

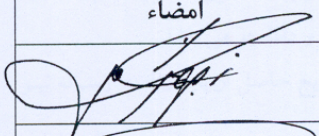
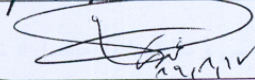
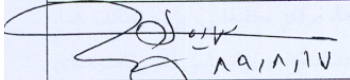
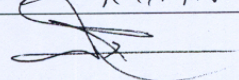
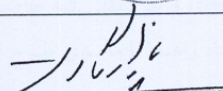
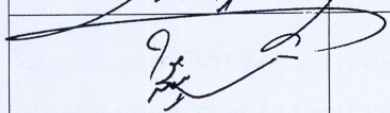
اللَّهُ  
الرَّحْمَنُ  
الرَّحِيمُ



بسمه تعالی

### تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

خانم فاطمه حشمتی نبوی رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان: طراحی الگوی مشارکتی آموزش بالینی در تاریخ ۸۹/۸/۱۷ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده است و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر زهره ونکی	استاد راهنما
 ۸۹/۸/۱۷	دکتر عیسی محمدی	استاد مشاور
 ۸۹/۸/۱۷	خانم ربابه معماریان	استاد ناظر
	دکتر سادات سید باقر مداح	استاد ناظر
	دکتر مهرنوش بازارگادی	استاد ناظر
	دکتر سیما محمدخان کرمانشاهی	استاد ناظر و نماینده تحصیلات تکمیلی

## آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی

### دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد. ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می باشد. تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه (اثری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه) حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

«اینجانب فاطمه حشمتی نبوی دانشجوی رشته پرستاری ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۵ مقطع دکتری دانشکده علوم پزشکی متعهد می شوم کلیه نکات مندرج در آیین نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته های علمی مستخرج از پایان نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین نامه فوق الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.»

امضا تاریخ



## آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:  
" کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۸۹ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر زهره ونکی، مشاوره دکتر عیسی محمدی از آن دفاع شده است.

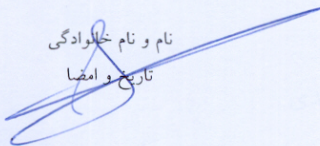
ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب فاطمه حشمتی نبوی دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی  
تاریخ و امضا





رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D.) در رشته پرستاری

عنوان

طراحی الگوی مشارکتی آموزش بالینی

نگارش

فاطمه حشمتی نبوی

استاد راهنما

دکتر زهره ونکی

استاد مشاور

دکتر عیسی محمدی

پاییز ۱۳۸۹

**نقدیم به موعودی که نیکان و پاکان قدومش را به انتظار  
نشسته اند...**

**با تمام احترام  
به**

**مادرم، همراه روزهای تلخ و شیرینم**

**و**

**پدرم، که مسیر سربلندی را به شیواترین روش به من آموخت**

## تشکر و قدردانی

الهی عاجز و سرگردانم، نه آنچه دارم دانم و نه آنچه دانم دارم. الهی آنچه ما خود

کشتیم به بر میار، و آنچه تو ما را کشتی آفت ما از آن دور بدار. (خواجه عبدالله انصاری)

خالصانه‌ترین سپاس تقدیم به پیشگاه مهربانی که توفیق اتمام این مقطع تحصیلی را به این بنده کمترین عطا نمود. امید است که این اندک وسیله‌ای باشد در جهت تقرب به بارگاه خداوندیش. به رسم ادب و احترام بر خود لازم می‌دانم از بزرگوارانی که اینجانب را در راستای انجام وظیفه‌ام به عنوان یک دانشجو، خالصانه یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایم.

استاد محترم راهنما سرکار خانم دکتر زهره ونکی که با به چالش کشیدن اندیشه‌ام در طراحی هرچه بهتر این رساله سهمی شایان داشته و با راهنمایی‌های دلسوزانه و حمایت‌های بی دریغ در مراحل دشوار این مسیر قوت قلب و پشتیبانم بودند.

استاد بزرگوار جناب آقای دکتر عیسی محمدی که با دقت و نظم علمی ویژه همواره و بی دریغ مرا از نظرات ارزشمند خود بهره‌مند ساخته، و با سعه‌صدر و تواضع عالمانه الگویی ارزشمند برایم بوده و هستند.

معاون محترم آموزشی دانشکده علوم پزشکی استاد بزرگوار دکتر فضل الله احمدی که در مراحل تحصیل از نظرات عالمانه ایشان سود جستیم.

مدیرگروه محترم پرستاری سرکار خانم دکتر کرمانشاهی و تمام اساتید محترم گروه پرستاری که در طی مدت تحصیل از محضر آنان بهره‌مند بودم.

مشارکت‌کنندگان در بخش پژوهش کیفی این رساله که تجارب ارزنده‌ی خود را در اختیار پژوهشگر نهادند.

دوست عزیزم سرکار خانم روشنک آقاشاهی و کارکنان محترم کتابخانه دانشکده علوم انسانی که در مرحله مرور نظامدار متون با محبت و گشاده‌رویی پذیرایم بودند.

کارکنان دانشکده علوم پزشکی بخصوص سرکار خانم عابدینی که همواره آماده کمک و یاری رساندن بودند.

خداوند یاورشان باد

## چکیده

مشارکت در آموزش بالینی وظیفه تمام کسانی است که در ارائه مراقبتهای بهداشتی نقش دارند. ضرورت ارتقاء کیفیت آموزش - های بالینی باعث شده است که شاهد روندی رو به رشد در طراحی و اجرای الگوهای مشارکتی آموزش بالینی در سطح بین‌المللی باشیم. آموزش بالینی فرایندی پویا و فعال است که تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی گوناگون قرار می‌گیرد انتخاب و کاربرد غیر نقادانه هر الگو، بدون توجه به خواستگاه توسعه‌ی الگو، نقاط ضعف و قوت و میزان همخوانی آن با ویژگیهای محیط‌های آموزشی و بالینی کشور ما، می‌تواند موجب کاهش اثربخشی اجرای الگوهای انتخابی گردد. مطالعه حاضر قصد دارد به طراحی یک الگو جهت توسعه همکاری بین مراکز آموزشی و بهداشتی-درمانی در اجرای آموزش‌های بالینی، در عین استفاده از تجارب موفق جهانی، متناسب با شرایط و ویژگیها نظام بهداشتی و دانشگاهی ایران بپردازد. در این مطالعه از رویکرد قیاسی و استقرایی در طراحی مدل استفاده شد. بخش قیاسی مطالعه شامل انجام یک مرور نظامدار متون جهت بررسی و تبیین فرایند ایجاد مشارکت بین موسسات آموزشی و بالینی بود. یک جستجوی الکترونیک جهت شناسایی مطالعات منتشر شده بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۸ بر اساس استراتژی جستجوی تطبیق بر اساس مرکز مرورها و انتشار دانشگاه یورک انجام شد. ۱۵ مقاله معیارهای ورود به مطالعه را کسب کردند. داده‌های استخراج شده از مقالات با روش تماتیک آنالیز خلاصه شد. بخش استقرایی مطالعه شامل انجام یک مطالعه کیفی با روش تئوری زمینه‌ای (اشتراس و کوربین ۱۹۹۸) جهت کشف فرایند همکاری بین موسسات آموزشی و بالینی در زمینه فرهنگی جامعه ما بود. مشارکت کنندگان در این بخش شامل ۱۵ نفر از پرستاران بالینی، مدیران بالینی و آموزشی، مدرسین پرستاری بودند. ؛ از استراتژی تولید تئوری (واکر و اوانت) جهت برقراری ارتباط بین مفاهیم موجود و ساخت تئوری در این زمینه استفاده شد. نتایج مرور نظامدار متون نشان داد که فرایند شکل‌گیری مشارکت بین موسسات آموزشی و بالینی در متون از راس سازمان آغاز شده و داری مراحل «شناسایی منافع بالقوه دوجانبه»، «حرکت از سمت رقیب به سمت همکار»، «عملکرد مشترک» و «نتایج سودمند دوجانبه» است. یافته‌های مطالعه گراند تئوری شامل مفاهیم «واگرایی»، «تضاد بین کارکردهای آموزشی و مراقبتی»، «تعادل بین کارکردهای آموزشی و مراقبتی»، با مرکزیت مفهوم «موازنه قدرت» بود. با استفاده از استراتژی سه مرحله - ای ساخت تئوری واکر و اوانت مدل موازنه قدرت در همکاری بین موسسات آموزشی و بالینی دارای سه مفهوم پارادایمیک «دستیابی به چشم انداز مشترک»، «موازنه قدرت»، «عملکرد مشترک» طراحی گردید. مدل حاضر ضمن تاکید بر استقلال هریک از موسسات، راهکارهای اجرایی جهت آغاز فرایند مشارکت از راس سازمان و موازنه قدرت در ساختاری سازمانی و ارتباطی دو موسسه و نحوه ایجاد پیوند بین فرایندهای کاری بین دو موسسه ارائه داده است. این مطالعه توان و فواید هم افزای مطالعات با رویکرد ترکیبی قیاسی و استقرایی را برای یافتن راه‌حل‌های جامع جهت حل مشکلات حرفه پرستاری را آشکار ساخت. مطالعات بیشتر جهت توسعه و آزمون اثربخشی این مدل مورد نیاز است.

**کلمات کلیدی:** مدل آموزش بالینی، مشارکت، موسسات آموزشی، موسسات بالینی، موازنه قدرت، منافع مشترک



## فهرست مطالب

فصل اول	۱
مقدمه	۱
فصل دوم	۹
پارادایم‌های اساسی و مهم پیرامون موضوع تحقیق	۹
۱-۲. مقدمه	۱۰
۲-۲. پارادایم‌های ارتباطی موسسات آموزشی و بالینی درگذر زمان	۱۰
۱-۲-۲. دوره خدمات محوری	۱۰
۲-۲-۲. تاسیس دانشکده‌های پرستاری مستقل از سازمان بالینی	۱۲
۳-۲-۲. دوره مدل‌های مشارکتی آموزش بالینی	۱۵
۴-۲-۲. پارادایم مشارکت بین موسسات آموزشی و بالینی	۲۰
فصل سوم	۲۳
مواد و روشها	۲۳
۱-۳. مقدمه	۲۴
۲-۳. روش پژوهش	۲۴
۱-۲-۳. دلیل انتخاب روش تحقیق و توضیح مختصر آن	۲۵
۳-۳. مراحل اجرای تحقیق	۲۶
۱-۳-۳. مرحله اول:	۲۶
۳-۳-۱-۱ هدف	۲۶
۲-۳-۳. استراتژی جستجو:	۲۷
۳-۳-۱-۳. بررسی نقادانه متون	۳۰
۴-۳-۳. سنتز داده‌ها	۳۱

۳۲	..... ۲-۳-۳ مرحله دوم: مطالعه نظریه زمینه ای
۳۴	..... ۱-۲-۳-۳ روش جمع آوری و تولید داده ها:
۳۵	..... ۲-۲-۳-۳ معرفی مشارکت کنندگان و ویژگی آنها:
۳۷	..... ۳-۲-۳-۳ محیط پژوهش
۳۷	..... ۴-۲-۳-۳ تجزیه و تحلیل داده ها
۳۹	..... ۳-۳-۳ طراحی الگوی آموزش بالینی
۳۹	..... ۱-۳-۳-۳ شناسایی مفاهیم مرکزی
۴۰	..... ۲-۳-۳-۳ شناسایی عوامل مرتبط و ارتباطات
۴۰	..... ۳-۳-۳-۳ ساخت تمثال جامع

## ۴۲ ..... فصل چهارم

### ۴۲ ..... نتایج و یافته‌ها

۴۳	..... ۱-۴ یافته های حاصل مطالعه مرور نظامدار متون
۴۴	..... ۱-۱-۴ ۱- منافع بالقوه دوجانبه
۴۵	..... ۲-۱-۴ حرکت از رقابت به سوی همکاری
۴۵	..... ۱-۲-۱-۴ تشکیل مجمع رهبران
۴۶	..... ۲-۲-۱-۴ برنامه ریزی مشترک
۴۷	..... ۳-۲-۱-۴ ایجاد ساختارهای مشترک
۴۹	..... ۳-۱-۴ عملکرد مشترک
۴۹	..... ۱-۳-۱-۴ پل های ارتباطی
۵۲	..... ۲-۳-۱-۴ آموزش بالینی
۵۳	..... ۳-۳-۱-۴ عملکرد مبتنی بر شواهد
۵۴	..... ۴-۳-۱-۴ بهسازی نیروی انسانی
۵۴	..... ۳-۱-۴ برآیند سودمند دوجانبه

۵۴	..... ۱-۳-۱-۴. منافع برای عملکرد پرستاری
۵۵	..... ۲-۳-۱-۴. فواید برای آموزش پرستاری
۵۶	..... ۳-۳-۱-۴. منافع برای حرفه پرستاری
۵۷	..... ۳-۱-۴. بحث
۶۳	..... ۲-۴. یافته های حاصل از مطالعه تئوری زمینه ای
۶۳	..... ۱-۲-۴. کُدگذاری باز
۶۵	..... ۲-۲-۴. کُدگذاری محوری
۷۰	..... ۳-۲-۴. کُدگذاری انتخابی
۷۱	..... ۱-۳-۲-۴. واگرایی
۷۱	..... واگرایی سازمانی
۷۸	..... ارزشگذاری مفرد بر دانش تئوریک
۸۲	..... دیوار نامرئی
۸۷	..... ۲-۳-۲-۴. تضاد کارکرد های آموزشی و مراقبتی
۸۷	..... موقعیت تئوری گرایی در آموزش و نادیده گرفتن
۹۰	..... موقعیت تسلط / انفعال
۹۳	..... ۳-۳-۲-۴. تعادل بین کارکرد آموزشی و مراقبتی
۱۱۴	..... ۴-۲-۴. نظریه ی زمینه ای موازنه قدرت
۱۱۸	..... <b>فصل پنجم</b>
۱۱۹	..... ۱-۵. طراحی مدل
۱۲۲	..... ۱-۵. روش پردازش مدل
۱۲۳	..... ۱-۱-۵. شناسایی مفاهیم مرکزی
	..... ۲-۱-۵. مرور متون با هدف شناسایی عوامل مربوط به مفاهیم مرکزی و تعیین ماهیت ارتباطات
۱۲۳	.....

۱-۲-۱-۵. مقایسه مفاهیم حاصل مرور نظام‌دار متون و مطالعه گراندد تئوری و تعیین ارتباطات	بین آنها.....	۱۲۳
۳-۱-۵. سازماندهی مفاهیم و بیانیه‌ها در یک تمثال کارآمد و یکپارچه از پدیده مورد مطالعه	۱۳۲	
۲-۵. مدل موازنه قدرت در همکاری بین موسسات آموزشی و بالینی در ارائه آموزشهای بالینی.	۱۳۲	
۱-۲-۵. پیش فرض‌ها.....	۱۳۲	
۲-۲-۵. مفاهیم و عناصر اساسی مدل موازنه قدرت در همکاری بین موسسات آموزشی و بالینی	در ارائه آموزش‌های بالینی.....	۱۳۵
۱-۲-۲-۵. دستیابی به چشم‌انداز مشترک:.....	۱۳۷	
۲-۲-۲-۵. موازنه قدرت.....	۱۳۹	
۳-۲-۲-۵. عملکرد مشترک:.....	۱۴۱	
۴-۲-۲-۵. مفاهیم متاپارادایمی.....	۱۴۲	
۳-۲-۵. اهداف مدل موازنه قدرت در همکاری بین موسسات آموزشی و بالینی در ارائه آموزش	های بالینی.....	۱۴۸
۴-۲-۵. راهبردها یا مراحل عملیاتی مدل موازنه قدرت در همکاری بین موسسات آموزشی	و بالینی در ارائه آموزشهای بالینی.....	۱۴۸
۱-۴-۲-۵. مرحله اول: دستیابی به چشم‌انداز مشترک (بستر سازی).....	۱۴۹	
۲-۴-۲-۵. مرحله دوم: موازنه قدرت.....	۱۵۱	
۲-۴-۲-۵. عملکرد مشترک.....	۱۵۶	
۳-۵. نتیجه‌گیری نهایی.....	۱۵۸	
<b>فهرست منابع</b> .....	۱۶۲	

# فصل اول

## مقدمه

پرستاری یک دیسیپلین عملکرد محور<sup>۱</sup> است [۱, ۲] که جنبه‌های عملی آن چشم‌انداز این حرفه را تشکیل می‌دهد. بطوری که می‌توان گفت ماموریت اولیه این حرفه مربوط به عملکرد شاغلین آن است. پرستاران برای درک پدیده‌های اصلی مربوط به اهداف و ماموریت پرستاری، به دانش پایه نیازمند هستند. مثلاً مردم چگونه درخواست کمک می‌کنند، چگونه ارتباطات به حفظ تعادل و سلامت در آنها کمک می‌کند، چطور مردم با الگوهای مختلف به وقایعی مثل درد، مداخلات بستری شدن و ترخیص پاسخ می‌دهند. درک پدیده‌هایی مثل راحتی، لمس، بی‌خوابی، بی‌قراری برای توسعه بعدی دانش کاربردی ضروری است. دانش پایه و دانش کاربردی زیر بنای پرستاری بعنوان یک دیسیپلین عملگرا است [۳]. به همین دلیل آموزش‌های بالینی که بخش اعظم آموزش‌های دوره کارشناسی پرستاری را به خود اختصاص می‌دهند از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند [۴, ۵]. کیفیت مراقبت‌های پرستاری بر اساس کیفیت آموزش‌های بالینی پیش‌بینی می‌شود. اهمیت کیفیت آموزش‌های بالینی در ارتقاء سطح مهارت، دانش و نگرش حرفه‌ای پرستاران در متون تئوریک، تجربی و دستورالعمل‌های اجرایی مورد تاکید قرار گرفته است [۵].

به عقیده بارنوم (۱۹۹۸) آنچه در برنامه پرستاری آموزش داده می‌شود را می‌توان به سه دسته تقسیم نمود. (۱) محتوای شناختی، (۲) مهارت‌های روانی-حرکتی، (۳) کاربرد محتوا و مهارت آموخته شده در عمل. محتوای پرستاری شامل همه اطلاعاتی است که پرستار یاد می‌گیرد و به عنوان زمینه-ای برای عمل به کار می‌بندد. مهارت‌های روانی حرکتی، فعالیت‌ها و مهارت‌هایی است که برپایه اصول

---

<sup>1</sup> Practice- oriented

علمی یادگرفته شده و با کاربرد تکنیکهای پذیرفته همراه است. کاربرد دانش شناختی به تشخیص و تفسیر پدیده‌ها در موقعیت بالینی و مراقبت بر اساس تفسیر اطلاق می‌شود. روشهای تدریس در هر یک از این ابعاد، متفاوت است. محتوای شناختی به سادگی با سخنرانی، یادگیری برنامه‌ریزی شده، یا با خواندن تکالیف منتقل می‌شود. کسب محتوای شناختی می‌تواند بدون تدریس مهارت‌ها نیز بدست آید. مهارت‌های روانی حرکتی، نیاز به تثبیت، تصحیح و بازخورد و توسعه مهارت از راه تمرین دارد. یادگیری برای کاربرد دانش شناختی و مهارت روانی حرکتی و عمل پیچیده‌ترین بخش یادگیری است که یادگیری در محیط‌های مختلف بالینی را می‌طلبد [۳].

هدف از آموزش‌های بالینی آموزش چگونگی بکارگیری مطالب آموخته شده نظری در موقعیت‌های واقعی بالینی است. آموزش‌های بالینی فرصتی فراهم می‌کند تا نقش پرستار در دانشجویان نهادینه شده و تفکر انتقادی در آنها توسعه یابد. آموزش‌های بالینی موثر فرصتی برای ایجاد اعتماد به نفس در دانشجویان به عنوان یک پرستار و اطمینان یافتن از اینکه آنها قادر خواهند بود در موقعیت‌های واقعی به درستی و به طور مستقل تصمیم‌گیری نمایند، می‌باشد [۴، ۶]. اما همیشه آنچه در آموزش‌های نظری به دانشجویان آموزش داده می‌شود در عملکرد آنها ظهور و بروز نمی‌یابد [۶].

به طور کلی به فاصله آنچه دانشجویان در کلاس فرا می‌گیرند و آنچه در محیط‌های واقعی کاری تجربه می‌کنند «شکاف بین نظریه و عمل»<sup>۱</sup> اطلاق می‌شود [۷، ۸]. تعریف دیگری که از پدیده شکاف نظریه و عمل می‌شود عبارتست از فقدان درک ارزش تئوری در عملکرد [۸]. مطالب زیادی در مورد شکاف نظریه و عمل نوشته شده است. به‌زعم فرگوسن و جینکس (۱۹۹۴) این شکاف به دلیل تفاوت و تمایز آنچه دانشجویان در کلاس فرا می‌گیرند نسبت به آنچه در محیط‌های بالینی تجربه می‌کنند بوجود آمده است. این پدیده سالهاست که ذهن مدرسین پرستاری را به خود مشغول ساخته‌است؛ با توجه به هدف این پژوهش، منظور از شکاف بین نظریه و عمل فاصله آنچه دانشجویان در کلاس آموزش می‌بینند با آنچه در بالین تجربه می‌کنند است [۷، ۸].

---

<sup>1</sup> Theory – practice gap

شکاف بین نظریه و عمل پیامدهای متعددی برای پرستاری دارد. اولین تاثیر منفی آن بر روند اجتماعی شدن حرفه‌ای دانشجویان پرستاری است. اگر رفتارهای حرفه‌ای دانشجویان به شکل عملکرد مبتنی بر نظریه پایه‌ریزی نشود موجب غیرحرفه‌ای<sup>۱</sup> شدن آنها می‌گردد. فاصله گرفتن از استانداردهای حرفه‌ای مانع رشد عملکرد پرستاری می‌گردد. تفاوت بین آنچه دانشجویان در کلاس آموزش می‌بینند با آنچه در بالین تجربه می‌کنند موجب بروز شوک واقعیت<sup>۲</sup> در هنگام فارغ‌التحصیلی آنان میشود. این شوک می‌تواند اثرات فلج‌کننده‌ای بر پرستاران تازه کار داشته باشد و در نتیجه موجب تضعیف حرفه پرستاری گردد. دومین پیامد نامطلوب این شکاف ممانعت از اجرای پرستاری مبتنی بر شواهد<sup>۳</sup> است [۹، ۱۰]؛ که این امر اثرات منفی بر حرفه پرستاری و نتایج مراقبتی در بیماران دارد. پرستاری مبتنی بر شواهد نیازمند آن است که عملکرد پرستاری ریشه در اطلاعات و تحقیقات داشته باشد [۸، ۹].

لاتلن<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) بخشی از علت ایجاد شکاف بین نظریه و عمل را گذر حرفه پرستاری از دوره‌ی خدمات محوری<sup>۵</sup> به دوره الگوی آموزشی مربوط می‌داند. امروزه اغلب از متخصصین آموزشی<sup>۶</sup> به عنوان آفرینندگان شکاف نظریه و عمل، یاد می‌شود [۱۱]. عقیده بر این است که اجرای ایده‌ال‌های پرستاری در محیط‌های بالینی غیر ممکن است. در حالی که پرستاران بالینی نگران انجام کارها به شکل واقع-بینانه هستند، مدرسین پرستاری بر انجام عمل به شکلی ایده‌ال تکیه دارند [۱۱]. با توجه به جریان حرکت پرستاری به سمت تحصیلات تکمیلی و تاکید بر حصول پایه دانش تئوریک، می‌توان پیش‌بینی کرد که این شکاف در آینده عمیق‌تر خواهد شد. سوال این است که اگر نظریه به عملکرد تبدیل نشود، آموزش پرستاری به چه میزان در تربیت کارکنان دارای صلاحیت حرفه‌ای اثربخش خواهد بود؟

---

<sup>1</sup> De- professionalization

<sup>2</sup> Reality shock

<sup>3</sup> Evidence- based nursing

<sup>4</sup> Lathlean

<sup>5</sup> Service oriented

<sup>6</sup> Educationalist



بنر<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) بین دانش تئوریک<sup>۲</sup> و دانش عملی<sup>۳</sup> تمایز قائل شد. دانش تئوریک از طریق فعالیت‌های آکادمیک مانند مطالعه مجلات، نوشتن مقالات و انجام تحقیقات بدست می‌آید، اما بدست آوردن و حفظ دانش کاربردی به درگیر بودن مستقیم در ارائه مراقبت‌ها نیاز دارد [۱۲]. 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 [۱۳]. اگر مدرسین پرستاری صلاحیت‌های بالینی خود را حفظ نکنند قادر نخواهند بود که دانشجویان خود را به طور موثر 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 [۱۴، ۱۵].

آموزش بالینی اثربخش در سالهای اخیر مورد توجه خاص محققین پرستاری قرار گرفته است [۱۶-۱۸]. عوامل متعددی بر اثربخشی آموزش‌های بالینی تاثیر دارند که در این میان مدرسین بالینی نقشی کلیدی در این زمینه ایفا می‌کنند. همانطور که خاطرنشان شد، انتقال برنامه‌های آموزش پرستاری به موسسات آموزش عالی در سال ۱۹۹۰ مباحث قابل توجهی در خصوص نقش بالینی مدرس پرستاری ایجاد کرد [۱۹]. بدنه اجرایی و حرفه‌ای پرستاری کشورهای صاحب نظر در پرستاری، با تصویب قوانین و مقرراتی تلاش کرده‌اند بر این مشکل فائق بیایند [۱۹]. در پاسخ به این مساله، موسسات آموزش عالی، استراتژی‌هایی را طراحی کردند تا به مدرسین پرستاری کمک شود که ضمن حفظ عملکرد بالینی خود، امکان پرداختن به فعالیتهای آکادمیک نظیر تحقیق و آموزش را برای خود فراهم سازند.

پیام مباحث فوق پیامی روشن است: ضروری است مدرسین پرستاری با محیط‌های بالینی ارتباط خود را حفظ کنند و با درگیر شدن در عملکرد پرستاری مهارت‌های خود را حفظ و بین آموزش و بالین ارتباط برقرار کنند. علی‌رغم وجود این سیاستگذاری‌های کلی نقش بالینی مدرسین پرستاری همچنان

---

<sup>1</sup> Benner

<sup>2</sup> Theoretical Knowledge

<sup>3</sup> Practical Knowledge

مبهم است و ماهیت این پیوند هنوز به وضوح مشخص نیست [۱۴, ۲۰-۲۳]. اما آموزش بالینی فقط مسئولیت موسسات آموزشی نیست. آموزش بالینی مسئولیت همه افرادی است که در ارائه خدمات بهداشتی درمانی دخالت دارند در نتیجه، موسسات آموزشی و بالینی را هر دو، درگیر می‌کند و به همین دلیل تحت تاثیر بستر سازمانی هر یک از این موسسات قرار می‌گیرد [۲۰]. اما هنوز ارتباط ساختاری رسمی و روشنی بین موسسات آموزشی و مراکز ارائه مراقبت‌های بهداشتی به خوبی تعریف نشده است [۲۱].

در طی دهه‌های اخیر الگوهای مختلف آموزش بالینی با هدف ارتقاء کیفیت این آموزشها و آماده سازی بهتر دانشجویان پرستاری برای ورود به دنیای واقعی کار طراحی شده است. الگوهایی مانند اینترنتشپ، پرسپتورشپ، استخدام مشترک، کارآموزی تحت نظارت عضو هیئت علمی، الگوی بخش آموزشی [۲۰]. بسته به شرایط و زمینه فرهنگی و سازمانی هر یک از این الگوها دارای خواستگاه خاص خود در یکی از کشورهای کانادا، استرالیا و ایالات متحده هستند [۲۴]. مطالعات نشان می‌دهد که روند طراحی و کاربرد الگوهای مختلف آموزش بالینی به سوی طراحی الگوهای مشارکتی جهت توسعه همکاری بین مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و مراکز دانشگاهی است [۲۴, ۲۱] مشارکت به عنوان یک ارتباط دوطرفه، سودرسان، و 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 [۲۴, ۲۱]. منافع بالقوه متعددی در مشارکت بین موسسات آموزشی و بالینی متصور است؛ در نتیجه بسیاری از موسسات 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 موسسات آموزشی و بالینی که در متون گزارش شده است عبارتند از: امکان پذیرش تعداد بیشتر دانشجو [۲۵, ۲۶]، ارتقاء سطح تحقیقات پرستاری و توسعه پرستاری مبتنی بر شواهد [۲۷, ۲۸]، ارتقاء اعتبار بالینی مدرسین پرستاری [۲۷]، ایجاد فرصت‌های توسعه منابع انسانی و اجرای آموزشهای

ضمن خدمت [۲۵، ۲۷، ۲۹]، تسهیل آموزشهای بالینی و آشناسازی اثربخش دانشجویان با محیط بالینی و ایجاد یک محیط یادگیری حمایت کننده [۲۷، ۳۰-۳۲].

مطالعات انجام شده در کشور ما در خصوص آموزشهای بالینی نشان می‌دهد که این آموزشها دارای اثربخشی لازم نیست، برخی مشکلات موجود در آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان و مدرسین بالینی عبارتند از مشخص نبودن اهداف کارآموزیها، عدم هماهنگی بین آموزشهای عملی و نظری و عدم کاربرد روشهای ارزشیابی عملکرد [۳۳-۳۵]. بعلاوه، نتایج یک مطالعه نشان داد که توانایی تفکر انتقادی به عنوان یک برآیند آموزش اثربخش، در دانشجویان سال اول و آخر پرستاری به یک میزان است [۳۶]. مطالعه انجام شده بر روی پرستاران تازه‌کار نیز حاکی از آن است که آنها در گذر از نقش دانشجویی به نقش حرفه‌ای به نوعی عدم آمادگی را تجربه کرده‌اند [۳۷]. 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 [۳۸].

در کشور ما الگوی رایج آموزش بالینی الگوی نظارت توسط عضو هیئت علمی و الگوی اینترشیپ است. الگوی اینترشیپ با توجه به امکانات و شرایط محیطی تعدیل شده و در برخی موارد حتی مشابه الگوی نظارت توسط عضو هیئت علمی اجرا می‌شود. مطالعاتی که اثربخشی این الگوها و نقش مدرسین پرستاری را در اجرای این الگوها مورد بررسی قرار دهد محدود است.

نتایج مطالعه ابادری (۱۳۸۳) 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 می‌باشد [۳۹]. مطالعات متعدد به وجود شکاف نظریه و عمل در کشور ما اشاره نموده‌اند [۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۴۰-۴۲]. مهدی‌پور و همکاران (۱۳۸۰) عوامل موثر بر انطباق آموزش نظری و بالینی از دیدگاه مدرسان و دانشجویان پرستاری مورد بررسی قرار دادند؛ نتایج این مطالعه نشان داد واگذاری امور بالینی به مدرسین پرستاری از عوامل موثر در انطباق آموزش نظری و عملی است. مساله دیگر این است که در کشور ما نیز، مشخص نبودن نحوه ارتباط مدرسین پرستاری با محیط بالینی، موجب ابهام و تضاد در ایفای نقش بالینی مدرسین پرستاری گردیده است.

زمانزاده و همکاران (۱۳۸۱) مطالعه‌ای به روش گراندتئوری و با هدف درک نقش بالینی و نحوه ایفای آن توسط مدرسین پرستاری مطالعه‌ای انجام دادند [۴۳]؛ درونمایه های بدست آمده از این مطالعه عبارت بود از روشنی نقش، هویت حرفه ای، استقلال حرفه‌ای. نتایج این مطالعه نشان داد که ابهام در نقش و وابستگی حرفه‌ای باعث شده مدرسان پرستاری در رسیدن به تسلط به نقش بالینی خود موفق نبوده؛ بنابراین با کسب هویت جدید حرفه‌ای و استفاده از راهبردهای هم‌رنگی (جورشدن) قصد دارند از تضادهای نقشی دوری جویند. حال آنکه بسیاری از این راه‌کارها، آنان را از اهداف آموزش جدا می‌سازد.

با توجه به نیاز و ضرورت برقراری ارتباط رسمی و تعریف شده بین بدنه علمی پرستاری و بدنه اجرایی این حرفه جهت ارتقاء و بهبود کیفیت آموزش‌های بالینی پرستاری و در نهایت نزدیک کردن هرچه بیشتر دانش پرستاری به عمل نیاز به طراحی یک الگوی آموزش بالینی جهت توسعه همکاری بین مراکز آموزشی و بهداشتی-درمانی در اجرای آموزش‌های بالینی، احساس می‌شود.

آموزش بالینی فرایندی پویا و فعال است که تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی گوناگون قرار می‌گیرد [۴۴، ۴۵]، انتخاب و کاربرد غیر نقادانه هر الگو، بدون توجه به خواستگاه توسعه‌ی 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. مطالعه حاضر قصد دارد به طراحی یک الگو جهت توسعه همکاری بین مراکز آموزشی و بهداشتی-درمانی در اجرای آموزش‌های بالینی، متناسب با شرایط و ویژگیها نظام بهداشتی و دانشگاهی ایران بپردازد.