‌توانند با همکاری و مشارکت با یکدیگر در سطح سازمانی دستیابی حرفه پرستاری را به اهداف خود میسر سازند. در کشور ما الگوی رایج آموزش بالینی الگوی نظارت توسط عضو هیأت‌علمی 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 هیأت‌علمی اجرا می‌شود. مطالعاتی که اثربخشی این الگوها و نقش مدرسین پرستاری را در اجرای این الگوها مورد بررسی قرار دهد محدود است. حشمتی و همکاران نشان دادند که یکی از موانع موجود بر سر راه شکل‌گیری همکاری بین مؤسسات آموزشی و بالینی در پرستاری، «واگرایی سازمانی» است که ریشه در عدم تعریف ارتباطات سازمانی و تبیین نقش‌ها و مسؤولیت‌های دو مؤسسه در قبال یکدیگر در دستیابی به اهداف مشترک دارد(٥٤). مطالعه‌ای دیگر در زمینه راهکارهای جلب مشارکت پرستاران بالینی در اجرای آموزش‌های بالینی نشان داد که شیوه‌های جلب مشارکت پرستاران در آموزش بالینی، دارای ماهیت فردی است و سازمان‌های بالینی و آموزشی در شکل‌گیری این همکاری نقش چشم‌گیری ایفا نمی‌کنند(۵۵). شاید به همین دلیل، توانایی ایجاد ارتباط مؤثر بین دانشجویان و پرستاران بالینی یکی از ویژگی‌های اساسی مدرسین بالینی اثربخش در کشور ماست(٥٦). به عبارتی به دلیل تعریف نشدن جایگاه مدرسین بالینی در محیط‌های بالینی و بیمارستانی و مشخص نبودن دامنه رسمی اختیارات و مسؤولیت‌های آنها، این مدرسین پرستاری هستند که در اقدامی فردی ارتباطات بین فردی با پرستاران بالینی برقرار کرده و همکاری آنها را در اجرای آموزش‌های بالینی جلب می‌کنند.

نتیجه‌گیری

اگرچه نیاز به حرفه‌ای شدن و تقویت بدنه دانش پرستاری ضروتی غیر قابل انکار برای ایجاد و حفظ دانشکده‌های پرستاری مستقل از سازمان‌های بالینی است، اما تعریف مجدد نقش مدرسین پرستاری و پرستاران بالینی و ایجاد نقش آموزشی و بالینی متناسب با سطح دانش و مهارت برای هریک از این نقش‌ها بر اساس یک برنامه مشارکتی در سطح مدیران هر دو مؤسسه، رویکردی نوین در ارتباط مؤثر بین مؤسسات آموزشی و بالینی در راستای رسیدن به منافع مشترک است.

با توجه به نیاز و ضرورت برقراری ارتباط رسمی و

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

تعریف شده بین بدنه آموزشی (دانشکده‌های پرستاری) و بدنه اجرایی حرفه پرستاری، و جهت ارتقای کیفیت آموزش‌های بالینی پرستاری و در نهایت نزدیک کردن هرچه بیشتر دانش پرستاری به عمل، نیاز به طراحی یک الگوی مشارکت جهت توسعه همکاری بین مراکز آموزشی و بهداشتی-درمانی در اجرای آموزش‌های بالینی، احساس می‌شود. آموزش بالینی فرایندی پویا و فعال است که تحت تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی گوناگون قرار می‌گیرد. انتخاب و کاربرد غیر نقادانه هر الگو، بدون توجه به خاستگاه توسعه الگو، نقاط ضعف و قوت و میزان همخوانی آن با ویژگی‌های محیط‌های آموزشی و بالینی کشور ما، می‌تواند موجب کاهش اثربخشی اجرای الگوهای انتخابی و حتی ایجاد مشکلات اجرایی و کاهش کیفیت آموزش‌های بالینی گردد.

منابع

1. Edmond CB. A new paradigm for practice education. Nurse Educ Today. 2001; 21(4): 251-9.
2. Mannix J, Faga P, Beale B, Jackson D. Towards sustainable models for clinical education in nursing: An on-going conversation. Nurse Educ Pract. 2006; 6(1): 3-11.
3. Beitz JM, Wieland D. Analyzing the teaching effectiveness of clinical nursing faculty of full- and part-time generic BSN, LPN-BSN, and RN-BSN nursing students. J Prof Nurs. 2005; 21(1): 32-45.
4. Kelly C. Student's perceptions of effective clinical teaching revisited. Nurse Educ Today. 2007; 27(8): 885-92.
5. Tang FI, Chou SM, Chiang HH. Students' perceptions of effective and ineffective clinical instructors. J Nurs Educ. 2005; 44(4): 187-92.
6. 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.
7. Pollard C, Ellis L, Stringer E, Cockayne D. Clinical education: a review of the literature. Nurse Educ Pract. 2007; 7(5): 315-22.
8. Ashworth PD, Longmate MA. Theory and practice: beyond the dichotomy. Nurse Educ Today. 1993; 13(5): 321-7.
9. 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]
10. Zamanzade V, Seyed Fatemi N, Namadi Vosoughi M. [Tajarobe taneshzaye daneshamookhtegane jadide parastaran dar toole gozar]. Medical Journal of Tabriz university of Medical Sciences. 2006; 27(4): 45-9. [Persian]
11. Abazari F, Abaszade A, Arab M. [Barrasye mizan va manabeae stress dar daneshjooyane parastari]. Strides in Development of Medical Education. 2004; 1(1): 23-31. [Persian]
12. Zaighami R, Faseleh M, Jahanmiri SH, Ghodsbin F. [Nursing students' viewpoints about the problems of clinical teaching]. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2004; 8(1): 51-5. [Persian]
13. Landers MG. The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. J Adv Nurs. 2000; 32(6): 1550-6.
14. Chitty Kittrell K. Professional Nursing: Concepts and Challenges. Fourth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2004.
15. Grant MJ, Leight J, Murray C, Howarth M. The Role of the Academic in Clinical Practice: A Systematic Review. Royal College of Nursing. 2007. [Cited 2012 May 20]. Available from: http://usir.salford.ac.uk/18144/1/AiP_Report.pdf
16. Billings DM, Halstead JA. Teaching in Nursing -- A Guide for Faculty. Second edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2004.
17. Cronenwett LR. A present-day academic perspective on the Carolina nursing experience: building on the past, shaping the future. J Prof Nurs. 2004; 20(5): 300-4.
18. Budgen C, Gamroth L. An overview of practice education models. Nurse Educ Today. 2008; 28(3): 273-83.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

19. Barrett D. The clinical role of nurse lecturers: Past, present, and future. Nurse Educ Today. 2007; 27(5): 367-74.
20. Murphy FA. Collaborating with practitioners in teaching and research: a model for developing the role of the nurse lecturer in practice areas. J Adv Nurs. 2000; 31(3): 704-14.
21. Baxter P. The CCARE model of clinical supervision: Bridging the theory–practice gap. Nurse Educ Pract. 2007; 7(2): 103-11.
22. Fisher MT. Exploring how nurse lecturers maintain clinical credibility. Nurse Educ Pract. 2005; 5(1): 21-9.
23. Lambert V, Glacken M. Clinical education facilitators: a literature review. J Clin Nurs. 2005; 14(6): 664-73.
24. Gilbert JHV. Interprofessional Education for Collaborative, Patient-Centred Practice. Nursing Leadership. 2005; 18(2): 32-6.
25. Patton JG, Cook LR. Creative alliances between nursing service and education in times of economic constraint. Nursingconnections. 1994; 7(3): 29-37.
26. Humphreys A, Gidman J, Andrews M. The nature and purpose of the role of the nurse lecturer in practice settings. Nurse Educ Today. 2000; 20(4): 311-7.
27. 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, III-IV.
28. 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.
29. Murray TA. An academic service partnership to expand capacity: what did we learn? J Contin Educ Nurs. 2008; 39(5): 217-24.
30. Boyer SA. Vermont Nurse Internship Project. A Collaborative Enterprise Developed by Nurse Leaders from Education, Practice, and Regulation. Nursing Education Perspectives. 2002; 23(2): 81-5.
31. Bartz C, Dean-Baar S. Reshaping clinical nursing education: an academic-service partnership. J Prof Nurs. 2003; 19(4): 216-22.
32. Twedell DM, Frusti DK. The trifecta: harnessing the power of philanthropy, joint appointments, and practice to ease the faculty shortage: academia, practice, and philanthropy. J Nurs Adm. 2008; 38(9): 401-3.
33. Lindahl B, Dagborn K, Nilsson M. A student-centered clinical educational unit--description of a reflective learning model. Nurse Educ Pract. 2009; 9(1): 5-12.
34. 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. Nurs Educ. 2000; 39(6): 278-82.
35. Barger SE, Das E. An academic-service partnership: ideas that work. J Prof Nurs. 2004; 20(2): 97-102.
36. Preheim G, Casey K, Krugman M. Clinical Scholar Model: providing excellence in clinical supervision of nursing students. J Nurses Staff Dev. 2006; 22(1): 15-20.
37. Horns PN, Czaplijski TJ, Engelke MK, Marshburn D, McAuliffe M, Baker S. Leading through collaboration: a regional academic/service partnership that works. Nurs Outlook. 2007; 55(2): 74-8.
38. Owen J, Grealish L. Clinical education delivery--a collaborative, shared governance model provides a framework for planning, implementation and evaluation. Collegian. 2006; 13(2): 15-21.
39. Smith EL, Tonges MC. The Carolina nursing experience: a service perspective on an academic-service partnership. J Prof Nurs. 2004 Sep-Oct; 20(5): 305-9.
40. Barnett T, Cross M, Jacob E, Shahwan-Akl L, Welch A, Caldwell A, et al. Building capacity for the clinical placement of nursing students. Collegian. 2008; 15(2): 55-61.
41. Nabavi FH, Vanaki Z, Mohammadi E. Systematic review: process of forming academic service partnerships to reform clinical education. West J Nurs Res. 2012; 34(1): 118-41.
42. 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.
43. 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.
44. Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. First edition. New Jersey: Prentice Hall; 2000.
45. Cave I. Nurse teachers in higher education--without clinical competence, do they have a future? Nurse

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

Educ Today. 1994; 14(5): 394-9.
46. Griscti O, Jacono B, Jacono J. The Nurse Educator's clinical role. J Adv Nurs. 2005; 50(1): 84-92.
47. Elliott M, Wall N. Should nurse academics engage in clinical practice? Nurse Educ Today. 2008; 28(5): 580-7.
48. Leigh J, Howarth M, Devitt P. The role of the lecturer practitioner: An exploration of the stakeholders and practitioners perspective. Nurse Educ Pract. 2005; 5(5): 258-65.
49. Aston L, Mallik M, Day C, Fraser D; Collaborative Research Group. An exploration into the role of the teacher/lecturer in practice: findings from a case study in adult nursing. Nurse Educ Today. 2000; 20(3): 178-88.
50. Davis DC, Dearman C, Schwab C, Kitchens E. Competencies of novice nurse educators. J Nurs Educ. 1992; 31(4): 159-64.
51. Morton-Cooper A, Palmer A. Mentoring and Preceptorship: A Guide to Support Roles in Clinical Practice. London: Blackwell Scientific ; 1993.
52. Jarvis P. The way forward for practice education. Nurse Educ Today. 1999; 19(4): 269-73.
53. Jarvis P, Gibson Sh. The Teacher Practitioner and Mentor in Nursing, Health Visiting ,Midwifery and Social Work. Second edition. Cheltenham: Stanley Thornes; 1997.
54. Heshmati Nabavi F, Vanaki Z, Mohammadi E. [Barrier to forming and implementing academic service partnership in nursing A qualitative study]. Iranian Journal of Nursing Research. 2010; 5(17): 32-46. [Persian]
55.Heshmati Nabavi F, Vanaki Z, Mohammadi E. [The Mechanisms to Attract Nurses' Parthnership in Clinical Education: Perspective of Managers, Nursing Educators, and Staff Nurses]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11(6): 554-68. [Persian]
56.Heshmati-Nabavi F, Vanaki Z. Professional approach: the key feature of effective clinical educator in Iran. Nurse Educ Today. 2010; 30(2): 163-8.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]

A Critical Review on Communication Paradigms Beteween Academic and Clinical Service Institutions in Nursing

Fatemeh Heshmati Nabavi[1], Zohreh Vanaki[2], Eesa Mohammadi[3]

Abstract

Introduction: *Clinical education is the duty of academic and clinical organizations and its effectiveness is influenced by the interaction of both organizations. Since the commencement of nursing profession, this interaction has experienced different paradigms. This paper is an endeavor for identification and critical analysis of these paradigms as well as the current trends of the interactions between educational and clinical institutions. Exploration of these patterns and their advantages and disadvantages could help the administrators of educational and clinical institutions in designation and choice of appropriate relationship paradigms.*

Methods: *For this narrative review, an electronic search within three phases was performed in January 2008 to retrieve studies published from 1990 to 2008 through these databases: ISI Web of Science, Medline, CINAHL, ERIC, and BNI. The key terms were clinical education, clinical practice models, clinical education model, models of shared learning in clinical practice, and partnership between university and clinical institutions. These articles were studied several times to identify and derive the type of communicational paradigm, significant characteristics, manners of communication, advantages, and disadvantages.*

Results: *Four paradigms of communication between educational and clinical institutions in nursing profession were identified. These included service-orientation, organizational independence, shared models of clinical education, and intra-organizational partnership paradigm.*

Conclusion: *A developing trend can be identified which is influenced by factors such as professional progress in nursing and changes in community expectations. The need for professionalism and expanding the body of knowledge in nursing makes it necessary to maintain nursing schools. The trend of communication paradigms is toward the establishment of partnership between these two independent organizations.*

Keywords: Clinical education, clinical education pattern, nursing instructors, partnership, educational organization, clinical organization.

Addresses:

[1] (✉) Fatemeh Heshmati Nabavi, Ph.D in Nursing, Department of Nursing Management, Nursing School, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad. Iran. Email: heshmatinf@mums.ac.ir

[2] Associate professor, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: vanaki_z@modares.ac.ir

[3] Associate professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: mohamade@modares.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-24]