

ارتقای کیفیت یادگیری بالینی دانشجویان مامایی با به کارگیری مدل یک به یک: رویکرد اقدام پژوهی

* بهناز انجذاب، مریم دافعی، مهشید بکائی*

چکیده

مقدمه: یکی از روش‌های ارتقای آموزش بالینی اقدام پژوهی است. هدف مطالعه حاضر تأثیر به کارگیری مدل یک به یک در ارتقای کیفیت یادگیری بالینی دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi با استفاده از این رویکرد است.

روش‌ها: این مطالعه اقدام پژوهی با استفاده از مدل چهار گانه لوین با مشارکت افراد ذی نفع شامل دانشجویان مامایی، کارشناسان مامایی و مدیر گروه مامایی انجام گرفت. پنج بحث گروهی متمرکز و از طریق تحلیل محتوای کیفی مرسوم انجام شد و راه کار پیشنهادی ارتقای کیفیت یادگیری بالینی به صورت مدل آموزش یک به یک طراحی گردید. سپس بر اساس برنامه آموزشی تدوین شده، برنامه آموزشی در دو ترم تحصیلی اجرا شد.

نتایج: یافته‌های مرحله اول نشان داد که میانگین تعداد دانشجو در هر گروه، میانگین حضور دانشجو در هر شیفت و میانگین تعداد خدمت ارائه شده (ازیمان، کارگذاری و سیله داخل رحمی) در یک شیفت کاری مطلوب نبود که نشانگر نفایصی در حیطه‌های مهارتی، شخصیتی و مدیریتی در آموزش بالینی دانشجویان مامایی بود. پس از اجرای مدل یک به یک در دو ترم تحصیلی با ساعت حضور مؤثر دانشجو در بالین و افزایش تعداد خدمات انجام شده توسط وی در هر شیفت کاری و به طور کلی با بهبود عوامل مهارتی، شخصیتی و مدیریتی همراه بود.

نتیجه‌گیری: به کارگیری مدل یک به یک در ارتقای کیفیت یادگیری بالینی دانشجویان مامایی نقش مؤثری دارد ولی برنامه‌ریزی آن و جلب مشارکت همکار آموزشی با چالش‌هایی رو به رو است.

واژه‌های کلیدی: یادگیری بالینی، دانشجوی مامایی، اقدام پژوهی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / فروردین ۱۴۰۰؛ ۹(۲۱)؛ ۹۴ تا ۱۰۳

مقدمه

آموزش بالینی یکی از اجزای اصلی برنامه‌های دانشجویان

پرستاری و مامایی است. جهت اطمینان از این که دانشجویان می‌توانند مراقبت‌های مامایی ایمن و مؤثر را ارائه دهند و حداقل نیازهای مامایی را با تکمیل برنامه خود تأمین کنند، نظارت بالینی مؤثر در برنامه‌های آموزش بالینی مامایی ضروری است^(۱). دانشجوی پرستاری و مامایی لازم است در محیط بالین مهارت‌های شناختی، روانی- حرکتی و عاطفی را با هم ترکیب نموده تا بتواند به نحو شایسته نیاز مددجویان خود را پاسخ دهد، لذا برنامه‌های متعددی برای ایجاد تسلط بر یادگیری بالینی این دانشجویان پیشنهاد

*نویسنده مسؤول: دکتر مهشید بکائی (دانشیار)، گروه مشاوره در مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi، بیزد، ایران. mah_bokae@yahoo.com دکتر بهناز انجذاب (دانشیار)، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi، بیزد، ایران. enjezabbehnaz@yahoo.com دکتر مریم دافعی (استادیار)، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوqi، بیزد، ایران. maryam_dafei@yahoo.com تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۸/۲۷، تاریخ اصلاحیه: ۹۹/۸/۲۷، تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۳

با توجه به مشکلات موجود در آموزش بالینی دانشجویان مامایی (تعداد زیاد دانشجو در یک شیفت کارآموزی) و کمبود اعضای هیأت علمی در برخی از دانشگاه‌ها، همکاری ماماهای متبحر و دوره دیده در مراکز بهداشتی و درمانی با گروه مامایی، رویکردی هزینه اثر بخش خواهد بود. این طرح با هدف ارتقای کیفیت یادگیری بالینی دانشجویان مامایی با بهکارگیری مدل یک به یک جهت دانشجویان کارشناسی مامایی در واحد کارآموزی در عرصه طراحی گردید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع اقدام پژوهی بود. تحقیق اقدام پژوهی روش پژوهشی مطرح در دنیا است که با هدف ایجاد پیوند بین نظریه و عمل و رفع مشکلات ناشی از شکاف بین دو عرصه در موقعیت‌های عمل به کار می‌رود(۶و۵)، در این مطالعه از مدل چهار مرحله‌ای لوین استفاده گردید، این مدل با برنامه‌ریزی شروع شده و با بازخورد یا برنامه‌ریزی مجدد خاتمه می‌یابد(۱۳).

مرحله اول: شناسایی و برنامه‌ریزی

درگام اول جهت برنامه‌ریزی ابتدا بررسی وضعیت موجود آموزش بالینی دانشجویان مامایی، تبیین نظرات دانشجویان، استادی و مدیران گروه آموزشی در چالش‌های راهکارهای آموزش بالینی و در نهایت اولویت‌بندی راهکارهای ارتقای کیفیت آموزش بالینی و انتخاب مدل یک به یک (One by One) انجام شد به این صورت که از ۲۸ نفر دانشجوی کارشناسی مامایی، ۱۲ نفر از کارشناسان مامایی شاغل در بیمارستان آموزشی و مراکز بهداشتی درمانی آموزشی و یک نفر مدیر گروه مامایی دعوت به عمل آمد. دانشجویان کارشناسی پیوسته مامایی در پایان ترم ۶ بودند، که جهت ورود به کارآموزی در عرصه واحدهای لازم را گذرانده بودند و جهت مصاحبه گروه‌های کوچک در ۴ گروه پنج تا هفت نفره قرار گرفتند. همچنین

گردیده است. در این میان، استفاده از پرسنل بالینی با تجربه در امر آموزش دانشجویان به عنوان منتور، افق تازه‌های را در یادگیری بالینی گشوده است(۲). منتوری به عنوان یک شیوه آموزشی که فرد کم تجربه در تعامل با فرد با تجربه‌ای می‌تواند صلاحیت حرفه‌ای خود را به دست آورد در نظر گرفته شده است(۳). گرچه دانشجویان پرستاری و مامایی قسمتی از واحدهای دو ترم آخر تحصیلی را به صورت کارآموزی در عرصه به صورت گروهی در محیط بالین تحت نظارت پرسنل بیمارستان آموزشی می‌گذرانند، اما در ایران، گاهی پرسنل بیمارستان‌ها، نه تنها مشارکت در امر آموزش دانشجویان را جزیی از وظایف خود نمی‌دانند، بلکه گاهی همکاری لازم را با مردمی برای آموزش دانشجویان نداشته و مشارکت لازم در امر مراقبت از بیمار و انتقال تجارب خود به دانشجو را رائمه نمی‌نمایند(۴). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از کشورها از نیروهای مامایی شاغل در مراکز درمانی برای تربیت دانشجویان مامایی بهره می‌گیرند(۵و۶).

در مطالعه‌ای، انعوان داشتن درگیر کردن دانشجویان در انجام کلیه کارهای بیمار از پذیرش تا ترخیص و کارهای بالینی تا نوشتاری باعث بهبود آموزش به شیوه منتورشیپ و حرفه‌ای شدن دانشجویان شده بود(۷). در تحقیقی بیان کردند با توجه به کمبود مربیان پرستاری و کاهش شکاف تئوری و عملی منتوری روش مناسبی است(۸). مطالعه یاتس(Yates) و همکاران نیز نشان داد که اجرای برنامه منتورشیپ با گروه همتایان با افزایش مهارت‌های دانشجو در کسب مهارت‌های بالینی همراه است(۹). دریافت تذکرات و راهنمایی‌های لازم در محیط بالینی و وابستگی کمتر دانشجو به منتور و استقلال بیشتر(۱۰) از نقاط قوت برنامه منتورشیپ و به روز نبودن دانش بعضی از همکاران بالینی و کمبود وقت آنان جهت همراهی مداوم دانشجویان از نقاط ضعف روش منتوری روئین بود(۱۱). این مدل توسط انجذاب و همکاران به عنوان یک روش نوین آموزش بالینی معرفی شد(۱۲).

شده است تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شده و اعتماد مراحل تحقیق کسب گردد.

برای برنامه‌ریزی کارآموزی‌ها ابتدا لازم بود که ماماهای شاغل در مراکز درمانی و بهداشتی آماده شوند. به این منظور ۷۰ ساعت کلاس بازآموزی با اخذ مجوز از دفتر آموزش مدام برجزار شد، شرط ورود به مطالعه، کارشناسان مامایی بودند که علاقمند به مشارکت در این طرح بوده، حداقل سه سال سابقه کار مامایی داشته و حداقل ۴۰٪ نمره پیش آزمون را کسب کرده باشند، کارشناسان مربوطه در کلاس‌های آموزشی شرکت و سپس در صورت کسب حداقل ۷۵ درصد نمره نظری و عملی، موفق به دریافت گواهینامه‌ای تحت عنوان "مامایی دارای صلاحیت مشارکت در آموزش بالینی دانشجویان مامایی" شدند. در این دوره مطالعی نظریمهارت‌های ارتباطی، روش‌های آموزش و ارزشیابی بالینی و دروس تخصصی بارداری زایمان، بیمارهای زنان و بهداشت مادر و کودک تدریس شد. سپس طبق برنامه‌ریزی دانشجویان ترم ۷ مامایی که واحد کارآموزی در عرصه را اخذ نموده بودند، پس از گذراندن یک سوم زمان کارآموزی با مریبیان دانشکده، دو سوم مابقی زمان کارآموزی را با برنامه‌ریزی مناسب با کارشناس مامایی دارای صلاحیت مشارکت در آموزش می‌گذرانند.

مرحله دوم: اجرا

در این مرحله بعد از شناسایی مهم‌ترین چالش‌ها و بررسی مدل‌های موجود در ارتقا آموزش بالینی، مدل یک به یک توسط کارگروه توسعه مامایی به عنوان مدل برتر برگزیده شد(۱۲). در این قسمت ماماهای شاغل در مراکز درمانی و بهداشتی که تحت عنوان "مامای دارای صلاحیت مشارکت در آموزش بالینی دانشجویان مامایی" شناخته شدند در هر شیفت کاری(به صورت شیفت کامل) اعم از اتاق زایمان یا مراکز بهداشتی درمانی بسته به واحد درسی مورد نظر مسؤولیت آموزش

کارشناسان مامایی حداقل ۳ سال سابقه کاربالینی داشتند. مدیر گروه مربوطه نیز بیست سال سابقه کار مدیریتی در برنامه‌ریزی دانشجویان مامایی داشت. برای انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. در این روش افرادی به عنوان شرکت‌کننده انتخاب می‌شوند که دارای بیشترین و غنی‌ترین اطلاعات باشند و بتوانند اطلاعات خود را به طور صحیح در اختیار پژوهشگران قرار دهند(۱۴). گفته‌های افراد با کسب رضایت‌نامه قبل از مصاحبه و با استفاده از دستگاه ضبط صوت و یادداشت‌برداری ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها مطابق روش تحلیل محتوای استقرایی با روش گرانهایم و لاندمون صورت گرفت که شامل مطالعه سطر به سطر داده‌ها و استخراج واژه‌های عبارات اصلی، نگارش کدهای مختصر و کوتاه، طبقه‌بندی کدها، ایجاد طبقات فرعی بود. در مرحله کدگذاری اولیه یا باز، متن داده‌ها به دقت پیاده شده و به صورت خط به خط خوانده شد و عبارات کلیدی آن مشخص شد. در مرحله نوشتن کدهای مختصر و کوتاه جملات به صورت کدهایی از زبان فرد مصاحبه شونده و یا بر اساس مفاهیم موجود در داده‌ها ثبت شد، بعضی کدها در هم ادغام گردید(۱۵)، کیپرس (Cypress) معتقد است قضاوت در مورد استحکام داده‌ها بر اساس نظر گابا و لینکن قابل قبول بوده(۱۶) و بدین منظور اعتبار پذیری از طریق تعامل طولانی پژوهشگر با داده‌ها، بازبینی داده‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و بازبینی توسط همکاران تیم تحقیق حاصل شد. جهت انتقال پذیری سعی شد، نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شده، ارائه گردد. هم چنین ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان و زمینه مورد بررسی با جزئیات بیان شد تا خواننده بتواند در مورد استفاده از نتایج مطالعه تصمیم‌گیری کند. جهت تأیید پذیری نیز بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوطه و طبقات پدیدار شده توسط دو ناظر آشنا به تحقیق کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. مراحل تحقیق نیز به طور دقیق ثبت و گزارش

مرحله چهارم بازخورد:

برای ارائه بازخورد ابتدا گزارشی از فرایند اقدام پژوهی تهیه گردید که در آن تمامی برنامه‌ها و نتایج مداخلات ارائه گردید. علاوه بر آن با استفاده از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در بخش کیفی، پیشنهاداتی برای ارتقای بیشتر برگزاری دروس تخصصی کارآموزی در عرصه دانشجویان مامایی ارائه گردید. در این راستا میانگین تعداد دانشجو در هر گروه آموزشی، میانگین حضور دانشجو در هر شیفت کارآموزی، میانگین تعداد خدمت ارائه شده در اتاق زایمان و میانگین تعداد خدمت ارائه شده در درمانگاه بعد از انجام طرح ارزیابی می‌گردد و میزان رضایت کلی از طرح ارزیابی گردید.

نتایج

یافته‌های این پژوهش نشان داد که پس از اجرای مدل یک به یک برای آموزش بالینی دانشجویان مامایی میانگین تعداد دانشجو حضور دانشجو در هر شیفت کارآموزی، تعداد خدمت ارائه شده در اتاق زایمان، میانگین تعداد خدمت ارائه شده در درمانگاه و رضایت کلی دانشجو از کارآموزی در عرصه بهبود پیدا کرده است (جدول ۱).

دانشجویان مامایی را عهددار شدند. به این صورت که مسئولیت یک دانشجو در طول شیفت به عهده یک مامای دارای صلاحیت بالینی بود. با توجه به اینکه در هر شیفت هر ماما تنها عهددار مسئولیت آموزشی یک دانشجو بود بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مورد نیاز آموزش دانشجو با هماهنگی‌های صورت گرفته، افزایش یافت.

دانشجو تحت نظارت کارشناس مامایی مزبور به انجام وظایف در حیطه اختیارات کارشناس مامایی شامل انجام معاینات زائو، کنترل زایمان، انجام زایمان، مراقبت بعد از زایمان، تکمیل پرونده بیمار و یا انجام مراقبتهاشی دوران بارداری، معاینات، تشخیص و درمان بیماری‌های زنان، تکمیل پرونده مراجعین در سامانه سیب می‌پرداخت.

مرحله سوم: بررسی و ارزیابی

در نتیجه بررسی‌های اولیه و مصاحبه با دانشجویان مامایی، مریبان و اساتید، به منظور شناسایی وضعیت موجود جهت برنامه‌ریزی مناسب، نتایج ذیل استخراج گردید. میانگین تعداد دانشجو در هر گروه آموزشی ۶ نفر، میانگین حضور دانشجو در هر شیفت کارآموزی ۴/۵ ساعت و میانگین تعداد خدمت ارائه شده (زایمان) در یک شیفت کاری به طور متوسط $1\pm0/33$ خدمت توسط هر دانشجو بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تغییرات متغیرهای مورد بررسی قبل و بعد از مداخله

یافته‌های قسمت کمی	قبل از مداخله	بعد از مداخله
میانگین تعداد دانشجو در هر گروه آموزشی	۶ نفر	6 ± 1
میانگین ساعت حضور دانشجو در هر شیفت کارآموزی	$7\pm0/5$ ساعت	$4/5\pm0/6$
میانگین تعداد خدمت ارائه شده در اتاق زایمان	$4\pm0/5$ مورد	$1\pm0/5$ مورد
میانگین تعداد خدمت ارائه شده در درمانگاه	6 ± 1 مورد	$1\pm0/8$ مورد
میانگین نمره رضایت کلی دانشجو از کارآموزی در عرصه (۱-۱۰)	$9\pm0/2$	$6\pm0/4$

شده و در نهایت به ۱۷۲ کد تقلیل یافت که درسه طبقه اصلی "چالش‌های موجود منتج از دیدگاه دانشجویان، پرسنل مامایی و مدیر گروه" قرار گرفت. پس از مرور کدها طبقات اصلی "عوامل مهارتی، عوامل شخصیتی و عوامل مدیریتی" حاصل شدند (جدول ۲).

طبق روش تحلیل محتواهای استقرایی مصاحبه‌ها انجام شد که در مجموع منجر به ظهور ۲۱۲ کد اولیه گردید. در هر مصاحبه تلاش شد کدها به صورت دسته‌های اولیه در آمده تا تمها اصلی در هر مصاحبه مشخص گردد. پس از مرور کدها موارد مشابه در هم ادغام و گروه بندی

جدول ۲: طبقات اصلی و فرعی چالش‌های یادگیری بالینی از دیدگاه دانشجویان مامایی، پرسنل مامایی و مدیر گروه

طبقات اصلی	طبقات فرعی	چالش‌های یادگیری بالینی دانشجویان مامایی
عوامل مهارتی		عدم تبحر دانشجو در تحويل بیماران در ابتدا و انتهای شیفت کاری عدم مشاهده موارد نادر به علت انجام کارآموزی در شیفت صبح عدم کسب مهارت در انجام پروسیجر به دلیل گروه‌های ۶-۵ نفره
عوامل شخصیتی		عدم همکاری و انگیزه ناکافی برخی از پرسنل در آموزش دانشجویان نقش ویژگی شخصیتی دانشجو در ارائه خدمت توسط دانشجویان تفاوت‌های فردی دانشجویان حاضر در شیفت عدم شناسایی دانشجویان کم کار عدم قبول مسؤولیت دانشجو توسط برخی از پرسنل عدم انگیزه در مشارکت آموزش دانشجویان
عوامل مدیریتی		تعداد زیاد دانشجو در هر شیفت کاری عدم هماهنگی دانش روز و اقدامات بالینی پرسنل عدم آشنایی تمامی پرسنل با اهداف کارآموزی و هدایت دانشجو کمبود امکانات رفاهی مشغله زیاد پرسنل مامایی و عدم امکان به آموزش تعداد زیاد دانشجویان عدم استفاده از تمام شیفت‌های کاری پرسنل مجرب ارزشیابی متفاوت پرسنل از دانشجویان مشخص نبودن شرح وظایف پرسنل در امر آموزش دانشجویان عدم تفاوت پرسنل همکار و پرسنل بی انگیزه نزد مدیران
		پس از اجرای مدل یک به یک برای آموزش بالینی مامایی و مدیر گروه تغییر یافت که خلاصه نتایج آن در دانشجویان مامایی دیدگاه دانشجویان مامایی، پرسنل جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: طبقات اصلی و فرعی دیدگاه دانشجویان مامایی، پرسنل مامایی و مدیر گروه به اجرای طرح یک به یک

طبقات اصلی	طبقات فرعی	نتایج به دست آمده بعد از اقدام پژوهی
عوامل مهارتی		بپرورد تبحر دانشجو در تحويل بیماران در ابتدا و انتهای شیفت کاری مشاهده موارد نادر و انجام پروسیجرهای ضروری کسب مهارت در انجام پروسیجر
عوامل شخصیتی		همکاری و انگیزه پرسنل در آموزش دانشجویان نقش ویژگی شخصیتی دانشجو در ارائه خدمت توسط دانشجویان توجه به تفاوت‌های فردی دانشجویان شناسایی مناسب توانایی‌های هر دانشجو قبول مسؤولیت دانشجو توسط تمام پرسنل مسؤول انگیزه در مشارکت آموزش
عوامل مدیریتی		وجود یک دانشجو در هر شیفت کاری به روز شدن دانش پرسنل و هماهنگی با اقدامات بالینی آشنایی تمامی پرسنل با اهداف کارآموزی، رهبری و هدایت دانشجو کمبود امکانات رفاهی فراموش شدن امکان مناسب آموزش به یک دانشجو استفاده از تمام شیفت‌های کاری پرسنل مجرب

پروسیجرهای حساس، تجربه کافی را کسب ننموده‌اند و داده‌ها، حاکی از نامناسب بودن محیط آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان بود(۲۰). در بعد تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان بیان کرده بودند که تعداد زیاد دانشجو در هر شیفت با سردرگمی دانشجویان در انجام پروسیجرهای بالینی همراه است و برخی دانشجویان به علت کمبود اعتماد به نفس از انجام کار بالینی بی بهره می‌مانند که خوشبختانه با این طرح بهبود نسبی در این امر رخ داده بود. نتایج مطالعه اسپرینگل (Sprengel) و همکاران نشان داد طرح متورشیپ منجر به کاهش اضطراب و سردرگمی دانشجویان شده بود و آنها اظهار داشتند که امیدوارند در آینده نقش متور را برای دانشجویان مبتدی ایفا کنند(۲۱). در مطالعه یاتس (Yates) و همکاران نیز نشان داد که اجرای برنامه متورشیپ حرکت از وابستگی به سمت استقلال منجر به افزایش مهارت‌های دانشجو در کسب مهارت‌های بالینی می‌شود. نتایج این تحقیق نشان داد که اجرای برنامه متورشیپ منجر به کاهش استرس و افزایش عزت نفس دانشجویان شده است(۹) ولی در مطالعه‌ی لی (Li) و همکاران که به بررسی تأثیر برنامه متورشیپ روی استرس دانشجویان پرستاری پرداختند که یافته‌های آنها نشان داد تفاوت معناداری بین نمرات استرس در گروه‌های مورد و شاهد یافت نشده بود(۲۲). در مطالعه سرداری کشکولی و همکاران هم نشان دادند که برنامه متورشیپ روی عوامل استرس‌زای محیط بالینی دانشجویان پرستاری تأثیری نداشته است(۲۳). علت این تفاوت را می‌توان به این موضوع نسبت داد که در مطالعه حاضر تمام کارشناسان صلاحیت حرفه‌ای لازم را کسب کرده بودند و علاوه بر آموزش مطالب علمی به بعد روانشناسی ارتباطات با دانشجو نیز پرداخته شده بود. به علاوه به جز یک مورد از کارشناسان که دانشجویان و مدیر گروه از کار وی به علت عدم مهات ارتباطی صحیح با دانشجویان راضی نبودند و در نیمسال دوم از ادامه

بحث

نتایج و تحلیل داده‌ها نشان داد کیفیت یادگیری بالینی دانشجویان مامایی با بهکارگیری مدل یک به یک با رویکرد اقدام پژوهشی روشی مؤثر در امر یادگیری بالینی دانشجویان مامایی است.

در بعد ارتقای مهارت‌های بالینی نتایج نشان داد که دانشجویان، کارشناسان مامایی دارای صلاحیت در آموزش بالینی (منتور) و مدیر گروه همگی در مورد بهبود عملکرد دانشجویان متفق القول بودند. این موضوع با مطالعه نواوارا (Navarra) و همکاران همچوانی دارد(۱۷). به طوری که در آن مطالعه نیز شرکت‌کنندگان در مطالعه، اذعان داشتند درگیر کردن دانشجویان در انجام کارهای بیمار از پذیرش تا ترجیص و کارهای بالینی تا نوشتاری باعث بهبود آموزش به شیوه متورشیپ و حرفه‌ای شدن دانشجویان شده بود. محمدپوری و همکاران بیان کردند برنامه آموزشی متورشیپ می‌تواند موجب کاهش استرس دانشجویان پرستاری شود و توصیه کردند در کارورزی در عرصه دانشجویان از این برنامه آموزشی به جای روش معمول در دانشکده‌های پرستاری مامایی استفاده شود و با توجه به کمبود مربیان پرستاری و کاهش شکاف تئوری و عملی می‌توان از آن استفاده کرد(۲). در مطالعه یاتس (Yates) و همکاران نیز نشان داد که اجرای برنامه متورشیپ با افزایش مهارت‌های دانشجو در کسب مهارت‌های بالینی همراه است(۹). همچنین نتایج مطالعه همتی مسلک پاک و همکاران نیز نشان داد که اجرای برنامه متورشیپ در گروه مداخله به طور معناداری عملکرد بالینی دانشجویان را افزایش داده بود که با نتیجه این مطالعه همچوانی دارد(۱۸). در مطالعه الدوبای (Al Dubai) و همکاران نیز دانشجویانی که در برنامه‌های متورینگ به طور فعال مشارکت داشتند که به افزایش مهارت‌های بالینی آنها همراه بوده است(۱۹). در تحقیق شریف و همکاران نیز، دانشجویان ابراز می‌داشتند که علی‌رغم گذراندن واحدهای کارآموزی، به دلیل نبودن تنوع و تکرار در انجام بعضی

مورد مدل منتوريشيب بيان مىكند. مهم ترین موضوع شامل وسعت و عمق دانش تئوري پرستاران مشاركت‌كمنده، به روز نبودن آنها، كمبود وقت آنان جهت همراهی مداوم دانشجويان بود(۱۱). البته در مطالعه حاضر كليه كارشناسان مامايی در كلاس‌هایي که توسط استاد دانشگاه برگزار شده بود، شركت داشتند و گواهي صلاحیت بالینی را كسب كرده بودند، که از مزاياي اين مطالعه محسوب می‌شود. لازم به ذكر است که اين مطالعه بر اساس مطالعه انجذاب و همکاران طراحی و انجام شد(۱۲).

محدودیتها: هماهنگی با مسئولین بیمارستان و معاونت و مدیران بهداشتی، برنامه‌ریزی تک به تک برای هر دانشجو و پرسنل مربوطه، هماهنگی برنامه‌غذایی برای شيفتهای مختلف حضور دانشجو، برنامه‌ریزی ایاب و ذهاب دانشجويان به صورت فردی در هر محل به ویژه مراکز بهداشتی درمانی از محدودیتهای اين پژوهش محسوب می‌شد که کاري زمان بر بود و شاید در قالب اجرایي برای مدير گروه کار دشواری باشد که مستلزم وجود يك كارشناس همکار است. از آنجايی که زير ساختهای هر دانشکده متفاوت است، به همين دليل تعليم‌پذيری يافته‌ها به سایر دانشکده‌های پرستاری مامايی بهتر است با احتیاط انجام گيرد.

نتیجه‌گیری

دانشجويان از اجرای پروژه آموزش به شيوه يك به يك رضايت دارند و حضور مستمر و طولاني‌تر دانشجو در بیمارستان، تحويل و تحول كامل بیماران در حين تغيير شيفت و حضور كارشناس مسؤول ثابت باعث شده كيفيت آموزش ارتقاي چشمگيري پيدا نماید، اعتماد به نفس بيشتری كسب نموده و دانشجويان بتوانند تعداد بيشتری از زaimانها را اداره نمایند. همچنین در مراکز بهداشتی درمانی نيز حضور كامل، به صورت منفرد و تحت نظارت يك كارشناس توانيت سبب تسلط بيشتر

همکاری ايشان ممانعت شد. برخلاف مطالعه سرداری مطالعه ياتس و همکاران نشان داد که اجرای برنامه منتوريشيب منجر به کاهش استرس و افزایش عزت نفس دانشجويان شده است و اجرای برنامه منتوريشيب با حرکت از وابستگی به سمت استقلال منجر به افزایش مهارت‌های دانشجو در كسب مهارت‌های بالینی می‌شود(۲۳و۹). ولی تفاوت مطالعه ياتس اين بود که از گروه همتایان برای آموزش استفاده کرده بود. بعلاوه در مطالعه الدوبي و همکاران دانشجويانی که در برنامه‌های منتورينك به طور فعال مشاركت داشتند نسبت به سایر دانشجويان استرس كمتری را متحمل شده بودند(۱۹). در اين مطالعه هم دانشجويان بیان كردند اجرای اين برنامه از وابستگی دانشجويان به مربيان کم كرده و استقلال بيشه‌تری به دست آورده اند. سی وارد (Seaward) و همکاران بیان كردند عاملی که بين منتور با دانشجويان به عنوان افرادي با تجربه و کم تجربه در محیط بالینی ايجاد می‌شود، باعث می‌شود دانشجو پس از دریافت تذکرات و راهنمایی‌های لازم در محیط بالینی توانمند شود و به تدریج وابستگی وی به منتور کمتر و مستقل‌تر گردد(۲۴). در اين مطالعه در بعد مديریتی دانشجويان افزایش مهارت رهبری را بیان كرده بودند. اسپرينگل (Sprengel) و همکاران نيز نشان دادند قرارگیری دانشجويان در طرح منتوريشيب با افزایش مهارت‌های رهبری همراه است(۲۱). ولف (Wolf) و همکاران در مطالعه‌ای بر روی دانشجويان بیان كردند عاملی که بين منتور با دانشجويان به عنوان افرادي بتجربه و کم تجربه در محیط بالینی ايجاد می‌شود، باعث می‌شود دانشجو پس از دریافت تذکرات و راهنمایی‌های لازم در محیط بالینی توانمند شود و به تدریج وابستگی وی به منتور کمتر و مستقل‌تر گردد(۱۰). نتيجه مطالعه ما هم نشان داد وابستگی دانشجو به منتور با افزایش روز کار کمتر شده بود. گرچه اكثراً مقالات به نقش مثبت منتور می‌بردازد ولی لاس سلز (Lascelles) و همکاران نگرانی‌هایي نيز در

دانشجویان مامایی نقش مؤثری دارد ولی برنامه‌ریزی آن و جلب مشارکت همکار آموزشی با چالش‌هایی روبرو است.

قدردانی

این مطالعه با دریافت کد پژوهش ۳۸۷۳ و کسب کد اخلاق IR. SSU.REC. (از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی) ۱۳۹۶.۱۴۷، اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، حفظ حرمت و شان مشارکت‌کنندگان و محترمانه بودن داده‌ها، با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شد. همچنین پژوهشگران از کلیه کارشناسان و دانشجویان مامایی که در انجام این مطالعه همکاری کرده‌اند، قدردانی می‌نمایند.

آنها بر وظایف محوله، کسب اعتماد به نفس بیشتر، تسلط بر سامانه سیب و آشنایی کامل‌تر با کلیه وظایف یک کارشناس مامایی در مراکز بهداشتی درمانی گردد. پرسنل هم به خاطر وجود یک همکار پایاپای از این وضعیت راضی بودند. از نظر مدیر گروه نیز سبب توانمندی بیشتر دانشجویان مامایی شده بود، ولی برنامه‌ریزی ماهانه برای هر دانشجو منطبق با برنامه کاری مامای دارای صلاحیت بالینی نیاز به حضور یک فرد به عنوان کارشناس بالینی جهت برنامه‌ریزی داشت که وقت‌گیر و زمانبر بود. اجرا و به کارگیری این شیوه در ترم ۷۰ و ۸ تحصیلی دانشجویان مامایی یعنی در کارآموزی در عرصه در واحدهای تخصصی سبب توانمندی بیشتر آنان می‌گردد. درنهایت به کارگیری مدل یک به یک در ارتقای کیفیت یادگیری بالینی

منابع

- McKellar L, Graham K. A review of the literature to inform a best-practice clinical supervision model for midwifery students in Australia. *Nurse Educ Pract*. 2017; 24: 92-8.
- Mohammadpoory Z, Hosseini MA, Abbasi A, Biglarian A, Khankeh H. [The Effect of Mentorship on Stress of Nursing Students]. *Journal of nursing education*. 2017; 6(3): 31-6. [Persian]
- Hayes EF. Approaches to mentoring: how to mentor and be mentored. *J Am Acad Nurse Pract*. 2005; 17(11): 442-5.
- Rahnvard Z, Eybpoosh S, Alianmoghaddam N. Effect of Clinical Teaching Associate Model on Nursing Students' Clinical Skills and Nurses' Satisfaction. *Contemp Nurse*. 2013; 54(2): 174-81.
- Farahani LA, Asadi-Lari M, Mohammadi E, Parvizy S, Haghdoost AA, Taghizadeh Z. Community-based physical activity interventions among women: a systematic review. *BMJ open*. 2015; 5(4): e007210.
- Janani F, Kohan S, Taleghani F, Ghafarzadeh M. Challenges to implementing physiologic birth program (PBP): a qualitative study of midwives opinion in Iran. *Acta Medica Mediterranea*. 2015; 31(7): 1373-80.
- Heydari H, Raufi SH, Kamran A. [Strategies To Improve Mentorship Plan: A Qualitative Study]. *Iranian Journal Of Medical Education*. 2015; 15(22): 146-59. [Persian]
- Aboulfath L, Monshizadeh E, Rashidi A. [Strategic Plans Of The Clinical Specialties And Their Alignment With The Vision Of Iran1404 And The Fourth Plan Of Development]. *Teb Va Tazkiyah*. 2010; 76: 30-38. [Persian]
- Yates P, Cunningham J, Moyle W, Wollin J. Peer Mentorship In Clinical Education: Outcomes Of A Pilot Programme For First Year Students. *Nurse Educ Today*. 1997;17(6):508-14.
- Wolf TM. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. *Med Educ*. 1994;28(1):8-17.
- LascellesMA. Students' and Mentors' experiences of mentoring and learning in practice during the first year of an accelerated programme leading to nursing registration[dissertation]. Leeds, West Yorkshire: University of Leeds; 2010.
- Enjezab B, Bokaie M, Dafei M, Nori Shadkam M, Heydari MR. [Improvement the quality of clinical learning in midwifery students by "one by one" model]. *Journal Of Medical Education And*

- Development. 2018; 13(1): 81-5.[Persian]
13. Guedes MD, Almeida P. Multimedia Teaching Contents: Creating and Integrating Activities in New Learning Environments; 2012. [cited 2020 Jan 4]. available from: <https://www.intechopen.com/books/interactive-multimedia/multimedia-teaching-contents-creating-and-integrating-activities-in-new-learning-environments>
 14. Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What Influences saturation? Estimating sample Sizes in focus group research. Qualitative health research. 2019; 29(10): 1483–1496.
 15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today . 2004;24(2):105-12.
 16. Cypress BS. Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. Dimens Crit Care Nurs. 2017;36(4):253-63.
 17. Navarra AM, Stimpfel AW, Rodriguez K, Lim F, Nelson N, Slater LZ. Beliefs and perceptions of mentorship among nursing faculty and traditional and accelerated undergraduate nursing students. Nurse Educ Today. 2018, 61: 20-24.
 18. Hemmati Maslakpak M, Bagherieh F, Khalkhali H. [The Effect of Peer Mentoring Program on Nursing Students' Stressors in Clinical Environment]. Iranian Journal of Medical Education. 2013; 13(4): 280-290. [Persian]
 19. Al-Dubai SAR, AlshaggaMA, AbdulManafMR. Mentoring and perceived stress level among private medical students: a Malaysian perspective. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013; 93: 276-80.
 20. SharifF, MasoumiS. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nursing. 2005; 4(6): 1-7.
 21. Sprengel AD, Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. Nurse Educ. 2004; 29(6): 246-50.
 22. Li HC, WangLS, Lin YH, Lee I. The effect of a peer-mentoring strategy on student nurse stress reduction in clinical practice. Int Nurs Rev. 2011; 58(2): 203-10.
 23. Sardari Kashkooli F, Sabeti F, Mardani H, Shayesteh Fard M. [The Effect of Peer-Mentoring Program on Nursing Students' Clinical Environment Stressors]. Armaghane danesh. 2014; 18 (10):836-846. [Persian]
 24. Seaward BL. Principles and strategies for health and wellbeing. Burlington, Massachusetts: Jones and Bartlet; 1997.

Improving the Quality of Clinical Learning of Midwifery Students through One-by-One Model: An Action Research Approach

Behnaz Enjezab¹, Maryam Dafei², Mahshid Bokaie³

Abstract

Introduction: Action research is one of the ways to promote clinical education. This study sought to investigate the possible effect of using one-by-one model to improve of quality in clinical learning of midwifery students in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.

Methods: This action research study was conducted through Lewin's model with the participation of stakeholders including midwifery students, midwifery experts, and midwifery department head. Five focus-group discussions were held. Data were analyzed through conventional qualitative content analysis and the suggested solutions to promote the quality of clinical learning were designed as a one-by-one teaching model. Then, according to developed training program, intervention was conducted in two semesters.

Results: The findings of the first stage revealed that the average number of students in each group and in each work shift, and the average number of services provided (delivery, IUD insertion) in a work shift were not desirable which showed shortcomings in the factors of skills, personality, and management in clinical education of midwifery students. After implementing a one-by-one model in two semesters, effective hours of student presence in the clinic and the number of services performed by them increased in each work shift and generally skill, personality, and management of the improved factors.

Conclusion: Applying a one-by-one model has an effective role in promoting the quality of clinical learning of midwifery students, but planning and attracting the participation of an educational colleague are challenging tasks.

Keywords: Clinical Learning, Midwifery Student, Action Research

Addresses:

¹. Associate Professor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Email: enjezabbehnaz@yahoo.com.

². Assistant Professor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Email: maryam_dafei@yahoo.com.

³. (✉) Associate Professor, Midwifery Department, School of Nursing and Midwifery, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Email: mah_bokaie@yahoo.com