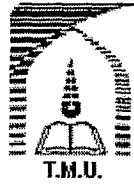


اسکین شد
تاریخ :
ایراتور :

۱۰۶

السلامة والسلامة والسلامة

۹۶۴۱۶



دانشگاه تربیت مدرس
دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه دوره کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری

موضوع:

بررسی تاثیر الگوی رهبری موقعیتی در آموزش بالینی بر
صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری

نگارش:

زهرا پورفرزاد

استاد راهنما:

دکتر زهره ونکی

استاد مشاور:

دکتر ربابه معماریان

بهمن ۱۳۸۶

۱۳۸۷ / ۴ / ۲۸

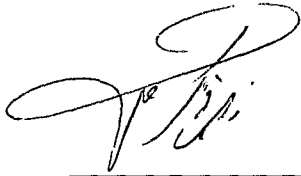
۹۶۴۱۶

مجموعه اطلاعات مورد نیاز
مکتب

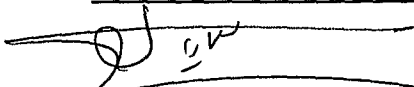
فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مندرج در پایان نامه کارشناسی ارشد»

بدینوسیله پایان نامه کارشناسی ارشد زهرا پورفرزاد رشته: پرستاری گرایش: تقدیم می شود. اینجانبان نسخه نهائی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوی بررسی و تأیید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنیم.

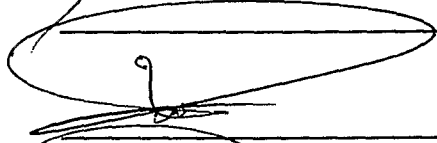
نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:
سرکار خانم دکتر زهره ونکی (استاد راهنما)



سرکار خانم دکتر ربابه معماریان (استاد مشاور)



جناب آقای دکتر عیسی محمدی (نماینده تحصیلات تکمیلی)



جناب آقای دکتر فضل اله احمدی (استاد ناظر)



سرکار خانم دکتر مهرنوش بازارگادی (استاد ناظر)



۶۱۴۰۹

۱۳۸۷ / ۳ / ۲۸

آیین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، متین بخشی از فعالیتهای 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 بزرگی شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند.
"کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد/ رساله دکتری نگارنده در رشته تاریخ معاصر ایران است که در سال ۱۳۸۶ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی دکتر محمود علی مشاوری مشاوره دکتر سید علی حسینی 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 بهای خسارت، دانشگاه می تواند خسارت 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 زهرا برزگر دانشجوی رشته تاریخ معاصر ایران در مقطع کارشناسی ارشد از ضوابط اجزایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی: زهرا برزگر

تاریخ و امضا
۸۶/۱۲/۲۰

دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی
دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست های پژوهشی 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 هیات علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی تحت عناوین پایان نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:


ماده ۱- حقوق مادی و معنوی پایان نامه ها/ رساله های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هر گونه بهره برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین نامه ها و دستورالعمل های مصوب دانشگاه باشد.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشند. تبصره: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه/ رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آیین نامه های مصوب انجام می شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی حاصل از نتایج مستخرج از پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم الاجرا است و هر گونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.

نام و نام خانوادگی: 
تاریخ و امضاء: ۸۷/۲/۴

تقدیم به:

پدر و مادر و همسر

که سرمایه های بی انتهای زندگی هستند

برادران و خواهر عزیز

که پشتوانه و دلگرمی بخش وجودم هستند

سپاس بی‌کمران پروردگار عالمیان را سزااست که انسان را آفرید و به او آموخت آنچه نمی‌دانست.

سپاس ذات بی‌همتایی را که گوهر دانش را در صدف مصفای وجود انسان قرار داد تا در بهشت آگاهی
خویش مقام و منزلتی را که شایسته آفرینش اوست دریابد.

شایسته می‌دانم سرفصل پژوهش را با نام بزرگانی آغاز نمایم که بی‌دریغ و بی‌نظیر در کمال صفا، زلال
اندیشه خویش را بذل نمودند و این پژوهش را به سرمنزل و سرانجام رسانیدند.

استاد محترم راهنما سرکار خانم دکتر ونکی، که با رهنمودهای ارزنده شان مرا در جهت تحقیق و تفحص
سوق دادند و در این ایام که در خدمت ایشان بوده ام نکات علمی و اخلاقی بسیاری را آموخته‌ام.

استاد بزرگوار سرکار خانم دکتر معماریان، که نهایت لطف، مساعدت و همیاری خویش را در مراحل
مختلف پایان این پژوهش از اینجانب دریغ نفرمودند.

استاد محترم جناب آقای دکتر محمدی - مدیر گروه محترم گروه پرستاری، که در طول تحصیل از
راهنمایی‌های ارزشمند ایشان بهره‌مند بوده‌ام.

همچنین از محضر استاد ارجمند سرکار خانم دکتر انوشه که در طول تحصیل، قدم به قدم مرا یاری و
مساعدت نمودند، کمال تشکر و سپاس را دارم.

در پایان ضمن تقدیر و تشکر مجدد از همه اساتید محترم، دوستان و کسانی که به نحوی در اجرای احسن
این تحقیق همواره مشوق من در این راه بوده‌اند. سلامت، سعادت و توفیق روز افزون آنها را در کسب علم و
تقوی از درگاه ایزد منان خواستارم.

چکیده

پژوهش حاضر یک تحقیق نیمه تجربی است که در دو گروه شاهد و آزمون به صورت قبل و بعد و با هدف "تعیین تاثیر الگوی رهبری موقعیتی بر میزان صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری" انجام شد. کلیه دانشجویان کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد اسلامی اراک که واحدهای کارآموزی داخلی جراحی را در نیمسال دوم ۸۶-۸۵ و ترم تابستانی اخذ کرده بودند، جامعه پژوهش را تشکیل دادند. روش نمونه گیری به صورت تصادفی و اختصاص نمونه‌ها در گروه‌های شاهد و آزمون به صورت غیرتصادفی انجام شد که نهایتاً ۳۵ نفر در گروه شاهد و ۴۰ نفر در گروه آزمون قرار گرفتند. دانشجویان و مربیان در دو گروه با یکدیگر همسان بودند. پرسشنامه سنجش صلاحیت ارتباطی توسط مربی و دانشجو در هفته اول کارآموزی تکمیل گردید. جهت اجرای الگوی رهبری موقعیتی در گروه آزمون پژوهشگر در مرحله قبل از کارآموزی به تعیین اهداف رفتاری و آموزشی کارآموزی، طراحی فرم سنجش سطح توانایی دانشجویان، طراحی فرم برنامه ریزی آموزشی و طراحی فرم کنترل/بازخورد جهت دانشجویان پرداخت. سپس در مرحله حین کارآموزی بعد از آشناسازی دانشجویان در روز اول کارآموزی با تعیین سطح آمادگی دانشجویان پرستاری در انجام مراقبت‌ها سبک رهبری مناسب را به کار گرفت. در طول کارآموزی کنترل و نظارت مستمر نیز در جهت تغییر سبک با افزایش یا کاهش سطح آمادگی انجام شد. در انتهای کارآموزی نیز مجدداً ابزار توسط مربی و دانشجو تکمیل شد. شایان ذکر است که این الگو توسط پژوهشگر در کنار فعالیتهای آموزشی مربی بالینی دانشجویان پرستاری منتخب انجام شده است. داده‌ها تحت برنامه spss ver13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج آزمون آماری تی زوجی بر حسب ارزشیابی مربی نشان داد که در گروه شاهد صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در مرحله بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله تغییری نکرده است ($p=0/764$). در حالی که در گروه آزمون نمره صلاحیت ارتباطی اکثریت دانشجویان پرستاری این افزایش معنادار را با $p=0/00$ تایید می‌نمایند. با استفاده از آزمون آماری تی مستقل اختلاف میانگین صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزشیابی مربی بالینی بین مراحل قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد تفاوت معناداری با اختلاف میانگین صلاحیت ارتباطی گروه آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله دارد ($p=0/00$). بنابراین فرضیه پژوهش تحت عنوان "صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری که الگوی رهبری موقعیتی برای آنها اجرا می‌شود نسبت به گروه شاهد افزایش می‌یابد" تایید شد. همچنین آزمون تی مستقل در مقایسه اختلاف میانگین نمرات بین مراحل قبل و بعد در دو گروه شاهد و آزمون بر حسب ارزیابی دانشجویان پرستاری تفاوت معناداری را در سطح صلاحیت ارتباطی نشان نداد ($p=0/335$).
کلمات کلیدی: الگوی رهبری موقعیتی، آموزش بالینی، صلاحیت ارتباطی.

فهرست مطالب

عنوان..... صفحه

فصل اول مقدمه

مقدمه..... ۱

فصل دوم چهارچوب پنداشتی مروری بر مطالعات انجام شده

۱-۲. چهارچوب پنداشتی..... ۷

۱-۱-۲. آموزش بالینی..... ۷

۱-۲-۲. الگوی رهبری موقعیتی..... ۱۴

۱-۲-۳. صلاحیت ارتباطی..... ۲۲

۲-۲. مروری بر مطالعات..... ۳۱

فصل سوم مواد و روش ها

۱-۳. اهداف پژوهش..... ۴۳

۱-۱-۳. هدف کلی..... ۴۳

۱-۲-۳. اهداف ویژه..... ۴۳

۲-۳. فرضیه پژوهش..... ۴۳

۳-۳. تعریف واژه ها..... ۴۳

۱-۳-۳. الگوی رهبری موقعیتی..... ۴۳

۲-۳-۳. آموزش بالینی..... ۴۳

۳-۳-۳. صلاحیت ارتباطی..... ۴۴

۴-۳-۳. دانشجویان پرستاری..... ۴۴

۴-۳. پیش فرض ها..... ۴۴

۵-۳. ابزار گردآوری داده ها..... ۴۵

۶-۳. روایی و پایایی ابزار گردآوری داده ها..... ۴۶

۱-۶-۳. روایی..... ۴۶

۲-۶-۳. پایایی..... ۴۶

۷-۳. روش گردآوری داده ها..... ۴۶

۸-۳. متغیر های پژوهش..... ۴۶

۹-۳. متغیر های ناخواسته..... ۴۶

۱-۹-۳. متغیرهای قابل کنترل..... ۴۶

۲-۹-۳. متغیرهای غیرقابل کنترل..... ۴۶

۱۰-۳. محیط پژوهش..... ۴۷

۴۷.....	۱۱-۳ جامعه پژوهش
۴۷.....	۱۲-۳. نمونه پژوهش
۴۷.....	۱۳-۳ ویژگی های نمونه پژوهش
۴۷.....	۱۴-۳. روش نمونه گیری
۴۸.....	۱۵-۳. نوع پژوهش و روش کار
۴۸.....	۱-۱۵-۳. مرحله قبل از مداخله
۴۸.....	۲-۱۵-۳. مرحله مداخله
۴۸.....	۱-۲-۱۵-۳. قبل از شروع کارآموزی
۴۹.....	۲-۲-۱۵-۳. مرحله حین کارآموزی
۵۱.....	۳-۱۵-۳. مرحله پس از مداخله
۵۱.....	۱۶-۳. روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۲.....	۱۷-۳. ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم یافته ها، بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات

۵۳.....	۱-۴. یافته های پژوهش
۱۰۰.....	۲-۴. بحث
۱۰۵.....	۳-۴. نتیجه گیری نهایی
۱۰۵.....	۴-۴. کاربرد یافته های پژوهش در پرستاری
۱۰۶.....	۵-۴. پیشنهادهایی برای پژوهش های بعدی

فهرست جداول

۵۳.....	جدول ۱-۴-۱. توزیع سطح توانایی دانشجویان پرستاری مربوط به فعالیت های اختصاصی بخش جراحی
۵۴.....	جدول ۲-۴-۱. توزیع سطح توانایی دانشجویان پرستاری مربوط به فعالیت های اختصاصی بخش داخلی
۵۵.....	جدول ۳-۴-۱. توزیع سطح توانایی دانشجویان پرستاری مربوط به فعالیت های عمومی در دو بخش داخلی و جراحی
۵۷.....	جدول ۴-۴-۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ویژگی های فردی در دو گروه شاهد و آزمون
۵۸.....	جدول ۵-۴-۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان پرستاری در دو گروه شاهد و آزمون
۵۹.....	جدول ۶-۴-۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مقدماتی از دیدگاه مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله
۶۰.....	جدول ۷-۴-۱. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مقدماتی بر حسب ارزیابی مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله

- جدول ۴-۱-۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مقدماتی از دیدگاه مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۶۱
- جدول ۴-۱-۹. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مقدماتی بر حسب ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله بین دو گروه شاهد و آزمون.....۶۲
- جدول ۴-۱-۱۰. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مقدماتی بر حسب ارزیابی مربی بین مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۶۳
- جدول ۴-۱-۱۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مقدماتی از دیدگاه خودشان در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله.....۶۴
- جدول ۴-۱-۱۲. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مقدماتی بر حسب ارزیابی خودشان در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله.....۶۵
- جدول ۴-۱-۱۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مقدماتی از دیدگاه خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۶۶
- جدول ۴-۱-۱۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مقدماتی بر حسب خود ارزیابی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۶۷
- جدول ۴-۱-۱۵. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مقدماتی بر حسب ارزیابی دانشجو در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۶۸
- جدول ۴-۱-۱۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مراقبتی از دیدگاه مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله.....۶۹
- جدول ۴-۱-۱۷. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مراقبتی بر حسب ارزیابی مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله.....۷۰
- جدول ۴-۱-۱۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مراقبتی از دیدگاه مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۷۱
- جدول ۴-۱-۱۹. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مراقبتی بر حسب ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۷۲
- جدول ۴-۱-۲۰. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مراقبتی بر حسب ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون.....۷۳
- جدول ۴-۱-۲۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مراقبتی از دیدگاه خودشان در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله.....۷۴
- جدول ۴-۱-۲۲. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مراقبتی بر حسب ارزیابی خودشان در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله.....۷۵

- جدول ۴-۱-۲۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مراقبتی از دیدگاه خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۷۶
- جدول ۴-۱-۲۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مراقبتی بر حسب ارزیابی خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۷۷
- جدول ۴-۱-۲۵. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مراقبتی بر حسب ارزیابی خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۷۸
- جدول ۴-۱-۲۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب نمرات صلاحیت ارتباطی در بعد مدیریتی بر حسب ارزیابی مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۷۹
- جدول ۴-۱-۲۷. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباط مدیریتی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۸۰
- جدول ۴-۱-۲۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب نمرات صلاحیت ارتباطی در بعد مدیریتی مطابق با ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۸۱
- جدول ۴-۱-۲۹. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباط مدیریتی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۸۲
- جدول ۴-۱-۳۰. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباط مدیریتی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۸۳
- جدول ۴-۱-۳۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی در بعد مدیریتی از دیدگاه خودشان در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۸۴
- جدول ۴-۱-۳۲. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مدیریتی بر حسب ارزیابی خودشان در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۸۵
- جدول ۴-۱-۳۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب نمرات صلاحیت ارتباطی در بعد مدیریتی از دیدگاه خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۸۶
- جدول ۴-۱-۳۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مدیریتی بر حسب ارزیابی خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۸۷
- جدول ۴-۱-۳۵. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری در بعد مدیریتی بر حسب ارزیابی خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۸۸
- جدول ۴-۱-۳۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی به طور کلی از دیدگاه مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۸۹
- جدول ۴-۱-۳۷. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری به طور کلی بر حسب ارزیابی مربی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۹۰

- جدول ۴-۱-۳۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی به طور کلی از دیدگاه مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۹۱
- جدول ۴-۱-۳۹. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری به طور کلی بر حسب ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۹۲
- جدول ۴-۱-۴۰. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری به طور کلی بر حسب ارزیابی مربی در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۹۳
- جدول ۴-۱-۴۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی به طور کلی از دیدگاه خودشان در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۹۴
- جدول ۴-۱-۴۲. مقایسه میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری به طور کلی بر حسب خود ارزیابی در دو گروه شاهد و آزمون بین مراحل قبل و بعد از مداخله ۹۵
- جدول ۴-۱-۴۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پرستاری بر حسب ارزیابی صلاحیت ارتباطی به طور کلی از دیدگاه خودشان در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۹۶
- جدول ۴-۱-۴۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری به طور کلی بر حسب ارزیابی دانشجو در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۹۷
- جدول ۴-۱-۴۵. مقایسه اختلاف میانگین نمرات صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری به طور کلی بر حسب ارزیابی دانشجو در مراحل قبل و بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۹۸
- جدول ۴-۱-۴۶. بررسی میزان همبستگی ارزشیابی مربیان بالینی و دانشجویان پرستاری از ابعاد صلاحیت ارتباطی در مرحله بعد از مداخله در دو گروه شاهد و آزمون ۹۹

فصل اول

مقدمه

ماهیت پرستاری شامل سیستم تعاملی دوطرفه است. در هر کجا که تعاملی صورت پذیرد بدون شک برقراری ارتباط به هر شکلی امکان پذیر است اما برای ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت بالا، ارتباط بین پرستار و بیمار بایستی از نوع اختصاصی باشد [۱]. برای آنکه پرستاران بتوانند بنحو مطلوبی خدمات حرفه ای خود را ارائه دهند، لازم است که بتوانند ارتباط مناسب با بیمار و خانواده وی، پزشکان، سایر پرستاران، اعضای تیم درمانی و مراکز درمانی برقرار کنند [۲]. یک جنبه مهم از مراقبت‌های پرستاری ارتباط با بیمار است. همه مراقبت‌های پرستاری با هدف ارتقاء، حفظ و بازگرداندن سلامتی انجام می‌گیرد که دستیابی به این اهداف از طریق برقراری ارتباط مناسب میسر می‌شود. ارتباطات می‌تواند به عنوان اولین عامل در پیشبرد ارائه مراقبت پرستاری در نظر گرفته شود [۳]. فرایند ارتباط درمانی^۱ یک ارتباط ساده و معمولی و یک تعامل ساده بین پرستار و بیمار نیست بلکه ارتباطی است هدفدار و مشاوره‌ای. نظریه ارزشمند ارتباط درمانی پیلاو نیز پرستاری را به عنوان یک فرایند ارتباط بین فردی و تعامل بین پرستار و بیمار تعریف می‌کند و معتقد است که پرستار باید ارتباط را در جهت حل مشکل بیمار برقرار کند و آن را تا جایی ادامه دهد که مشکل بیمار حل شود. هدف از برقراری ارتباط درمانی، برقراری تماسها و تعاملاتی بین پرستار و بیمار در طی فرایند پرستاری است که شامل برقراری اعتماد، بررسی و شناخت، ارائه اطلاعات، راهنمایی و آموزش و نیز فراهم نمودن فرصتهایی به بیمار جهت بیان آزادانه احساساتش می‌باشد. در خلال ارتباط درمانی، بیمار درباره بیماری خود و نیز درباره اینکه چگونه با بیماری خود کنار بیاید، می‌آموزد [۴ و ۵].

پرستاران به عنوان اولین و نزدیکترین فرد به بیمار در تیم درمانی - مراقبتی نه تنها وظیفه دارند با بیمار یک ارتباط مناسب درباره درمان و بیماری او برقرار سازند بلکه باید حس همدلی، راحتی و حمایت از بیمار را در وی ایجاد نمایند. مهمترین فردی که در تیم مراقبت وظیفه حمایت عاطفی از بیمار را ایفا می‌کند پرستار است که نقش بسیار حیاتی در حمایت عاطفی از بیماران دارد [۵]. حمایت عاطفی از بیمار و خانواده در مراقبت از بیماران با بیماری‌های تهدید کننده زندگی اهمیت بسیاری دارد. بیماران برای بیان احساسات و استرس‌هایشان به کمک اعضای تیم مراقبت بهداشتی نیاز دارند [۶، ۷]. مهمترین راه برای ایجاد حمایت عاطفی از بیمار و خانواده برقراری ارتباط مؤثر با آنها است [۵]. همچنین اساسی‌ترین نقش پرستاران آموزش و کمک به ارتقاء سطح آگاهی بیماران در جهت پیشگیری از بیماری با برقراری ارتباط مناسب میسر می‌شود [۴].

اساس پرستاری ارتباط است، اگر پرستار قادر به برقراری ارتباط درست و مؤثر درمانی نباشد در مراقبت‌های پرستاری وقفه می‌افتد. اولین قدم در مراقبت پرستاری ارتباط و بررسی موقعیت بالینی بیمار یا مددجو است [۸]. وظیفه پرستار رفع نیازهای بیمار از طریق برقراری ارتباط مؤثر است [۹]. برقراری ارتباط مؤثر بین پرستار با بیمار با بسیاری از پیامدهای مهم و معنی دار سلامتی در بیماران همراه می‌شود نظیر کاهش فشار خون، کنترل درد، کاهش اضطراب، افزایش رضایت بیمار، حل مشکلات بیمار، بهبود علائم عملکرد جسمانی، بهبود علائم عملکرد روانی، کنترل موثرتر قند خون، سازگاری بیشتر با

^۱. therapeutic relationship process

بیماری، تاثیر بر حالت‌های فیزیکی و عاطفی خوب بودن، افزایش همکاری با مراقبین بهداشتی، بهبود عملکرد قلبی و تنفسی - عروقی بیمار، افزایش پذیرش درمان و رژیم های غذایی و احساس بهبودی در بیمار [۲، ۵، ۶، ۱۰ و ۱۱]. از طرف دیگر، وجود اشکال در برقراری ارتباط می تواند منجر به اشتباه در تشخیص، افزایش اضطراب بیمار، کاهش مشارکت بیمار در برنامه‌های درمانی، اختلال در گرفتن اطلاعات، کاهش رضایتمندی بیمار، کاهش اعتماد بیمار به تیم مراقبت بهداشتی، اختلال در پذیرش بیمار، کاهش ارائه اطلاعات به بیمار، افزایش طول مدت بستری و همچنین باعث افزایش استرس، ترک خدمت، کاهش رضایتمندی و فرسودگی شغلی مراقبین بهداشتی شود [۲، ۵، ۶، ۱۲ و ۱۳]. بنابراین پرستاران باید توانایی برقراری ارتباط مؤثر با بیماران، خانواده‌شان و سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی را داشته باشند [۱۴ و ۱۵]. بدیهی است که این توانایی پرستار در برقراری ارتباط با بیماران بایستی متعاقب امر آموزش کسب گردد.

هدف از آموزش پرستاری برای دانشجویان شامل توسعه مهارت‌های تفکر انتقادی و تحلیل، شایستگی و تبحر، مهارت‌های روان حرکتی، مهارت‌های ارتباطی، مدیریت زمان و افزایش اعتماد به نفس برای کار به عنوان پرستار در آینده است [۱۶]. یکی از اهداف اساسی آموزش پرستاری ارتقاء سطح صلاحیت ارتباطی در دانشجویان است. صلاحیت ارتباطی عبارت است از توانایی برقراری ارتباط با بیماران، خانواده‌ها و تیم مراقبت بهداشتی [۱۵]. ارتباطات جزء مفاهیم پایه و اولین موضوعاتی است که دانشجویان پرستاری باید آن را یاد بگیرند. امروزه اهمیت و لزوم ارتقاء مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان پرستاری بر کسی پوشیده نیست؛ چرا که برای ارائه مراقبت پرستاری از بیماران برقراری ارتباط دانشجویان پرستاری با بیماران و خانواده‌شان در موقعیت‌های بالینی ضروری است. دانشجویان پرستاری در محیط بالینی یاد می‌گیرند تا چگونه در موقعیت‌های مختلف با بیماران ارتباط برقرار کنند و مراقبت پرستاری را به صورت فردی ارائه دهند. دانشجویان پرستاری برای اجرای مراحل فرایند پرستاری برای مراقبت از بیماران، حل مشکلات بیماران، مشارکت بیمار در برنامه مراقبتی، انجام پروسیجرهای مراقبتی، حمایت عاطفی و آموزش به بیمار باید مهارت‌های برقراری ارتباط با بیماران و خانواده‌شان را داشته باشند. بنابراین به جرأت می‌توان گفت برقراری ارتباط با بیمار فاز اولیه و هسته اصلی مراقبت‌های پرستاری است. دانشجویان پرستاری برای ارتقاء یادگیری معنادار باید با بیماران ارتباط برقرار کنند و تعامل داشته باشند. ارتباط با بیمار یک جنبه مهمی از فرایند یادگیری است و بر ارتقاء حرفه ای و فردی، اعتماد به نفس و عزت نفس دانشجویان پرستاری مؤثر است [۱۷]. با عنایت به تعریف صلاحیت ارتباطی، دانشجویان پرستاری باید توانایی برقراری ارتباط با اعضای تیم مراقبت بهداشتی را نیز کسب کنند. چرا که دانشجویان پرستاری به عنوان پرستاران آینده باید توانایی هماهنگی و همکاری با اعضای تیم مراقبت بهداشتی، برقراری ارتباط حرفه‌ای با تیم مراقبت بهداشتی، ارائه مراقبت اثربخش در موقعیت‌های اورژانسی، گزارش شفاهی بیماران بدحال و موقعیت‌های بحرانی، گزارش نویسی و ارائه واضح اطلاعات بیمار به همکاران را کسب کنند [۱۴ و ۱۵].

با توجه به اهمیت ارتقاء صلاحیت ارتباطی در دانشجویان پرستاری تحقیقات در زمینه بررسی ارتباطات بین دانشجوی پرستاری و بیمار از دهه ۱۹۸۰ افزایش یافته است [۱۷]. تعداد زیادی از مطالعات بر اهمیت ارتباط با گروه خاصی از بیماران نظیر سالمندان، بیماران مبتلا به سرطان، بیماران در حال

مرگ، بیماران مزمن، بیماران بخش جراحی و اورژانس تاکید دارد [۶، ۹، ۱۱، ۱۸ و ۱۹]. مهمترین نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد این است که بیشتر مشکلاتی که در سیستم ارائه مراقبت بهداشتی وجود دارد به واسطه ارتباطات ضعیف گزارش شده است [۲۰]. با وجود اهمیت این موضوع اما مطالعات انجام شده در بررسی تجربیات و ادراکات دانشجویان درباره موقعیت‌های بالینی و بیماران نشان دادند که دانشجویان ارائه مراقبت بیمار محور را مشکل می‌دانند و دانش و مهارت را در برقراری ارتباط با بیماران ندارند [۱۷]. علاوه بر این کمبودها و مشکلاتی در آموزش و ارزشیابی مهارت‌های ارتباطی گزارش شده است. تحقیقات نشان دادند که توانایی و مهارت‌های ارتباطی پرستاران با بیماران پایین است. تأکید بر ارتباطات مکانیکی به جای ارتباطات بین فردی و شکاف بین تئوری و بالین سبب بروز مشکل در آموزش مهارت‌های ارتباطی شده است [۱۰ و ۲۱].

کرویچور و همکارانش^۱ (۲۰۰۰) با مروری سیستماتیک بر نتایج ۱۴ مطالعه انجام شده در زمینه ارزشیابی برنامه‌های آموزش ارتباطات در مراقبت پرستاری نشان دادند که این برنامه‌های آموزشی بر روی مهارت‌ها و تغییرات رفتار عملکردی پرستاران و برآیندهای بیمار تاثیر نداشتند یا تاثیر کمی داشتند و اکثریت این مطالعات از طراحی ضعیفی برخوردار بودند [۲۲].

کوتکی^۲ (۲۰۰۲) نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی فرایند ارتباط دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی نشان داد که دانشجویان در ارائه توضیحات لازم به بیمار از قبیل توصیف بیماری، گفتن حقایق و واقعیت‌ها مشکل دارند [۲۳]. همچنین نتایج پژوهش سبزواری و همکارانش (۱۳۸۵) در بررسی ارتباط دانشجویان پرستاری با بیماران نشان دادند که عملکرد دانشجویان در شروع مصاحبه و مهارت‌های تعاملی نسبتاً مطلوب، در پیگیری مشکل و توصیف بیماری فعلی نیمه مطلوب و در مورد پایان بخشیدن به مصاحبه نامطلوب بود. دانشجویان پرستاری در زمینه‌های بهینه‌سازی شرایط محیطی و قرار دادن بیمار در وضعیت راحت و توضیح مقررات بخش، همدلی و همراهی با بیمار و استفاده از ارتباط غیر کلامی ضعیف بودند. در همین مطالعه، در بررسی نتایج پژوهش‌های مختلف انجام شده در این زمینه آمده که پرستاران در ارتباط با بیماران و خانواده آنان موفق نبوده‌اند. مدت زمانی که پرستاران صرف ارتباط با بیمار می‌کنند، بسیار کم است. گفتگوی با بیمار بسیار سطحی و اغلب در رابطه با مشکلات جسمانی اوست و به جنبه روانی مراقبت کمتر توجه می‌شود و در مطالعه‌ای که رفتارهای ارتباطی دانشجویان پرستاری را مورد بررسی قرار می‌داد، ۶۷ درصد در طول دوره ارتباط مطلوب داشتند ولی در پایان دوره، دانشجویان به این امر اهمیت نمی‌دادند. نتایج بررسی مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری در بخش‌های مختلف یک بیمارستان نشان داد که دانشجویان از مهارت کافی در این زمینه برخوردار نبوده و تنها ضمن ارائه خدمات با بیماران ارتباط داشته‌اند و بر لزوم آموزش مؤثرتر دانشجویان تأکید شده بود [۲].

نتایج تحقیق متوسلیان و فرنیبا (۱۳۸۱) نیز نشان داد که در مراقبت بر اساس فرآیند پرستاری بیش از ۹۰ درصد دانشجویان معتقد بودند که مهارت لازم جهت مراقبت بر اساس فرآیند پرستاری را نداشته و

^۱. Kruijver et al
^۲. Kotecki

حتی نیمی از آنها معتقد بودند که بر اساس فرایند پرستاری مراقبت از بیماری بعمل نمی آورند [۲۴]. همچنین در مطالعه دیگری دهقانی و همکارانش (۱۳۸۴) نشان دادند که اکثریت مربیان و دانشجویان کارآیی کارآموزی در عرصه را در مورد کسب مهارت در اجرای فرایند پرستاری و آموزش به بیمار نسبتاً ضعیف تا ضعیف ارزیابی کرده‌اند [۲۵] و این خود نشانگر عدم برقراری ارتباط با بیمار جهت انجام مراقبت‌های پرستاری کل نگر است.

از طرف دیگر، مروری بر سر فصل دروس رشته پرستاری نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به صورت واحد جداگانه‌ای در نظر گرفته نشده و در برخی دروس، ساعات محدودی به آن اختصاص یافته است. از این رو، یادگیری دانشجویان با الگوبرداری غیر مستقیم و تجربی از اساتید و در اغلب اوقات، پرسنل بخش می‌باشد [۲] و دانشجویان پرستاری آن گونه که از آنان انتظار می‌رود پس از فراغت از تحصیل قادر به برقراری ارتباط مؤثر با بیماران خود نبوده و در مورد تشخیص مشکلات بیمار و کمک به رفع آنها ضعیف عمل می‌کنند [۲۶]. در همین راستا نتایج مطالعه کیفی عابدی و همکارانش (۱۳۸۳) نیز نشان داد که بسیاری از پرستاران تازه کار به نوعی عدم آمادگی برای ورود به محیط کار را تجربه کرده‌اند [۲۷].

بدین ترتیب، به نظر می‌رسد مهارت‌های ارتباطی بیمار محور، نیازمند توجه خاص بوده و ضروری است که در این رابطه تدابیر لازم انجام گیرد. تدابیر صورت گرفته و پیشنهاد شده در زمینه ارتقاء سطح صلاحیت دانشجویان پرستاری استفاده از روش‌های مختلف آموزشی از قبیل استفاده از بیماران استاندارد، فلش کارتها، فیلم‌های ویدئویی، کارگروهی، سخنرانی‌ها، کارگاه‌های آموزشی، آموزش تجربی، بحث‌های گروهی، بیماران شبیه‌سازی شده، نظارت بالینی گروهی، مطالعات موردی، سمینارها، ایفای نقش و الگوسازی می‌باشد [۱۰، ۱۷ و ۲۸].

نظر به اینکه ارتباط خوب بین پرستاران و بیماران هسته اصلی مراقبت از بیمار است، برنامه‌های آموزشی در این زمینه باید با تمرینات بالینی هماهنگی داشته و در راستای کار بالینی باشد، همچنین از روش‌های مؤثر آموزشی استفاده شود [۲]. لذا، توجه خاص به آموزش بالینی و نحوه عملکرد مربیان پرستاری در ایفای نقش آموزش بالینی حائز اهمیت است. در واقع آموزش بالینی را می‌توان به عنوان فعالیت تسهیل کننده یادگیری در محیط بالینی دانست که در آن مربی بالینی و دانشجو به یک اندازه مشارکت دارند و هدف آن ایجاد تغییرات قابل اندازه‌گیری در دانشجو است. بسیاری از دست اندرکاران آموزشی معتقدند که آموزش بالینی رکن و قلب آموزش پرستاری محسوب می‌شود و ارزش آموزش بالینی ایده‌آل در توسعه فردی، حرفه‌ای و نیز مهارت‌های بالینی پرستاری غیر قابل انکار است. مسأله آموزش بالینی و آماده سازی دانشجویان برای پذیرش نقش‌های مختلف در عرصه‌های خدمات بهداشتی و درمانی از اهم فعالیت‌ها و اهداف دانشکده پرستاری است که از طریق مؤثر واقع شدن مربی امکان‌پذیر می‌باشد. مربیان بالینی باید دانش و مهارت کافی و ویژگی‌های خاصی داشته باشند و بدانند چه وقت و چگونه آنها را به کار گیرند. به علاوه، آگاهی از راهبردهای آموزشی و دانش در حوزه اصول یاددهی-یادگیری، فرصتی برای توجه مدرسین و فراگیران به جنبه‌های گوناگون مراقبت بیمار فراهم می‌سازد [۲۹]. کیفیت مراقبت‌های پرستاری به کیفیت آموزش بالینی بستگی دارد و کیفیت آموزش بالینی به

شدت به ویژگی‌های مربی بالینی وابسته است [۳۰]. مربیان، نقش مهمی در اجرای موفق آموزش بالینی دانشجویان دارند. نگرش، دانش و تجربه مربیان بر یادگیری دانشجویان تاثیر می‌گذارد [۳۱].

مربیان بالینی باید صلاحیت حرفه‌ای، ویژگی‌های شخصیتی، ارتباطات بین فردی، توانایی آموزشی و ارزشیابی داشته باشند. مطالعات زیادی این ویژگی‌ها را به طور متفاوت الویت بندی کرده است. اما همه این تحقیقات نشان داد که این پنج ویژگی برای موفقیت مربیان بالینی ضروری هستند [۳۰، ۳۲، ۳۳ و ۳۴]. در همین راستا، نتایج مطالعه کلی^۱ (۲۰۰۷) در بررسی ادراکات دانشجویان از آموزش بالینی اثربخش نشان داد که دانش مربی بالینی، مهارت‌های ارتباطی، گوش دادن فعال، ارائه بازخورد و فاکتورهای محیطی برای اثربخشی آموزش بالینی ضروری هستند [۳۵].

گرالیش^۲ (۲۰۰۰) نیز می‌نویسد که مهارت‌های مربیگری^۳ از عناصر ضروری در یادگیری بالینی هستند. مربیگری یک مهارت یا استراتژی آموزشی است که توسط مربیان برای آموزش بالینی دانشجویان پرستاری در جهت ارتقاء مهارت‌های بالینی و شناختی، ایجاد محیط امن جهت یادگیری و در نهایت افزایش قدرت تصمیم‌گیری دانشجویان استفاده می‌شود. تعیین هدف، ارزیابی سطح دانشجو با مشاهده رفتار وی، ارائه بازخورد و پرسش از دانشجو از مهارت‌های ضروری مربیگری است [۳۶]. همچنین نتایج مطالعه سویکالا و لینو-کیلپی^۴ (۲۰۰۵) در بررسی تجربیات بیماران و دانشجویان پرستاری از ارتباط بین دانشجو و بیمار نشان داد که ارتباطات نظارتی و حمایتی، مدل‌های نقشی، تشویق، تقویت مثبت و بازخورد بر ایجاد و جلوگیری از ارتباط خوب با بیمار تاثیر می‌گذارد [۳۷]. در همین راستا، نتایج مطالعه گلور^۵ (۲۰۰۰) در بررسی ادراکات دانشجویان پرستاری سال سوم درباره استفاده از بازخورد در محیط بالینی نشان داد که ارائه بازخورد در آموزش بالینی اعتماد به نفس، دانش، مهارت و صلاحیت دانشجویان پرستاری را افزایش می‌دهد و مربی بالینی در ارائه بازخورد به دانشجو نقش مهمی دارد [۳۸].

بدین ترتیب دیده می‌شود که رفتارهای مربیان در آموزش بالینی در اثربخشی آموزش مؤثر است. میر^۶ (۲۰۰۲) نیز اذعان می‌دارد که برای اثربخشی آموزش بالینی، بالا بردن دانش و مهارت‌های رهبری مربیان بالینی ضروری است. از نقطه نظر وی الگوی رهبری موقعیتی هرسی و بلانچارد می‌تواند به عنوان یک شیوه رهبری در جهت ارتقاء مهارت‌های بالینی دانشجویان و افزایش مسئولیت‌پذیری آنها استفاده شود و سبب ارتقاء صلاحیت دانشجویان و کیفیت آموزش بالینی شود [۳۹].

لاکوود-رایرمن^۷ (۲۰۰۳) می‌نویسد سبک‌ها و ویژگی‌های رهبری برای یک مربی می‌تواند بر یادگیری و تجربه بالینی دانشجو تاثیر بگذارد. وی در مقاله اش سبک‌های رهبری و رفتارهای مربی در هر سبک را بر اساس الگوی رهبری موقعیتی هرسی بلانچارد تعریف می‌کند و اذعان می‌دارد که باید در ابتدا سبک رهبری مربی بررسی شود و با آگاهی از آن دانشجویان به وی داده شوند [۴۰].

1. Kelly

2. Grealish

3. Coaching

4. Suikkala & Leino-Kilpi

5. Glover

6. Meyer

7. Lockwood-Rayermann

به اعتقاد فارمر^۱ (۲۰۰۵) الگوی رهبری موقعیتی می‌تواند راهنمایی در جهت کمک به رهبران پرستاری برای آموزش تکنولوژی ارتباطات و استفاده از کامپیوتر باشد و بر همین اساس سبک‌های رهبری در پاسخ به نیازهای افراد تغییر یابد. هدف از استفاده از این الگو ارتقاء صلاحیت افراد از سطح اولیه به سطح عالی می‌باشد [۴۱].

اما با وجود این ویژگی‌ها که در اثربخشی رفتار مربی نقش دارد؛ آموزش پرستاری، بویژه آموزش بالینی، دارای مشکلات عدیده‌ای است. به طوری که مطالب نظری ارائه شده در کلاس درس کمتر به موقعیتهای بالینی انتقال می‌یابد و دانشجو نمی‌تواند آنچه را که آموخته، در بالین بیمار بکار گیرد. علیرغم آنکه هدف از ارائه کارآموزی، افزایش تجربیات بالینی دانشجویان پرستاری بوده، اجرای آن مشکلاتی را در بالین به همراه داشته است [۴۲]. در تایید وجود این مشکلات در پرستاری ما؛ نتایج تحقیقی (۱۳۸۴) نشان داد که از جمله مشکلات و موانع آموزش بالینی در پرستاری، تجربیات بالینی ضعیف و مهارت و دانش ناکافی مربی و ناآشنایی مربی به شیوه‌های نوین آموزش بالینی، عدم حمایت مربی از دانشجو در محیط بالینی، اعتماد به نفس پایین دانشجو و برخورد نامناسب پرسنل در محیط بالینی برای آموزش عنوان شدند [۲۹]. همچنین بررسی دیگری بیان می‌کند که در مرکز نیازهای آموزشی فراگیران، معلم و مربی پرستاری قرار دارد. در این مطالعه، ارتباط غیر مؤثر مربی با فراگیر، روش تدریس نادرست، عدم وجود حمایت و نظارت مربی، دانش ناکافی، روش ارزشیابی نامناسب و عدم وجود تبحر بالینی کافی از جمله مواردی بودند که به عنوان نقص یا مشکل مطرح شده بودند [۴۳].

نتایج بررسی السیگیل و ساری^۲ (۲۰۰۷) در تعیین مشکلات تجربه شده توسط دانشجویان در کار با مربیان بالینی در ترکیه نشان داد که مشکلاتی را که دانشجویان با آن مواجه شده بودند شامل ارزیابی ناکافی توسط مربیان بالینی، قضاوت، بازخورد منفی، مشکلات ارتباطی، هدایت ناکافی و حجم کاری می‌باشد [۳۱].

با توجه به این مطالعات و تاکید برخی از آنان بر استفاده از الگوی رهبری موقعیتی جهت رفتار آموزشی مربیان بالینی به جرأت می‌توان بیان نمود کلید و شاخص موفقیت مربیان بالینی در جهت ارتقاء صلاحیت دانشجویان پرستاری استفاده صحیح از اصول و فنون مدیریت و رهبری است. چرا که آنان مسئول هدایت و نظارت بر عملکرد دانشجویان هستند و از همه مهمتر هدف نهایی آنان ارتقاء صلاحیت بالینی دانشجویان است. با توجه به ویژگی‌های اصلی الگوی رهبری موقعیتی که موجب رشد و بهبود توانایی‌های افراد می‌گردد؛ پژوهشگر بر آن شد تا از این الگو در جهت ارتقاء صلاحیت دانشجوی پرستاری استفاده کند. حال، پرسشی که این تحقیق قصد بررسی آن را دارد این است که اولاً چگونه نقش رهبری مربی بالینی را با توجه به الگوی رهبری موقعیتی عملیاتی و کاربردی نمایند و ثانیاً اینکه آیا بکارگیری اثربخش نقش رهبری در رفتار یک مربی بالینی می‌تواند باعث ارتقاء صلاحیت ارتباطی دانشجویان پرستاری به عنوان یک صلاحیت زیربنائی برای ارائه مراقبت پرستاری شود.

^۱. Farmer

^۲. Elcigil & Sari