

به نام خداوند جان و خرد
مجله پژوهش پرستاری
علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره یازدهم - شماره ۳ (پیاپی ۴۲) - مرداد و شهریور ۱۳۹۵

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسئول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: دکتر افسانه صدوقی اصل - دکتر شهرزاد پاشایی پور
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین‌المللی منبع: ۱۷۳۵-۷۰۱۲
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناپ، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

تبیین چالش‌های آموزش قضاوت بالینی پرستاران: یک مطالعه کیفی

جمال صیدی^۱، *فاطمه الحانی^۲، مهوش صلصالی^۳، انوشیروان کاظم نژاد^۴

- ۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
- ۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: alhani_f@modares.ac.ir
- ۳- استاد، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۴- استاد، گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۵، صفحات ۵۷-۴۸

چکیده

مقدمه: در قضاوت بالینی، بر اساس مهارتهایی همچون استدلال بالینی، شهود، تفکر انتقادی، به کارگیری دانش، تجربه و شواهد؛ پرستار داده‌ها را جمع‌آوری و تفسیر می‌کند. در نهایت با بازاندیشی و بازخورد به استنباط می‌رسد. اجرای این فرایند نیازمند آموزش است که ممکن است با تهدیدها و فرصت‌های متعددی همراه باشد؛ لذا این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های آموزش قضاوت بالینی پرستاران انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی از نوع مرسوم در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. ۲۶ مصاحبه باز و نیمه ساختار با هجده مشارکت‌کننده در دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام شد. در کنار مصاحبه از یادداشت‌های در عرصه استفاده گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود. جمع‌آوری داده همزمان با تجزیه و تحلیل تا رسیدن به اشباع ادامه یافت.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل داده‌ها چهار مضمون نشان‌دهنده چالش‌های آموزش قضاوت بالینی پرستاران حاصل گردید. این مضامین شامل؛ نقش کم‌رنگ قضاوت بالینی در فرایند آموزش؛ محدودیت در استفاده از شواهد و منابع، چالش‌های حمایتی و چالش‌های آموزش در بالین بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش قضاوت بالینی پرستاران با نقاط ضعف، قوت، تهدیدها و فرصت‌های مختلفی روبرو است. به کارگیری بهینه شواهد و منابع، حمایت آموزشی و حمایت‌های بالینی لازمه مقابله با چالش‌های آموزش قضاوت بالینی پرستاران هستند.

کلیدواژه‌ها: چالش، آموزش، قضاوت بالینی، پرستار، مطالعه کیفی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۰

مقدمه

یادگیری مهارت‌های تفکر انتقادی (۱۳) اشاره نمود. توسعه قضاوت بالینی در آموزش به دانشجویان پرستاری به عنوان یک چالش می تواند تبدیل به یک فرصت شود. (۱۴،۱۵). در واقع فعالیت‌های یادگیری مبتنی بر آموزش قضاوت بالینی فرصت مناسبی برای دانشجویان در راستای ارتقاء قضاوت بالینی است؛ به خاطر این که بر اساس تئوری بنر (Benner) دانشجویان مبتدی به سمت یک پرستار ماهر سوق داده می شوند (۱۶). خلاء موجود در مرور متون نشان‌دهنده این است که علی‌رغم وجود مداخلات آموزشی، در عرصه و بالین؛ اجرای قضاوت بالینی با کیفیت با چالش های متعددی روبرو است. شناخت نقاط ضعف و قوت آموزش قضاوت بالینی می تواند پاسخگوی این سؤال باشد. لذا این مطالعه با هدف تبیین چالش های آموزش قضاوت بالینی پرستاران انجام شد.

روش مطالعه

این مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوی (Content Analysis) از نوع قراردادی (Conventional content analysis) (۱۷)، در دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ۲۶ مصاحبه باز و نیمه ساختار با هجده مشارکت کننده انجام شد. در کنار مصاحبه از یادداشت های در عرصه استفاده گردید. جمع آوری داده تارسیدن به اشیاء داده ها ادامه یافت. اولین فرد غنی از تجارب در زمینه آموزش قضاوت بالینی به صورت هدفمند انتخاب شد و سایر مشارکت کنندگان بر اساس هدایت داده ها و نیازهای اطلاعاتی انتخاب شدند. مدت مصاحبه در حدود ۶۰ دقیقه بود که در یک یا دو جلسه انجام شد. مصاحبه با اخذ وقت قبلی و بر حسب تمایل مشارکت کننده و رضایت آگاهانه آنان در دانشکده پرستاری و مامایی و یا بیمارستان انجام شد.

راهنمای مصاحبه پس از مطالعه متون و نظر متخصصین تعدیل گردید و به صورت پایلوت در دو مصاحبه به کار گرفته شد و یک سؤال محوری و چندین سؤال مرتبط مشخص گردید. سؤال شروع کننده عمومی و اولیه این بود "تجربه شما از آموزش قضاوت بالینی پرستاران چیست؟" و سپس بر اساس هدایت داده ها سئوالات بعدی به صورت نیمه ساختار مطرح گردید مصاحبه بوسیله mp3 player ضبط می گردید و سپس بوسیله نرم افزار کامپیوتری تایپ می گردید. کد های اولیه در محیط word لیست کدها و طبقه بندی در محیط MAXQDA۲۰۱۰ انجام شد.

بر اساس الگوی تحلیل محتوی (Graneheim (۲۰۰۴)

قضاوت بالینی پرستاران بر اساس مهارت‌هایی همچون داشتن دانش، تجربه، تفکر انتقادی (۱)، استدلال ورزی، شهود و استناد به شواهد است (۲،۳). پرستار با تکیه بر این مهارت‌ها بیمار و محیط را ارزیابی و داده ها را پردازش می نماید. سپس با تفسیر، باز اندیشی و بازخورد منجر به استنباط و درک شرایط و نیازهای بیمار می شود. (۲،۳). این فرایند منجر به تشخیص های پرستاری، تصمیم گیری بالینی، حل مسئله، مداخلات مستقل پرستاری، بهبود کیفیت مراقبت از بیمار می شود (۴،۵). در مرور متون، الگوها و تئوری های مختلفی جهت آموزش و یادگیری چگونگی قضاوت بالینی مطرح شده اند. از جمله می توان به الگوی قضاوت بالینی تانر (Tanner) (۶)، مدل لنز (۷)، تئوری قضاوت اجتماعی (۳)، پیوستارشناختی قضاوت بالینی در پرستاری استاندینگ (Standing) (۸) و پیوستار شناختی قضاوت بالینی در پزشکی هوماند (Hommond) (۹)، اشاره نمود.

بر اساس الگوی قضاوت بالینی تانر، پرستار با ارزیابی متمرکز و جمع آوری داده ها، توجه و شناخت موثری از بیمار پیدا کرده، داده ها را تفسیر می کند. سپس آنها را اولویت بندی می کند. در واکنش به داده ها و نیازها رفتار مطمئن و آرام با حفظ خونسردی دارد. با ارتباط شفاف و واضح برای مداخلات برنامه ریزی می کند. قابلیت انعطاف پذیری دارد. در نهایت با تفکر عمیق و موثر شامل ارزشیابی و خود تحلیلی به نتیجه گیری نهایی می رسد (۶). بر اساس مدل لنز (۷) و تئوری قضاوت اجتماعی قضاوت افراد متفاوت است. زیرا هر فرد به عنوان یک لنز از یک زاویه واقعیت های موجود در محیط را می بیند. بنابراین قضاوت بالینی در یادگیری اجتماعی حاصل می گردد (۳). پیوستار شناختی قضاوت بالینی در پرستاری استاندینگ (۸) و پیوستار شناختی قضاوت بالینی در پزشکی ها ماند (۹) سطوح مختلف شواهد مختلف از پایین ترین سطح شواهد (نظر متخصصان) در شهود تا بالاترین سطح شواهد (متاآنالیزها و کارآزمایی ها) را در استدلال بالینی مشخص می نمایند. (۸،۹). بدون آموزش، شناخت و به کار گیری این الگوها و تئوری ها در قضاوت بالینی پرستاران امکان پذیر نیست. این امر نیازمند مداخلات آموزشی موثر است (۱۰). یکی از شرایط ارتقاء قضاوت بالینی، مداخلات آموزشی موثر است (۱۱). با آموزش چگونگی انجام مداخلات آموزشی در دانشگاه و بالین پرستاران در قضاوت بالینی ماهر می شوند (۱۰). برای مثال می توان به مفهوم سازی قضاوت بالینی پرستاران (۱۲)، تعامل پرستاران آموزشی و بالینی (۱۰،۱۲،۱۳) شبیه سازی (۱۴،۱۵)،

کنندگان و ناظرین قابلیت دسترسی به آن را داشته باشند (۱۷،۱۹). ملاحظات اخلاقی شامل هماهنگی و کسب اجازه برای ورود به محیط پژوهش، توضیح هدف تحقیق و روش مصاحبه و حق مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه یا امتناع آنها، اطمینان دهی به مشارکت کنندگان در خصوص محرمانه ماندن نام و اطلاعات آنان، کسب رضایت آگاهانه جهت مصاحبه و ضبط گفتگوها، برخورداری از حق کناره گیری مشارکت کننده ها از پژوهش در هر زمان در مطالعه رعایت گردید.

یافته ها

مشارکت کنندگان در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار داشتند. از نظر سابقه کاری از ۳ سال تا ۲۷ سال سابقه کار داشتند. یک نفر مترون، دو نفر سوپروایزر، دو نفر سر پرستار بالینی، دو نفر مربی پرستاری، دو نفر دانشجوی ترم هشتم پرستاری، یک نفر پزشک و نه نفر کارشناس پرستاری بالینی بودند. در مجموع اکثریت در بخش های متنوع بیمارستانی کار کرده بودند. از نظر جنسیت ۹ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های حاصل از مصاحبه ها و یادداشت های در عرصه در برگزیده ۶۲۰ کد اولیه، سیزده طبقه و چهار مضمون بود. این مضامین نشان دهنده چالشهای آموزش قضاوت بالینی در شرایط موجود بودند. مضامین شامل؛ نقش کم رنگ قضاوت بالینی در فرایند آموزش؛ محدودیت در استفاده از شواهد و منابع، چالشهای حمایتی و چالشهای آموزش در بالین بودند (جدول شماره ۱).

(۱۸) تحلیل محتوی در سه مرحله انجام گرفت. در مرحله آمادگی (Preparation phase) محقق در داده های جمع آوری شده غوطه ور شد، چندین بار متون خوانده شد و برداشت هایی از آن ایجاد شد؛ در حین مطالعه و تفکر نکات مهم که به ذهن می رسید در کنار داده ها یادداشت می شد. در مرحله سازماندهی (Organization phase) تمرکز روی واحدهایی معنایی و یا جملات و بیانات مشارکت کنندگان در قالب جملات و پاراگراف ها و استخراج کدهای اولیه از آنها بود. در این مرحله کدهای تکراری حذف تا تقلیل در کدها ایجاد شد؛ سپس با طبقه بندی کدها و تصفیه کدها زیر طبقات و طبقات ایجاد شد و در نهایت مضامین (Themes) استخراج گردیدند. مرحله گزارش دهی (Reporting phase) زمانی آغاز شد که مجموعه ای از مضامین خوب بدست آمدند که تحلیل نهایی با نوشتن آنها و گزارش آنها انجام شد. مصاحبه ها تا اشباع داده ها ادامه یافت؛ به این صورت که با تکرار مصاحبه ها مفاهیم جدید و تازه بدست نیامد. برای اطمینان از اشباع داده ها دو مصاحبه اضافی انجام گردید. در نهایت آنالیز داده ها منجر به ایجاد مضمون و یا درون مایه های اصلی مطالعه گردید.

در این مطالعه به منظور تایید نتایج و استحکام و دقت تحقیق روشهای مختلفی به کار برده شد. برای معیار مقبولیت (Credibility) با استراتژی های مختلف ارتقاء داده شد؛ مانند تنوع در مشارکت کنندگان تحقیق، از نظر سوابق کاری، تنوع بخش های بالینی، جنس و رده های مختلف کاری، استفاده از تلفیق در جمع آوری داده ها مانند مشاهده دست نوشته ها و موارد ضبط شده و مرور و بازنگری داده ها، بررسی و مشاهده مداوم، تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها و حسن ارتباط با مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه در مکانهای انتخاب شده توسط مشارکت کنندگان. برای تامین قابلیت تاییدپذیری داده ها (confirm ability or fittingness) (۱۷،۱۹) دست نوشته های پیاده شده از نوار و عبارات استخراج شده کدها توسط مشارکت کنندگان Member check و همچنین دو نفر از همکاران پژوهشگر Peer check مورد بازخوانی قرار گرفت و در یک جلسه مشترک نظرات مختلف جمع بندی گردید. سپس از یک محقق خارجی و خبره و آشنا به تحقیق کیفی به عنوان ناظر استفاده گردید. با توجه به درک مشابه یافته ها، هم خوانی مورد تایید قرار گرفت. برای تامین قابلیت ثبات و اعتماد (Dependency) داده ها، مصاحبه های ضبط شده و دست نوشته ها تا دو سال بعد از اتمام مطالعه نگهداری می شود تا مشارکت

جدول ۱: مثال کدگذاری واحدهای معنایی و شکسته شدن به زیرطبقات، طبقات و مضامین

مضامین	طبقات	زیرطبقات	کدها: مثال	واحدهای معنی: مثال
نقش کمرنگ قضاوت بالینی در فرایند آموزش	نقش کمرنگ قضاوت بالینی در آموزش دانشگاهی	* محدودیت در تدریس آشکار قضاوت بالینی کم رنگ بودن تدریس پنهان قضاوت بالینی	* ناشناخته بودن مفهوم قضاوت بالینی در پرستاری	
	نقش کمرنگ قضاوت بالینی در آموزش بالینی	عدم نظارت بالینی بر آموزش قضاوت بالینی محدودیت در به کار گیری مداخلات آموزشی در بالین	محدودیت آموزش در بالین	* "وقتی مفهوم قضاوت بالینی در دروس دانشگاهی تدریس نمی شود و دانشجویان با آن آشنا نیستند من چگونه می توانم آن را به دانشجویان در بالین یاد بدهم." (مربی)
	نقش کمرنگ قضاوت بالینی در آموزش مداوم	عدم نیاز سنجی یادگیری قضاوت بالینی پرستاران محدودیت در برگزاری آموزش ضمن خدمت مرتبط با قضاوت بالینی	عدم برگزاری کارگاه های آموزشی مرتبط با قضاوت بالینی	
محدودیت در استفاده از شواهد و منابع	دسترسی ناکافی به شواهد و تجهیزات و منابع	* کمبود راهنماهای بالینی کمبود منابع علمی کمبود تجهیزات تشخیصی	* نبود راهنمای به روز احیاء	* "در هنگام احیای قلبی ریوی در اورژانس برای قضاوت در مورد ادامه احیاء یا قطع آن بر اساس آخرین راهنمای احیاء اقدام نمی شد و وقتی من دلیل آن را پرسیدم گفتند که هنوز از دفتر پرستاری در اختیار ما گذاشته نشده است" (پرستار اورژانس)
	کاربرد نامناسب به شواهد و تجهیزات و منابع	کاربرد نامناسب شواهد در اورژانس کاربرد نامناسب شواهد در مراقبت از بیمار	استفاده نامناسب از نتایج مقالات علمی	
چالش های حقوقی و قانونی	چالش های حقوقی و قانونی	حقوق پرستاری حقوق بیمار * دستورالعمل ها و خط مشی ها	* محدودیت در دسترسی به دستورالعمل های قضاوت بالینی	* "برای تشخیص های پرستاری و اجرای فرایند پرستاری در بخش دستورالعمل داریم اما برای چگونگی قضاوت بالینی هیچ گونه دستورالعمل و یا بخش نامه ای به ما ابلاغ نشده است" (سرپرستار)
	چالش های مدیریتی	محدودیت منابع انسانی و مالی فرهنگ سازمانی در ارتباط یا استقلال حرفه ای پرستاران	فشار کاری بر پرستاران	
چالش های حمایتی	حمایت آموزشی بین حرفه ای	حمایت و تعامل مربیان و پرستاران * حمایت و تعامل مربیان و دانشجویان حمایت و تعامل دانشکده و بالین	حمایت مربی از قضاوت بالینی دانشجویان	* "در بررسی بیمار از دانشجویان پرستاری خواستیم از اتاق بیمار بیرون بروند. اما مربی آنها من را قانع نمود که به صورت مشترک برنامه آموزشی را برای دانشجویان پزشکی و پرستاری برگزار نمایم" (پزشک)
	حمایت آموزشی فرا حرفه ای	حمایت و تعامل متخصصان و مربیان حمایت و تعامل متخصصان و دانشجویان حمایت و تعامل متخصصان پرستاران کم تجربه	حمایت پزشک از قضاوت بالینی دانشجو	
چالش های آموزشی بالینی	موانع تعاملات یادگیری	روتین محوری * وظیفه محوری	مراقبت برای انجام وظیفه	« شلوغی بخش باعث می شد بیشتر از اونی که به دنبال یادگیری قضاوت بالینی باشیم، به دنبال انجام وظیفه و رفع تکلیف بودیم.» (پرستار)
	محدودیت های یادگیری فعال	شرایط بحرانی بالینی فضای ناهمگون آموزشی	شلوغی و ازدحام در شرایط اورژانسی	

نمی شود و لازم است که در کنار سایر مفاهیم در دروس پرستاری به صورت آشکار تدریس شود.

"من در دوران تحصیل دانشگاهی یادم نمی آید که واژه قضاوت بالینی در واحدهای درسی به کار رفته باشد." (پرستار فارغ التحصیل) هر چند که مربیان پرستاری به صورت ناخود آگاه و پنهان قضاوت بالینی را در آموزش به دانشجویان به کار می بردند اما به

۱- نقش کمرنگ قضاوت بالینی در فرایند آموزش

این مضمون از ۳ طبقه نقش کمرنگ قضاوت بالینی در آموزش دانشگاهی، آموزش بالینی و آموزش مداوم استخراج شد.

الف- در ارتباط با نقش کمرنگ قضاوت بالینی در آموزش دانشگاهی مشارکت کنندگان معتقد بودند که در واحدهای درسی پرستاری مفهوم قضاوت بالینی در کنار سایر مفاهیم تدریس

صورت ساختارمند و رسمی به آن اشاره نمی‌کردند.

"مربی ما مرتباً روی تشخیص‌های پرستاری در اجرای فرایندهای پرستاری تاکید داشت اما حرفی از قضاوت بالینی به میان نمی‌آمد و تصور ما بیشتر این است که قضاوت بالینی براساس یافته‌های کلینیکال و پاراکلینیکال مخصوص پزشکان است." (دانشجوی پرستاری).

ب- در ارتباط با نقش کمرنگ قضاوت بالینی در آموزش بالینی نظارت بر چگونگی یادگیری قضاوت بالینی و به کارگیری مداخلات آموزشی برای یادگیری و ارزشیابی قضاوت بالینی محدود بود.

"من چهارچوب خاصی برای نظارت و یا ارزشیابی قضاوت بالینی دانشجویان نداشتم و دستورالعمل خاصی از طرف دانشکده به من ابلاغ نشده بود. هرچند که در متون روش‌های مختلف همچون طراحی سناریو و یا شبیه‌سازی را خوانده بودم و گه‌گاهی از آنها استفاده می‌نمودم." (مربی ۲)

ج- در ارتباط با نقش کمرنگ قضاوت بالینی در آموزش ضمن خدمت هر چند که در ارتباط با حاکمیت بالینی، اعتبار بخشی و حساسی بالینی کارگاه‌های متعددی برگزار شده بود اما کارگاهی در ارتباط با آموزش قضاوت بالینی در بیان تجارب مشارکت‌کنندگان یافت نگردید.

"من و اکثر همکاران با مفهوم قضاوت بالینی و چگونگی اجرای آن ناآشنا هستیم و نیاز به برگزاری کارگاه‌های آموزشی وجود دارد. اما تا به حال کسی از ما در این مورد نظر سنجی نکرده است." (پرستار ۲)

۲- محدودیت در استفاده از شواهد و منابع

این مضمون از ۲ طبقه دسترسی ناکافی به شواهد و تجهیزات و منابع و کاربرد نامناسب شواهد و تجهیزات و منابع مورد نیاز قضاوت بالینی استخراج گردید.

در ارتباط با دسترسی ناکافی به شواهد و تجهیزات و منابع اکثر مشارکت‌کنندگان از کمبود راهنماهای بالینی به روز گله‌مند بودند و اظهار می‌داشتند که دسترسی به مقالات الکترونیکی و اینترنتی در بالینی مشکل است

"اگر راهنمای معیارهای گزارش‌دهی بیماران ضربه مغزی و انتقال به سی‌تی‌اسکن وجود داشت. پرستار مجبور نمی‌شد که تدارک امکانات و تجهیزات تشخیصی، درمانی و آموزشی هم یکی دیگر از مسائل مربوط به آموزش قضاوت بالینی بود. در بخش‌هایی که امکانات و تجهیزات پیشرفته مثل ماینورینگ‌های تشخیصی مجهز وجود داشت امکان قضاوت بالینی صحیح‌تر بیشتر وجود

داشت.

"از زمانی که مانیتورهای بخش ما ارتقاء یافته‌اند آموزش به دانشجویان و همکاران بسیار راحت‌تر شده است و آنها بهتر می‌توانند تشخیص‌های مناسبی را بدهند." (پرستار بخش مراقبت ویژه).

بیمار را تا زمان رسیدن پزشک معطل نگه دارد و قضاوت خودش را انجام می‌داد." (پزشک اورژانس)

چالش عمده در رابطه با شواهد و منابع تامین‌کننده قضاوت بالینی پرستاران به کارگیری نامناسب سطوح شواهد در قضاوت بالینی پرستاران بود. در بیان تجارب مشارکت‌کنندگان مشخص گردید که بر حسب شرایط بالینی مثل شرایط اورژانس و یا مزمن بودن بیمارها نوع شواهد به کار رفته متفاوت بود.

"در اورژانس ما فقط به دستورات پزشک استناد می‌کنیم و فرصتی برای انطباق آن با شواهد نداریم چون راهنما و یا استاندارد در بخش وجود ندارد که با آن مقایسه کنیم." (پرستار اورژانس)

۳- چالش‌های حمایتی

این مضمون از چهار طبقه چالش‌های حقوقی و قانونی، چالش‌های مدیریتی، حمایت آموزشی بین حرفه‌ای و حمایت آموزشی فراحرفه‌ای استخراج گردید.

در ارتباط با چالش‌های حقوقی و قانونی اکثر مشارکت‌کنندگان با حقوق پرستاری آشنایی نداشتند و از وجود قوانین حمایت‌کننده قضاوت بالینی پرستاران اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند.

"قضاوت بالینی پزشکان خوب است چون آنها از حمایت لازم برخوردار هستند. من قانونی را سراغ ندارم که به صراحت از حقوق پرستاران در قضاوت بالینی حمایت نموده باشد." (پرستار شماره ۴)

یکی دیگر از محدودیت‌های آموزش قضاوت بالینی چالش‌های مدیریتی بود. در واقع مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که مدیران سازمانی با تامین نیروی انسانی مورد نیاز در پرستاری و ترویج فرهنگ سازمانی استقلال حرفه‌ای پرستاران می‌توانند تسهیل‌کننده آموزش قضاوت بالینی باشند.

"تا زمانی که مشکلات حرفه‌ای پرستاری مانند کمبود نیروی انسانی و هویت بخشی حرفه‌ای پرستاران توسط مدیران در سطح سازمان حل نشود آموزش قضاوت بالینی پرستاران مشکل خواهد بود." (پرستار مترون)

در ارتباط با حمایت آموزشی بین حرفه‌ای در بیان تجارب مشارکت‌کنندگان مشخص گردید که آموزش قضاوت بالینی نیازمند حمایت و تعامل متقابل مربیان، پرستاران و دانشجویان از هم است.

در ارتباط با محدودیت های یادگیری فعال مشارکت کنندگان معتقد بودند که شرایط بحرانی و گاه فضای ناهمگون آموزشی مانع آموزش قضاوت بالینی پرستاران در محیط بالینی می شد.

فضای ناهمگون آموزشی یکی از موانع عمده آموزش قضاوت بالینی بود. چرا که پرسنل آموزشی در این شرایط فرصت زمانی و تمرکز لازم رابرای آموزش نداشتند و همچنین پرستاران زمان لازم را برای یادگیری نداشتند.

" این قدر کار داریم که فرصتی برای توجه به دانشجویان نمی ماند و ما در کارهای خودمون مانده ایم چه برسد به آموزش به دانشجو". (پرستار ۸).

یکی دیگر از محدودیت های یادگیری فعال شلوغ بودن و فشار کاری در بالین بود که فرصتی را برای یادگیری و یا آموزش باقی نمی گذاشت.

" در شرایط اورژانسی فرصتی برای گرفتن شرح حال نداشتیم و فقط می تونستیم به دارو دادن و انجام پروسیجرها برسیم و بیمار را مانیتورینگ نماییم" (پرستار ۸).

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزشهای ناکافی قضاوت بالینی در برنامه آموزش دانشجویان و یا آموزشهای نامناسب پرسنلی محدود کننده یادگیری قضاوت بالینی بود. در این رابطه لیسکو و دل (Lisko and O'Dell) دریافتند که به خاطر کوتاهی مربیان آموزشی، ارتقاء قضاوت بالینی پرستاران محدود می شد (۲۰). تامپسون و استامپلی (Thompson and Stapley) دریافتند که آموزش نامناسب بالینی و آکادمیک ارتقاء قضاوت بالینی و تصمیم گیری را محدود می کند (۲۱).

از سویی دیگر در این مطالعه مربیان و پرستاران سعی داشتند تا مداخلات آموزشی را برای ارتقاء آموزش قضاوت بالینی به کار ببرند؛ اما این مداخلات در آموزش بالینی محدود بود. در مرور مطالعات مداخلات آموزشی متنوع و زیادی (۲۲) همچون نقشه مفهومی (۱۷) و آموزشهای مداوم و ضمن خدمت برای پرستاران بالینی (۲۳) و شبیه سازی (۲۴) به کار رفته است. در این رابطه نیلسن (Nielsen) بر اساس چهارچوب مدل قضاوت بالینی تانر (Tanner) نتیجه گرفت که فعالیت های یادگیری مبتنی بر مفهوم در بالین فرصت مناسبی برای دانشجوی پرستاری در راستای ارتقاء قضاوت بالینی فراهم می آورد (۱۶). همچنین لازیتیر (Lasater) به این نتیجه رسید که جهت تداوم تاثیرات شبیه سازی در آموزش دانشگاهی بر توسعه قضاوت بالینی دانشجویان، نیاز به ادامه کار و تلفیق آن با کار در

به نحوی که هرگاه این امر اتفاق می افتاد. آموزش قضاوت بالینی تسهیل می گردید. در ارتباط با حمایت دانشگاه از آموزش قضاوت بالینی مشارکت کنندگان معتقد بودند که اساتید و مربیان می توانند با برگزاری کارگاه های آموزشی قضاوت بالینی را به پرستاران در بالین آموزش دهند.

" ما چندین بار از مدرسین دانشکده درخواست نموده ایم که در زمینه مفاهیم پرستاری از جمله قضاوت و تصمیم گیری بالینی برای همکاران بیمارستان کارگاه آموزشی برگزار نمایند". همچنین در زمینه حمایت و تعامل مربیان با دانشجویان یک مربی بیان داشت: " ما به دنبال فراهم نمودن زمینه برای آموزش مشترک دانشجویان پرستاری و پزشکی در بالین هستیم." (سوپروایزر آموزشی)

در ارتباط با حمایت آموزشی فراحرفه ای مشارکت کنندگان معتقد بودند که حمایت و تعامل متقابل متخصصان، پرستاران و دانشجویان می تواند تسهیل کننده آموزش باشد.

" هر وقت پزشک ... به داخل بخش می آمد با دانشجویان پرستاری بسیار صمیمی بود و مرتباً در یادگیری و آموزش به ما مشارکت داشت. باور کنید به اندازه مربی برایمان وقت می گذاشت." (دانشجوی ۲)

۴- چالش های آموزشی در بالین

این مضمون از دو طبقه موانع تعاملات یادگیری، محدودیت های یادگیری فعال استخراج گردید.

در ارتباط با موانع تعاملات یادگیری مشارکت کنندگان به روتین محوری و وظیفه محوری اشاره داشتند. در تجربیات مشارکت کنندگان روتین محوری یکی از موانع عمده در آموزش قضاوت بالینی بود. چرا که انجام مراقبت به صورت روتین فرصت فکر کردن عمیق و ژرف اندیشی را از پرستاران می گرفت.

" ما صرفاً دستورات را وارد کاردکس می کردیم و هیچ گونه تعاملی مابین همکاران در ارتباط با دستورات وجود نداشت. دانشجو هم این رویه را یاد می گیرد. بعد چگونه انتظار داشته باشیم در آینده قضاوت بالینی مستقل و صحیح را داشته باشد." (پرستار ۳)

در ارتباط با وظیفه محوری مشارکت کنندگان معتقد بودند که دانشجویان پرستاری یاد می گیرند که پرستاری صرفاً تحویل گرفتن و تحویل دادن شیف به نحو احسن و در چهار چوب وظیفه است. این باعث ایجاد نگرش وظیفه محوری و مانع تفکر عمیق در آموزش بود.

" کمبود نیروی پرستاری ارتباط بین ما و بیمار رو کم کرده بود، چونکه ما بیشتر از اونی که به دنبال آموزش و یا یادگیری باشیم به دنبال انجام وظیفه و رفع تکلیف بودیم." (پرستار ۳)

محیط بالینی است (۲۴).

در این مطالعه یکی از عوامل مهم در ارتقاء آموزش قضاوت بالینی فراهم نمودن مستندات مختلفی همچون نتایج مقالات علمی و پژوهشی، کتب علمی و یا نتایج تحقیقات، مستندات بالینی و پاراکلینیکال و تجهیزات تشخیصی بود. اما چگونگی استفاده شواهد و منابع بر حسب شرایط بالینی متفاوت بود برای مثال در شرایط اورژانس به دلیل کمبود وقت پرسنل نیازمند راهنماهای بالینی برای استناد به آن بودند و کمتر از مستندات علمی و پژوهشی استفاده می‌شد. پرتز و فولز (Pretz and Folse) دریافتند که هرگاه پرستاران در قضاوت بالینی فرصت کمی برای استفاده از شواهد را داشتند قضاوت آنها مبتنی بر شهود حاصل از تجربه شخصی بود (۲۵). تراینر (Traynor) و همکاران دریافتند که پرستاران در شرایط بحرانی بیشتر از آنکه بر شواهد تکیه نمایند، از شهود شخصی استفاده می‌کردند. این مانع قضاوت بالینی صحیح بود (۲۶، ۲۰).

در مطالعه اخیر موضوعات مهمی همچون قوانین حمایتی و حمایت مدیران نقش مهمی در آموزش قضاوت بالینی را داشتند که در پاره‌ای مواقع مانع آموزش قضاوت بالینی بودند. در متون هم بر این موضوع تاکید شده است. مدیریت پرستاری نقش مهمی در عدم تناسب پرسنل به تعداد بیماران، برنامه ریزی نامناسب پرسنلی و غیره در بروز خطاهای پرستاری دارند (۲۷). مدیریت سازمانی در ارتباط با استاندارد سازی، سلسله مراتب قدرت، استقلال و تخصص و مدیریت بالینی در ارتباط با فرهنگ کاری پرستاران چالش عمده در یکپارچه سازی دانش نظری و بالینی پرستاران هستند (۲۸). در واقع مدیریت نامناسب مانع شکل‌گیری قضاوت بالینی ساختارمند می‌شود (۲۹).

در مطالعه اخیر حمایت آموزشی نقش مهمی در فراهم نمودن شرایط آموزش قضاوت بالینی داشت. این نیازمند حمایت و تعامل همه افراد درگیر در آموزش از جمله مربیان، پرستاران و دانشجویان بود. صیدی و الحانی (۲۰۱۴) دریافتند که حمایت حرفه‌ای از پرستاران تسهیل‌کننده ارتقاء قضاوت بالینی بود. آنها دریافتند که حمایت آموزشی یکی از اجزاء مهم در حمایت حرفه‌ای از قضاوت بالینی پرستاران است (۳۰). مداخلات آموزشی موثر در قضاوت بالینی نیازمند حمایت بالینی و حمایت آموزشی مثل تعامل و همکاری مربیان آموزشی و پرستاران بالینی هستند (۱۴، ۱۵).

در این مطالعه چالش‌های بالینی مختلفی همچون روتین محوری، فضای ناهمگون آموزشی و شرایط بحرانی در بالین وجود داشت. روتین محوری وظیفه محوری از موانع عمده در آموزش قضاوت بالینی بودند؛ چرا که با این رویه‌ها فرصت فکر کردن عمیق و ژرف اندیشی برای پرستاران وجود نداشت. تامپسون و استامپلی

(Thompson and Stapley) اظهار می‌نمایند که پرستارانی که شیوه کار روتین محوری مبتنی بر اجرای دستورات پزشک و خودداری از مداخله مستقل را ترویج می‌نمایند، مانع ارتقاء قضاوت بالینی صحیح هستند (۲۱). می‌چل (Mitchell) و همکاران دریافتند پرستارانی که بر اساس روتین بخش، در مورد خود گزارشی تنگی نفس بیماران سرطانی قضاوت می‌کردند، اشتباه در تشخیص آنها بیشتر از پرستارانی بود که بر اساس شواهد قضاوت بالینی را انجام می‌دادند (۳۱).

در فضای ناهمگون آموزشی به عنوان یکی چالش‌های آموزش قضاوت بالینی، پرستاران بالینی به تجارب خود و مربیان به دانش خود تکیه می‌نمودند. در این خلاء بوجود آمده دانشجو نمی‌توانست قضاوت بالینی درستی را به نمایش بگذارد. تامپسون و استامپلی (Thompson and Stapley) دریافتند که گپ موجود آموزش و بالین مداخلات آموزشی ارتقاء قضاوت بالینی و تصمیم‌گیری را محدود می‌کند (۲۱).

شرایط بحرانی در بالین مانند شلوغی و ازدحام در بالین، اورژانسی بودن موقعیت‌ها مانع مهم دیگر در آموزش قضاوت بالینی پرستاران بود. کارنیکولا (Karaniakola) دریافتند که فشارکاری پرستاران را به سمت پریشانی‌های اخلاقی و استعفا از کار سوق می‌داد (۳۲). ولف (Wolf) دریافت که پرستاران بخش اورژانس گاهی به خاطر استرس، بحرانی بودن شرایط بیمار و عدم تناسب تعداد بیماران به امکانات و تجهیزات فرصت کافی برای جمع‌آوری اطلاعات و قضاوت صحیح را نداشتند (۳۳).

در نهایت نتایج حاصل از مطالعه اخیر در ارتباط با چالش‌های آموزش قضاوت بالینی دارای تشابهات زیادی با سایر مطالعات بود؛ اما گپ این مطالعه با سایر مطالعات در این بود که توانست فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش قضاوت بالینی متناسب با زمینه و شرایط موجود در ایران را آشکار نماید. با توجه به تنوع عوامل محدودکننده و یا تسهیل‌کننده در زمینه‌های متفاوت، لازم است که مدیران و صاحب‌نظران حرفه پرستاری در تعامل با افراد در بالین و آموزش زمینه را برای کاهش تهدیدها و افزایش فرصت‌های آموزش قضاوت بالینی فراهم نمایند. پیشنهاد می‌گردد در آینده با مطالعات و تحقیقات بیشتر در بالین، آموزش و مدیریت این امکان فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه مشخص نمود که قضاوت بالینی در فرایند آموزش نقش کمرنگی دارد لذا آموزش قضاوت بالینی در رشته پرستاری در دانشگاه و بالین لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی مطابق قرارداد شماره ۲۴۱/م/۹۱۱۷۵ موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران با همکاری اساتید دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. پژوهشگران مراتب سپاس و تشکر خود را از موسسه ملی تحقیقات سلامت جهت حمایت مالی از تحقیق انجام شده اعلام می‌دارند. همچنین از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان به عنوان محل پژوهش تشکر به عمل می‌آورد.

دانشجویان قبل از قضاوت بالینی بایستی مشکل را از ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی و معنوی آنالیز کنند. مفهوم قضاوت بالینی بایستی در دوره‌های کارآموزی با بیماران به صورت زنده و در محیط واقعی زندگی آنها تدریس گردد. این نیازمند همراهی دانشجویان توسط پرستاران با تجربه به منظور تعیین و تاکید اهمیت و مربوط بودن قضاوت بالینی است. نتایج این مطالعه در آموزش، بالین، مدیریت و پژوهش‌های پرستاری قابل استفاده است. پیشنهاد می‌گردد در هر کدام از این حیطه‌ها پژوهش‌های بیشتری در زمینه آموزش و یادگیری قضاوت بالینی انجام گردد.

References

1. Noreen CF, Peter AF. "Critical Thinking and Clinical Judgment," from Critical Thinking and Clinical Reasoning in the Health Sciences: A Teaching Anthology. California: Insight Assessment / TheCalifornia Academic Press: Millbrae CA. ; 2008.
2. Tanner CA. Clinical judgment and evidence-based practice: toward pedagogies of integration. Journal of Nursing Education. 2008;47(8):335-6.
3. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgment & Ethics. 2nd ed ed. New York, NY 10036-8002: Springer Publishing Company, LLC; 2009. 47 p.
4. Pongmarutai T. application of a judgment model toward measurement of clinical judgment in senior nursing students: University of Nevada, Las Vegas. 2010
5. Seidi J, Alhani F, Salsali -M. Clinical Judgment in Nursing: a Concept Analysis using Rodgers' Evolutionary Method. Hayat. 2014;20(2):1-13.
6. Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. Journal of Nursing Education. 2006;45(6):204-11.
7. Thompson C, Bucknall T, Estabrookes CA, Hutchinson A, Fraser K, De Vos R, et al. Nurses' critical event risk assessments: a judgement analysis. Journal of clinical nursing. 2009;18(4):601-12.
8. Standing M. Clinical judgement and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive continuum. Journal of Advanced Nursing 2008;62(1): 124-34.
9. Cader R, Campbell S, Watson D. Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. Journal of Advanced Nursing. 2005;49(4):397-405.
10. Kantar L, Alexander R. Integration of Clinical Judgment in the Nursing Curriculum: Challenges and Perspectives. Journal of Nursing Education. 2012;51(8):444-53.
11. Thompson C, Aitken L, Doran D, Dowding D. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. International Journal of Nursing Studies. 2013.
12. Dowding D, Gurbutt R, Murphy M, Lascelles M, Pearman A, Summers B. Conceptualising decision making in nursing education. Journal of Research in Nursing. 2012;17(4):348-60.
13. West MM, Bross G, Snyder M. Teaching complex trauma care in a curriculum challenges critical thinking and clinical judgment--how nurses can help. J Trauma Nurs. 2007;14(3):131-5.
14. Victor-Chmil J, Larew C. Psychometric properties of the lasater clinical judgment rubric. International Journal of Nursing Education Scholarship. 2013;10(1).
15. Lusk JM, Fater K. Postsimulation debriefing to maximize clinical judgment development. Nurse

- Educ. 2013;38(1):16-9.
16. Nielsen A. Concept-based learning activities using the clinical judgment model as a foundation for clinical learning. *The Journal of nursing education*. 2009;48 (6):350-4.
 17. Gerdeman JL, Lux K, Jacko J. Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(1):11-7.
 18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
 19. Corbin j, Stauss A. *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedure for Development Grounded Theory* Third ed. Los Angles Sage Publication, Inc 2008.
 20. Lisko SA, O'Dell V. Integration of theory and practice: Experiential learning theory and nursing education. *Nurs Educ Perspect*. 2010;31(2):106-8.
 21. Thompson C, Stapley S. Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48(7):881-93.
 22. Lindsey PL, Jenkins S. Nursing Students' Clinical Judgment Regarding Rapid Response: The Influence of a Clinical Simulation Education Intervention. *Nursing Forum*. 2013;48(1):61-70.
 23. Foster KN, Lewis M, Marshall A, Lewis P. Educating Australian registered nurses in comprehensive health assessment: A pilot study. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2013;44 (4):155-62.
 24. Lasater K. Clinical judgment: the last frontier for evaluation. *Nurse Educ Pract*. 2011;11(2):86-92.
 25. Pretz JE, Folse VN. Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(19-20):2878-89.
 26. Traynor M, Boland M, Buus N. Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(7):1584-91.
 27. Anoosheh M, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Vaismoradi M. Causes and management of nursing practice errors: a questionnaire survey of hospital nurses in Iran. *International Nursing Review*. 2008;55(3):288-95.
 28. Salsali M, Cheraghi MA, Ahmadi F. Organizational factors influencing knowledge transfer into practice in Iranian nursing context: A grounded theory approach. *International Journal of Nursing Practice*. 2009;15(5):426-36.
 29. Falzer PR. Valuing Structured Professional Judgment: Predictive Validity, Decision-making, and the Clinical-Actuarial Conflict. *Behav Sci Law*. 2013;31(1):40-54.
 30. Seidi J, Alhani F, Salsali M. Professional support as a facilitator to the development of Iranian nurses' clinical judgment: A content analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19 (7 Suppl 1):S13-8.
 31. Mitchell AJ, Hussain N, Grainger L, Symonds P. Identification of patient-reported distress by clinical nurse specialists in routine oncology practice: A multicentre UK study. *Psycho-Oncology*. 2011;20(10):1076-83.
 32. Karanikola MNK, Albarran JW, Drigo E, Giannakopoulou M, Kalafati M, Mpouzika M, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *Journal of Nursing Management*. 2013;n/a-n/a.
 33. If L. Acuity Assignment: An Ethnographic Exploration of Clinical Decision Making by Emergency Nurses at Initial Patient Presentation. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2010;32(3):234-46.

Challenges of Nurses' Clinical Judgment Education: A qualitative studySeidi J¹, *Alhani F², Salsali M³, Kazemnejad A⁴

1- Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

2- Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

Email: alhani_f@modares.ac.ir

3- Professor, Department of Medical and Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran of University Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Professor, Department of statistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: In clinical judgment, based on skills such as clinical reasoning, intuition, critical thinking, application of knowledge, experience and evidence; nurse collects and interprets data. Finally Is deduced by rethinking and reflection. The implementation of this process requires education that may be associated with various threats and opportunities. Therefore, this study aimed to explore the challenges of nurses' clinical judgment education

Method: This was a qualitative research using conventional content analysis conducted in 2014. Based on purposive sampling 26 semi structured interviews (30-60 min) were conducted with 18 participant from Kurdistan University of Medical Sciences. In addition was used the field notes. Data were gathered and continued until data saturation.

Results: Based on analyzing of data, four themes were emerged that showed the situation of education of nurses' clinical judgment. These themes including; Low-key clinical judgment in educational process; Restrictions on the use of evidence and sources; supporting Challenges; and educational challenges in practice.

Conclusion: The results of this study showed that Nurses' Clinical Judgment Education is faced with different weaknesses, strengths, threats and opportunities. Optimal use of evidence and resources, educational support and clinical support are necessary to deal with the challenges of nurses' clinical judgment education.

Key words: Challenge, education, nurse, clinical judgment, qualitative study.

Received: 29 February 2016

Accepted: 28 April 2016