مقاله پژوهشی

ارتقای کیفیت یادگیری بالینی دانشجویان مامایی با به‌کارگیری مدل یک به یک: رویکرد اقدام‌پژوهی

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 صدوقی با استفاده از این رویکرد است.

روش‌ها: این مطالعه اقدام پژوهی با استفاده از مدل چهار گانه لوین با مشارکت افراد ذی‌نفع 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 راه‌کار 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 (زایمان، کارگذاری وسیله داخل رحمی) در یک شیفت کاری مطلوب نبود که نشانگر نقایصی در حیطه‌های مهارتی، شخصیتی و مدیریتی در آموزش بالینی دانشجویان مامایی بود. پس از اجرای مدل یک به یک در دو ترم تحصیلی با ساعات 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؛ ۲۱(۹): 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 صدوقی،یزد، ایران. mah_bokaie@yahoo.com

دکتر بهناز انجذاب(دانشیار)،گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی،یزد، ایران. (enjezabbehnaz@yahoo.com)؛ دکتر مریم دافعی (استادیار)، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی،یزد، ایران. (maryam_dafei@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۱۲/۲۸، تاریخ اصلاحیه: ۹۹/۸/۲۷، تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۳

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

گردیده است. در این میان، استفاده از پرسنل بالینی با تجربه در امر آموزش دانشجویان به عنوان منتور، افق تازه‌ای 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 مربی برای آموزش دانشجویان نداشته و مشارکت لازم در امر مراقبت از بیمار و انتقال تجارب خود به دانشجو را ارائه نمی‌نمایند(٤). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد بسیاری از کشورها از نیروهای مامایی شاغل در مراکز درمانی برای تربیت دانشجویان مامایی بهره می‌گیرند(۱و٥و٦).

در مطالعه‌ای، اذعان داشتند 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 روتین بود(۱۱). این مدل توسط انجذاب و همکاران به عنوان یک روش نوین آموزش بالینی معرفی شد(۱۲).

با توجه به مشکلات موجود در آموزش بالینی دانشجویان مامایی (تعداد زیاد دانشجو در یک شیفت کارآموزی) و کمبود اعضای هیأت‌علمی 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 به‌کارگیریمدل 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(٥و٦)، در این مطالعه از مدل چهار مرحله‌ای لوین استفاده گردید، این مدل با برنامه‌ریزی شروع شده و با بازخورد یابرنامه‌ریزی مجدد خاتمه می‌یابد(۱۳).

مرحله اول: شناسایی و برنامه‌ریزی

درگام اول جهت برنامه‌ریزی ابتدا بررسی وضعیت موجود آموزش بالینی دانشجویان مامایی، تبیین نظرات دانشجویان، اساتید 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 ٦ بودند، که جهت ورود به کارآموزی در عرصه واحدهای لازم را گذرانده بودند و جهت مصاحبه گروه‌های کوچک در ٤ گروه پنج تا هفت نفره قرار گرفتند. همچنین

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

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(۱٤). گفته‌های افراد با کسب رضایت‌نامه قبل ازمصاحبه و با استفاده از دستگاه ضبط صوت و یادداشت‌برداری ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها مطابق روش تحلیل محتوای استقرایی با روش گرانهایم و لاندمن صورت گرفت که شامل مطالعه سطر به سطرداده‌ها و استخراج واژه‌هاو 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. درمرحله 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(۱٦) 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 جزییات بیان شد تا خواننده بتواند در مورد استفاده از نتایج مطالعه تصمیم‌گیری کند. جهت تأییدپذیری 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 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 مداوم برگزار 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 ٤۰ ٪ 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 "مامای دارای صلاحیت مشارکت در آموزش بالینی دانشجویان مامایی" شدند. در این دوره مطالبی نظیرمهارت‌های 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 مربیان دانشکده، دو سوم مابقی زمان کارآموزی را با برنامه‌ریزی مناسب با کارشناس مامایی دارای صلاحیت مشارکت در آموزش می‌گذراندند.

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

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

دانشجویان مامایی را عهده‌دار شدند. به این صورت که مسؤولیت یک دانشجو در طول شیفت به عهده یک مامای دارای صلاحیت بالینی بود. با توجه به اینکه در هر شیفت هر ماما تنها عهده‌دار مسؤولیت 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 مراقبت‌های 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، مربیان و اساتید، به منظور شناسایی وضعیت موجود جهت برنامه‌ریزی مناسب، نتایج ذیل استخراج گردید. میانگین تعداد دانشجو در هر گروه آموزشی ٦ نفر، میانگین حضور دانشجو در هر شیفت کارآموزی ٤/٥ ساعت و میانگین تعداد خدمت ارائه شده (زایمان) در یک شیفت کاری به طور متوسط ۱±۰/۳۳ خدمت توسط هر دانشجوبود.

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).

جدول ۱: میانگین وانحراف 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	۱±٦ نفر	۱ نفر
میانگین ساعت حضور دانشجو در هر شیفت کارآموزی	٤/٥±۰/٦ ساعت	۰/٥±۷ ساعت
میانگین تعداد خدمت ارائه شده در اتاق زایمان	۰/٥±۱ مورد	۰/٥±٤ مورد
میانگین تعداد خدمت ارائه شده در درمانگاه	۰/۸±۱مورد	۱±٦ مورد
میانگین نمره رضایت کلی دانشجو از کارآموزی در عرصه(۱۰-۱)	٤±۰/٤	۰/۲±۹

طبق روش تحلیل محتوای 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 تم‌های اصلی در هر مصاحبه مشخص گردد. پس از مرور کدها موارد مشابه در هم ادغام و گروه بندی 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).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

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

طبقات اصلی	چالش‌های یادگیری بالینی دانشجویان مامایی طبقات فرعی
عوامل مهارتی	عدم تبحر دانشجو در تحویل بیماران در ابتدا و انتهای شیفت کاری
	عدم مشاهده موارد نادر به علت انجام کاراموزی در شیفت صبح
	عدم کسب مهارت در انجام پروسیجر به دلیل گروه‌های ۵-۶ 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 دانشجویان مامایی دیدگاه دانشجویان مامایی، پرسنل مامایی و مدیر گروه تغییر یافت که خلاصه نتایج آن در 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	نتایج به دست آمده بعد از اقدام پژوهی طبقات فرعی
عوامل مهارتی	بهبود تبحر دانشجو در تحویل 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
عواملمدیریتی	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
	فراهم شدن امکان مناسب آموزش به یک دانشجو
	استفاده از تمام شیفت‌های کاری پرسنل مجرب

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

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 ناوارا (Navarra) و همکاران هم‌خوانی دارد(۱۷). به طوری که در آن مطالعه نیز شرکت‌کنندگان در مطالعه، اذعان داشتند 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. محمدپوری و همکاران بیان کردند برنامه آموزشی منتورشیپ 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 منتورشیپ 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 منتورشیپ در گروه مداخله به طور معناداری عملکرد بالینی دانشجویان را افزایش داده بود که با نتیجه این مطالعه هم‌خوانی دارد(۱۸). در مطالعه الدوبای (Al Doubai) و همکاران نیز دانشجویانی که در برنامه‌های منتورینگ 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 تکرر در انجام بعضی 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 منتورشیب منجر به کاهش اضطراب و سردرگمی دانشجویان شده بود و آنها اظهار داشتند که امیدوارند در آینده نقش منتور را برای دانشجویان مبتدی ایفا کنند(۲۱). در مطالعه یاتس (Yates) و همکاران نیز نشان داد که اجرای برنامه منتورشیپ حرکت از وابستگی به سمت استقلال منجر به افزایش مهارت‌های دانشجو در کسب مهارت‌های بالینی می‌شود. نتایج این تحقیق نشان داد که اجرای برنامه منتورشیپ منجر به کاهش استرس و افزایش عزت نفس دانشجویان شده است(۹) ولی در مطالعه‌ی لی (Li) و همکاران که به بررسی تأثیر برنامه منتورشیپ روی استرس دانشجویان پرستاری پرداختند که یافته‌های آنها نشان داد تفاوت معناداری بین نمرات استرس در گروه‌های مورد و شاهد یافت نشده بود(۲۲). درمطالعه سرداری کشکولی و همکاران هم نشان دادند که برنامه منتورشیپ 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

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

همکاری ایشان ممانعت شد. برخلاف مطالعه سرداری مطالعه یاتس و همکاران نشان داد که اجرای برنامه منتورشیپ منجر به کاهش استرس و افزایش عزت نفس دانشجویان شده است و اجرای برنامه منتورشیپ با حرکت از وابستگی به سمت استقلال منجر به افزایش مهارت‌های دانشجو در کسب مهارت‌های بالینی می‌شود(۹و۲۳). ولی تفاوت مطالعه یاتس این بود که از گروه همتایان برای آموزش استفاده کرده بود. بعلاوه در مطالعه الدوبی و همکاران دانشجویانی که در برنامه‌های منتورینگ به طور فعال مشارکت داشتند نسبت به سایر دانشجویان استرس کم‌تری را متحمل شده بودند(۱۹). در این مطالعه هم دانشجویان بیان کردند اجرای این برنامه از وابستگی دانشجویان به مربیان کم کرده و استقلال بیش‌تری به دست آورده اند. سی وارد (Seaward) و همکاران بیان کردند عاملی که بین منتور با دانشجویان به عنوان افرادی با تجربه و کم تجربه در محیط بالینی ایجاد 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(۲٤). در این مطالعه در بعد مدیریتی دانشجویان افزایش مهارت رهبری را بیان کرده بودند. اسپرینگل (Sprengel) و همکاران نیز نشان دادند قرارگیری دانشجویان در طرح منتورشیپ با افزایش مهارت‌های رهبری همراه است(۲۱). ولف (Wolf) و همکاران در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان بیان کردند عاملی که بین منتور با دانشجویان به عنوان افرادی بی‌تجربه و کم تجربه در محیط بالینی ایجاد 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). نتیجه مطالعه ما هم نشان داد وابستگی دانشجو به منتور با افزایش روز کار کم‌تر شده بود. گرچه اکثر مقالات به نقش مثبت منتور می‌پردازد ولی لاس سلز (Lascelles) و همکاران نگرانی‌هایی نیز در مورد مدل منتورشیپ بیان می‌کند. مهم ترین موضوع شامل وسعت و عمق دانش تئوری پرستاران مشارکت‌کننده، به روز نبودن آنها، کمبود وقت آنان جهت همراهی مداوم دانشجویان بود(۱۱). البته در مطالعه حاضر کلیه کارشناسان مامایی در کلاس‌هایی که توسط اساتید دانشگاه برگزار شده بود، شرکت داشتند و گواهی صلاحیت بالینی را کسب کرده بودند، که از مزایای این مطالعه محسوب می‌شود. لازم به ذکر است که این مطالعه بر اساس مطالعه انجذاب و همکاران طراحی و انجام شد(۱۲).

محدودیت‌ها: هماهنگی با مسؤولین بیمارستان و معاونت و مدیران بهداشتی، برنامه‌ریزی تک به تک برای هر دانشجو و پرسنل مربوطه، هماهنگی برنامه غذایی برای شیفت‌های مختلف حضور دانشجو، برنامه‌ریزی ایاب و ذهاب دانشجویان به صورت فردی در هر محل به ویژه مراکز بهداشتی درمانی از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شد که کاری زمان بر بود و شاید در قالب اجرایی برای مدیر گروه کار دشواری باشد که مستلزم وجود یک کارشناس همکار است. از آنجایی که زیر ساخت‌های هر دانشکده متفاوت است، به همین دلیل تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر دانشکده‌های پرستاری مامایی بهتر است با احتیاط انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

دانشجویان از اجرای پروژه آموزش به شیوه یک به یک رضایت دارند و حضور مستمر و طولانی‌تر دانشجو در بیمارستان، تحویل و تحول کامل بیماران در حین تغییر شیفت و حضور کارشناس مسؤول ثابت باعث شده کیفیت آموزش ارتقای چشم‌گیری پیدا نماید، اعتماد به نفس بیش‌تری کسب نموده و دانشجویان بتوانند تعداد بیش‌تری از زایمان‌ها را اداره نمایند. همچنین در مراکز بهداشتی درمانی نیز حضور کامل، به صورت منفرد و تحت نظارت یک کارشناس توانسته سبب تسلط بیش‌تر

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

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 ۷و 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 دانشجویان مامایی نقش مؤثری دارد ولی برنامه‌ریزی آن و جلب مشارکت همکار آموزشی با چالش‌هایی روبه‌رو است.

قدردانی

این مطالعه با دریافت کد پژوهش ۳۸۷۳ و کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی (IR. SSU.REC. 1396.147)،اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، حفظ حرمت و شان مشارکت‌کنندگان و محرمانه 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 کرده اند، قدردانی می‌نمایند.

منابع

1. 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.
2. 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]
3. Hayes EF. Approaches to mentoring: how to mentor and be mentored. J Am Acad Nurse Pract. 2005; 17(11): 442-5.
4. Rahnavard 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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]
8. 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 Tazkiyeh. 2010; 76: 30-38. [Persian]
9. 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.
10. Wolf TM. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. Med Educ. 1994;28(1):8-17.
11. 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.
12. Enjezab B, Bokaie M, Dafei M, Nori Shadkam M, Heydari MR. [Improvment the quality of clinical learning in midwifery students by "one by one" model]. Journal Of Medical Education And

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

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.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]

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

Behnaz Enjezab[1], Maryam Dafei[2] , Mahshid Bokaie[3]

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

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-07]