



Explanation of the Factors Related to the Cooperation of Nurses in the Clinical Education of Nursing Students

Fatemeh Shabanpour Kolagar¹, Zohreh Khoshgoftar^{2*}, Maryam Rassouli³

1- Master's student and Virtual Faculty of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran Expert in Nursing Affairs, Deputy of Nursing, Ministry of Health, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor of Medical Education, School of Medical Education and Learning Technologies, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Professor, School of Nursing and Midwifery /Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Zohreh Khoshgoftar, Assistant Professor of Medical Education, School of Medical Education and Learning Technologies, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: bkhoshgoftar7@gmail.com

Received: 11 Dec 2023

Accepted: 9 Jan 2024

Abstract

Introduction: Clinical education is considered the cornerstone and heart of nursing education, and the active presence of interested clinical colleagues and their activity in education is one of the facilitating factors to achieve educational goals. The present study was conducted with the aim of explaining the factors related to the cooperation of nurses in the clinical education of nursing students. **Methodology:** In this research, the qualitative method of conventional content analysis was used. The research environment included teaching hospitals of medical sciences universities in Tehran and the main participants of the study, clinical nurses, clinical professors of nursing and undergraduate nursing students had the criteria to enter the study. which were selected by purposeful sampling considering the maximum diversity. The data collection method was semi-structured in-depth face-to-face interviews. Data analysis (with a contractual approach) was done based on the model of Granheim and Lundman (2004). Ensuring the accuracy and robustness of the data was done using Lincoln and Goba criteria. **Findings:** In relation to the purpose of the research, 9 main categories include: «non-professional clinical learning environment», «ineffective training», «collaboration of nurses», «alignment of specialists», «nursing manager, smart female flipper», «organization». , guidance and supervision of nursing management», «active strategies», «passive strategies» and «relative success in controlling the problem» were extracted. From which three themes «unprofessional clinical learning environment», «ineffective training», «nurses» cooperation» were abstracted. **Conclusion:** Identifying the factors influencing the participation of nurses in the clinical education of nursing students and its consequences will be helpful in identifying existing problems and providing solutions to solve them.

Keywords: Nursing students, Clinical education of students, Barriers, Facilitators, Clinical nurses.



تبیین عوامل مرتبط با همکاری پرستاران در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری

فاطمه شعبان پور کلاگر^۱، زهره خوش گفتار^{۲*}، مریم رسولی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد و دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران/کارشناس امور پرستاری معاونت پرستاری وزارت بهداشت تهران، ایران.

۲- عضو هیئت علمی و معاون آموزشی دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.

نویسنده مسئول: عضو هیئت علمی و معاون آموزشی دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، ایمیل: bkhoshgoftarV@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۲۰

چکیده

مقدمه: آموزش بالینی، رکن و قلب آموزش پرستاری محسوب شده و حضور فعال همکاران بالینی علاقمند و فعالیت آنها در امر آموزش، یکی از عوامل تسهیل کننده برای رسیدن به اهداف آموزشی به شمار می رود. مطالعه حاضر با هدف تبیین عوامل مرتبط با همکاری پرستاران در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری انجام گرفته است.

روش کار: در این پژوهش از روش کیفی تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. محیط پژوهش شامل بیمارستانهای آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی تهران و مشارکت کنندگان اصلی مطالعه، پرستاران بالینی، اساتید بالینی پرستاری و دانشجویان کارشناسی پرستاری دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. که به روش نمونه گیری هدفمند با در نظر گرفتن حداکثر تنوع انتخاب شدند. روش جمع آوری داده مصاحبه های چهره به چهره عمیق نیمه ساختارمند بود. و تحلیل داده ها (با رویکرد قراردادی) براساس مدل گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) انجام شد. اطمینان از صحت و استحکام داده با استفاده از معیارهای لینکلن و گوبا انجام گرفت.

یافته ها: در رابطه با هدف پژوهش، ۹ طبقه اصلی شامل: «محیط یادگیری بالینی غیرحرفه ای»، «آموزش غیر اثربخش»، «همکاری پرستاران»، «همسویی متخصصین»، «مدیر پرستاری تلنگر زن هوشمند»، «سازماندهی، هدایت و نظارت مدیریت پرستاری»، «راهبردهای فعال»، «راهبردهای منفعلانه» و «موفقیت نسبی در کنترل مشکل» استخراج شد. که از آنها سه مضمون «محیط یادگیری بالینی غیر حرفه ای»، «آموزش غیر اثربخش»، «همکاری پرستاران» انتزاع گردید.

نتیجه گیری: شناسایی عوامل تأثیرگذار بر مشارکت پرستاران در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری و پیامدهای حاصل از آن در شناسایی مشکلات موجود و ارائه راهکارهایی در جهت حل آنها کمک کننده خواهد بود.
کلیدواژه ها: دانشجویان پرستاری، آموزش بالینی دانشجویان، موانع، تسهیل کننده ها، پرستاران بالینی.

مقدمه

دانشجویان علوم پزشکی است (۲). پیوند بین دانش نظری و عملی در بهبود فرایند یادگیری دانشجویان و بهبود ارائه خدمات درمانی و مراقبتی از بیماران نقش دارد (۳). اگرچه آموزش مهارت کار در بالین فرصتی برای تبدیل دانش در جهت ارائه خدمات سلامت و مراقبت از بیماران است (۴). خلاء بین دانش نظری و عملی باعث ایجاد مشکلاتی در

ادغام عرصه های آموزش و ارائه خدمات سلامت و نیز انتقال دانش نظری به حوزه بالین و آماده سازی دانشجویان علوم پزشکی، یکی از مهمترین اهداف دانشکده های علوم پزشکی کشور به شمار می آید (۱). آموزش بالینی، مهمترین و اساسی ترین بخش از برنامه آموزشی در

این ارتباط منجر به ارتقاء کیفیت آموزش بالینی دانشجویان پرستاری (۲۱)، ارتقاء حرفه ای شدن آنان (۲۲) و توسعه تفکر انتقادی و تصمیم گیری بالینی در دانشجویان می شود (۱۹). مهمترین نقش مدرس بالینی توسعه عملکرد حرفه ای دانشجویان با اهمیت دادن به عملکرد مبتنی بر شواهد، پاسخگویی، مسئولیت پذیری و کار کردن با دانشجویان می باشد (۲۶). با این وجود گزارش شده است که مدرسان پرستاری در ایران به آموزش مسائل نظری در محیط بالینی علاقه بیشتری دارند و کمتر به آموزش های مهارت مراقبتی و رویه های پرستاری می پردازند (۲۷). از آنجایی که بسیاری از دانشکده های پرستاری، ارزیابی وضعیت آموزش بالینی را رکن و اساس برنامه ریزی های آموزشی می دانند، بهبود و ارتقای کیفیت آموزش بالینی، مستلزم بررسی وضعیت موجود، شناخت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف است. با توجه به یافته های پژوهش دارکیس (۲۰۲۰) با عنوان «چالش های آموزش بالینی دانشجویان پرستاری» عوامل درونی و بیرونی متعددی در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری مراقبت ویژه لازم است. نتایج مطالعه هاروی و همکاران در سال ۲۰۱۹، تحت عنوان «استفاده از مدل یادگیری مشارکتی در آموزش های بالینی پرستاران» نشان داد مریبان نیز می توانند در طول یادگیری از تجارب یکدیگر بهره مند شوند و در عمل به هم افزایی دانش یکدیگر و تیم آموزش دهنده و رضایت بیش تر بیماران کمک نمایند (۵۱). چنگ و همکاران (۲۰۱۷) بر تقویت حیطه های یادگیری بالینی به منظور تحقق اهداف آموزش بالینی دوره برای دانشجویان و رضایت حرفه ای آنان تاکید کردند لیوا و همکاران (۲۰۱۷) نیز به نقش اعضای تیم بهداشتی، درمانی در آموزش دانشجویان اشاره کردند ویژگی های معلم بالینی، ساختار بالینی، ارتباط دانشکده و بالین از طبقات ظهور یافته مطالعه طیبی و همکاران (۱۳۹۹) بود. مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه موضوع پژوهش، نشان می دهد که شناخت مسایل و چالش های آموزش بالینی و رفع و اصلاح مشکلات، در تربیت افراد توانمند و کارآمد نقش به سزایی خواهد داشت. با وجود این که در مطالعات مختلف، عدم همکاری یا همکاری ضعیف پرستاران بخش به عنوان یکی از معضلات مهم آموزش بالینی دانشجویان شناخته شده است، مطالعه ای کیفی در زمینه تبیین عواملی که

ارائه مراقبت های سلامت شده است (۵). یکی از موانع ایفای نقش های حرفه ای مؤثر، این است که آنچه ارائه دهندگان خدمات سلامت در مدت آموزش دانشگاهی فرا گرفته اند با آنچه در بالین با آن مواجه می شوند متفاوت است (۱۲)؛ که نه تنها برای برنامه ریزان و مریبان عرصه های کارآموزی، مشکلاتی را به وجود آورده بلکه باعث بی اعتمادی دانشجویان و نارسایی در یادگیری مهارت های بالینی نیز شده است. بیش از دو دهه است که مراکز پزشکی دنیا نگران بازدهی برنامه های درسی علوم پزشکی و میزان کارایی آنها در فارغ التحصیلان می باشند، چرا که با حیات انسانها سر و کار دارد و توجه به جنبه های کیفی و کمی آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۷).

آموزش بالینی اساس برنامه آموزشی پرستاری را تشکیل می دهد (۲). هدف نهایی پرستاری، تربیت افراد با صلاحیت و شایسته ای است که به ارایه مراقبت با کیفیت بالا پردازند (۳). تاکید متخصصین امر آموزش بر توجه بیشتر بر آموزش بالینی در پرستاری است؛ چرا که بیشترین مشکلات، مربوط به آموزش بالینی آنان است و مسأله سازماندهی دروس بالینی و سنجش بالینی دانشجویان در این دروس هنوز وجود دارد (۴). آموزش های بالینی موجود، توانایی لازم برای احراز لیاقت و مهارت بالینی را به دانشجویان نمی دهد و نیازمند تأمین جامع تر امکانات و تجهیزات محیط بالینی و بازنگری ابزارها و فرایندهای ارزشیابی بالینی است (۵). ایجاد محیط آموزشی مناسب در کیفیت عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری و تسهیل یادگیری آن ها نقش مهمی را ایفا می کند (۱۳).

باید توجه داشت که محیط یادگیری بالینی علاوه بر بعد فیزیکی دارای بعد روانی اجتماعی نیز بوده که دربرگیرنده عوامل شناختی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی، احساسی و؛ انگیزشی و درسی می باشد که می تواند جزء عوامل حمایت کننده و یا ممانعت کننده در امر آموزش بالینی دانشجویان پرستاری باشد (۱۷). ارتباطات انسانی و به ویژه ارتباط حرفه ای دانشجویان با پرستاران یکی از اجزاء مهم محیط آموزش بالینی است که سبب توسعه یادگیری و اجتماعی شدن دانشجویان می گردد (۱۹). ارتباط بین فردی یکی از مهمترین عوامل در محیط یادگیری بالینی است (۲۰).

مانع از همکاری پرستاران در آموزش دانشجویان شده یا این همکاری را تقویت می کنند، انجام نشده است؛ لذا، این مطالعه با هدف تبیین موانع و تسهیل کننده های همکاری پرستاران بالینی در آموزش بالینی دانشجویان کارشناسی پرستاری انجام گردید.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی است که از سال ۱۴۰۰ الی ۱۴۰۱ مدت ۱۴ ماه انجام شد. محیط این پژوهش بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. مشارکت کنندگان، دانشجویان ترم دوم به بعد رشته کارشناسی پرستاری؛ و نیز اعضای هیأت علمی و پرستاران بیمارستان بودند که به عنوان افراد غنی از اطلاعات انتخاب شدند. برای انتخاب مشارکت کنندگان از روش نمونه گیری هدفمند با در نظر گرفتن حداکثر تنوع در متغیرهایی چون سن، جنسیت، سابقه کار در عرصه و میزان تحصیلات استفاده شد تا تصویر جامع تری از پدیده مورد مطالعه به دست آید. جامعه این مطالعه شامل دانشجویان ترم دوم به بعد پرستاری بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، که دارای معیارهای ورود بودند می باشد. همچنین، پرستاران شاغل در بیمارستان های فوق بودند. انتخاب مشارکت کنندگان به صورت مبتنی بر هدف و تا اشباع داده ها انجام گرفت. داده های مورد نظر از طریق جلسات مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته و با استفاده از راهنمای مصاحبه و یادداشت عرصه، به همراه ضبط صدا جمع آوری شد. مصاحبه با دو سؤال کلی تحت عنوان «عوامل تسهیل کننده همکاری پرستاران و عوامل ممانعت کننده همکاری پرستاران با دانشجویان پرستاری بیان کنید» آغاز می شد. سپس در صورت لزوم سؤالاتی نظیر «در مورد همکاری خود جهت آموزش در بالین توضیح دهید». پرسیده شد.

جمع آوری داده ها

جهت انجام مصاحبه، پژوهشگر طی یک جلسه کوتاه اولیه با هر یک مشارکت کنندگان ملاقات کرد و با معرفی خود و ارایه توضیحات لازم در ارتباط با هدف و روند پژوهش و جلب همکاری آنان، زمان و مکان مناسب برای آنان را جهت انجام مصاحبه تعیین نمود. ضمن توضیح در مورد ضبط صدا، تأکید بر محرمانه ماندن

اطلاعات و اخذ رضایتنامه کتبی از مشارکت کنندگان، انجام شد. مصاحبه ضبط شده چند بار به طور دقیق بررسی و کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. تحلیل داده ها طی مراحل اولیه گردآوری آنها آغاز گردید. جهت تحلیل داده ها از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی پیشنهادی گرنهایم و لاندمن استفاده شد. کدگذاری، طبقه بندی و سازماندهی داده ها انجام شد. این فرآیند تا زمانی که طبقات معنادار با هم ارتباط یافته و درونمایه ها خود را نشان دهند، ادامه یافت (۱۶). طی فرآیند تحلیل داده ها، ابتدا واحدهای تحلیل Analysis (units) مشخص شدند، کل متن هر مصاحبه به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. پس از آن واحدهای معنایی (units Meaning) مشخص گردیدند که عبارات برگرفته از بیانات مشارکت کنندگان در ارتباط با جنبه های گوناگون مفهوم اصلی بودند. سپس کدگذاری انجام شد که طی آن واحدهای معنایی فشرده شده و به کد تبدیل شدند. کدها خلاصه و دسته بندی شده و طبقات را به وجود آوردند. در نهایت طبقات با توجه به مشابهت ها و تفاوت ها درونمایه ها را تشکیل دادند (۱۷). جهت سهولت سازماندهی داده ها، وارد نسخه ۱۰ نرم افزار Max QDA گردید؛ متن هر مصاحبه بارها خوانده و مرور شد. در این مطالعه برای دستیابی به صحت و استحکام داده های کیفی از چهار معیار موثق بودن گویا و لینکن شامل اعتبار، قابلیت اعتماد، تأیید پذیری و انتقال پذیری استفاده خواهد شد.

اعتبار داده ها

در این پژوهش، مقبولیت، یافته ها، کلیه کدهای استخراجی از هر مصاحبه با مصاحبه شونده چک شده و در صورت نیاز اصلاح شد. زمانی بیش از ۱۴ ماه به جمع آوری و آنالیز داده ها اختصاص داده شد در جمع آوری داده ها، علاوه بر مصاحبه با پرستاران، از مصاحبه با دانشجویان و یادداشت در عرصه نیز استفاده شد. برای قابلیت اعتبار، مواردی همچون تخصیص زمان کافی و نسخه نویسی در اسرع وقت و مطالعه مجدد کل داده ها لحاظ شد. نتایج تحلیل یافته ها مورد مطالعه قرار گرفت تا باورپذیری نتایج و قابلیت تأییدپذیری و اطمینان نتایج به دست آمده ارزیابی گردد. بررسی آنها بر باورپذیری نتایج صحه گذاشت. از نمونه گیر حداکثر تنوع و با رویکرد نظری استفاده شد که

فاطمه شعبان پور کلاگر و همکاران

بکار بگیرند، که این مورد از کنترل پژوهشگر خارج بود هرچند که تلاش هایی برای کنترل آن از جمله برقراری ارتباط مؤثر و کارآمد توسط پژوهشگر صورت گرفت.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از دریافت تأییدیه اخلاقی (به شماره IR.SBMU.SME.REC.1401.0139) توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی آغاز گردید و پژوهشگر پس از دریافت معرفی نامه و کسب مجوزهای مورد نیاز، در محیط های پژوهش حضور یافته و در مراحل کار برای نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات از شرکت کنندگان اصول زیر را رعایت نمود.

یافته ها

در این مطالعه، از تحلیل داده ها از کد های مفهومی اولیه، دو طبقه اصلی و ۲۵ زیر طبقه و ۹۴ طبقه فرعی به دست آمد. دو طبقه اصلی شامل عوامل تسهیل کننده همکاری بالینی و زیر طبقات (جدول ۱) و عوامل باز دارنده همکاری و زیر طبقات بود (جدول ۲).

به تناسب با انتقال پذیر یافته ها به دیگران کمک کند. همچنین پژوهشگر با مشارکت و تعامل کافی با شرکت کنندگان، جمع آوری اطلاعات معتبر و اخذ تأییدیه اطلاعات از مشارکت کنندگان، سعی داشت بر اعتبار تحقیق بیافزاید. پژوهشگر برای دستیابی به این ویژگی تمام مراحل کار شامل جمع آوری، تجزیه و تحلیل داده ها، نحوه کدگذاری و طبقه بندی کدها و شکل گیری طبقات، مستند نمود، تا امکان بررسی آن توسط سایر محققین فراهم گردد. به علاوه تمام مراحل کار تحت نظارت اساتید محترم انجام می شد. در این مطالعه جهت افزایش انتقال پذیری یافته های مطالعه، پژوهشگر سعی نمود برای جمع آوری داده ها از نمونه گیری مناسب براساس مفاهیم با افراد متناسب و در مکانهای مناسب، حداکثر تغییرپذیری را در یافته ها ایجاد نماید. تلاش برای جستجوی موارد مغایر از طریق جمع آوری داده های مغایر با داده های حاصل از مشارکت کنندگان نیز کمک کننده بود. از محدودیت های پژوهش این بود که مشارکت کنندگان ممکن است در بیان تجارب خود و یا داده های ذهنی خود بنا به دلایلی ملاحظات را

جدول ۱: طبقات اصلی، زیر طبقات و طبقات فرعی عوامل تسهیل گر همکاری پرستاران در آموزش بالینی

طبقات اصلی	زیر طبقات	طبقات فرعی
عوامل تسهیل کننده	همانگی مدیریت پرستاری	نگرش مناسب پرستاران همکار، عملکرد مناسب پرستاران همکار، برخورداری پرستار از تجربه، ویژگی فردی مدیران پرستاری، توجه به آموزش پرستاری از سوی مدیران پرستاری، نگرش مثبت مدیران پرستاری
	سازماندهی، هدایت و نظارت	جانبداری از سوی مدیران پرستاری، استقبال از نظرات توسط مدیران پرستاری، پیگیری و توجه به استفاده از شواهد توسط مدیران پرستاری، توجه به مشکلات اجرایی توسط مدیران پرستاری، فراهم کردن تسهیلات توسط مدیران پرستاری، نظارت مدیر پرستاری بر اجرای صحیح فرایندها، سیاست های تنبیهی مدیران پرستاری
	وجود فضای همکاری	حفظ احترام بین فردی، برآوردن انتظارات، مشورت و نظرخواهی، اعتماد سازی متقابل، آشنا سازی دانشجو با بخش، همکاری پرستار با دانشجو با درخواست مربی، حل تعارض دانشجو و پرستار، کمک به و حمایت دانشجو در انجام کارها، توجه و احترام یکسان به دانشجویان غیر پزشکی و پزشکی
	وجود فضای آموزشی	ایجاد فرصت مطالعه برای پرستاران، آموزش روش تحقیق به کلیه پرستاران در تمام سطوح علمی
	برخورداری از مهارت فنی و قدرت قانونی	برخورداری پرستار از تجربه برخورداری پرستار از قدرت و اختیار
	افزایش اعتماد به نفس دانشجو	تمایل به برقراری ارتباط با پرستار، برقراری ارتباط با سایر کادر بیمارستان جلب اعتماد بیمار و همراه
	توانمندی و مرجعیت اساتید	لزوم استفاده از اساتید بالینی با سابقه و مسلط در عرصه، عدم استفاده از یک استاد برای چند فیلد غیرمرتبط، نیاز به مرئوس متبحر و کارآمد در بالین (اساتید متخصص)
	عوامل فردی دانشجو	تجربیات گذشته، انگیزش، استراتژی یاد گیری
	ارتباط بین آموزش و درمان	تاکید بر تقویت و ارتقای هنر پرستاری در بالین
	احترام متقابل	احترام به شأن افراد، دروغ نگفتن، توجه به نظرات پرستار، احساس مسئولیت

جدول ۲: طبقات اصلی، زیر طبقات و طبقات فرعی موانع همکاری پرستاران در آموزش بالینی

طبقات اصلی	زیر طبقات	طبقات فرعی
عوامل باز دارنده	رویارویی با واقعیت های نامطلوب بالینی	عدم دسترسی به اینترنت در مراکز آموزشی درمانی فقدان محلی برای کنفرانس و گفت و شنود با اساتید بالین
	همکاری ضعیف اجرای نامناسب فرآیند	کار تیمی ضعیف (همکاری کم زیر پای هم را خالی کردن)، مهارت آموزی نسبی کم کم پرستار در انجام مراقبتها، ترس پرستاران از واگذاری مراقبت به دانشجویان انتقال نسبی تجربه توسط پرستار، اطلاعات دادن ضعیف پرستار
	اقتدار طلبی	قدری متقابل، نوکر تلقی کردن، احساس بالادستی
	حمایت نسبی	جبران گاه گاهی اشتباه دانشجوی، کمک جزئی پرستار برای یادگیری، جلب همکاری بیمار با دانشجو، طرفداری مدرس از دانشجو
	موانع فردی	کمبود وقت کافی پرستاران جهت آموزش بالینی به دانشجویان، آگاهی کم یا عدم آگاهی از آموزش بالینی، ترس از سپردن مسئولیت به دانشجوی، کمبود دانش و تجربیات بالینی در پرستاران، ترس از پذیرش مسئولیت خطاهای دانشجو
	موانع ساختاری	برنامه ریزی ضعیف آموزشی، محیط بالینی نامناسب جهت آموزش، امکانات آموزشی ضعیف بیمارستان، قوانین و دستورالعمل های نامناسب بخش
	موانع مدیریتی	ضعف مدیریت پرستاری، ضعف مربی بالینی، ایجاد مزاحمت در کارهای بخش به دلیل وجود دانشجویان، دادن مسئولیت آموزش به تعداد زیادی از دانشجویان، موافق نبودن مدیران با قبول مسئولیت توسط پرستاران، عدم قدردانی از پرستاران توسط مدیران و سرپرستاران، عدم همکاری بین پرستاران بخش در آموزش بالینی، عدم پرداخت حق الزحمه بابت آموزش دانشجوی، عدم ارتباط مؤثر دانشجو با پرستار، عدم ارتباط مربی بالینی با پرستاران بخش، نامشخص بودن شرح وظایف دانشجویان، نامشخص بودن شرح وظایف پرستاران آموزش دهنده، کنترل و نظارت، نیروی انسانی ناکافی، ابزار و شرایط مناسب
	موانع محیطی	عدم همکاری سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی با پرستاران در خصوص اجرای برنامه های آموزشی، عدم ارتباط و هماهنگی بین پرستاران در شیفت های مختلف و در نتیجه تداوم نداشتن امر آموزش، انجام امور غیرحرفه‌ای و فرآیندهای اضافی کار از قبیل تشریفات و سلسله‌مراتب اداری، اختلاف نظر متخصصین امر در مورد محتوای آموزش
	عوامل محیطی - فرهنگی	مهیا نبودن الزامات آموزش کار تیمی، بی توجهی به قوانین و مقررات، سیستم پاداش دهی، سبک مدیریتی مافوق، الگوپذیری
	رفتار نامساعد در مسئولین	ضعف در برخورد و حمایت منصفانه مدیر، انگ های درون حرفه‌ای، بی احترامی به شخصیت افراد، فقدان ارزش گذاری بین مافوق و زیر دست، بی توجهی به شایسته سالاری
	برنامه ریزی نیروی انسانی	چینش نامناسب نیروی انسانی در بخش ها، شیفت های نامتعادل کاری، تقسیم کار نداشتن توانمندی و انگیزه، ضعف آموزشی، تجربه کم
	غیرقابل پیش بینی بودن محیط بالینی	تضاد بین تلفیق نقش استادی و پرستاری، عدم توانمندی اساتید، امکان مداخله اندک روی بیمار به دلیل مسائل حقوقی، مدت محدود تحصیل، مسائل مالی، مشکل جنسیتی عدم تطبیق آموزش ها با انتظارات، درگیر کردن دانشجو با تکالیف عملی
	همکاری ضعیف	کار تیمی ضعیف، مهارت آموزی نسبی، کمک کم پرستار در انجام مراقبتها، ترس پرستاران از واگذاری مراقبت به دانشجویان، انتقال نسبی تجربه توسط پرستار، اطلاعات دادن ضعیف پرستار
	ویژگی های فردی پرستارها	منش فردی، اخلاق حرفه ای، علاقه به حرفه، علاقه به آموزش، دیدگاه پرستار نسبت به دانشجوی، کاهش خطا، دقت و مراقبت بهتر، پیشگیری از آسیب، آمادگی برای طرح توانایی کار تیمی، ارتباطات
	ویژگی های فردی دانشجویان	علاقه به رشته یادگیری موارد جدید، ناآشنایی بخش عامل ترس دانشجوی، ترس از نمره ترس از ندانستن، ترس از سوءاستفاده، ترس از اشتباه، ترس از ضایع شدن، ترس از عدم کسب صلاحیت، ترس از نداشتن ارتباط کاری مناسب در آینده، اعتقاد به دستاوردهای مثبت، خودآگاهی پافشاری، تجارب قبلی، جواب دادن به سؤال استاد

ما رو جدی بگیرند. توجه به اینکه ما یعنی خودشون، و همانطور که به دانشجویان بها میدن با ما برخورد کنند "برخورداری از اساتید کارا در بالین نیز مورد دیگری بود که از سوی مشارکت کنندگان به انحای مختلف مورد تاکید بود. یکی از شرکت کنندگان بیان داشت: "استفاده از اساتید کارآمد و با تجربه که در مطالب علمی از نظر عملی هم مسلط اند؛ نیاز ماست. تجربه خیلی مهمه باید اساتید مون تبحر داشته باشند." و دانشجوی دیگری در این زمینه گفت: "استفاده از اساتید بالین مسلط و متبحر به تفکیک بخش ها؛ بطور مثال صرف پاس کردن واحدهایمان در سه فیلد غیرمرتبط صرف داشتن یک مدرس بالینی نباید از یک نفر استفاده شود!"

فضای مناسب آموزشی مسئله دیگری بود که مصاحبه شوندهگان در راستای برقراری عدالت آموزشی در بالین عامل بازدارنده ای بود که بدان تاکید داشتند: یکی از مریبان در این مورد گفت: "جای دانشجوی غیرپزشکی برای آموزش های نظریش کجاست؟ فقدان یک اتاق یا محلی برای گفت و شنود با اساتید بالین؛ گاهی اوقات علیرغم شرایط نامناسب ما را نگزیر می سازد که در اتاق تریمنت بناچار بچه ها را برای بحث درباره یک مطلب علمی در آنجا جمع می کنیم !! " دانشجویان به تبعیض در امکانات آموزشی اشاره داشتند یکی از آنها بیان داشت: "وقتی می رویم داخل کتابخانه بیمارستان کامپیوترها و میزها با اتیکت مشخص است که کدام برای اساتید است! کدام برای دانشجوی پزشکی!؛ کدام برای رزیدنت ها !!! پس دانشجوی پرستاری در کجای این تقسیم بندی هاست؟". مشارکت کنندگان مواردی از همکاری بین خود و کار کردن به جای همکار و حتی حمایت عاطفی از همکاران خود را مطرح کردند. با توجه به تفاوت ظریف معانی همیاری و همکاری، همیاری بین دانشجویان و پرستاران و مریبی وجود داشت. مشارکت کنندگان یک فرد حرفه‌ای را کسی می‌دانستند که مراقبت‌ها و اقدامات پرستاری و آموزش دانشجویان را بر اساس علم و دانش خود و تجزیه و تحلیل اطلاعات خود انجام می دهد. «اینترن برای بیمار قلبی دستور ۵۰۰ سی‌سی سرم آزاد نوشته بود؛ ولی وقتی من این دستور رو با دانشجو چک کردم به سرپرستار گفتم و او به اتند زنگ زد و گفت که اینترن شما این دستور را برای فلان مریض که بیماری قلبی داره نوشته؛ که اون گفت نه؛ لطفاً اجرا نکنید و بگید به من زنگ بزنه و ...» (مشارکت

عوامل تسهیل کننده

عوامل تسهیل کننده محیط یادگیری بالینی، فرآیندی پویا و از بخش‌های ضروری آموزش پرستاری است، محیط یادگیری بالینی نقش مؤثری در شکل‌دهی مهارت حرفه‌ای دانشجویان پرستاری دارد. که در قالب زیر طبقات زیر تبیین گردیده است.

هماهنگی مدیریت پرستاری

حمایت کامل از دانشجو توسط مربی در محیط بالینی، برخورد مناسب مدیریت پرستاری با دانشجو، ارائه اهداف درس در اولین روز کارآموزی، مشخص بودن شرح وظایف دانشجو، اخلاق حرفه‌ای و ارتباط صحیح با بیمار، ارزیابی کفایت مربی توسط دانشجو بیشترین فراوانی را داشت. در فعالیت های مربوط به یادگیری دانشجویان در کارآموزی مدیریت بخشی مرتبط با آشنایی آنها با شرح وظایف و چارت سازمانی و به طور کلی نحوه سازماندهی بود که اغلب دانشجویان در مصاحبه های خود آن را ذکر نمودند. یکی از دانشجویان گفت: "تجربه خوبی بود. تجربه جدیدی بود. با بخش های مختلف آشنا شدیم. این که چه کارهایی باید انجام بدیم، اداره بخش، ارتباط با بخش ها و قسمت های مختلف بیمارستان. نوشتن برنامه وظایف، نظارت به کارای بخش، و حتی چک تجهیزات و وسایل بخش. سلسله مراتب تا حدی رعایت میشه بعضی وقتا هم نه یه چیزایی را در نظر میگیرن که اصلا درس نیس" (مشارکت کننده شماره ۴). نگرش مناسب پرستاران همکار، غالباً نسبت به کاربرد روش‌ها دید مثبت داشته‌اند و در عمل نیز با کمک چند وجهی خود، یاری‌رسان آنها در کاربرد بیشتر این روش‌ها می‌باشند. مشارکت کننده شماره ۳ مطرح کرده است: "خیلی وقتا در انجام این روشا، همکارا کمک می‌کنن مثلاً خانم "ج" خودش هم وارد عمل می‌شه؛ خیلی وقتا هم که وقتی من میرم یه روشی رو برا اروم کردن مریضی انجام بدم، همکار دیگه من که مربی دانشکده هست. یک سری از کارهایی رو که من باید انجام بدم، آخه ما تقسیم کار داریم، به جای من انجام می‌ده." ...

حمایت و همسویی متخصصین شاغل در بخش‌های بالینی باعث شده که آنها با سهولت بیشتر این‌گونه روش‌ها را در عملکرد حرفه‌ای خود بکار بگیرند. مشارکت کنندگان بر اهمیت ارتباطات و نقش آن در برقراری عدالت آموزشی در بالین تاکید داشتند یکی از شرکت کنندگان در این مورد بیان داشت: "برقراری ارتباط مناسب ازسوی مریبان و اینکه

کننده شماره ۳).

مدیران پرستاری با هوشمندی خاص در پرسنل جهت به کارگیری روش‌ها انگیزه ایجاد می‌کنند. مشارکت کننده شماره ۱۱ می‌گوید: "... سرپرستارمون خودش دانشجوئه، هر روز در حال خوندن مقاله و مجله هست ... مسئول ما خیلی فعاله... هر چیزی که فکر کنه اطلاعاتش بدرد دانشجویان پرستاری میخوره دنبال اینه به ما یاد بده... خانم مری تو کار جدیه، کار خوب میخواد، وقتی می‌گه روشی خوبه، ما سعی می‌کنیم اجرا کنیم...". همسویی و همفکری و باور و اعتقاد مدیران پرستاری به کارایی اینگونه روش‌ها، از جمله عواملی است که سبب می‌شود آنها راحتتر در این زمینه فعالیت کنند. مشارکت کننده شماره ۱۰ گفت "... خودشون با من همسو و همفکر... چیزی نیست که بخوان مخالفتی کنن، خودشون هم به این چیزا معتقدن، بعضی وقتا با من اصلاً مشورت می‌کنن". پرستاران به نقش انگیزشی مدیران پرستاری از بعد سیاست‌های تشویقی، سیاست‌های متنبه‌سازی و توجه به آموزش پرستاران نیز می‌پردازند. مشارکت کننده شماره ۱۰ در مورد کاربرد ترکیبات سنتی در بخش ویژه می‌گوید: "...گاهی وقتا من به سرپرستارمون گفتم به همراه این مریض گفتم فلان ترکیب مثلاً عرق نعناع بیاره، آورد، دادم؛ همیشه تو این شرایط بهم می‌گه خوب کردین... وقتی خودش با کارم مواجه میشه، به بقیه می‌گه فلانی اهمیت میده، این کارا رو انجام میده... کلامی تشویق میکنه ... یه مواقایی هم که کارم یه جورایی نمود خاصی داشته و خیلی قابل توجه در حل مشکل مریض مؤثر بوده ازش شنیدم می‌گه اینقدر به پرکیسات اضافه کردم ...".

توجه به آموزش پرستاری از سوی مدیران پرستاری از موارد تاکید شده بود. داشتن تسلط به تمام تجهیزات و بیماریهای رایج در بخش مربوطه، داشتن تجربه عملی بالا، داشتن سابقه مربیگری در بخش مربوطه، آموزش بر اساس فرآیند پرستاری، آشنایی با دانش روز و ارائه طرح درسی و اهداف از بیانات مشارکت کنندگان بود. "از نظر علمی تو سطح خودمان نباشد، از ما بالاتر باشد، قبلاً تو بخش کار کرده باشی به طور کلی از نظر علمی و عملی قوی باشن، یکی از مریبان ما به فرایند پرستاری خیلی اصرار داشتند که باید بنویسیم و این باعث یادگیری بهتر ما میشد... از نظر علمی تو سطح بالایی باشن با مطالعه تو بخش حاضر باشن. به اون گفته هایش اطمینان داشته

باشد چون هرچی که می‌گه تو ذهن دانشجو ثبت میشه منظور از اطمینان این است که صحیح باشد" شرکت کننده شماره ۱۱). نگرش مثبت مدیران پرستاری هم اهمیت دارد. در این خصوص اکثر مشارکت کنندگان اظهار داشته‌اند "نحوه برنامه ریزی فعالیت‌های بالینی، برقراری ارتباط نزدیک با دانشجویان را مثبت ارزیابی کرده‌اند" (مشارکت کننده شماره ۳).

سازماندهی، هدایت و نظارت مدیر پرستاری

در این ارتباط مشارکت کننده شماره ۱۰ اینگونه بیان کرده است: "... من خودم در مورد آموزش با توجه به اطلاعاتم، به سرپرستارمون پیشنهادهایی داشتم که گفته خوبه، به بقیه هم پیشنهاد کرده انجام بده". پرستاران اظهار می‌کنند در برخی موارد مدیران پرستاری با فراهم کردن وسایل و امکانات لازم در جهت آموزش دانشجویان، آنها را یاری می‌دهند. توجه به اجرای صحیح روش‌ها و مشکلات اجرایی مربوط به آنها نیز از دید مدیران پرستاری دور نمانده است. در رابطه با نظارت بر اجرای صحیح (مشارکت کننده شماره ۱۳) به‌عنوان سوپروایزر بالینی می‌گوید: "... مثلاً یه موقع موسیقی بوده صداس زیاد بوده باعث اذیت مریضای دیگه، که تذکر دادم، صداس رو کمتر کنید، در اتاقشون رو ببندید که باعث اذیت مریض بغلی نشه؛ موردای این‌جوری داشتم... برخورد کردم، تذکر دادم".

در رابطه با جانبداری از سوی مدیران پرستاری یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: "جانبداری از سوی مدیران پرستاری، در ابتدا برای من دشوار بود اما به تدریج آن را بسیار لذت بخش یافتم، آنقدر که بر مسائل روزمره خود پیش از پیش و عمیق‌تر تعمق می‌کردم. تجربه بازاندهی تمایل مرا به یادگیری افزایش داد زیرا مرا به دنیای نامطمئنی برد، جایی که سؤالات بسیار زیادی در ذهنم مطرح می‌شد. طرح این سؤالات، انگیزه لازم را برای پاسخگویی به این سؤالات در زمینه بیمار و محیط یادگیری بالینی و... در من ایجاد کرد" (مشارکت کننده شماره ۱۲). تجارب اکثریت مشارکت کنندگان در مورد استقبال از نظرات توسط مدیران پرستاری قابل توجه است. "حمایت و همسویی و استقبال از نظرات آنها در بخش‌های بالینی باعث شده که آنها با سهولت بیشتر اینگونه روش‌ها را در عملکرد حرفه‌ای خود بکار بگیرند" (مشارکت کننده شماره ۱۷). پیگیری و توجه به استفاده از

به وجود آمده را حل کند. با ارتباط مناسب با پرستار و در برخی موارد با میانجی‌گری کردن مربی اختلافات خیلی جدی میان دانشجوی و پرستار حل شده و محیط بالینی برای یادگیری دانشجوی مساعد می‌شود. «درسته من داروهای بیمار را داده بودم ولی پرستار می‌گفت: بایستی می‌دانستی که NPO هست و قرص‌هایش را نمی‌دادی. بگومگو بین ما اگه مربی مون نبود به زد و خورد منجر می‌شد. چون واقعاً به من نگفته بود (پرستار) که بیمار NPO هست» (مشارکت کننده شماره ۱۱)

وجود فضای همکاری

مشارکت کنندگان به احترام بین فردی به گونه‌ای دیگر نیز اشاره می‌نمایند. این مسأله‌ای است که مورد توجه مدیران قرار گرفته و آنها به اهمیت آن و تأثیر آن در همکاری بین دانشجویان و پرستاران پی برده و این چنین می‌گویند که: «حین شلوغی اگه دچار خطایی شدند به روشن نیاردم» (مشارکت کننده شماره ۱۵). برآوردن انتظارات متقابلاً مهم است. یکی از مربیان گفت: «من تمام تلاشم را می‌کنم که انتظارات مسئول بخشم را برآورده کنم» (مشارکت کننده شماره ۱). و دیگری (مشارکت کننده شماره ۱۵) اظهار می‌کند: «ما می‌دونیم که هدنرسمون مشکل داره، در انجام کارهاش ساپورتش می‌کنیم.» مشورت و نظرخواهی و اعتماد سازی متقابل توسط مشارکت کنندگان ذکر شده است. (مشارکت کننده شماره ۹) گفت: «توی همین کارآموزی وقتی دیدم که مربی در مورد روند بهبودی بیمار با من بحث می‌کنه و روی تصمیمات و دستورات پزشکی او تأثیر می‌ذاره به خودم امیدوار شدم که پس من هم الان بتوانم مریضو معاینه کنم و اطلاعات کافی در مورد اون داشته باشم، می‌تونم نقش مهمی داشته باشم...» وقتی مربی بتواند ارتباط خوبی با کادر برقرار کند و اعتمادسازی مناسبی داشته باشد دانشجویان نیز راحت‌تر و با اعتماد به نفس به طرف پرستار می‌روند تا چیزی بپرسند. «وقتی مربی من راحت با پرستارها با سرپرستار خوش‌وبش می‌کند من هم با اعتمادبه‌نفس همراهش می‌روم و قاطعی می‌شم. کاری هم داشتم راحت می‌روم و درخواست می‌کنم بودن ترس و اضطراب» (مشارکت کننده شماره ۳). برای این که دانشجویان بتوانند ارتباط خوبی با پرستاران داشته باشند و از تجربیات، دانش و مهارت آن‌ها در بالین برای کسب تجارب مثبت بالینی استفاده کنند، مربیان سعی می‌کنند با تسهیل

شواهد توسط مدیران پرستاری تسهیل کننده است. «لازمه که برای خود استاد هم این دغدغه به وجود بیاد. چون استاد تا زمانی که این مسئله برایش عمقی نشه، برایش قلبی نشه که چقدر به این مسائل تحقیقی نیاز هست و چقدر می‌تونه در بالین ازش استفاده کنه در واقع این اصلاح نمیشه» (مشارکت کننده شماره ۱۱). توجه به مشکلات اجرایی توسط مدیران پرستاری اهمیت دارد. یکی از مشارکت کنندگان: «اولین چیزی که به نظر من در آموزش مهمه خود مربیه، مربی باید کاملاً به مطالب احاطه داشته باشه و اکثر کیس‌های بستری در بخش رو به خوبی بلد باشه و خودش رو به روز نگه داره. بعضی از مربیان ما که ثابت نیستند سواد لازم را ندارند و بعضی از اونها هم فقط در حد تئوری بلد هستند، تعدادی هستند که واقعاً علم و عمل را یکجا دارند و طوری به ما یاد میدهند که هیچوقت از یادمان نمی‌رود:» (مشارکت کننده شماره ۱۰).

فراهم کردن تسهیلات توسط مدیران پرستاری و نظارت مدیر پرستاری بر اجرای صحیح فرایندها از تسهیل کننده های مهم است. شرکت کننده شماره ۹ «برخی مواقع امکانات بیمارستان برای انجام کار به روش اصولی وجود ندارد، هر سر ساکشن گاهاً چند بار مصرف می‌شود... ما در بعضی بخش‌ها حتی کمبود برخی از وسایل اولیه مثل ماسک، دستکش و... داریم، من فکر می‌کنم اگر یک دانشجو بدون اضطراب در آنستریل کردن آنژیوکت بخواد رگ بگیرد خیلی بهتر و دقیق‌تر یاد خواهد گرفت.» «یک مربی خوب باید بتواند به طور خوب دانشجویان را کنترل و نظارت کند، کار پرستاری نیازمند نظم و انسجام و رعایت یک سری قوانین و اصول خاص است. آموزش مؤثر نیازمند رعایت برخی دیسپلین هاست» (مشارکت کننده شماره ۵). بعلاوه سیاست تشویفی و تنبیهی مدیران پرستاری قابل کر است. مشارکت کننده شماره ۱۱ می‌گوید: «...یه وقتی پیش اومده مسئولمون گفته چرا امروز فلان مریض رو KMC نکردی، میگم... وقت نکردم، متقاعد شده؛ ولی بعداً سعی کردم اونایی که نیازشون بیشتره رو یه جورایی...» از طریق توجه به آموزش پرستاران نیز مدیران پرستاری سعی می‌کنند آنها را به سمت استفاده از روش‌ها سوق دهند. در برخی موارد که اختلاف نظر و یا تعارضی نیز میان دانشجوی و پرستار در بخش پیش بیاید، در صورتی که مربی توانایی و مهارت ارتباطی مناسبی داشته باشد بدون این که مشکل جدی شود خواهد توانست از آن پیشگیری کرده و تعارض

گری ارتباط میان آن‌ها را بهبود بخشند. وقتی مربی، من را به پرستار تعریف می‌کند و پرستار می‌فهمد که من توانایی انجام مراقبت از بیمار را دارم و یا وظیفه‌شناس هستم همکاری‌اش با من بهتر می‌شود» (مشارکت کننده شماره ۷). با ارتباط مناسب با پرستار و در برخی موارد با میانجی‌گری کردن مربی اختلافات و تعارضات خیلی جدی میان دانشجو و پرستار حل شده و محیط بالینی برای یادگیری دانشجو مساعد می‌شود «درسته من داروهای بیمار را داده بودم ولی پرستار می‌گفت؛ بایستی می‌دانستی که NPO هست و قرص هایش را نمی‌دادی. بگو مگو بین ما اگر مربی مومن نبود به زد خورد منجر می‌شد چون واقعاً به من نگفته بود (پرستار) که بیمار NPO هست» (مشارکت کننده شماره ۱۱). مدرسان به خصوص مدرسان تازه کار و ضعیف در بیشتر موارد دانشجو را مقصر جلوه می‌دانند و با اینکه در موارد دانشجو حق داشت ولی حمایتی از طرف مدرس دریافت نمی‌کرد. «ما داشتیم خونگیری می‌کردیم انترنها وارد اتاق شدند. استادمان گفت: برید ما کارمان رو انجام بدیم بعد بیایید. استاد گفت اول ما اومدیم و ما کارهامون رو انجام می‌دیم» (مشارکت کننده شماره ۵). رفتار تبعیض آمیزی کادر بیمارستان نسبت به دانشجویان پرستاری بسیار شایع بود و تجربهای بود که تقریباً تمامی مشارکت کنندگان به آن اشاره نمودند.

«ما تو شهدا قرار بود عصر بمانیم دکتر ... نامه داده بود برامون نهار بدنند، ما نهار خورده بودیم ولی استادمان گفت نهار بخوریم بعد بیاییم، رفتیم خود آشپزها پرسیدند: دانشجویه چه رشته ای هستید؟ گفتیم پرستاری، گفت ما به پرستاری غذا نمی‌دهیم. اون آشپزه که خودش دیپلم هم ندارد، بیاد به دانشجوی پرستاری توهین بکنه» (مشارکت کننده شماره ۱۵). «با پزشک‌ها خیلی خوب برخورد می‌کردند. منتها با پزشک‌ها، آقای دکتر اینجوریه؛ آقای دکتر اونجوریه! ولی خودش پرستاره همکار پرستارشو تحویل نمی‌گیرد، مخصوصاً اگه دانشجو باشد» (مشارکت کننده شماره ۴).

وجود فضای آموزشی

در این راستا توجیه مدیران و کارکنان بخش‌های درمانی و تعیین نقش آنان در آموزش دانشجویان، دخیل نمودن همکاری با دانشجویان و مربیان در ارزشیابی کارکنان پرستاری بخش‌ها و انتخاب مربیان باتجربه می‌تواند در ایجاد فضای ارتباطی مثبت و برخورد مناسب با دانشجویان

مؤثر باشد. اساتید یکی از راهکارهای اساسی در ارتقای این رشته و رسیدن به وضعیت مطلوب را تغییر دانش و نگرش پرستاران می‌دانند که در زیر اظهارات چند تن از اساتید در این زمینه به عنوان نمونه آورده می‌شود: «اگر پرستاران هدف خود را از ورود به این رشته ندانند و نگرش مثبتی نسبت به کار خود نداشته باشند بعد از مدتی دچار خستگی و فرسودگی شغلی شده و از کار خود هیچ لذتی نخواهند برد پس در وهله اول باید روی نگرش‌های دانشجویانمان کار کنیم» (مشارکت کننده ۲). «من استاد باید در تمام مسیر راهنمای دانشجوییم باشم و او را به جلو هدایت کنم. خیلی از افراد برای تغییر در رفتار و نگرش خود نیازمند راهنما هستند. ما باید این فرصت را برای دانشجوییمان ایجاد کنیم. اگر این فرصت ایجاد شود عشق و علاقه به کار نیز به دنبال آن خواهد آمد» (مشارکت کننده ۳). برآموزش روش تحقیق به کلیه پرستاران در تمام سطوح علمی تاکید شده بود. یکی از پرستاران در این زمینه بیان کرد: «اگه در کاری که انجام می‌دهم دانش و اطلاعاتم مناسب باشه، من می‌تونم با قدرت بیشتری برای آموزش‌م تصمیم‌گیری کنم، ولی چون دسترسی نداریم و منابع اینترنتی و کتابخانه مومنقص داره، آموزش دادن محدود به چیزهای بسیار روتین و معمولی میشه» (مشارکت کننده شماره ۸). «یه سری پمفلت تو بخش هست، ولی بدون توجه به نیازهای منحصر به فرد هر بیمار است، مثلاً برای دیابت نمیشه به چند نکته اکتفا کرد» (مشارکت کننده شماره ۷).

برخورداری پرستار از مهارت فنی و قدرت قانونی

مشارکت کننده شماره ۶ بیان کرده است: «... چون با مسئول بخش مشکل نداشتم، به راحتی قابل اجرا بوده من به عنوان مسئول بخش برای آموختن بالینی بچه مشکل ندارم». مهارت فنی یا به روایتی تجربه نیز عاملی است که نقش تسهیل‌گر داشته و ردپای آن در بیانات برخی مشارکت کنندگان از جمله مشارکت کننده شماره ۴ مشهود است: «تجربه بیشتری دارم؛ این باعث شده که هی بیشتر برم دنبالش، بیشتر یاد بگیرم و بیشتر، راحت‌تر و با اطمینان با دانشجویان کار کنم». برخورداری پرستار از تجربه و قدرت و اختیار نقش دارد. «اولین چیزی که به نظر من در آموزش مهمه خود مربیه، مربی باید کاملاً به مطالب احاطه و دارای تجربه باشد و اکثر کیس‌های بستری در بخش رو به خوبی بلد باشه و خودش رو به روز نگه داره. بعضی از مربیان ما که ثابت نیستند

من زیاد کار کنم تو چشم باشم. نگذارم اون کار کنه من کار کنم، من زیاد یاد بگیرم. ولی خود گروه ما مختلط بوده تا حالا خیلی همکاری کردیم. امروز شما کار کردید فردا باشد من کار می کنم” (مشارکت کننده شماره ۱۵). در زمینه جلب اعتماد بیمار و همراه دانشجو گفت: “من یک مربی داشتم که یک روز وقتی رفتیم بالای سر مریض ICU که خیلی بدحال بود و هوشیار نبود؛ گفت این مریض یک ساعت پیش مثل من و شما بوده که به کسی نیاز نداشته؛ حالا که به شما نیاز پیدا کرده و می تونید کاری کنید که به زندگی دوباره برگرده، نباید اخم کنید یا بدتون بیاد؛ اون هم یک انسان هست. اون موقع بود که من احساس کردم که باید به همه بیماران مثل یک انسان نگاه کنم؛ نه موجود عجیب و غریب ...” (مشارکت کننده شماره ۵).

توانمندی و مرجعیت اساتید

یکی از مهمترین مشکلات نظام سلامت کشور ما کمبود نیروی انسانی ماهر است. “بعضی جاها من توانمندیشو ندارم. من میرم به بخش داخلی، توانمند هستم. میرم بخشی عفونی توانمند نیستم. خوب گپ ایجاد میشه خوب وقتی که من به محیط مسلط نیستم گپ ایجاد میشه، پس توانمندی مدرس مهم هستش” (مشارکت کننده شماره ۱۱). “ما خیلی از دروس که به برخی از اساتید می دیم بدون سنجش این هست که استاد توانایی لازم رو برای آموزش این درسو داره یا نداره استاد اصلاً وقتی توانمند نیست بالاخره دانشجویان هم در مرحله عمل نمی تونن موفق بشن” (مشارکت کننده شماره ۱۰). استفاده از اساتید بالینی با سابقه و مسلط در عرصه یک ضرورت است. “استفاده از اساتید با سابقه و با تجربه که در مطالب علمی از نظر عملی هم مسلط اند؛ نیاز ماست. تجربه خیلی مهمه باید اساتید مون تبحر داشته باشند.” «من یادم میاد موقعی که خواستند دانشجوی پرستاری بگیرند، یکی از موارد قبول شدن این بود که در امتحان مصاحبه قبول بشن. من منطقه یک تهران با رتبه ۲۰۰۰ به زور پرستاری قبول شدم؛ ولی الآن با رتبه های خیلی پایین قبول می شن» (مشارکت کننده شماره ۹). استفاده از یک استاد برای چند فیلد غیرمرتبط اثر منفی بر آموزش دارد. “یکی از اساتید پرستاری ما که میشه ازش به عنوان به استاد توانمند یاد کرد تجربیات خودشو تو تدریس منتقل می کرد، تن صداش یکنواخت نبود. اهداف درس رو در ابتدا بیان می کرد و چیزایی رو که دانشجو باید یاد بگیره رو در اولویت قرار

سواد لازم را ندارند و بعضی از اونها هم فقط در حد تئوری بلد هستند، تعدادی هستند که واقعاً علم و عمل را یکجا دارند و طوری به ما یاد می دهند که هیچوقت از یادمان نمی رود” (مشارکت کننده شماره ۳). یکی از پرستاران در توصیف یکی از تجارب خود در مورد یک بیمار جراحی که طی آن توانسته است تصمیمی را اتخاذ نماید که به نجات بیمار بی انجامد می گوید: “من بخش مغز و اعصاب کار می کردم، بیماری از اتاق عمل آمد، دیسکوپاتی داشت، موقعی که از اتاق عمل آمد، دیدم که هی میگه این پام درد می کنه، قبلاً پای آن طرف درد می کرد، حالا پای چپش درد می کرد، حس کردم که این پایش سردتر از اون پاست. نبضش را گرفتم دیدم ضعیف است، بلافاصله زنگ زدم به دکتر و اتاق عمل، مریض بلافاصله رفت اتاق عمل و آمبولکتومی شد. دکتر گفت اگر دیرتر می رسیدند آن پای که سالم بود ممکن بود که از دست برود. من آنجا احساس قدرت کردم، برای اینکه احساس کردم آن علم و اطلاع و قدرت تصمیم گیری درست و صحیح من بود و به هر حال به نفع مریض تمام شد.” (مشارکت کننده شماره ۱۵). ۱-۳-۶ افزایش اعتماد به نفس دانشجو: اعتماد به نفس دانشجو عاملی است که باعث می شود دانشجو بتواند و یا بخواهد برای برقراری ارتباط با پرستار پیشقدم شود. “به خاطر افزایش اعتماد به نفسشان خودشان رو می فرستم جلو، می گویم برود و با بیمار کار کنید. کاری داشتید از پرستار کمک بگیرید” (مشارکت کننده شماره ۹). وقتی دانشجو تمایل به برقراری ارتباط با پرستار پافشاری می کند بالاخره راهی برای این پیدا می کند، البته این پافشاری به علاقه دانشجو برای برقراری ارتباط با پرستاران بستگی دارد. “خوب دوست دارم که شرکت کنم تو بحثشان (پرستارها). هر چی که هست یاد بدم و یاد بگیرم. قاطی می شوم، بالاخره می بینی چیزی می گم خوششان می آید و ارتباط شروع می شود” (مشارکت کننده شماره ۱۴). برقراری ارتباط را می توان یکی از شرایط اصلی برای داشتن تجربه مثبت یادگیری بالینی دانشجویان برشمرد. “همکاری ندارد! وقتی پرستار میبیند که همکاریش باهش همکاری نمیکنند، الآن هم اون یه کاری داشته باشد یه پیش زمینه داره تو ذهنش که ازش ناراحته؛ این پرستار هم همکاری نمی کند” (مشارکت کننده ۶). “خودم تجربه کردم گروه ها اگه همه دختر یا همه پسر باشند حمایتی دیده نمیشه. بینشان بیشتر جنبه رقابتی هست اون کم کار کرده،

تو هر بیمارستان نوع گزارش فرق داره. تو مدنی الگوی دفع، تیک می زنند ولی تو بیمارستان باید داخل گزارش بنویسی ” (مشارکت کننده شماره ۱۹). دانشجویها از پرستار درخواست میکنند که در صورت وجود موارد جدید به آنها اطلاع دهد که نشانگر علاقه‌مندی دانشجویان به یادگیری چنین مواردی است. ” بعضی وقته ا هم ما می گوئیم که مورد جدیدی بود به ما اطلاع بدهید. یا اتفاق افتاده که اونها (پرستارها) می گویند که دارم می میرم فلان کار را انجام بدم، دوست داری تو بیا انجام بده ” (مشارکت کننده ۹). ” بعضی وقتها هم ما می گوئیم که مورد جدیدی بود به ما اطلاع بدهید. یا اتفاق افتاده که اونها (پرستارها) می گویند که دارم می میرم فلان کار را انجام بدم، دوست داری تو بیا انجام بده ” (مشارکت کننده ۱۲).

ارتباط بین آموزش و درمان

مزایای آموزش در بالین بیمار را برای افراد درگیر چنین بیان نموده است: برای دانشجویان (انگیزشی و به یاد ماندنی بودن جلسات راند، کسب مهارت در گرفتن شرح حال و تشخیص، تاکید بر تقویت و ارتقای هنر پرستاری در بالین، کمک به دانشجویان در فهم اینکه کلیه مشخصات مربوط به یک بیماری ممکن است در بیمار آنها وجود نداشته باشد، ترکیب نمودن دانش تئوریک با مهارت های عملی، کمک به درک بیشتر بیمار، آموزش رفتار صحیح و مناسب و یاد دادن این که چگونه یک پرستار یا پزشک خوب باشند؛ برای بیمار، راندهای کنار تخت جذاب است، این امکان را به آنها می دهد که سؤالاتشان را بپرسند و بیماران میفهمند که یکی از وظایف مهم بیمارستان ها آموزش است؛ مزایا برای اساتید، دستیابی به اطلاعات دست اول، کمک به فراگیری خودشان و جذاب بودن آموزش می باشد و برای بیمارستان نیز درگیر شدن کادر درمانی در امر آموزش دانشجویان و ایجاد محل مناسبی برای انجام کار تیمی می باشد. از تجارب مشارکت کنندگان در این مطالعه « تاکید بر تقویت و ارتقای هنر پرستاری در بالین » بود که شامل؛ بحث و گفتگوی علمی غیر رسمی و بحث و گفتگوی بر تاکید بر تقویت و ارتقاء هنر پرستاری بود. ” در واقع چند نفر فکرامونو کنار همدیگه گذاشتیم و با هم بحث کردیم من اومدم گفتم ما برای تهیه این وسیله مشکل داریم. از طرفی بیمارامون هم بهش نیاز دارن. باید یه کاری بکنیم یکی دیگه از همکارا گفت می شه از ساکشن هم این جور استفاده کرد بعد اینا را کنار هم گذاشتیم و یه خورده بیشتر روی طرح تأمل

می داد. تدریسش به صورت فعال بود و امکان مشارکت دانشجو وجود داشت. در حین تدریس مرتباً از دانشجویان بازخورد می گرفت ... گرفتن بازخورد به استاد این فرصتو میده تا بعضی از مباحث رو بیشتر برای دانشجویان باز کنه و از توضیح برخی موارد چشم پوشی کنه... ” (مشارکت کننده شماره ۱۵). مشارکت کنندگان به داشتن بار علمی استاد در سطح بالا اشاره داشتند. ” اطلاعات استاد پرستاری بایستی به روز باشه، استاد پرستاری باید اطلاعات جامع داشته باشه چون پرستاری یک رشته چند بعدی است. بعد اجتماعی، علمی، اخلاقی و حرفه ای. یه استاد توانمند بایستی خودشو توی همه این ابعاد رشد بده و در تمام ابعاد یک مطالعه مختصر روزانه داشته باشه. به فرهنگ ها، لهجه ها، ادیان و مذاهب مختلف آشنایی داشته باشه تا در برخوردها، بیماران مورد بی احترامی قرار نگیرند ... ” (مشارکت کننده شماره ۱۴).

عوامل فردی دانشجو

یکی از زمینه های مؤثر در ارتباط حرفه ای دانشجویان با پرستارها ویژگی های فردی آنهاست. پذیرا بودن پرستار از نظر رفتاری و ظاهری و اینکه دانشجو چقدر علاقه به کار در بالین و یادگیری دارد و احساس مسئولیتی که در قبال بیمار دارد بر روی چگونگی برقراری ارتباط دانشجو مؤثر است. تجربیات گذشته، احساس مسئولیت، انگیزه یادگیری دانشجو و استراتژی یادگیری دانشجو زیرطبقات این طبقه می باشند. پرستارها در بالین احترام کمی به دانشجویها قائل می شوند. ” خوب وقتی به سؤالات آدم جواب نم بدهد؛ بهش ارزش قائل نمی شوند؛ احترام قائل نمی شوند؛ دیگه آدم دلش نمی خواهد بره طرفشان ” (مشارکت کننده ۱۲). ” تو ترم های بالا بیشتر احترام قابلند. من الان بگم ترم ششم. می گویند (پرستارها) این ترم ششه همه چیز بلده. بیشتر احترام قایلند ” (مشارکت کننده ۱۱). نیاز دانشجو به یادگیری و کسب صلاحیت عامل مهمی در برقراری ارتباط با پرستارها می باشد. این انگیزه ممکن است برای آمادگی برای گذراندن طرح، کسب صلاحیت های لازم برای پرستار شدن، جواب دادن به سؤال استاد، علاقه به رشته پرستاری و یا یادگیری موارد جدید و تازه در بالین باشد. ” چون می خواهم وارد محیط کار بشوم، ابهام داشته باشم، می روم دنبالش. می پرسم ” (مشارکت کننده ۶). ” روتین بخش مثلاً، تو هر بخش رنگ لوله ها فرق می کنند باهم. یک سبز یکی قرمز می پرسیم. یا تو ای سی یو فرق می کند.

دانشجو به اهداف آموزشی نمی رسد، با تهیه فیلم و ایجاد مراکز مهارت های بالینی می توان یادگیری را افزایش داد و دسترسی به اهداف آموزش را تسهیل نمود. در این مطالعه پرستاران اعتقاد داشتند که کافی نبودن تسهیلات جهت به کار گیری یافته های تحقیق، نداشتن وقت کافی جهت اجرای ایده های جدید و عدم همکاری نزدیک بین دانشگاه و بیمارستان به ترتیب به عنوان مهمترین موانع کاربرد تحقیقات در بالین می باشد. به فقدان محلی برای کنفرانس و گفت و شنود با اساتید بالین اشاره شده بود. "فراهم نبودن محیط و امکانات مناسب عدم محل برای طرح مسایل با اساتید در بخش ها را به عنوان مانع عمده ای در آموزش و یادگیری بالینی عنوان کرد" (مشارکت کننده شماره ۵). وجود همکاری و اجرای نامناسب فرآیندها را می توان یکی از شرایط اصلی برای داشتن تجربه مثبت یادگیری بالینی دانشجویان برشمرد. "همکاری ندارد، وقتی پرستار می بیند که همکاری باهش همکاری نمی کند، الان هم اون یه کاری داشته باشد یه پیش زمینه داره تو ذهنش که ازش ناراحته؛ این پرستار هم همکاری نمی کند" (مشارکت کننده ۱۲). پرستاران در بخش های بالینی در مواقعی فرصت کافی برای آموزش دادن دانشجویان ندارند و یا در برخی موارد علاقه و یا انگیزه کافی برای آموزش دانشجویان را ندارند. "من فقط تا حالا خانم ... رو دیدم که بهمون کار یاد داده CVP رو چجوری بگیریم. بقیه پرستارها چیزی به مون یاد نمی دادند که" (مشارکت کننده ۱۴). "اون کادری که کادر بیمارستان باشد. شناخت داشته باشد به کار، اگه یاد بده برامون مفیدتر از بعضی مدرسانمان هست که بلد نیستند" (مشارکت کننده شماره ۸). کمک کم پرستار در انجام مراقبت های بالینی به عنوان عامل بازدرنده ذکر شده بود. "تحويل گرفتن بیمار از پرستار خیلی تأثیر داره تو همکاری و کمک پرستار! چون کار اونو سبک می کنی" (مشارکت کننده شماره ۳). "من مریض پرستاری رو تحويل گرفتم، وقتی به اون یکی پرستارها میگم که من مریض همکاران رو تحويل گرفتم، ولی ایشان سرش شلوغه نتوانست بگه. بعضی وقت ها توضیح می دهد، یا مثلاً، میگه که مریض اونو تحويل گرفتید. من خودم کارم زیاده، نمیتوانم توضیح بدم" (مشارکت کننده شماره ۱۴). در این میان ترس پرستاران از واگذاری مراقبت به دانشجویان در محیط های بالینی همواره وجود دارد. "خیلی وقت ها ممکنه با منت باشد کاری که من کار پنج تا مریض رو دو

کردیم" افزایش کردیم البته مشورت هم با چند چند بار تست کردیم و نهایتاً تا از پزشکا داشتیم" (مشارکت کننده شماره ۱۴).

احترام متقابل

این مسأله ای است که مورد توجه مدیران آموزشی قرار گرفته و آنها به اهمیت آن و تأثیر آن در همکاری بین دانشجویان و پرستاران پی برده و این چنین می گویند که: "حین شلوغی اگه دچار خطایی شدند به روشن نیوردم. (مشارکت کننده شماره ۱۱). "ایراداتی که داشتند علنی نمی کردم در خفا به آنها تذکر می دادم" (مشارکت کننده شماره ۱۱). حفظ شأن افراد به خصوص بیماران و همراهان آن ها موجب افزایش رضایتمندی بیمار و در نتیجه ارتقای کیفی مراقبت ها می شود. بیماری که برای بار سوم در بیمارستان بستری شده بود، گفت: "هر انسانی یه اسمی داره من دوست دارم به اسم منو صدا کنن. پرستاری هست که به هر بیماری یه لقبی داده و به اون لقب صداش می کنه این خیلی زشت است" (مشارکت کننده شماره ۳). راستگویی و صداقت از اصول اخلاقی در کار پرستاری است. "راستش گاهی پیش میاد که خطایی رخ می ده، یا نه اصلاً خطا هم نیست. بیمار یه سؤال از پرستارش می پرسه. چقدر قشنگه که پرستار عین واقعیت رو بگه. دروغ نگه. اگه بگه نمی دونم، خیلی بهتر از اینه که یه چیزهایی رو سر هم کنه و به خورد بیمار بده" (مشارکت کننده شماره ۵). توجه به نظرات طرف مقابل از دیگر مواردی است که مشارکت کنندگان بر آن تأکید داشتند. "وقتی بالا سر بیمار می رم، باهاش حرف می زنم نظرشو درباره مراقبتی که می خوام برآش انجام بدم می پرسم ... معمولاً بیمار در چنین شرایطی همکاریش بهتر می شه منم بهتر می تونم ازش مراقبت کنم" (مشارکت کننده شماره ۹). احساس مسئولیت که از مفاهیم اساسی و بنیادی کار پرستاران است. "که من کارم خیلی وابسته به کار پرستاریه. گاهی پیش میاد که دستوری می نویسم، ولی اجرا نمی شه و در گارش پرستاری و کاردکس تیک خورده این بی مسئولیتی" (مشارکت کننده شماره ۱).

عوامل باز دارنده

رویارویی با واقعیت های نامطلوب بالینی یک عامل بازدارنده مهم است. یادگیری حداقل ضرورت ها باید منابع، بیمار و بیماری در دسترس باشند. در مواردی که برای یادگیری حداقل ضرورت ها موارد بیماری کم است و

ولی پرستار میگه من هم دانشجو بودم و یه جوری حلتش می کند که استاد هم نفهمه ” (مشارکت کننده شماره ۱۴). در بیشتر موارد پرستارها فقط برای اینکه موقتاً مشکل حل شود راهنمایی مختصری برای دانشجو انجام می دهند و تلاشی برای یادگیری کامل و اساسی دانشجو انجام نمی دهند. ”موردی بود از دوستان که میکروست حلقه سبزش اونجا گیر میکرد، نمیدانستیم چیکار کنیم. پرستار سر مریض دیگه بود. آرام اومد زیر محفظه ست رو فشار داد و رفت. توضیح نمیدهد که چیکار کرد ” (مشارکت کننده شماره ۱۰). بیشتر موارد پرستاران و مدرسان با صحبت با بیمار و اعتمادسازی نسبت به دانشجویها سعی می کنند همکاری بیمار را به دست بیاورند و یا با نگفتن خطای دانشجو پیش بیمار سعی می کنند همکاری بیمارانشان دیگر را از بین نبرند. ”مریضی که اجازه کار کردن به دانشجو نمیداد، استادمان در مورد اینکه اینجا مرکز آموزشی درمانی است و دانشجو حق دارد اینجا یاد بگیرد، مشکل ما رو حل کرد.” (مشارکت کننده شماره ۱)

موانع فردی

در مطالعه حاضر در بین موانع فردی، ساختاری و مدیریتی موجود در همکاری پرستاران در آموزش بالینی دانشجویان، پرستاران هر سه مورد را مهم دانسته اند. وضعیت پرستاران در ارتباط با موارد موانع همکاری نشان داد که شلوغی شیفت کاری، خستگی پرستار در طی شیفت ها، برنامه ریزی ضعیف آموزشی، شکایت بیمار یا همراه او مبنی بر انجام امور پرستاری توسط دانشجویان و عدم ارتباط مؤثر دانشجو با پرستار مهمترین موانع تلقی می شوند. ”ما زیاد و زیاد کار می کنیم و بسیاری از وقت ها بمان را با بیمارانش سپری می کنیم. ما خیلی سرمان شلوغ است اما من احساس می کنم خیلی از زمانهای بارزشم را در سر شیفت تلف می کنم” (مشارکت کننده شماره ۱۲). آگاهی کم یا عدم آگاهی از آموزش بالینی و دانش قدیمی و عدم تلاش برای به روز رسانی باعث شده است در موقعیت های تصمیم گیری و ابراز وجود بسیاری از پرستاران نتوانند همگام شوند. ”اون چیزهایی که ما تو دانشگاه یاد گرفتیم خیلی با نیازهای امروز ما همخوانی نداره. من الان خیلی از داروهای جدید را نمی شناسم. برای بیمار دارو تجویز می شه اما من نمی دونم چه جوری باید اون رو استفاده کنم و به چه چیزهایی باید توجه کنم.” (مشارکت کننده شماره ۱۴). پرستارها در بیشتر موارد کارهایشان را به دانشجویهای

دقیقه ای انجام میدم تو پنج ساعت انجام میدی و من رو هی می کشانی بیا بین این چجوریه؟ درسته؟” (مشارکت کننده شماره ۶). انتقال نسبی تجربه توسط پرستار به دانشجو از مواردی بودند که دانشجویان بیان می کردند. ”وقتی با آدم خوب برخورد می کنی! قشنگ مثل کسی که دو سه سال از ما بزرگتره و دو سه سال بیشتر از ما کار کرده، داره حرف میزنه. یا کسی که داره تجربیاتش رو میگه. این خودش همکاری پرستاره. ولی کمتر برامون وقت می گذارند” (مشارکت کننده شماره ۷). اطلاعات دادن ضعیف پرستار به دانشجو بازدارنده است. وقتی جواب سوآلمان را می دهد (پرستار)، مطمئن می شویم که کار اون پرستار درست است و می دانستیم اگه سوآلی پیش بیاد، کسی هست که بریم ازش سوآل بکنیم ” (مشارکت کننده شماره ۱۲). ”وقتی پرستار کار با پمپ انفوزیون را یکبار به من یاد بدهد، دیگر نیازی نیست برای بار دوم در مورد پمپ سوآل بپرسم” (مشارکت کننده شماره ۱۳).

اقتدارطلبی و قلدری متقابل و نوکر تلقی کردن

بین پرستاران و همچنین، پرستاران و دانشجویان وجود داشت. ”اون جوی که سرپرستار درست کرده تو بخش. اون بخش رو چجوری اداره می کنی. جوی که ایجاد کردند چه طوریه؟ صمیمی اند، راحت اند، یا اینکه باهم حرف نمی زنند، گارد تشکیل دادند. هر کس می خواهد حرف خودشو بزند. حتی جوی که نسبت به دانشجو تشکیل داده؟ نه تنها نسبت به دانشجویها، حتی با خودشان هم چچوریند. رفتارشان چجوریه؟ تأثیر داره رو ارتباط پرستار با ما. وقتی تو بخش... بودیم پرستار مثل مدرسه، کلاس بالایی با من حرف میزد! چرا هنوز فشارها رو نگرفتی؟! ” (مشارکت کننده شماره ۷). پرستارها احساس متفاوت بودن و نوعی احساس بالادستی نسبت به دانشجویان داشتند و با الگوی صدازدن دانشجویان و ارتباط یک طرفه ای که با دانشجویان برقرار می کردند. ”بیشتر پرستارها از بالا به آدم نگاه می کنند. به زور جواب آدم رو می دهند ” (مشارکت کننده شماره ۹). دانشجو برای یادگیری در بالین نیاز به حمایت نسبی از طرف پرستار و مدرس دارد. حمایت تجربه شده از طرف دانشجویان می تواند در تجارب یادگیری بالینی آنها تأثیر زیادی داشته باشد و آنها را در یادگیری و کسب صلاحیت های حرفه کمک کند. جبران گاهگاهی اشتباه دانشجو توسط پرستاران در بالین وجود دارد. ”شاید جایی اشتباهی بود. می گوید اینه؛ حلتش می کنند. استاد می گوید: می خواهم نمره بدم.

از هر رشته ای از علوم پزشکی برای آموزش به آنجا آمده اند... شما آگه می خواهید پرونده بیمار را مطالعه کنی با هزار تا مشکل مواجه هستی“ (شرکت کننده شماره ۱۰). امکانات آموزشی ضعیف بیمارستان نیز مزید بر علت است. ”برخی مواقع امکانات بیمارستان برای انجام کار به روش اصولی وجود ندارد، هر سر ساکشن گاهاً چند بار مصرف می شود... ما در بعضی بخش ها حتی کمبود برخی از وسایل اولیه مثل ماسک، دستکش و... داریم، من فکر می کنم اگر یک دانشجو بدون اضطراب در آنستریل کردن آنژیوکت بخواهد رگ بگیرد خیلی بهتر دقیق تر یاد خواهد گرفت“ (مشارکت کننده شماره ۹). یکی از مسائل مهم در تمام حرفه ها از جمله پرستاری، قوانین و مقررات است که ارتباطی مستقیم با نحوه رفتار افراد و خدمات ارائه شده توسط آنها دارد. ”ارتقای وضعیت آموزش بالینی دانشجویان پرستاری، مستلزم تأمین امکانات و تجهیزات محیط بالینی در بهبود وضعیت آموزش بالینی می باشد“ (مشارکت کننده شماره ۱۲).

موانع مدیریتی

در موانع مدیریتی، کمبود دانشجو و مربی علاقمند و متعهد که با انگیزه و انتخاب آگاهانه به حرفه پرستاری وارد شده باشند نیز از دیگر علل افت کیفیت آموزش بالینی است. مشارکت کنندگان معتقدند که سیستم آموزش پرستاری دانشجو را برای تصمیم گیر بودن آماده نمی کند به اعتقاد آنها، محتوای آموزشی پرستاری عمدتاً تئوریک و غیرکاربردی است و عرصه های تصمیم گیری بالینی را به پرستار نمی آموزد. ”الآن بهترین پرستارهای ما پرستارانی شناخته می شوند که اطلاعات پزشکی بیشتری دارند، آنقدر که به دانشجویها بیماری و فارماکولوژی و عوارض جانبی و فیزیولوژی آموزش داده می شود، شاید ۱۰ دقیقه در مورد پرستاری آن بحث نمی شود. اگر به پرستار ما بگوئید یک تشخیص استاندارد پرستاری بنویسد نمی تواند، فرق تشخیص پزشکی و تشخیص پرستاری را نمی داند، در نتیجه نمی داند در کدام حیطه می تواند فعالیت کند“ (مشارکت کننده شماره ۱۳). یکی از مربیان باسابقه پرستاری، با اشاره به جوان، بی تجربه و فاقد اعتماد به نفس بودن اکثر مربیان پرستاری می گوید: ”وقتی مربی خودش جوان بوده، یک سال خدمت بوده، اعتماد به نفس نداشته، یک پروسیجر که پیش آمده گفته بچه ها ولش کنید، خب این نتوانسته نسل جدید را خوب تربیت کند“ (مشارکت کننده

مؤدب و حرف شنو می دهند و احساس می کنند که اینها کارهای بیمار را نیز به خوبی انجام می دهند، ”من ترم دوم، بیمارستان بودم تا حالا تزریق انجام نداده بودم. خانم مربی گفت شما بلدید؟ من گفتم که بلدم، نمی ترسم میزنم. یادم هست هپارین بود زیر جلدی گفت بزن و من زدم راحت. ولی می دید فعالم برای همین اعتماد کرد؛ وگرنه کسی به ترم دوم کار نمی داد که“ (مشارکت کننده شماره ۱۲).

مشارکت کنندگان معتقد بودند در محیط بالین زمانی آموزش اثربخش خواهد بود که مدرس بالینی توانایی استفاده از دانش در موقعیت های گوناگون بالینی را داشته باشد. ”اولین چیزی که به نظر من در آموزش مهمه خود مربیه، مربی باید کاملاً به مطالب احاطه داشته باشه و اکثر کیس های بستری در بخش رو به خوبی بلد باشه و خودش رو به روز نگه داره. بعضی از مربیان ما که ثابت نیستند سواد لازم را ندارند و بعضی از اونها هم فقط در حد تئوری بلد هستند، تعدادی هستند که واقعاً علم و عمل را یکجا دارند و طوری به ما یاد می دهند که هیچوقت از یادمان نمیرود“ (مشارکت کننده شماره ۸). ترس از پذیرش مسئولیت خطاهای دانشجو در محیط های بالینی به طور جدی وجود دارد. ”خیلی وقت ها ممکنه با منت باشد کاری که من کار پنج تا مریض رو دو دقیقه ای انجام میدم تو پنج ساعت انجام میدی و من رو هی می کشانی بیا بین این چچوریه؟ درسته؟“ (مشارکت کننده شماره ۶).

موانع ساختاری

اکثر مشارکت کنندگان در تجارب خود بر تغییر و بازسازی ساختار آموزش به منظور بهینه سازی فرآیند یادگیری، یاددهی تأکید داشتند. برنامه ریزی و محتوای آموزشی چیزی است که بر اساس هدف انتخاب می گردد و مطالب آموزش داده شده بر اساس آن بایستی متناسب با هدف و در راستای دستیابی آن باشد. ”زمان دانشجویی چیزایی را توضیح دادند، ولی تا وقتی که چیزی را تجربه نکنید، نمی تونید درکش کنید. مثلاً می گفتند که چه جور با هم، با مریض کار بکنید یا اینکه بیش از حد صمیمی نشین که تو رودربایستی گیر بکنید یا از روی اجبار به یک نفر کمک کنید“ (مشارکت کننده شماره ۱). محیط بالینی نامناسب جهت آموزش اهمیت جدی دارد. ”ما در اکثر بخش ها مشکل محیط فیزیکی را داریم، در یک بخش بیمارستان امام خمینی جا برای سوزن انداختن نیست و دانشجویان

خواهد بره اون بخش. وقتیکه پرستارهای یه بخش با آدم خوب برخورد می کنند معمولاً آدم اشتیاق پیدا می کند" (مشارکت کننده شماره ۴). وقتی پرستار در جواب سؤال دانشجو جواب کاملی حتی بیشتر از سؤال دانشجو می دهد و این کار را مشتاقانه انجام می دهد و یا در مواردی دانشجو را برای توضیح دادن و آموزش دعوت می کند خود دلیلی بر علاقه پرستار به آموزش دانشجو است و دانشجو با خیال راحتتری به سوی او رفته و از پرستار یاد خواهد گرفت. "کافیه یه چیزی پرسوی. این چی میشه؟ قشنگ توضیح می دهد. در برخی موارد بدون اینکه دانشجو سؤالی بکند و به محض اینکه احساس کنند دانشجو این مورد را نمی داند و یا مورد مناسبی برای آموزش بدانند از دانشجو دعوت می کنند تا آن مورد برایشان توضیح بدهند و یا با کار کردن همراه پرستار تجربه کسب کنند. " ما با تمام مشکلات و سختی کار و وقت نداشتن و شلوغی با دانشجویان همکاری کرده و آموزش لازم را به آنها در حد توان یاد می دهیم و سازمان در این اضافه کاری بابت آموزش چیزی به ما نمی دهد و ما انگیزه کار را از دست می دهیم" (مشارکت کننده شماره ۱۲).

ارتباط نامناسب پرستاران با دانشجو و عدم همکاری مناسب بخش با دانشجو باعث رعایت نکردن زمان کارآموزی توسط دانشجو می شود. دانشجویان در این بخش ها معمولاً دیر وارد بخش می شود و علاقه دارند زود نیز بخش را ترک کنند. "تو بخش هایی که خوشمان نمی آید. برخوردهای بدی با ما صورت گرفته. هشت و نیم به زور می رویم بخش اکثراً کار نمی کنیم و بیشتر می رویم استراحت. این جوری این کارها رو می کنیم که زود بخش تمام بشه بریم" (مشارکت کننده شماره ۴). مشارکت کنندگان در بیانات خود ابعاد ویژگی های عدم ارتباط مربی با پرستاران بخش به نیازهای روانی اجتماعی را عدم ارتباط مربی بالینی با پرستاران، اهمیت ندادن به پیشنهادات و نظرات آنها و در نظر نگرفتن وضعیت روحیه ضعیف خود می دانستند. "روحیه همکاری و ارتباط در بخش ما کم است درسته تقسیم کار هست ولی به هم دیگه کمک می کنیم" (مشارکت کننده شماره ۷). تبعیض قائل شدن بین دانشجویان پرستاری و دیگر رشته ها از سوی کارکنان در مواردی مثل ارزش و احترام، برخورداری از امکانات و تجهیزات، یونیفرم و مشاهده پروسیجرها را به عنوان یک مشکل می دانستند. "...نبود یک تعریف پرستاری در رشته ما در بین اساتید و دانشجویان

شماره ۳). "پرسنل با دانشجویان همکاری ندارند. ما خیلی از کارها را می توانیم از پرستارهای با تجربه یاد بگیریم. اما زیاد راهنمایی نمی کنند و می گویند: شما بیشتر خرابکاری می کنید" (مشارکت کننده شماره ۱).

نکته قابل تامل در روند تحلیل تجارب همکاران آموزش بالینی علاوه بر دشواری های ساختار بالینی مراکز آموزشی درمانی و پذیرفتن همزمان مسئولیت های اجرایی بخش و آموزش به دانشجو، ارجح دانستن آموزش سنتی بر این روش آموزش بالینی به شرط وجود مربیان کارآمد و منظم بود. "به خاطر افزایش اعتماد به نفسشان خودشان رو میفرستم جلو. می گویم برود و با بیمار کار کنید. کاری داشتید از پرستار کمک بگیرید" (مشارکت کننده شماره ۹). یکی از موانع عملکرد مبتنی بر شواهد نداشتن آزادی عمل در بخش های بیمارستانی است، اینکه پرستاران همیشه تابع پزشکان هستند و از خود استقلال در عملکرد ندارند، آنها به اجبار باید از قوانین بیمارستان اطاعت کنند. آنها بیان داشتند که: "ولی خوب من بیشتر فکر می کنم مانعی که باشه بیشتر توی بخش باشه، حال مثال در حد صحبت کردن چرا ولی فکر نمی کنم اونقدر آزادی عمل داشته باشیم که بتونیم برای مریض خودمون حال طبق مقاله ای یا چند مقاله بدست آوریم عمل کنیم" (مشارکت کننده شماره ۴). وجود یک فضای احترام آمیز و توأم با قدردانی می تواند به شکوفایی و دستیابی به شایستگی پرستاران کمک کند و پرستاران به کمبود احترام متقابل بین حرفه ای به عنوان یک عامل مؤثر بر توانمندی تاکید داشتند و معتقد بودند در سیستم های بهداشتی و درمانی به پرستاران نگاه مناسبی وجود ندارد و بسیاری از پزشکان به پرستاران با دیده حاکی از احترام نمی نگرند. "ما این همه کار می کنیم اما روابط بین من و پزشک مثل نظام برده داری است و او همش دستور میده و من همش باید چشم بگم" (مشارکت کننده شماره ۸).

عدم همکاری بین پرستاران بخش در آموزش بالینی احساس عدم حمایت را به دنبال داشته است. "اون روز من یادم رفته بود که قند خون مریض را چارت کنم ولی بر اساس قندخونی که ۰ صبح گرفته بودم انسولین بیمار را تزریق کرده بودم تو این موقع می بینی سرپرستار برمی گرده پیش همکار، بیمار و همراه بیمار آدمو تحقیر می کنه" (مشارکت کننده شماره ۳). "بخش آخری که رفته بودیم تو بخش دیدیم واقعاً آدم تأسف می خورد. از فردا نمی

”وقتی امکانات کم باشد، همش دنبال وسیله ایم، مرتب و قتمون صرف یافتن وسیله و ملافه و نظیر اینها میشه... میخوایم فشار بیمارو بگیریم، فشارسنج خرابه... خوب این همه وقت تلف میشه و لذا دیگه فرصتی برای بررسی بیمار نیمونه. دیگه فرصتی برای اجرای فرآیند پرستاری نیمونه. ولی وقتی امکانات خوبه، وسیله کم نداریم، وقتی تعداد کارکنانمون در شیفت کافی باشه، راحتتر می تونیم مراقبت ها رو براساس فرآیند پرستاری انجام بدیم“ (مشارکت کننده شماره ۱۰).

موانع محیطی

موانع محیطی و جو سازمانی نامناسب، از دیدگاه مشارکت کنندگان، پیام های محیط آموزش دانشجو، از عوامل تاثیرگذار بر یادگیری و استمرار آن است. یک از استاد یاران رشته آموزش پرستاری با ۱۲ سال سابقه در بالین و آموزش عنوان کرد: ”جو سازمانی مهم است. اگر من فرد مشتاق یادگرفت ندر محیطی قرار بگیرم که خیلی اهمیت نمی دهد بعد از مدتی انگیزه نخواهم داشت“. خانم مری و دانشجوی پرستاری با ۱۱ سال کار بالین و آموزش در این رابطه بیان داشت که: ”در محیط سازمانی باید بستر مناسب برای یادگیری به وجود آید در غیر این صورت با هر سطح از تلاش، پیشرفتی حاصل نخواهد شد“ عدم همکاری سایر اعضای تیم بهداشتی درمانی با پرستاران در خصوص اجرای برنامه های آموزشی منافع متقابل زیادی به دنبال ندارد. انتظارات پرسنل بخش از دانشجویان پرستاری ذکر شده بود که با انتظارات مری از دانشجو بر اساس اهداف بخش مغایرت داشت. انجام امور غیر آموزشی و کارهای خارج از حیطه پرستاری و پرداختن به امور غیر ضروری و دانشجوی دیگری در خصوص به کارگیری فرآیند پرستاری چنین بیان کرد: ”ما در تمام بخش ها مجبور به نوشتن فرآیند پرستاری هستیم. اما چگونگی اجرای آن را بلد نیستیم. از طرفی در بیمارستان خبری از این فرآیند نیست. این کار فقط توسط دانشجوی پرستاری انجام می شود“ (مشارکت کننده شماره ۱۴). فرآیندهای اضافی در انجام کار از قبیل تشریفات و سلسله مراتب اداری از دیگر چالش های آموزش به بیمار شناخته شد. یکی از مشارکت کنندگان در این خصوص اظهار داشت: ”به نظر خیلی از کارکنان حاکمیت بالینی یعنی پر کردن چند فرم اضافه که کلی از وقت پرستارها رو می گیره پزشکان هم که هیچ دخالت و همکاری در این خصوص نمیکنن“ (مشارکت کننده شماره

از نظر این که این رشته چیه؟ چه کار می خواهد بکند و چه آینده ای دارد؟ عملکرد ما دانشجویان بر اساس تعریف سال ۱۹۸۷ پرستاری است. بعد از ۴ سال درس خواندن عملاً می بینیم که در تیم درمان در بیمارستان هیچ نقشی نداریم و کارهایی که می کنیم نیاز به ۴ سال درس خوندن نداره ” (مشارکت کننده شماره ۱۰). برخی از علل احتمالی این مبهم بودن شرح وظایف برای پرستاران، ممکن است شامل: کیفیت نامطلوب دوره های آموزشی، ناکافی بودن دوره های آموزشی برای دانشجویان پرستاری و دوره های آموزش مداوم باشد. ”ما با تمام مشکلات و سختی های کمبود وقت، شلوغی با و نبود شرح وظایف آموزشی که ما باید به دانشجویان بیاموزیم کار ما را سخت تر کرده و متاسفانه مسئولین کاری در این زمینه نکرده اند و این مثل یک جامعه پرستاران در ایران می باشد.“ (مشارکت کننده شماره ۱۱). با فرآیند کنترل و نظارت توسط مسئولین و مدیران، اطمینان از انجام صحیح و مناسب کارها امکان پذیر می شود. ”سیستم ما طوریه که هنوز به نظارت و کنترل نیاز داره. اگه نظارت و کنترل نباشه، قوانین و دستورالعمل ها اجرا نمیشه... یادم میاد یه سرپرستاری داشتیم که صبح به صبح میومد و اتفاقی پرونده هارو بیرون میک شید و نگاه میکرد ببینه آیا فرآیندها نوشته شده، بعد هم از مریضا می پرسید ... چون نظارت و کنترل وجود داشت ما هممون مجبور بودیم درست کار کنیم...“ (مشارکت کننده شماره ۴). ”مدیر باید بدونه که یکی از وظایفش نظارت و کنترله... اجرای فرآیند هم باید کنترل بشه“. (مشارکت کننده شماره ۱۳).

نیروی انسانی کافی یک مقوله مهم است. وقتی با کمبود کارکنان مواجه باشیم، ارائه مراقبتهای پرستاری بر اساس روش مراقبتی تقسیم کار صورت می گیرد و پرستاران توجه دقیق، کافی و لازم را در اجرای فرآیند پرستاری نخواهند داشت. مشارکت کننده ۵ (خانم پرستار ۳۰ ساله) در این خصوص گفت: ”بار کاری ما زیاده، تعداد کارکنان کمه... هر کس به کاری مشغوله، یکی مسئول دارو، یکی مسئول پانسمان، دیگه مریضو خوب نمیشناسی که بیای بررسی کنی ... کارهای خودتو انجام بدی، خیلی هنر کردی ... دیگه فرصت اینو نداری که فرآیند بنویسی و اجراش کنی“. وجود ابزار و شرایط مناسب از دیگر عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری از دید مشارکت کنندگان بود. یکی از مشارکت کنندگان به مهیا بودن شرایط اشاره نمود و چنین گفت:

۱۴). که اختلاف نظر متخصصین امر در مورد محتوای آموزش بر روی دانشجویان تاثیر دارد. از طرفی مدرس نیز اعتماد کفی به دانشجو نمی کند و این بی اعتمادی ممکن است منتقل شود یا مستقیماً توسط مدرسان به پرستاران گفته شود. بر اساس تجارب مشارکت کنندگان، برخی از سیاست گذاران بالادستی (متخصصین) که خود هیچ تمایل و علاقه ای به شرکت پرستاران در تصمیم گیری های کلان آموزشی ندارند و اختلاف نظر متخصصین امر در مورد محتوای آموزش پرستاری تاثیر بسزائه در آموزش بالینی دانشجویان دارد. در این رابطه یک مشارکت کننده بیان کرد که: "در اختلافات آموزش بالینی اولویت این است که ما بهترین کار رو انجام بدیم در حالی که کمترین هزینه و بیشترین خروجی را داشته باشیم، اما متأسفانه در جامعه ما چیزی که دیده می شه فقط کم کردن امکانات است؛ مثال خیلی از کارهای آموزشی مفید هست که به دلیل کمبود منابع و بودجه و امکانات انجام نمیشه" (مشارکت کننده شماره ۱۲).

عوامل محیطی - فرهنگی

یکی دیگر از زیر طبقات پدیدار شده مربوط عوامل محیطی، فرهنگ سازمانی تشکیل می دهد. کاملاً واضح و مبرهن است که برای انجام هر کاری و موفقیت در کسب آن، آمادگی داشتن امری ضروری است؛ در این راستا اهمیت آموزش بر کسی پوشیده نیست. یکی از مسائل مهم در تمام حرفه ها از جمله پرستاری، قوانین و مقررات است که ارتباطی مستقیم با نحوه رفتار افراد و خدمات ارائه شده توسط آنها دارد. "یه روز از سه جلسه که داشته باشیم در هفته. با گروه کار می کنیم و دو روز رو کیس متد کار می کنیم؛ یعنی یه نفر یه نفر یه مریض یا دو مریض برمی داریم" (مشارکت کننده شماره ۷).

دانشجویان بیان می کردند که برنامه کارآموزی در برخی موارد وابستگی کمی به برنامه درسی و واحدهای نظری داشت و دانشجو واحد عملی و کارآموزی را قبل از واحد نظری تجربه میکرد. این باعث می شد دانشجو استفاده کافی از بالین نبرد. "ما که رفتیم بخش قلب یه ترم بعدش اومدیم نظری قلب رو پاس کردیم. اول بخش رفتیم بعد. این همزمان باشد خیلی خوبه. مثلاً، من که دارم قلب رو میخوانم همزمان برم بخش خیلی خوبه و برای من بهتره" (مشارکت کننده شماره ۴).

سبک مدیریتی مافوق و رفتار غیر منصفانه در مسئولین

مدیران بخش های پرستاری بایستی سبک های رهبری مناسبی را برای سیستم آموزش بالینی، دائماً در حال تغییر، و بروز بکار برند. "چون می خواهم وارد محیط کار بشوم، ابهام داشته باشم، میروم دنبالش. می پرسم" (مشارکت کننده شماره ۲). یکی از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار بر عملکرد و نحوه همکاری پرستاران سبک مدیریتی مدیران آنهاست. "جایی که قبلاً کار می کردم متأسفانه روابط بد بود. حکومتی بود زیاد. مترون حکومت می کرد، یعنی من مترون را می دیدم سرتا پام گچ می شد. اینقدر اذیت می کردن. یعنی من نمی تونستم حرفم را بزنم به مترون، به مترون که نه، به هد نرس همینطور. یعنی واقعاً هد نرس سالاری مطلق بود. یعنی حکومت بود تو بخش ها" (مشارکت کننده شماره ۱۱).

ضعف در برخورد و حمایت منصفانه مدیر در تحلیل مصاحبه به دست آمد. "چرا بعضی ها که بیشتر کار می کنند. بیشتر تذکر می خورند. بیشتر نادیده گرفته می شوند تا کسانی که کار نمی کنند. وقتی که تو پیشرفت می کنی ولی نادیده گرفته می شه، واقعاً فاجعه است. به نظر شما این درسته، که یه نفر را که از صفر به ۱۰۰ رسیده باید حداقل بهش بگن آفرین" (مشارکت کننده شماره ۱۲). انگ های درون حرفه ای در این مطالعه به عنوان عامل بازدارنده شناخته شد. "ما تو بخشمون تقسیم بندی شدیم. مثلاً کادر آی سی یو. کادر سی سی یو. چرا همیشه به بخش داخلی میگن کادر سوخته؟ لیست سیاه؟ تبعیذگاهه؟ چرا کادر را حیطه بندی میکنن" (مشارکت کننده شماره ۶). احترام به شخصیت دیگران در هر موقعیتی یکی از قوانین اجتماعی و از جمله محیط های کاری است. عدم رعایت این اصل اخلاقی باعث ایجاد احساس تفاوت داشتن با دیگران و به نوعی تبعیض قائل شدن از جانب مافوق را در فرد ایجاد می کند. "وقتی خطای کوچکی از من سر میزنه، مسئول بخشم خیلی بد به من تذکر میده، بلافاصله توی جمع و با صدای بلند که شخصیت آدم میره زیر سؤال. همه انتظارشون اینه که وقتی میرن سرکار شخصیت اجتماعی پیدا کنند، شأن اجتماعی پیدا کنند. من کار نمی کنم که شخصیتیم را از دست بدهم" (مشارکت کننده شماره ۲). شایسته سالاری از مصادیق مهم احترام و ارزشگذاری حرفه ای در پرستاری است "که به آن توجه نشده است. از نظر علمی، از نظر بالینی خودم را قوی کردم. تلاش کردم، دوست داشتم که تلاشم دیده بشه ولی دیده نشد" (مشارکت کننده شماره

هم مجبور بودم که سیستم سنتی را بکار ببرم. چون وقتی که case method بود مثلاً سه تا مریض به یکی می افتاد، کارهاشو میکرد و میرفت توی اتاق استراحت، بعد من میگفتم که کارت فقط این سه تا مریض نیست، کارهای دیگه هم هست. به خاطر همین اومدم همان سیستم سنتی را اجرا کردم که کارها هم خوب پیش میرفت...“ (مشارکت کننده شماره ۸).

غیرقابل پیش بینی بودن محیط بالینی

به دلیل غیرقابل پیش بینی بودن محیط بالینی، دانشجو به محض ورود به محیط اندوخته های خود را مغایر با محیط بالینی غیرقابل پیش بینی دیده و دچار سردرگمی می شود. ” اصلاً قابل پیش بینی نیستند. یک لحظه ما میریم به بخش. مد نظرم این هستش که از دیابت صحبت کنم می بینم به بخش یه دونه احیاء قلبی ریوی میارن. پس در نتیجه آشفته بازاری اتفاق میفته تو بخش ” (مشارکت کننده شماره ۱۰). تضاد بین تلفیق نقش استادی و پرستاری نیز وجود دارد. ” وظیفه پرستار، ارائه خدمات بهداشتی و خدمات سلامت به مردم هست، وظیفه اون آموزش دادن نیست. الان آموزش پزشکی پیوسته به وزارت بهداشت و به نوعی مونده تو حاشیه، ببینید اینطور مونده تو حاشیه، من به عنوان یک پزشک پام رو می دارم به بخش خوب وظیفه من چی هست در بخش؟ وظیفه من اینه که به مریض خدمات درمانی بدم ویزیت کنم معاینه کنم و غیره. خوب سؤال اینه که آیا وظیفه من معلم شدن هست یا وظیفه من طبابت کردن هست. اگر وظیفه ام طبابت کردن هست، پس اصلاً آموزش معنی نداره. اگر وظیفه ام معلم بودن هست طبیعی هست که وقتی که انرژی ام را می دارم به معلمی طبابت زیر سؤال می ره خواهی نخواهی (مشارکت کننده شماره ۳). یکی از مهمترین مشکلات نظام سلامت کشور ما کمبود نیروی انسانی ماهر و عدم توانمندی اساتید است. ” بعضی جاها من توانمندیشو ندارم من میرم به بخش داخلی، توانمند هستم. میرم بخشی عفونی توانمند نیستم. خوب گپ ایجاد میشه خوب وقتی که من به محیط مسلط نیستم گپ ایجاد میشه، پس توانمندی مدرس مهم هستش ” (مشارکت کننده شماره ۳). ” امکان مداخله اندک روی بیمار به دلیل مسائل حقوقی از عوامل بازدارنده است. ” وقتی کیس مورد نظر انسان باشد دیگر دخل و تصرف کامل و آزمایش و خطا معنی خود را از دست می دهد در اینجاست که رعایت جانب احتیاط، امکان کشف و اکتشاف

برنامه ریزی نیروی انسانی

یکی از اصول اولیه برنامه ریزی مناسب، چینش صحیح نیروها در بخش هاست که امری بسیار حساس بوده و به دقت بالایی نیاز دارد. ” در مورد نحوه چینش نیروها در بخش قبلاً موردی که وجود داشت این بود که پرسنلی که تازه می آمدند می رفتند اورژانس، این پرسنل کمترین تجربه ای نداشتند، مثلاً یه دفعه دو تا مریض ارست کرده با هم می آمد، اینا چون تجربه کمتری داشتند، کارها سریع و خوب پیش نمی رفت، اینها استرس بیشتری داشتند ” (مشارکت کننده شماره ۹). ” اونوی که تازه کاره، احساس مسئولیت نداره و نمیدونه، یعنی هنوز دست چپ و راست خودش را نمی شناسه، آوردن گذاشتنش اورژانس. هنوز وظایف خودشون را نمی دونند، شدت، حدت، و اهمیت قضیه را درک نمی کنند. نمی دونند که چقدر واقعاً مهمه ” (مشارکت کننده شماره ۱۰). شیفت های نامتعادل کاری نیز در این طبقه جای دارد. ” اون روز صبح با همکارم صبح و عصر بودیم. من مسئول استیشن بودم و واقعاً کارم زیاد بود. ۴ تا ادمیت داشتم. باید کارهای پرونده را انجام می دادم. آزمایش ها را از آزمایشگاه می گرفتم، بعد خلاصه اون کارهایی که مربوط به پرونده بود را باید انجام می دادم.... خب من هم خسته ام همکارم هم خسته است. بخش داخلی، واقعاً کارش زیاده. خودتون که بهتر میدونین. دوستم به من گفت که من یه کم خسته ام میشه برم استراحت کنم. من هم بهش گفتم که اول کارهاتو بکن بعد برو. من واقعاً کارم زیاده. چون مثلاً من اگه از ساعت یک شروع کنم تا ساعت ۴ کارم طول می کشه که استیشن را تبدیل به یه چیزی بکنم. همین که رفت دیدم همراه یه مریض اومد شروع کرد به داد و بیداد کردن که چرا سرم مریض من نمیره و..... بحث باعث شد که کار به حراست بکشه و من تویخی بخورم ” (مشارکت کننده شماره ۱۴).

علاوه بر نداشتن توانمندی و انگیزه، ضعف آموزشی و تجربه کم در بیانات مشارکت کنندگان در طیفی از تقسیم کار منصفانه تا غیر منصفانه خودنمایی می کند. ” یه زمانی ما توی اورژانس کار میکردیم و سیستم case method را اجرا می کردیم ولی من اصلاً خوشم نمی آمد. در بخش پست مردان طبق دستورالعمل ما مجبور بودیم که اونو اجرا کنیم. ولی من دوست نداشتم، بعضی از بهیارها هم که سیستم case method را قبول نداشته و کار نمیکردند. من

ناشناخته‌ها را از پرستار سلب می‌کند“ (مشارکت‌کننده شماره ۳). ”درست است که پرستار باید تجربه دست اول کسب کند ولی این تجربیات با محدودیت‌هایی مواجه است؛ پرستار نمی‌تواند به اختیار خود روی بیمار آزمایش و خطا انجام دهد. کوچک‌ترین اشتباه پزشکی منجر به از دست دادن جان انسان‌ها می‌شود“ (مشارکت‌کننده شماره ۳). رشته پرستاری به دلیل حساسیت بالا و سر و کار داشتن با جان انسان‌ها، نیاز به آموزش بیشتر دارد ولی مدت تحصیل کم این امر را محدود می‌کند. ”مهارت را نمی‌تونیم در عرض دو سال کامل به دست آوریم باید مدت تحصیل افزایش یابد“ (مشارکت‌کننده شماره ۳). مشکلات مالی دغدغه مدیران و کادر پزشکی است. درآمد کافی نداریم و میزان دریافتی مان با شدت سختی شغلان همخوانی ندارد و ما هم مجبوریم به دلیل نیاز مالی و کم بودن دستمزدمان، ۳ شیفت کار کنیم“ (مشارکت‌کننده شماره ۱). در مصاحبه‌ها هم اساتید به این مشکل جنسیتی اشاره کرده‌اند که این چنین مشکلات، مسائل عدیده‌ای را در زمینه شرعی ایجاد می‌کند: ”در بخش روانی مردان، اصلاً درست نیست خانم کار کنه چون پرستار آقا نبود، خانم وارد کار می‌شد. پیامدش چی بود. پیامدش این بود که عملاً پرستار خانم می‌شه منشی. عملاً نمی‌تونه به مریض دست بزنه، پیش مریض فقط پرونده می‌نوشت. چهار نفر هم می‌گذاشتن خدمات که مراقبت کنن از اون که ذخدای ناکرده ناسزا نگه یا یک مشکلی پیش نیاد. الان کمکم تعداد زیاد شده ولی باز هم جوابگو نیست“ (مشارکت‌کننده شماره ۳).

عدم تطبیق آموزش‌ها با انتظارات از نتایج تحلیل بود. ”می‌رفتم توی بخش بینم چه طور با مردم رفتار می‌کنن چیکار می‌کنن بعضی وقتا من خودم کلافه می‌شدم. نگاه می‌کردم می‌دیدم که ماهارم کلافه می‌کنن انتظارشون معقول نیست بعضی وقتا می‌بینم این‌داره رگ گیری می‌کنه هی میاد میگه خانوم بچه من سرمش تموم شده. می‌بینی که الان دارم کار می‌کنم اونا هم به هر حال بشرن دیگه پرستار ممکنه بچشو مریض گذاشته تو خونه اون همیشه حساب می‌کنه که پرستار زندگی نداره هرچند که متأسفانه محیط هامون هم اینجورین‌ها بیمارستانمان پرستارو درک نمی‌کند پرستار میگه بچه من مریضه می‌گه به من چه نمی‌گه که این پرستاری که بچه اش مریضه چطوری می‌تونه با آرامش روانی کار

بکنه؛ یعنی بیای پای درد دل پرستارا بشینی می‌بینی بنده خداها هم دلشون پره چون اونها هم از سیستم حمایت نمی‌گیرن بچه اش تب کرده من خودم برام پیش اومده بچه ام تب کرده گذاشتم مهدکودک اومدم بیمارستان“ (مشارکت‌کننده شماره ۵). : آموزش‌های بالینی چه به صورت ابتدایی و چه به صورت آموزش‌های مستمر بایستی همگام با موقعیت‌های بالینی باشد. مشارکت‌کننده شماره ۱: ”کاهش فاصله تئوری و عمل با درگیر کردن دانشجویان با مسائل و تکالیف عملی امکانپذیر است به اینکه آنها رو وادار کنیم که از دانش خود در شرایط و موقعیت‌های واقعی یا شبیه‌سازی شده استفاده کنند. برنامه مبتنی بر تکلیف واقعاً میتونه این شکاف رو خیلی کم بکنه“.

وجود همکاری را می‌توان یکی از شرایط اصلی برای داشتن تجربه مثبت یادگیری بالینی دانشجویان برشمرد. ”همکاری ندارد! وقتی پرستار می‌بیند که همکاری باهاش همکاری نمی‌کند، الان هم اون یه کاری داشته باشد یه پیش زمینه داره تو ذهنش که ازش ناراحت؛ این پرستار هم همکاری نمی‌کند“ (مشارکت‌کننده ۱۲). کمک و همکاری به دوستانشان در بین اکثر دانشجویان وجود داشت به خصوص در بین دانشجویان همجنس این همکاری بیشتر اتفاق می‌افتاد. ”مهارت آموزی پرستاران به دانشجویان در بالین نسبی بود. ”من فقط تا حالا خانم ... رو دیدم که بهمون کار یاد داده CVP رو چجوری بگیریم. بقیه پرستارها چیزی به مون یاد نمیدادند که“ (مشارکت‌کننده ۱۴). ”اون کادری که کادر بیمارستان باشد. شناخت داشته باشد به کار، اگه یاد بده برامون مفیدتر از بعضی مدرسانمان هست که بلد نیستند“ (مشارکت‌کننده شماره ۹). کمک کم پرستار در انجام مراقبت‌های بالینی به دانشجویان مشهود بود. ”تحویل گرفتن بیمار از پرستار خیلی تأثیر داره تو همکاری و کمک پرستار! چون کار اونو سبک می‌کنی“ (مشارکت‌کننده شماره ۸). ”من مریض پرستاری رو تحویل گرفتم، وقتی به اون یکی پرستارها میگم که من مریض همکارتان رو تحویل گرفتم، ولی ایشان سرش شلوغه نتوانست بگه. بعضی وقت‌ها توضیح می‌دهد، یا مثلاً، میگه که مریض اونو تحویل گرفتید. من خودم کارم زیاده، نمیتوانم توضیح بدم“ (مشارکت‌کننده شماره ۱۳).

ترس پرستاران از واگذاری مراقبت به دانشجویان نیز عامل دیگر است. ”خیلی وقت‌ها ممکنه با منت باشد کاری که من کار پنج تا مریض رو دو دقیقه‌ای انجام میدم تو پنج

مرتبه! تو کار می شه بهش اعتماد کرد و رفت سراغش وگرنه آدم نمی خواهد باهاش ارتباط داشته باشه" (مشارکت کننده شماره ۱۲).

علاقه پرستار به حرفه روی چگونگی جواب دادن به دانشجو و تأثیر متقابلی که پرستار بر دانشجو دارد و نیز در عملکرد پرستار نمایان است. "من رشته ام را دوست دارم، می خواهم خوب یاد بگیرم تا از این طریق بتونم به بیمارانم خدمت کنم" (مشارکت کننده شماره ۸). "چون من می خواهم که به رشته ام کمک بکنم، هم اطلاعاتم رو در اختیار اونها بگذارم و رشته ام باز بشه و گسترده تر بشه، به روز بشه" (مشارکت کننده شماره ۴). علاقه پرستار به آموزش در نوع جواب دهی به سؤال دانشجو نمایان است. "کافیه یه چیزی بپرسی، این چی میشه؟ قشنگ توضیح می دهد" (مشارکت کننده شماره ۷). "وقتی دانشجو احساس مسئولیت نسبت به بیمار و یادگیری خود می کند برای یادگیری دانش و کسب مهارت مورد نیاز برای ارائه مراقبت ایمن از بیمار و کاهش خطا تلاش می کند. "مسئولیت کاریشونه، یه خونگیری اشتباه یا یه رگ گیری اشتباه برمی گردد به پرستار. شاید می خواهد یه کار اضافی نکرده باشه و تویخ شو نگیرند" (مشارکت کننده شماره ۵).

دقت و مراقبت بهتر و پیشگیری از آسیب: هم دانشجو و هم پرستار برای اینکه بتوانند مراقبت ایمن و مناسبی از بیمار داشته باشند تلاش می کنند. "تو مسئولیت پذیری من تأثیر داره، وقتی پرستار با من اینجوری ارتباط برقرار می کند، من اگه کارهایم را سرسری انجام بدم خودم خجالت می کشم" (مشارکت کننده شماره ۱۱). دانشجو برای پیشگیری از آسیب احتمالی مدام وضعیت بیمار را به پرستار گزارش می دهد و این ارتباط آموزش دهنده خواهد بود. پرستار نیز مدام پیگیر کارهای بیمار است و این ارتباط از حالت یکطرفه خارج خواهد شد. "چون دانشجوها هم احساس مسئولیت نمی کنند مریض رو تحویل گرفتند می گند به من ربطی ندارد پرستارش انجام بده" (مشارکت کننده شماره ۹). برخی پرستارها و یا دانشجویان ترم های بالا این ذهنیت را در دانشجویان به وجود می آورند که یادگیری مهارت در طرح اتفاق می افتد. "چون می خواهم وارد محیط کار بشوم، ابهام داشته باشم، میروم دنبالش. می پرسم" (مشارکت کننده شماره ۷). اولین گام برای تشکیل تیم و شاید ورود به یک تیم اعتقاد داشتن به انجام کار تیمی است و این چیزی است که مشارکت کنندگان در

ساعت انجام میدی و من رو هی می کشانی بیا بین این چجوریه؟ درسته؟" (مشارکت کننده شماره ۶). پرستاران به دلیل بار کاری و یا علاقه کم به همکاری و جوابگویی به دانشجویان معمولاً کمتر برای آموزش دانشجویان وقت میگذارند و چون دانشجویان در بالین مدرس دارند، پرستاران نیز بیان میکنند که آموزش دانشجویان وظیفه مدرسان بالینی است، در نتیجه از همکاری امتناع می کنند. "وقتی پرستار کار با پمپ انفوزیون را یکبار به من یاد بدهد، دیگر نیازی نیست برای بار دوم در مورد پمپ سؤال بپرسم" (مشارکت کننده شماره ۱۳).

ویژگی های فردی پرستارها

یکی از زمینه های مؤثر در ارتباط حرفه ای دانشجویان با پرستارها ویژگیهای فردی آنهاست که شامل موارد زیر می باشد. منش فردی که پرستار از خود بروز می دهد در تصمیم گیری دانشجو در برقراری ارتباط با پرستار و رفتن به سوی او مؤثر است. پرستارها در بالین احترام کمی به دانشجویان قائل می شوند. "خوب وقتی به سؤالات آدم جواب نمی دهد؛ بهش ارزش قائل نمی شوند؛ احترام قائل نمی شوند؛ دیگه آدم دلش نمی خواهد بره طرفشان" (مشارکت کننده شماره ۲). شخصیت فرد عامل تعیین کننده در نوع رفتار پرستار است. "تو ویژه پرستاری بود که با ما همکاری نداشت هیچ؛ اشتباهی هم انجام می داد می انداخت گردن بیچاره دانشجوها" (مشارکت کننده شماره ۳). پرستارها حوصله کافی نیز برای آموزش دانشجو ندارند "پرستار خودش می گه حوصله آموزش نداریم، وقتمان رو می گیرند. دست و پا گیرند، برای همان باشد که ما نمی خواهیم بریم پیش آنها" (مشارکت کننده شماره ۵). اخلاق حرفه ای پرستار باعث اعتماد به نفس دانشجو، انگیزه دادن به دانشجو برای یادگیری و ادامه دادن پرستاری می شود، "بعضی هاشون با دانشجو بدنند، هم با پرستار هم با بیمار هم با دانشجو، فرق می کند اونهایی که خوبند باهمه خوبند، ولی بد اخلاق ها دو قسمت اند، یا با دانشجوها مشکل دارند یا باهمه، یا یه روز مثلاً بد اخلاق باشند سایر روزها خوش اخلاقند معلوم نمیشه" (مشارکت کننده شماره ۵). وضعیت ظاهری پرستار چیزی است که در اولین نگاه دانشجو تأثیر خود را خواهد گذاشت. "تو بخش ها اینجوریه، خانم ها بیشتر تحویل می گیرند تا آقایان، البته ما اینجوری دیدیم" (مشارکت کننده شماره ۶). "یونیفورم تمیز نشان دهنده یه نظم هست. تمیز باشد آدم میگه این

کننده شماره ۸). اعتقاد به دستاوردهای مثبت در ارتباط با پرستار وجود دارد و برای همین سعی در ارتباط با پرستار می‌کند. "به خاطر افزایش اعتماد به نفسشان خودشان رو می‌فرستم جلو. می‌گویم برود و با بیمار کار کنید. کاری داشتید از پرستار کمک بگیرید" (مشارکت کننده ۹). وقتی دانشجوی نسبت به تواناییهای خود آگاهی داشته باشد و بداند که در صورت اشتباه قابل حل خواهد بود و این باعث ایجاد اعتماد به نفس در با کار با بیمار خواهد شد. "بدونم اگه اشتباه انجام بدم می‌تونیم اون رو درستش کنم. یا حواسم باشد که همیشه اشتباهات رو درستش کرد. اون وقت نمی‌ترسی راحت میری جلو" (مشارکت کننده شماره ۹). "اطلاعات با اعتماد به نفس رابطه مستقیم داره. هر چه اطلاعاتم بیشتر باشد، اعتماد به نفسم بیشتره" (مشارکت کننده شماره ۱۰). تجارب قبلی در برقراری ارتباط دانشجوی با پرستاران ارتباط دارد. داشتن تجربه خوب و مثبت باعث می‌شود دانشجوی راحت تر به ارتباط وارد شود درحالیکه تجربه منفی دانشجوی را از این کار باز می‌دارد. "خوش آمدن از بخش به رفتار پرستارها ربط داره. وقتی پرستارها خوب رفتار می‌کردند فردا با انرژی می‌رفتم بخش. نمی‌ترسیدم. راحت می‌رفتم جلو. سوآلی داشتم راحت میپرسیدم" (مشارکت کننده شماره ۱۲). جواب دادن به سوآل استاد با کمک پرستار هم ذکر شده بود. "بعض وقت ها مربی از ما سوآلاتی می‌پرسد که فردا جوابش رو بیاریم. من هم زود سعی می‌کنم از یه پرستاری که باسوادِ بیپرسم" (مشارکت کننده شماره ۴).

بحث

هدف مطالعه حاضر، مروری بر عوامل تسهیل کننده و ممانعت کننده همکاری پرستاران در آموزش بالینی دانشجویان کارشناسی پرستاری و در نهایت ارائه راهکارهایی به منظور بهبود همکاری پرستاران بوده است. عوامل تسهیل کننده، محیط یادگیری بالینی نقش مؤثری در شکل‌دهی مهارت حرفه‌ای دانشجویان پرستاری دارد. اکثر پرستاران بخش، وضعیت و عملکرد خود را در همکاری با مربی بالینی و دانشجویان، قابل قبول اعلام کردند که هم راستا با یافته‌های مطالعه حاضر است. در مطالعه کامران و همکاران (۱۳۹۱)، همکاری کارکنان بخش در آموزش دانشجویان، متوسط به بالا اعلام شده است. در پژوهش شریف و همکاران (۲۰۱۰)، از دیدگاه دانشجویان، محیط یادگیری بالینی مناسب در حضور ارتباطات مثبت حرفه‌ای

مطالعه به آن اشاره نموده اند. می‌گوید: "تو حرفه ما اصلاً تک نفری کار کردن امکان نداره. یعنی کار ما باید تیمی باشه. یعنی حرفه ما تیمیه. انفرادی نمیشه کار کرد. اصلاً خیلی خبره باشی، خیلی، ولی تنها باشی، هیچ کاری نمیتونی بکنی. این عقیده منه" (مشارکت کننده شماره ۱۱). "ما فقط با پرستار کار نمی‌کنیم. فقط با دوستانمون کار نمی‌کنیم که. با خدمات کار می‌کنیم. با کمک بهیار کار می‌کنیم. باید تو کار هوای اونا را هم داشته باشیم. یعنی اذیت نشن". (مشارکت کننده شماره ۱۲).

ویژگی های فردی دانشجویان

علاقه به رشته یادگیری موارد جدید هم اهمیت دارد. حساسیت اخلاقی موضوعی است که با ویژگی های فردی و اعتقادی افراد ارتباط زیادی دارد. "من حساسیت اخلاقی رو وجدان تعریف می‌کنم. یعنی اگر مثلاً قانونی نبود، کسی نبود یا کسی هم نمی‌تونست منو کنترل کنه یا به خاطر انجام ندادن کاری نتونن من رو تحت پیگرد قرار بدن من خودم رو مقید بدون این کار رو انجام بدم" (مشارکت کننده شماره ۳). "پرستارها بد برخورد می‌کنند. پیش زمینه بدی ایجادشده که زیاد نتوانند جلو بیان (دانشجوها)؛ یعنی اگه من برم بیپرسم من رو خراب می‌کند" (مشارکت کننده شماره ۱). برخی مواقع دانشجویان از اینکه مورد سوءاستفاده پرستار قرار نگیرد سعی می‌کند ارتباطی با او نداشته باشد. "ترس از اشتباه یکی از مشکلاتی بود که دانشجویان از آن میترسید و ارتباط برقرار نمی‌کرد. اشتباهی بکنیم. می‌گند این چه کاریه. چی یاد گرفتید و اینها. از این حرفها می‌گویند. آدم اون اعتماد به نفسی هم که دارد از دست می‌دهد" (مشارکت کننده شماره ۱). دانشجویان از اینکه تحقیر شود و یا اینکه پرستار او را ضایع کند به طرفش نمیرود به خصوص وقتی که تجربه چنین رفتاری را داشته باشد از خراب شدن پیش افراد دیگر اجتناب می‌کند. "خودم برای خودم مهمم. نمی‌خواهم سر کوچکترین مسئله برم زیر سوآل یا برخورد بدی از شون پرستارها ببینم" (مشارکت کننده شماره ۶).

ترس دانشجویان از عدم کسب صلاحیت و اینکه اگر نتواند ارتباط خوبی با پرستار برقرار نکند، نتواند صلاحی کافی را برای پرستار شدن و کار مستقل در آینده شغلی کسب کند. "دوستانم که الان طرح هستند هم میگویند که: اگه فوت و فن کار رو یاد نگیرم کارم توی طرح زاره. یکی از طرحی ها می‌گفت: روز اول رسماً نشستیم گریه کردم" (مشارکت

مهم ترین مشکلات آموزش بالین در یک مطالعه ذکر شده است (هرندی و همکاران، ۱۳۸۳). توانمندی و مرجعیت اساتید بالینی و یا عدم احساس مسوولیت از طرف اساتید بالینی یکی از مواردی است که آموزش بالینی را دچار چالش جدی می کند (۱۳، ۱۵ و ۲۳) علاقه مربی به آموزش بالینی و به تبع آن احساس مسوولیت مربی نسبت به آموزش دانشجویان را می توان تا حدی در تیپ شخصیتی فرد جستجو کرد که با انجام مصاحبه و دقت در گزینش مربیان می توان مدرسینی که به کار خود علاقه داشته و انگیزه‌ی کافی برای آموزش بالینی دانشجویان داشته باشند را انتخاب نمود البته تنها داشتن انگیزه برای مربی بالینی خوب بودن کافی نیست و مربیان بایستی از نظر علمی و عملی (۳۷)، اخلاقی، عاطفی، رفتاری (۳۹، ۳۸، ۳۴، ۲۵)، مناسب این کار باشند و بعد از گزینش نیز با آموزش های مناسب در این راستا و آموختن روشهای یاددهی یادگیری توان آموزشی آنها را ارتقا بخشید (۱۲). متخصصین معتقدند که مربیان بالینی تاثیر شگرفی در افزایش کیفیت آموزش بالینی دارند و می توانند تجارب بالینی را برای دانشجوی لذت بخش کنند. (۲۰، ۲۱). اکثر پرستاران بخش، وضعیت و عملکرد خود را در همکاری با مربی بالینی و دانشجویان پرستاری در آموزش بالینی، قابل قبول اعلام کردند. در مطالعه کامران و همکاران (۱۳۷۶)، همکاری کارکنان بخش در آموزش دانشجویان، متوسط به بالا اعلام شده است (۱۱) که با مطالعه حاضر همسو می باشد. در مطالعه حاضر در بین موانع فردی، ساختاری و مدیریتی موجود در همکاری پرستاران در آموزش بالینی دانشجویان، پرستاران هر سه مورد را مهم دانسته و هر سه مانع در طیف متوسط قرار داشتند. کمبود وقت کافی پرستاران جهت آموزش بالینی به دانشجویان، شلوغی شیفت کاری صبح و به طبع آن خستگی پرستاران از مهمترین موانع فردی در مطالعه حاضر است، درحالیکه در مطالعه رسولی و همکاران (۱۳)، سابقه کاری پایین پرستاران و نظارت ناکافی بر عملکرد مربیان از موانع مهم فردی عنوان شده اند که در این زمینه به نظر می رسد این تفاوت، مربوط به بخش ها و بیمارستان های مورد مطالعه می باشد.

در مورد موانع ساختاری در مطالعه حاضر، برنامه ریزی ضعیف آموزشی، مهمترین مورد بوده است که این یافته با مطالعه دل آرام و همکاران که بر روی ۱۳۳ نفر از دانشجویان پرستاری شهرکرد (۱۴) و نیز مطالعه Gul و همکاران که

بین دانشجویان و کارکنان شکل می گیرد. ارزیابی دیدگاه دانشجویان در مورد محیط آموزش بالینی، نقش زیادی در افزایش انگیزه و یادگیری دانشجویان در محیط بالینی دارد (۱۷). در این پژوهش، پرستاران گروه های تسهیل کننده های وجود فضای همکاری، سازماندهی و هدایت و نظارت موجود در همکاری پرستار در آموزش بالینی دانشجویان را به یک میزان، مهم دانستند. در میان تسهیل کننده های فردی، برخورداری پرستاران از دانش و مهارت کافی، مهم ترین تسهیل کننده شناخته شد. لذا به منظور نزدیکی و مشارکت هرچه بیشتر میان واحدهای مراقبت سلامتی و دانشگاه ها در آماده سازی دانشجویان برای ورود به نقش پرستاری، کارکنان بالینی نیاز دارند که مهارت های ارتباطی بالایی داشته باشند (وتون و گوندا، ۲۰۰۴).

در میان تسهیل کننده های ساختاری، فراهم بودن محیط حمایت کننده و برنامه ریزی آموزشی مناسب از مهم ترین تسهیل کننده های ساختاری شناخته شدند. ارتقای وضعیت آموزش بالینی دانشجویان پرستاری، مستلزم تأمین امکانات و تجهیزات محیط بالینی در بهبود وضعیت آموزش بالینی می باشد (دهقانی و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۹۱)، نتایج به دست آمده نشان داد که ضروری است به وضعیت محیط های بالینی توجه بیش تری شود. در مطالعه عباس زاده و همکاران (۱۳۹۲)، برنامه ریزی مناسب جهت آموزش مؤثر در روند کسب مهارت های بالینی توصیه شده و هماهنگی و تناسب بین محتوای آموزش تئوری و مباحث عملی نیز از جمله مواردی است که به بهبود آموزش بالینی منجر می شود. در میان تسهیل کننده های مدیریتی، مشخص بون شرح وظایف دانشجویان و همچنین، وجود فردی که پاسخگوی عملکرد و خطاهای دانشجویان باشد، تسهیل کننده بودند. در مطالعه (دل آرام و همکاران، ۱۳۹۱)، مهم ترین نقاط قوت آموزش بالینی شامل مشخص بودن شرح وظایف دانشجو، فراهم نمودن فرصت مراقبت از بیمار برای دانشجو، برخورد مناسب سوپروایزر آموزشی با دانشجو و حمایت کارکنان از دانشجو بود.

استفاده از کارکنان بالینی به عنوان همکار آموزش بالینی، در مقایسه با روش سنتی، کفایت و مقبولیت بالاتری در نظر دانشجویان و مربی و دانشکده داشته است (غیاثوندیان، ۱۳۸۳) و عدم همکاری پرستاران با مربی و دانشجو، عدم هماهنگی بیمارستان ها با برنامه های آموزشی، عدم ارتباط مناسب از سوی پزشکان، سرپرستاران و پرستاران با دانشجو، به عنوان

بر روی دانشجویان پرستاری دانشگاه آقا خان انجام شده است همسو می باشد (۱۵). در مطالعه حاضر در بین موانع مدیریتی، انجام امور پرستاری توسط دانشجویان و عدم ارتباط مؤثر دانشجو با پرستار جزء مهمترین موانع مدیریتی شناخته شدند. برخی پرستاران در محیط های بالینی به دانشجویان پرستاری به عنوان یک بار اضافی می نگرند که این مسئله تأثیر نامطلوبی بر یادگیری دانشجویان در محیط بالینی دارد (۱۸). در این راستا باید برای پرستاران، بیمار و همراه وی نقش دانشجو تفهیم شده و ارتباط بین پرستار و دانشجو توسط مربی و مدیران تقویت شود. در مطالعه حاضر در میان تسهیل کننده های فردی، مواردی همچون برخورداری پرستاران از علم و مهارت کافی جزء مهمترین تسهیل کننده ها شناخته شدند. داشتن تجربه های مثبت قبلی از شرکت در روند آموزشی به دانشجویان، اعلام آمادگی و رضایتمندی پرستاران برای پذیرش مسئولیت آموزش به دانشجویان، بهبود مهارت های ارتباطی کارکنان پرستاری، بهره مندی پرستاران از علم و مهارت کافی از جمله تسهیل کننده های فردی بودند که پرستاران این تسهیل کننده ها را تأثیرگذار در روند همکاری عنوان کردند (۱۳، ۱۴، ۶۶). فراهم کردن تسهیلات توسط مدیران پرستاری ذکر شده توسط دانشجویان می توان به کمبود وجود فضای همکاری اشاره نمود، لذا حفظ احترام بین فردی، برآوردن انتظارات، اعتماد سازی، آشنا شدن دانشجو با بخش، همکاری پرستار با دانشجو، حل تعارض دانشجو و پرستار، ضروری است و مطالعه صالحی و همکاران نشان می دهد طیف عوامل مرتبط با محیط بالینی گسترده است و توجه به ابعاد آن از تجهیزات گرفته تا کارکنان، دقت ویژه های را می طلبد (۲۱).

در مطالعه دهقانی و همکاران حمایت مدیران از پرستاران جهت پذیرش نقش آموزش، تعداد کافی پرستار، طراحی رسمی و دقیق برنامه آموزش بالینی، شناسایی نیازهای دانشجویان پرستاری و انتظارات آنها از آموزش بالینی، ارائه برنامه های آموزشی در قالب ایجاد فرصت مطالعه برای پرستاران، آموزش روش تحقیق به کلیه پرستاران در تمام سطح علمی، کارگاه ها و برنامه های بازآموزی دانشکده و بیمارستانهای آموزشی، پرداخت حق الزحمه بابت آموزش دانشجویان، وجود فضای کافی در بخش متناسب با تعداد دانشجویان، مشخص شدن شرح وظایف پرستاران آموزش دهنده، مشخص شدن شرح وظایف دانشجویان، مشخص بودن فرد پاسخگوی عملکرد و

خطاهای دانشجویان، برگزاری کارآموزی در نوبتهای عصر و شب جزء تسهیل کننده های مدیریتی هستند که پرستاران این تسهیل کننده ها را تأثیرگذار در همکاری اعلام داشتند (۱۹). در مطالعه حاضر، در میان تسهیل کننده های مدیریتی، مشخص شدن شرح وظایف دانشجویان و مشخص بودن فرد پاسخگوی عملکرد خطاهای دانشجویان جزء مهمترین تسهیل کننده های مدیریتی شناخته شدند. مهمترین نقاط قوت آموزش بالینی شامل مشخص بودن شرح وظایف دانشجو، فراهم نمودن فرصت مراقبت از بیمار برای دانشجو، برخورد مناسب سوپروایزر آموزشی با دانشجو و حمایت کارکنان از دانشجو می باشد. دانشجویان تأکید زیادی بر مسئولیت پذیری، یافتن فرصت هایی برای انجام وظایف مختلف و دریافت بازخورد به عنوان عوامل تسهیل کننده از طرف کارکنان پرستاری دارند (۲۲). فوز و همکاران (۱۵۹) و گیتل و همکاران (۱۶۰) نشان دادند که بکارگیری سیستم هایی برای تسهیل نمودن ارتباطات تیمی می تواند نقش اساسی در بهبود کیفیت داشته باشد. ارتباطات خوب باعث تشویق همکاری، کار تیمی مؤثر و کمک به پیشگیری از خطاها می گردد.

اثر بخشی فعالیت ها در سازمان به میزان زیادی وابسته به کیفیت نظارتی است که بر انجام آن فعالیت ها صورت می گیرد به گونه ای که یک نظارت مطلوب قادر به بهبود روند فعالیت هاست و از طرفی شیوه های نظارتی نامطلوب به کاهش کیفیت فعالیت ها منجر می شود. در بین موانع ساختاری، برنامه ریزی ضعیف آموزشی، مهم ترین مانع ساختاری شناخته شد. مطالعه حسن پور و بانی (۱۳۸۹) نشان داد یکی از مشکلات مربوط به آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان مامایی، برنامه ریزی ضعیف آموزشی می باشد. در مطالعه خرسندی و خسروی (۲۰۰۱)، عدم هماهنگی کارکنان بیمارستان با مربی و دانشجو، عدم رعایت حقوق فردی و عدم ارتباط مناسب کارکنان بیمارستان با مربی و دانشجو، از مهم ترین مشکلات آموزش بالینی بوده است. به نظر می رسد پرستاران اطلاعات کافی برای آموزش و یا حتی مسؤولیت پذیری در این خصوص نداشته باشند که این امر، به عنوان مانعی بر سر راه یادگیری معرفی می گردد (اودریز کال و همکاران، ۲۰۱۰).

عدم برخورداری از تجهیزات و امکانات یکسان درراستای کسب مهارت های بالینی در مراکز آموزشی برای گروه های مختلف دانشجویان که به آن اشاره گردید؛ نیز در

آموزش نقش مهمی در کسب آگاهی و موفقیت همکاری دارد و موضوعی است که بایستی در دوران دانشجویی به آن پرداخته شود و فقط مختص پرستاران نمی باشد و تمامی حرفه های شرکت کننده در امر مراقبت را در بر میگیرد. مطالعه انجام شده توسط ایرچپور و همکاران در زمینه یادگیری اشتراکی در آموزش علوم پزشکی ایران، نشان از توجه و اهمیت دادن به این مقوله را در بر دارد. آنان نشان داد که طیف گستردهای از فرصت های یادگیری اشتراکی بالقوه و بالفعل از جمله شیوه های تدریس وجود دارد که حائز ویژگی های یادگیری بین حرفه ای می باشند و بر همین اساس، مدل سلسله مراتب حرفه ایگرائی جهت تبیین "ماهیت" یادگیری بین حرفه ترسیم نمودند (۷۶). نتایج حاصل از مطالعه رفیعی و همکاران نشان میدهد که کم بودن امکانات مالی بیمارستان، منجر به محدود شدن تشویق های مالی شده و به تشویق درج در پرونده محدود گشته است. هرچند این نوع تشویق نیز مورد توجه کارکنان بوده است اما اکثر آنها با تشویق مالی انگیزه بیشتری یافته های حاصل از مطالعه حاکی از این می باشند که سبک مدیریتی مدیران بر نحوه کارکردن پرستاران با هم مؤثر است. سبک مدیریت مشارکتی که مورد توجه و توافق بسیاری از افراد از جمله مشارکت کنندگان در این مطالعه نیز میب اشد ولی موانعی برای اجرا و بکارگیری آن وجود دارد.

یافته های حاصل از بیانات مشارکت کنندگان در این مطالعه نیز حاکی از این است که آنها در بدو ورود به محل خدمت به الگوپذیری از دیگر کارکنان پرستاری برآمده و در حقیقت به نوعی خود را با آنها مقایسه میکنند. در کارکنان دارای سابقه خدمت نیز عدم برخورداری از مزایای مورد نظر بر اساس عملکرد باعث از دست دادن انگیزه آنان برای تلاش و فعالیت می گردد. هادسون و هالت نیز اهمیت داشتن یک "قهرمان همکاری کننده" را مشخص کردند. افرادی متعهد، دارای انرژی و جریان دار وجود دارد که دارای سطوح بالای اعتبار و تأثیر بوده و در داخل و خارج سازمان به عنوان افراد جاذب و کامل شناخته شدهاند. آنها فراهم کننده اطمینان و اطمینان آفرینی هستند که برای انواع نوآوریها و ریسک کردن بدون اینکه همکاری کم یا بیارزش شود، مورد نیاز می باشند (۹۷). نکته قابل توجه در این مطالعات و مطالعه حاضر این است که برخی ویژگی ها همچون دانش، اخلاقیات و مهارتهای ارتباطی، جزء

زمره زیر طبقات مربوط به واقعیت های نامطلوبی است که در باین تحت عوامل بازدارنده قابل بحث و بررسی است. در یک بررسی مشابه نیز که در رابطه با مقوله تبیین آموزش بالینی انجام گرفته است؛ ایجاد محیط یادگیری بدون استرس، اجرای یکسان قوانین و مقررات آموزشی، عدم برتری دانشجویی بر دانشجوی دیگر؛ از جمله مضامین اصلی تبیین آموزش بالینی در دانشجویان پرستاری عنوان کرده اند (۱۶). فرهنگ سازمانی، طبقه ای دیگر از عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر فرآیند همکاری بین پرستاران است. فرهنگ سازمانی شامل ارزش های مشتری است که برای دستیابی به اهداف سازمان مهم می باشند و غفلت از آنها منجر به ایجاد مشکلات عدیده های در سازمان می شود و تأثیر مهمی بر روی سازمان دارند و باید مورد توجه مدیران قرار گیرند. عدم هماهنگی و همخوانی بین ارزش های پرستاران و سازمان باعث افزایش نارضایتی شده و ممکن است منجر به فرسودگی و ترک خدمت گردد (۲۷).

در مطالعه حاضر نیز ویژگی های توصیف کننده این طبقه همگی نشان از مجموعه ای وسیع از ارزشها و خصوصیات دارد که مشارکت کنندگان بر اساس آنها به کار کردن با هم و به عبارتی همکاری با هم می پردازند. این خصوصیات و ویژگی ها حاکی از ضرورت نیاز به توجه به ارزشهایی است که در بسیاری از موارد به ضعف در آنها اشاره شده است. یافته های حاصل از دیگر مطالعات کیفی نیز دربردارنده توجه به این مقوله مهم توسط مشارکت کنندگان و تأثیر آن بر عملکرد آنان می باشد. آموزش بین حرفه ای فرصت هایی را ایجاد می کند که دو یا چند حرفه در کنار هم یاد می گیرند و یادگیری و آموزش بین حرفه ای موضوعی است که مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است (۹۸، ۲۲). در مطالعه بهرامی و همکاران (۱۳۹۱)، نتایج به دست آمده نشان داد که ضروری است به وضعیت محیط های بالینی توجه بیش تری شود؛ به عبارت دیگر، محیط آموزش عملی باید به شکل علمی هم راستا با اهداف آموزش های نظری فراهم شود تا دانشجویان قادر باشند به توانمندی های لازم نائل گردند. در مطالعه عباس زاده و همکاران (۱۳۹۲)، برنامه ریزی مناسب جهت آموزش مؤثر در روند کسب مهارت های بالینی توصیه شده و هماهنگی و تناسب بین محتوای آموزش تئوری و مباحث عملی نیز از جمله مواردی است که به بهبود آموزش بالینی منجر می شود.

پیشرفت خود به پرستار و در حالت کلی کسب اعتماد او خواهد توانست همکاری و ارتباط خوب میان خودشان را تداوم بخشد. در مواردی نیز دانشجو کمبودهای علمی پرستار را رفع می کند و به خصوص در پرستاران طرحی و کم سابقه که دانش کافی برای بالین را ندارند و یا توانایی کاربرد آن را در محیط بالینی ندارند (۱۸۲) باعث وابستگی آنها به هم و بهبود ارتباط میان آنها خواهد شد. تأثیر زمینه و محیط بالینی در یادگیری دانشجویان در یک بررسی به روش نظریه پایه با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و گروه متمرکز در کره جنوبی نشان دهنده عوامل مشابه یافته های ما بود که بر فرآیند برقراری ارتباط حرفه ای دانشجویان با پرستاران در بالین تأثیر داشت. در این بررسی بیمارستان، دانشگاه و پرستارها از عوامل اصلی و تأثیرگذار در یادگیری دانشجویان در بالین بودند (۱۲۱).

نتیجه گیری

یکی از مشکلات و موانع موجود در زمینه آموزش بالینی مربوط به عدم همکاری مناسب کارکنان بخش می باشد، رفع این چالش، با رفع موانع همکاری کارکنان و افزایش تسهیل کننده ها در جهت بالا بردن همکاری آن ها می باشد که این امر مستلزم همکاری مربی، کارکنان بالینی، سوپروایزرهای آموزشی، سرپرستاران، مدیران پرستاری، مسؤول برنامه ریزی آموزشی و سایر مسؤولین رده بالای مدیریتی می باشد.

سیاسگذاری

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه مجازی شهید بهشتی می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از مشارکت دانشجویان و پرستاران در مطالعه حاضر قدردانی نمایند.

ویژگی هایی بودند که هم در بین پرستاران و هم در بین گروه های پزشکی خیلی مهم بوده است. این وجه اشتراک در این ویژگی ها نشان می دهد که در گروه های پزشکی از جمله پزشکی و پرستاری که به طور مستقیم با بیماران در ارتباط هستند (۱۰،۱۲). جو حاکم در محیط بالینی نامناسب و تا حدی غیرآموزشی است. اقتدارطلبی و وجود چنین رفتاری نسبت به یکدیگر تاحدی از جامعه منشأ می گیرد. بایستی توجه داشت که اقتدارطلبی و به نوعی نشان دادن خود با استفاده از زور و موقعیت برتر نسبت به دانشجویان مختص به ایران نبوده و در بررسی انجام شده در کالیفرنیا آمریکا نیز تمام دانشجویان به گونه ای قلدری و خشونت را در محیط بالینی تجربه کرده بودند (۱۴۲). که با ارتباط خوب و مناسب با پرستارانی و کمک گیری از آنها به راحتی میتوان با آشناسازی دانشجویان بر این ترس آنها فائق آمد.

پرستار تنها کسی است که می تواند موقعیت یادگیری خوبی برای دانشجو فراهم کند و با دادن کار به دانشجو و آموزش فوت و فن کار دانشجو را در یادگیری و مهارت آموزی کمک کند. هرچند ممکن است پرستار به راحتی پذیرای دانشجو نباشد و به او اعتماد نکند (۴۶،۱۲۴) حتی در مواردی از دانشجو سوءاستفاده کرده و کارهای خود را به خصوص کارهای ساده و وقت گیر خود مانند کنترل علائم حیاتی بیماران را به دانشجو بسپارد (۴۶) یا اینکه خطایی را که خود مرتکب شده به گردن دانشجو به اندازد (۱۶۲،۴۶) و یا در مواردی برای اینکه برچسب نامناسبی دریافت نکند و با دریافت برچسب لجوج و سرسخت از طرف پرستاران فرصت یادگیری را از دست ندهد به خواسته های نادرست پرستاران مانند بیگاری و یا کار اضافی و حتی جواب نادرست پرستار تن دهد (۴۶). هرچند در برخی دانشجو از کار اضافی و بیگاری پرستار احساس خوشحالی کرده و رضایت دارد و چه بسا آن را همکاری خوب پرستار تلقی می کند. در مواردی دانشجو با کار دقیق و منظم و نشان دادن

References

1. Rahimi A, Ahmadi F. The Obstacles and Improving Strategies of Clinical Education from the Viewpoints of Clinical Instructors in Tehran's Nursing Schools. Iran J Med Educ. 2005; 5(2): 77-84.
2. Bagheri H, Bazghaleh M. Clinical education and its related factors in nursing: A qualitative meta-synthesis study. J Nurs Educ. 2016; 4(4): 26-39.
3. Preston L. Making connections with nature:

- bridging the theory--practice gap in outdoor and environmental education. Australian Journal of Outdoor Education. 2004; 8(1): 12. <https://doi.org/10.1007/BF03400791>
4. Heidari M, Norouzadeh R. Nursing students' perspectives on clinical education. J ADV Med Edu Prof. 2015; 3(1):39-43.
 5. Sobaski T, Abraham S. Self-Evaluation in a Clinical Setting to Develop Nursing Students' Clinical Judgment. International Journal

- of Studies in Nursing. 2018; 3(1):48-55. <https://doi.org/10.20849/ijns.v3i1.241>
6. Bagherian B. Nursing Mangers Views of the Educational Hospitals of Kerman University of Medical Sciences Regarding Barriers of Nurses›roles Performance .J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015; 13(8): 655-665.
 7. Hawks JH. Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. J Adv Nurs 1992; 17(5): 609-18. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02840.x>
 8. Whiteside C, Mathias R .Training for rural practice. Are graduates of UBC program well prepared? CAN- FAN - Physician. 1996; 42: 1113-11121
 9. Niknam, Farideh et al. Problems of clinical education from the perspective Nursing instructors and students of nursing and midwifery schools Affiliated to Tabriz University of Medical Sciences and Health Services In 2004. Journal of Nursing and Midwifery, Tabriz. No. 2 .First year .P2
 10. Time of birth. Parsa . Yekta, Venus. Fathi Azar, A. The role of clinical education of nursing teachers: A qualitative study. Iranian Journal of Medical Education. 1381 .6. Pp. 27 to 3.
 11. Mansorian A. Views of learners on learning environment based on the model DREEM in Golestan Universit. Journal of Medical Education Development. 2013;6(12):43-50.
 12. 12. Varma R, Tiyaagi E, Gupta JK. Determining the quality of educational climate across multiple undergraduate teaching sites using the DREEM inventory. BMC medical education. 2005;5(1):8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-8>
 13. Genn J. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): Curriculum, environment, climate, quality and change in medical education- a unifying perspective. Medical teacher. 2001;23(4):337-44. <https://doi.org/10.1080/01421590120063330>
 14. Andalib MM, Malekzadeh MM, Agharahimi Z, Daryabeigi M, Yaghmaei B, Ashrafi MR, Rabbani A, Rezaei N. Evaluation of educational environment for medical students of a tertiary pediatric hospital in Tehran, using DREEM questionnaire. Iranian journal of pediatrics. 2015;25 (5). <https://doi.org/10.5812/ijp.2362>
 15. Cleary TS. Indicators of quality. Planning for Higher Education 2001; 29(3): 19-28.
 16. Rodebaugh T.L. Self-efficacy and social behavior. Journal of Behavior Research and Therapy 2006; 44: 1831-1838 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.014>
 17. Freiburger OA. Preceptor programs increasing student self-confidence and competency. Nurse Educator 2002; 27: 58-60. <https://doi.org/10.1097/00006223-200203000-00004>
 18. Jansson I, Ene KW. Nursing students› evaluation of quality indicators during learning in clinical practice. Nurse Educ Pract 2016; 20: 17- 22 <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.06.002>
 19. Sercekus P, Baskale H. Nursing students› perceptions about clinical learning environment in Turkey. Nurse Educ Pract 2016; 17: 134- 8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.12.008>
 20. Dahlke S, O›Connor M, Hannesson T, Cheetham K. Understanding clinical nursing education: An exploratory study. Nurse education in Practice 2016; 17: 145- 52 <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.12.004>
 21. Bryan VD, Lindo J, Anderson-Johnson P, Weaver S. Using Carl Rogers› Person-Centered Model to Explain Interpersonal Relationships at a School of Nursing. Journal of Professional Nursing 2015; 31 (2): 141- 8. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.07.003>
 22. Andrews CE, Ford K. Clinical facilitator learning and development needs: exploring the why, what and how. Nurse education in practice 2013; 13 (5): 413- 7. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.002>
 23. Sweet L, Broadbent J. Nursing students› perceptions of the qualities of a clinical facilitator that enhance learning. Nurse Education in Practice 2017; 22: 30- 6. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.007>
 24. Grobecker PA. A sense of belonging and perceived stress among baccalaureate nursing students in clinical placements. Nurse education today 2016; 36: 178- 83. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.09.015>
 25. Ahn YH, Choi J. Factors affecting Korean nursing student empowerment in clinical practice. Nurse education today 2015; 35 (12): 13- 6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.007>
 26. Watt,E, Murphy,M, Pascoe,E(2010). An evaluation of a structured learning programme as a component of the clinical practicum in final year bachelor of nursing programme: a pre-post-test analysis. Journal of Clinical Nursing.20(1).2286-2293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03621.x>
 27. Darkios,J(2020). Clinical teaching of undergraduate nursing students: Are the nurses

- in practice in Uganda ready?. *Nurse Education Today* 95(1):122-155.
28. Bagheri H, Bazghaleh M. Clinical education and its related factors in nursing: A qualitative meta-synthesis study. *J Nurs Educ*. 2016; 4(4): 26-39.
 29. Preston L. Making connections with nature: bridging the theory--practice gap in outdoor and environmental education. *Australian Journal of Outdoor Education*. 2004; 8(1): 12. <https://doi.org/10.1007/BF03400791>
 30. Heidari M, Norouzadeh R. Nursing students' perspectives on clinical education. *J ADV Med Edu Prof*. 2015; 3(1):39-43.
 31. Sobaski T, Abraham S. Self-Evaluation in a Clinical Setting to Develop Nursing Students' Clinical Judgment. *International Journal of Studies in Nursing*. 2018; 3(1):48-55. <https://doi.org/10.20849/ijsn.v3i1.241>
 32. Bagherian B. Nursing Mangers Views of the Educational Hospitals of Kerman University of Medical Sciences Regarding Barriers of Nurses'roles Performance .*J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13(8): 655-665.
 33. Azzizi F. *Medical Education: Challenges and visions*. 1st ed. Tehran, Iran: Health Ministry; 2003. [In Persian].
 34. Elcigil A, Sari HY. Facilitating factors in clinical education in nursing. *Nursing Clinnical Education* 2011; 4(2): 61-71.
 35. Dolan G. Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? *J Clin Nurs* 2003; 12(1): 132-41. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00665.x>
 36. Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *J Adv Nurs* 2002; 39(5): 421-31. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02307.x>
 37. Hadizadeh F, Firoozi M, Shamaeyan Razavi N. Nursing and midwifery students perspective on clinical education in Gonabad University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2005; 5(1): 70-8.
 38. Kuiper R, Murdock N, Grant N. Thinking strategies of baccalaureate nursing students prompted by self-regulated learning strategies. *The Journal of Nursing Education*. 2010; 49(8): 429-36. <https://doi.org/10.3928/01484834-20100430-01>
 39. Abedini SA, T Aghamolaei, A Jomehzadeh, A Kamjoo, . The effect of different methods of health education on knowledge, attitudes and practice of female students regarding menstrual hygiene in Bandar Abbas. *Hormozgan Med J*. 2009; 12(4):271-79. [in Persian].
 40. Moattari M, Ramazani S. Nursing Students' Perspective toward Clinical Learning Environment. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009;9(2):137-45.
 41. Aghamohammadi-Kalkhoran M, Karimollahi M, Abdi R. Iranian staff nurses' attitudes toward nursing students. *Nurse education today*. 2011;31(5):477-81. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.09.003>
 42. Atack L, Comacu M, Kenny R, LaBelle N, Miller D. Student and staff relationships in a clinical practice model: impact on learning. *Journal of Nursing Education*. 2000;39(9):387-92. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20001201-04>
 43. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of advanced nursing*. 1997;25(6):1299-306. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.19970251299.x>
 44. Zieber MP, Hagen B. Interpersonal boundaries in clinical nursing education: An exploratory Canadian qualitative study. *Nurse education in practice*. 2009;9(6):356-60. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.10.008>
 45. Jackson D, Mannix J. Clinical nurses as teachers: insights from students of nursing in their first semester of study. *Journal of clinical nursing*. 2001;10(2):270-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2001.00471.x> <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00471.x>
 46. Rikhotso SR. *Clinical accompaniment in a rural hospital: student and professional nurses experience: North-West University; 2010*
 47. Gholamhosseini L, Hanafiye Moghadas M, Vandae O. Value and Status of Professional Morality in the Providing Nursing Services. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2015;10(1):55-62.
 48. Tefag M, Nikbakht NasraBadi A, Mehran A, Dinmohammadi N. Investigation of the ethical practice in medication process among nurses. *Hayat*. 2004;10(4):77-85.
 49. Sanderson H, Lea J. Implementation of the clinical facilitation model within an Australian rural setting: the role of the clinical facilitator. *Nurse education in practice*. 2012;12(6):333-9. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.04.001>
 50. Lambert V, Glacken M. Clinical support roles: a review of the literature. *Nurse education in practice*. 2004;4(3):177-83. [https://doi.org/10.1016/S1471-5953\(03\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S1471-5953(03)00039-8)
 51. Harvey, Sarah, and Claire D.Uren. Collaborative learning: Application of the mentorship model for adult nursing students in the acute placement

- setting. Nurse Educ Today 2019; 74: 38-40.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.022>
52. MORSE JM. EXPLORING THE THEORETICAL BASIS OF NURSING USING ADVANCED TECHNIQUES OF CONCEPT ANALYSIS. ADVANCES IN NURSING SCIENCE. 1995;17(3):31-46
<https://doi.org/10.1097/00012272-199503000-00005>
 53. Memarian R, Mohammad Khan Kermanshahi S, S. R-M. Application of principles and research methods in nursing. 1th ed. Tehran: Tohfeh Publishing& Boshra Publishing; 2010.
 54. Dempsey A, D. A. Using nursing research: process, critical evaluation and utilization. . 5th ed. Tehran: Boshra Publishing; 2000.
 55. Burbs N, S. G. Poractic of nursing research: Conduct, critigue and utilization. . 5th ed. United States Amrica: Elsiwer Research; 2005.
 56. Palinkas, Lawrence A., et al. «Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research.» Administration and policy in mental health and mental health services research 42 (2015): 533-544
<https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
 57. Creswell, J. W., and C. Plano. «Sequential exploratory mixed methods research design and approaches.» (2011).
 58. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011
 59. Mollahadi M. The importance of clinical training. Instructional Strategies, Winter 2009; 2(4): 153-159. [in Persian].
 60. Saleh Abadi S, Golafrozshahri M, Nasrollahi S, Akbarzadeh M, Mirchuly N. Survey clinical education problems and ways of enhancing its solutions quality from the prespective of clinical instructors and students of nursing and midwifery. Sabzevar Medical Sciences University, 2008; 20(4): 539-54. [in Persian].
 61. Ramazani M, Kermanshahi S. Assess the quality of clinical education in nursing. Journal of Jahrom Medical Sciences, 2011; 9(Educational supplement): 14-21. [in Persian]
 62. Mahmodi Shen Gh, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad. Ethical issues in professional nursing lifestyle: a qualitative study of inductive content analysis. Journal of Ethics and Medical History, 2009; 4(2). [in Persian].
 63. Alavi M, Abedi HA. Nursing students› experiences from effective clinical teaching. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences (Asrar), Fall 2006; 13(3, Series 41): 127-133. [in Persian].
 64. Mongwe RN, Van der Wall DM. Students nurses experiences of the clinical field in the Limpopo province as leraning Field: A Phenomenological study. PhD Thesis University of South Africa, 2007.
 65. Hemmati Maslarpak M, Khalilzadeh H. Nursing students› perspectives on effective clinical education: A qualitative study. Iranian Journal of Medical Education, 2011; 7(11): 718- 727. [in Persian].
 66. Heshmatifar N, Sadeghi H, Jomeh Tondok H, Akrami R. Assesment of patient education performance evaluation of patient education in three time points (admission, during hospitalization, discharge) from the patients and nurses outlook in hospital of Sabzevar in 2013. 2014; 20(5): 635-642. [in Persian].
 67. Aein F, Alhani F, Mohammai E, Kazemnejad A. Maternal needs of hospitalized children: the demand rights of mothers in nursing services. Ethics and History of Medicine Journal, 2009 Winter: 70-81. [in Persian]
 68. Khadimolhussain M, EAlhani F, Anousheh M. Clinical teaching pathology in nursing students of intensive care unit: a qualitative study. Journal of Critical Care Nursing, Summer 2009; 2(2): 86-81. [in Persian].
 69. Emerson RJ. Nursing education in the clinical setting 1 5t ed. St Louis, Mosby co. 2007.
 70. Porghane P. Nursing students experiences from clinical learning: a qualitative study. Holistic Nursing and Midwifery, 2013 Fall and Winter; 23(70): 12-26. [in Persian].
 71. Khademian MH, Karimi Sh. The assessment of the nursing clinical training problem of Fasa 20043-4 (Appendix 14). National Conference on Medical Education, Iranian Journal of Medical Education, 2004; (5), [in Persian].
 72. Yaghobi T, Salem F, Rose F, Golmohammadi F, Vaziri F. Survey clinical education problems and solutions offering from point of view of nursing students in Mazandaran University of Medical Sciences. Iranian Journal in Medical Education, 2005; 5. [in Persian].
 73. =BaradaranKazemzadeh R, Hashemi MS. Study of job motivation factors according to Herzberg›stheory and Offering two models proposed measurefor Motivational and health factors (A Case Study of Petroleum and Energy Industries). Sharif Journal 2008; 49: 25-37. [in Persian]..

74. Stefani R. Principles of Organizational Behavior. Translated by Parsaeyan A, Arabi SM. 1st ed. Tehran: Froozesh Publication; 2012.
75. Gandalf A. why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? Journal of nursing management 2005; 13: 327-329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2005.00537.x>
76. Timreck TC. Managing motivation and developing job satisfaction in the health care work environment. Health Care Manage 2002; 20(1):42-58 <https://doi.org/10.1097/00126450-200120010-00007>
77. Van-wiyk Ch. nurse military factory influencing burnout and job stress among military nurses. Mil Med 1997; 162(10):707-710. <https://doi.org/10.1093/milmed/162.10.707>
78. Ahmadi Abhari S. The Role of Faith and Religious Beliefs in Healing Physical and Emotional Disorders. Iran J Psychiatry Clin Psychol 1996; 2(4): 4-11. [in Persian].
79. Moeini M. Patients' Religious Beliefs in Cardiac Pain Situations: A Qualitative Research. J Qual Res Health Sci 2014; 3(1): 104-113. [in Persian].
80. Douglas, M.K., et al. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care. Journal of Transcultural Nursing 2009; 20(3): 257-269. <https://doi.org/10.1177/1043659609334678>
81. Karimi Y. Social psychology (theories, concepts and applications). Tehran, Arasbaran Publication; 2005.
82. Taylor ShE, Peplau LA, Sears DO. Social Psychology. 11th Ed. New Jersey: Pearson Education, Upper Saddle River; 2003.
83. Oshvandi Kh, Zamanzadeh V, Abedi HA, Ahmadi F. Nurses job motivation: A grounded theory study: [Dissertation]. Tabriz, Iran: Tabriz university of Medical Sciences; 2008. (Persian)
84. Douglass LM. The Effective Nurse: Leader and Manager. Translated by Shekarnia F. Tehran. Boshra Publication; 1996.
85. Ebadi A. Study of Nurses' opinions about factors affecting job motivation in Tehran Hospitals. Master thesis in Nursing. Sheed Beheshti University of Medical Sciences. 1995. [in Persian].
86. Heroabadi, S. and A. Merbaghi. Nursing management & midwifery. Tehran, publications of medical scientific university & health care services of Iran; 1996. [in Persian].
87. Mahmoudi H, Ebrahimian A, Solymani M, Ebadi A, Hafezi S, Fayzi F, Sadeghi M. The Study of Job Motivation Factors in Critical Care Nurses. Journal of Behavioral Sciences 2006; 1(2): 171- 178. [in Persian].
88. Elcigil A, Yildirim Sari H. Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. Nurse Educ Today. 2007; 27(5): 491-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.011>
89. de Guzman AB, Ormita MJM, Palad CMC, Panganiban JK, Pestaño HO, Pristin MWP. Filipino nursing students' views of their clinical instructors' credibility. Nurse Educ Today. 2007; 27(6): 529-33. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.013>
90. Zaighami R, Faseleh M, Jahanmiri S, Ghodsbin F. [Nursing students' viewpoints about the problems of clinical teaching]. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2004; 8(1): 51-5. [in Persian].
91. Abazari F, Abbas Zadeh A, Arab M. [A study on level and sources of stress in nursing students]. Strides In Development of Medical Education. 2004; 1(1): 23-31. [in Persian].
92. Heshmati F, Vanaki Z. [Effective clinical instructor: A qualitative study]. Iranian Journal of Nursing Research. 2009; 4(12-13): 39-53. [Persian]
93. Brown S. Faculty and student perceptions of effective clinical teachers. J Nurs Educ. 1981; 20(9): 4. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19811101-03>
94. Sanagoo A, Jouybari L. [A merited clinical instructor characters]. Iranian Journal of Medical Education. 2003; 3(Suppl 10): 28. [Persian]
95. Delaram M. [Clinical Education from the Viewpoints of Nursing and Midwifery Students in Shahrekord University of Medical Sciences]. Iranian Journal of Medical Education. 2006; 6(2): 129-35. [in Persian].
96. Khadem Alhosseini SM, Elhani F, Anousheh M. [Pathology of "clinical education" in nursing students of intensive care unit: A qualitative study]. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2009; 2(2): 81-6. [in Persian].
97. Nahas VL, Nour V, al-Nobani M. Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. Nurs Educ Today. 1999; 19(8): 639-48. <https://doi.org/10.1054/nedt.1999.0376>
98. Khorsandi M, Khosravi S. [Investigation of the view of nursing and midwifery students about clinical education condition in nursing and midwifery college of Arak University of Medical Sciences]. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh). 2002; 5(1): 29-32. [Persian]
99. Dehghani H, Dehghani Kh, Fallahzadeh H. [The

- Educational Problems of Clinical Field Training Based on Nursing Teachers and Last Year Nursing Students View points]. Iranian Journal of Medical Education. 2005; 5(1): 24-33. [in Persian].
100. Rahimi A, Ahmadi F. [The Obstacles and Improving Strategies of Clinical Education from the Viewpoints of Clinical Instructors in Tehran's Nursing Schools]. Iranian Journal of Medical Education. 2005; 5(2): 73-80. [in Persian].
101. Nasiri A, Kaheni S, Sinaeinejad K. [Effective factors on learning of nursing clinical skills from the viewpoints of clinical instructors and nursing students in Birjand city]. Iranian Journal of Medical Education. 2003; 3(Suppl 10): 31. [in Persian].
102. Aien, F., F. Alhani, and M. Anoosheh, The experiences of nursing students, instructors, and hospital administrators of nursing clerkship. Iranian Journal of medical education, 2010. 9(3).
103. Heydari, M., et al., Nursing Students' viewpoints about Problems of Clinical education. Journal of Health and Care, 2011. 13(1): p. 0-0.
104. Moridi, G. and S. Khaledi, The Survey of Facilitating and Inhibiting Factors of Clinical Education from the Perspective of Intern Nursing Students of Faculty of Nursing and Midwifery. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2015. 1(2): p. 10-19. <https://doi.org/10.29252/sjnmp.1.2.10>
105. Farzi, S., M. Shahriari, and S. Farzi, Exploring the challenges of clinical education in nursing and strategies to improve it: A qualitative study. Journal of education and health promotion, 2018.
106. Baraz, S., R. Memarian, and Z. Vanaki, Learning challenges of nursing students in clinical environments: A qualitative study in Iran. Journal of education and health promotion, 2015. 4. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.162345>
107. amshidi, N., et al., The challenges of nursing students in the clinical learning environment: A qualitative study. The Scientific World Journal, 2016. 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/1846178>
108. Rafiee, G., et al., Problems and challenges of nursing students' clinical evaluation: A qualitative study. Iranian journal of nursing and midwifery research, 2014. 19(1) :p. 41.
109. Abedini, S., et al., Experiences of the Clerkship Courses in Iran. Asian Journal of Nursing Education and Research, 2016. 6(4): p. 457. <https://doi.org/10.5958/2349-2996.2016.00086.0>
110. Kermansaravi, F., A. Navidian, and F. Yaghoubinia, Nursing students' views of nursing education quality: a qualitative study. Global journal of health science, 2015. 7(2): p. 351 <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p351>
111. Dehghani, K., H. Dehghani, and H. Falahzadeh, THE EDUCATIONAL PROBLEMS OF CLINICAL FIELD TRAINING BASED ON NURSING TEACHERS AND LAST YEAR NURSING STUDENTS'VIEW POINTS. 2005.
112. Aghvami, m., Satisfaction Nursing Students' of Internship at Zanjan Medical University 138. Journal of Medical Education Development, 2010. 3(4): p. 1-6.
113. Jahanpour, F., P. Azodi, and H. Vahedparast, Nursing students' perception of the learning experiences in neonatal intensive care units. Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences, 2020. 3(2): p. 17-23.
114. Abbasi, M., Problems of Clinical Education According to Junior and Senior Nursing Students' Viewpoint at Qom Nursing and Midwifery School in 2008. Journal of Medical Education and Development, 2008. 2(2): p. 42-47.
115. Deros B aba Md, Saibani Nizaroyani, Yunos Bahrim, Rahman Mohd Nizam Ab, Ghani Jaharah Evaluation of Training Effectiveness on Advanced Quality Management Practices. Procardia - Social and Behavioral Sciences. 2012; 56: 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.633>
116. Callaghan D, Watts WE, McCullough DL, Moreau JT, Little MA, Gamroth LM, et al. The experience of two practice education models: Collaborative learning unit and preceptorship. Nurse Education in Practice. 2009; 9(4): 244-52. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.08.010>
117. Beal JA. Academic-service partnerships in nursing: an integrative review. Nurs Res Pract. 2012; 2012: 501564. <https://doi.org/10.1155/2012/501564>
118. Barkhordary M. Comparing Critical Thinking disposition in baccalaureate nursing students at different grades and its relationship with state anxiety IJME. 2012; 11(7): 768-88.
119. Eligil, Sari. HY. Determining problems experience by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. Nurse Education Today. 2007; 27(5): 491-8. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.011>
120. Bagheri MAH, Baharloie F, Miranzade S. [Factors affecting the applicability of theoretical knowledge with clinical care from the perspective nurses in hospitals in Kashan]. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 12(2): 67-73. [in Persian].

121. Elliott L, Kennedy C, Raeside R. Professional role identity in shaping community nurses' reactions to nursing policy. *Journal of Nursing Management*. 2013; 1-9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12153>
122. Weaver C, Warren J, Delaney C. Bedside classroom and bench: collaborative strategies to generate evidence-based knowledge for nursing practice. *International Journal of Medical Informatics*. 2005; 74(11-12): 989-99. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.003>
123. Croxon L, Maginnis C. Evaluation of clinical teaching models for nursing practice. *Nurse Education in Practice*. 2009. 9(4): 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.06.004>
124. Parker J. Knowledge production and reproduction: What are the implications for nursing practice? *Nurse Education in Practice*. 2009; 9(2): 149-54. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.08.004>
125. Fisher M. Exploring how nurse lecturers maintain clinical credibility. *Nurse Education in Practice*. 2005; 5(1): 21-9. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2004.02.003>
126. Shahriari M et al. Development of Nursing Ethics Codes. Nursing Ph.D. Dissertation In Patient Care Nursing & Midwifery Care Research Center. 2011: 34-41.
127. Landers MG. The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32(6): 1550-6. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01605.x>
128. Gillespie M, Mcfertidge B. Nurse education: the role of the nurse teacher. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(5): 639-644. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01344.x>
129. Heshmati-Nabavi F, Vanaki Z. [Professional approach: The key feature of effective clinical educator in Iran]. *Nurse Education Today*. 2010; 30(2): 163-8. (Persian) <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.07.010>
130. Hadizadeh F, Firoozi M, Razavi N. [Nursing and midwifery students perspective on clinical education in Gonabad university of medical sciences]. *Iranian J Med Educ*. 2005;5(1):70-7.
131. Yazdankhah Fard M, Pouladi S, Kamali F, Zahmatkeshan N, Mirzaie K, Akaberian S, et al. [The Stressing Factors in Clinical Education: The Viewpoints of Students]. *Iranian J Med Educ*. 2008;8(2):341-50.
132. Ghodsbin F, Shafakhah M. [Facilitating and Preventing Factors in Learning Clinical Skills from the Viewpoints of the Third Year Students of Fatemeh School of Nursing and Midwifery]. *Iranian J Med Educ*. 2008;7(2):343-51.
133. Education Stressors from the Perspective of Students of Nursing, Midwifery, and Operating Room: A Study in Kurdistan University of Medical Sciences]. *Iranian J Med Educ*. 2012;11:675-84.
134. Dehghani K, Dehghani K, Falah Zade H. [Educational problems of clinical field training based on nursing teachers and last year nursing students view points]. *Iranian J Med Educ*. 2005;5(1):25-33.
135. Aein F, Alhani F, Anoosheh M. [The Experiences of Nursing Students, Instructors, and Hospital Administrators of Nursing Clerkship]. *J Med Educ*. 2009;9(3):191-9.
136. Edelman M, Ficorelli C. A measure of success: nursing students and test anxiety. *J Nurses Staff Dev*. 2005;21(2):55-9; quiz 60-1. PMID: 15812275 <https://doi.org/10.1097/00124645-200503000-00004>
137. Nazari R, Beheshti Z, Haji Hoseini F, Saat Saz S, Arzani A, Bizhani A. [Clinical education tensors in nursing students, Amol nursing college]. *J Babol Med Sci Univ*. 2007;9(2):45-50.
138. Baraz Pardanjan S, Fereiduni Moghadam M, Lorizadeh M. Clinical education status of students Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. *Cent Stud Dev Med Educ*. 2008;5(2):102-
139. Akhavan-Akbari P, Mashoofi M, Mostafazadeh F, Allahyari I, Vosoghi N, Hatami R, [Ava meletaneshzadaramuzesh baliniyedane shj oyanemamaiedanshgah Alompzeshki Ardabil]. *Iranian Journal of Health & Care*. 2009; 11(3): 140. 8. [in Persian].
140. Saki M, Roohandeh M. Barrasye avamele estereszaye amoozeshe balinye parastari az didgahe daneshjooyane parastari va rahkarhaye amali dar khosoose behboode keifiate amoozeshe balini], *Iranian Journal of Medical Sciences* 2005; 5 (14): 169. [in Persian].
141. Bulurian Z, [Improvement of nursing clinical education process], *Articles Abstract of Quality in Services and Nursing Education Seminar, Hamedan*, 33. [in Persian].
142. Fasihi T, Soltani K, Tahami A, Alizade S. View Points of Medical Students About the Quality of Clinical Education, *The Journal of Qazvin univ, of med sci* . 2004; 30: 4-9. [in Persian].
143. Delaram M, [Clinical Education from the Viewpoints of Nursing and Midwifery Students in Shahrekord University of Medical Sciences], *Iranian Journal of Medical Education* 2006; 6(2): 129-135. [in Persian].

144. Saki M, Roohandeh M. Barrasye avamele estereszaye amoozeshe balinye parastari az didgahe daneshjooyane parastari va rahkarhaye amali dar khosoose behboode kefiate amoozeshe balini], Iranian Journal of Medical Sciences 2005; 5 (14): 169. [in Persian].
145. Mohammadi N, Comparison of clinical education problems from the viewpoints of nursing and midwifery students and mentors of Hamadan, Scientific Journal of Nursing and Midwifery School of Hamadan 1999; 9: 50-3. [in Persian].
146. Mimandi K, Comparative of educators and nursing students Perspectives about the factors affecting the quality of clinical education in general surgery wards of hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Abstract of Master thesis in nursing education, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences 1995. [in Persian].
147. Azizi F, [Medical Education], Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. [in Persian].
148. Parazjane B, Feridon mogdam M, lorezadeh M, [The survey of THIRAN Nursing and Midwifery Faculty students] views about educational Journal of Medical Education 01998.5(2) 11.
149. McManus IC, Keeling A, Paice E, Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical
150. Aein F, Alhani F, Anoosheh M, The Experiences of Nursing Students, Instructors, and Hospital Administrators of Nursing Clerkship, Iranian Journal of Medical Education 2008.9(3).191-200.
151. Abedini S, Abedini S, Aghamolaei T, "et al", Clinical teaching obstacles from the perspective of nursing and midwifery students of Hormozgan University of Medical Sciences, J Hormozgan Univ Med Sci 2008; 12(4): 249- 253. [Persian]
152. Hasanpour S, Bani S, [Mizane Yadgirie va Maharathaye Balini Mamaei az Didgahe Daneshjouiiane Terme Akhare Karshenasie Mamaei Daneshkadeh Parastari va Mamaeie Tabriz], Clinical education in nursing & midwifery conference; Tabriz; 2006. [in Persian].
153. Fariba Haghani I, Mousa Alavi ,An Introduction to some new approaches in clinical education.], Iranian Journal of Medical Education 2010.5(10).1153. [in Persian].
154. Hassan Zahraii R, Atashsokhan G, Salehi Sh, Comparison of correlative factors with effective clinical teaching from teacher & student insight, Iranian Journal in Medical Education 2007; 7 (2):249 - 256.
155. Dickson C, Walker J, Bourgeois J, Facilitating undergraduate nurses clinical practicum: the lived experience of clinical facilitators, Nurse Education Today 2006; 26(5): 416-22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.11.012>
156. Silen M, Tang PF, Ahlström G. Swedish and Chinese nurses' conceptions of ethical problems: A comparative study. Journal of Clinical Nursing. 2009; 18(10): 1470-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02422.x>
157. Oshvandi K, Zamanzadeh V, Ahmadi F, Fathi-Azar E, Anthony D, Harris T. Barriers to nursing job motivation. Research J Biological Scie. 2008;3(4):426-34.
158. Mahmoudi H, Ebrahimian A, Solymani M, Ebadi A, Hafezi S, Fayzi F, et al. The study of job motivation factors in critical care nurses. J behavioral scie. 2007(2):171-8
159. Jodat S, Farajzadeh Z, Saadatjoo S. A study of job motivation of nurses working in Valiasr Hospital of Birjand in 2013. Modern Care J. 2014;10(4):296-304.
160. Daneshkohan A, Zarei E, Mansouri T, Maajani K, Ghasemi MS, Rezaeian M. Factors affecting job motivation among health workers: a study from Iran. Glob J Health Sci. 2014;7(3):153-60. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n3p153>
161. Said RM, Abed FA, Abdo LM. Work Motivating Factors as Identified by Nurses in Children Hospital at Elmonira and Specialized Pediatric Hospital Cairo University. Medl J Cairo Univ. 2013;81(2).