

## تبیین تجارب پرستاران و دانشجویان از آموزش بالینی در بخش اورژانس: تحلیل محتوی

نسرین فاضل<sup>۱\*</sup>، حمیده یزدی مقدم<sup>۲</sup>، فاطمه الحانی<sup>۳</sup>، اکبر پنهان<sup>۴</sup>، محسن کوشان<sup>۵</sup>، محمدرضا قاسمی<sup>۶</sup>، فهیمه ریواده<sup>۷</sup>

۱. دانشجوی دکتری بهداشت جامعه، دانشکده بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی وین، اتریش | عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ایران
۲. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری، تهران، ایران
۴. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پزشکی دکترای فیزیولوژی، سبزوار، ایران
۵. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی سبزوار، ایران
۶. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران | عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۷. دانشجوی دکتری مطالعات خانواده، دانشگاه خيام، مشهد، ایران

## چکیده

تاریخ دریافت: ۲۶ اسفند ۱۳۹۴  
تاریخ پذیرش: ۱۶ تیر ۱۳۹۵

**اهداف** آموزش بالینی پرهزینه‌ترین عنصر برنامه پرستاری و یکی از ارکان مهم آموزش پرستاری است. دوره آموزش بالینی از مقاطع مهم آموزش پرستاری است که طی آن توان‌مندی‌های اولیه و حرفه‌ای دانشجویان پایه‌ریزی می‌شود. لذا، این پژوهش کیفی با هدف تبیین تجارب پرستاران از آموزش بالینی در بخش اورژانس انجام شد.

**مواد و روش‌ها** این تحقیق مطالعه‌ای کیفی با رویکرد تحلیل محتواست. فرایند جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر بیست مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق با پرستاران در بخش اورژانس (شش دانشجوی پرستاری، دو پرستار مسئول بخش، چهار مربی پرستاری و هشت پرسنل پرستاری) همراه با یادداشت‌های عرصه است. مصاحبه عمیق بر اساس تجربه‌های واقعی پرستاران در محیط بالینی با پاسخ به سؤال‌های باز و در موارد لزوم سؤال‌های کاوشی جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها به روش آنالیز محتوی کیفی انجام گرفت.

**یافته‌ها** تحلیل داده‌ها منجر به استخراج نه طبقه و سه درون‌مایه شد که بیانگر تجربه و درک پرستاران اورژانس از آموزش بالینی است، شامل محیط (ارتباطات، امنیت محیط و تجهیزات محیط) آموزش (آموزش به بیمار، آموزش پرسنل و آموزش دانشجوی) و عملکرد مسئول بخش نقش مدیریت بخش اورژانس در آموزش، نقش و عملکرد متون در آموزش، و نقش و عملکرد پرسنل عرضه‌کننده خدمات.

**نتیجه‌گیری** یافته‌های پژوهش بیانگر وجود برخی فاکتورهای مؤثر در کسب تجربه‌های مثبت بود، مثل آموزش چهره‌به‌چهره به بیمار، حضور مؤثر مربی در بخش و برخی تجربه‌های منفی مانند عدم به‌کارگیری فن‌های آموخته‌شده دانشجویان در محیط آموزشی با کیفیت بالا در شرایط بالینی، و کمبود تجهیزات و حجم کار زیاد کارکنان. با در نظر گرفتن مجموع نظرات چنین برداشت می‌شود که با شناخت نارسایی‌های آموزش بالینی مسئولان قادر خواهند بود که برنامه‌های آموزشی مطلوب را طرح‌ریزی کنند و سبب ارتقای کیفیت آموزش بالینی خواهد شد.

## کلیدواژه‌ها:

اورژانس، آموزش بالینی، پرستار.

## مقدمه

محسوب می‌شود [۲]. آموزش بالینی مهم‌ترین بحث در آموزش پرستاری و جزو لاینفک آن است که به لحاظ اهمیت، قلب آموزش حرفه‌ای شناخته‌شده است [۳]. در واقع، آموزش بالینی

آموزش بالینی یکی از ارکان مهم آموزش پرستاری [۱] و نخستین منبع یادگیری و شکل‌دهی هویت حرفه‌ای دانشجویان

\* نویسنده مسئول: نسرین فاضل

نشانی: استان خراسان رضوی، سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار  
تلفن: ۰۵۱-۴۴۴۴۶۰۷۰

رایانه: [shohreh1368@yahoo.co.uk](mailto:shohreh1368@yahoo.co.uk)

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۴، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۶، ص ۹۷-۱۰۶.  
آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: [journal@medsab.ac.ir](mailto:journal@medsab.ac.ir)  
شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

فرایندی است پویا که طی آن دانشجویان به تدریج با حضور بر بالین بیمار تجربه‌هایی کسب می‌کنند و در تعامل با مربی و محیط، مفاهیم آموخته‌شده را در عمل به‌کار می‌گیرند [۱]. آموزش بالینی تحت تأثیر متغیرهای زیادی است، شامل عوامل مربوط به فراده، فراگیر و محیط آموزشی. پرستاری حرفه‌ای عملکردی است و به‌همین دلیل اهمیت ویژه‌ای دارد [۲]. برنامه‌ریزان آموزش پرستاری اصلی‌ترین بخش در آموزش پرستاری را آموزش بالینی دانسته‌اند و معتقدند که دانشجویان پرستاری می‌توانند دانش نظری خود را با انجام کار در محیط کارآموزی توسعه بخشند و با مشکلات و مسائل گوناگون روبه‌رو شوند [۴].

نیویل چنین اظهار می‌دارد که در حقیقت آموزش بالینی فراموش‌شده‌ترین آموزش است و این حوزه نقایصی بیش از سایر حوزه‌های آموزشی دارد [۵]. یکی از مشکلات آموزش بالینی در کشور ما وجود فاصله است بین آنچه مدرسان بالینی می‌گویند و آنچه عمل می‌کنند. ناکافی بودن امکانات و فرسودگی مراکز آموزشی، حاکم‌بودن جوّ پزشک‌سالاری بر مراکز آموزشی، و بی‌علاقگی دانشجویان پرستاری به رشته تحصیلی خود از مهم‌ترین مشکلات آموزش بالینی است [۲]. دانشجویان پرستاری امروز، ناظری در سطح بالینی عمل می‌کنند و احساس تعلق به بخش و مؤسسه ندارند، درحالی‌که کیفیت آموزش بالینی به‌طور ایده‌آل باید در محیط‌های بالینی باکفایت اتفاق بیفتد [۶]. محیط یادگیری بالینی محیطی است که دانشجویان طبق تقاضای مریض آموخته‌های خود را با هدف بهبود و ارتقای سلامت بیمار، حمایت فیزیکی، روحی و روانی و اجتماعی با رویکردی اصلی به کار می‌بندند [۷]. دانشجویان به‌عنوان دریافت‌کنندگان خدمات حرفه‌ای مدرسان، بهترین منبع برای شناسایی رفتارهای آموزش بالینی مدرسان خودند [۸].

در پژوهش‌های انجام‌شده در خارج از کشور، عواملی چون بهادادن به آموزش بالینی، در دسترس نبودن مربیان بالینی به تعداد کافی، فقدان هماهنگی میان آموزش‌های بالینی دانشکده با امکانات و عملکرد در بیمارستان و عواملی مانند در دسترس نبودن دایم مربی برای رفع نیازهای آموزشی و عدم تشویق‌های لازم برای دانشجو مشکلات آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان مطرح‌شده است [۹ و ۱۰].

هر چه کارآموزی در بخش‌های عادی مهم باشد، اهمیت آن در بخش اورژانس دوچندان خواهد بود [۱۱]. ضعف برنامه‌ریزی در آموزش، به‌ویژه آموزش بالینی، ضعف مهارت‌های حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان و کاهش کارایی و اثربخشی نظام

### مواد و روش‌ها

در این پژوهش از روش کیفی تحلیل محتوا (content analysis) استفاده شد. روش تحلیل محتوا به‌دنبال درک تجربه‌های زنده افراد در زندگی روزمره آن‌هاست و به درک پدیده‌ها در موقعیت‌های طبیعی و به همان شکلی می‌پردازد که رخ داده است [۱۵-۱۷]. پس از کسب مجوز انجام مطالعه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و بیان هدف پژوهش به صاحب‌شوندگان، از پرستاران متمایل به شرکت در تحقیق، دعوت به‌عمل آمد. قبل از شروع تحقیق، پژوهشگر توضیحاتی مبنی بر اختیاری بودن شرکت در تحقیق، اجازه انصراف از مطالعه در صورت تمایل، نیاز به مصاحبه برای درک بهتر تجربه‌ها، محرمانه‌ماندن اطلاعات و در صورت تمایل در دسترس قرار گرفتن نتایج اطلاعات، برای مشارکت‌کنندگان تحقیق بیان داشت. پس از اخذ رضایت آگاهانه، سؤال‌ها برای مشارکت‌کنندگان در مکانی توافقی مطرح شد.

مشارکت‌کنندگان مطالعه ده نفر از کارکنان پرستاری (دو مسئول بخش و هشت پرستار)، شش نفر دانشجوی پرستاری ترم آخر و چهار نفر عضو هیئت علمی مشغول به کار و تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و بیمارستان‌های

کافی و روند مصاحبه به طول می‌انجامید. مصاحبه با شرکت‌کنندگان به صورت نوشتاری ثبت شد. مصاحبه با سؤالی کلی آغاز و سؤالات بعدی بر اساس پاسخ شرکت‌کنندگان به سؤال نخست و در جهت روشن کردن موضوع مورد مطالعه مطرح شد. داده‌ها بارها مرور شد و محقق باتجربه در این عرصه به روش تحلیل درون‌مایه‌ای و قراردادی آن‌ها را تجزیه و تحلیل کرد. کل مصاحبه واحد تحلیل (unit of analysis) و جملات یا پاراگراف‌ها واحد معنا (unit of meaning) در نظر گرفته شد که کدهای اولیه یا کدهای باز از آن‌ها استخراج شد. کدهای اولیه و مربوط به هم که می‌توانست کدهای بالقوه‌ای را تشکیل دهد در یک گروه قرار گرفت. سپس، هر یک از این کدهای بالقوه مرور و با گفته‌های مشارکت‌کنندگان تطبیق داده شد و طبقات اصلی و تم‌ها (themes) یا درون‌مایه‌های نهایی تعیین شد.

با تجزیه و تحلیل مصاحبه نمونه‌های انتهایی، کد جدیدی حاصل نشد و نشان داد که اشباع کدها رخ داده است. در نهایت، با بیست مصاحبه (ده پرستار، شش دانشجوی پرستاری ترم آخر و چهار عضو هیئت علمی) جمع‌آوری داده‌ها به اتمام رسید. برای اطمینان از اعتبار داده‌ها ارتباط صمیمی و دوستانه‌ای توأم با توجه دقیق میان مصاحبه‌کننده و شرکت‌کنندگان برقرار شد. عرضه اطلاعات در رابطه با اهداف، بررسی مداوم داده‌ها، ضبط صدا و پیاده کردن و تحلیل داده‌ها بلافاصله پس از مصاحبه و بازخورد آن برای مصاحبه‌بندی استفاده شد. یافته‌ها به صورت غنی عرضه و نقل قول‌های مناسب انتخاب شد. سپس، تفاسیر به روشنی بیان گردید. مشارکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. موازین اخلاقی بی‌نام بودن، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه، و اخذ مجوز نیز رعایت شد [۲۰]. بدین ترتیب اطلاعات بیشتر، دقیق و کامل‌تر جمع‌آوری شد. هر جلسه مصاحبه پس از کدگذاری اولیه با شرکت‌کنندگان چک شد تا محقق از درک صحیح منظور مصاحبه‌شوندگان محقق اطمینان حاصل کند. علاوه بر آن، همکاران تحقیق مصاحبه‌ها و کدگذاری اولیه و درون‌مایه‌ها را مجدد بررسی کردند [۲۱].

### یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد میانگین سنی دانشجویان  $21/16 \pm 1/16$ ، میانگین سنی مربیان  $35 \pm 0/81$  و پرستاران  $30 \pm 2/16$  بود. سه نفر از پرسنل طرحی بودند. دو نفر از مصاحبه‌شوندگان سال‌های آخر خدمت خود را می‌گذراندند. هفده مصاحبه‌شونده زن و سه مصاحبه‌شونده مرد بودند. بیشتر مشارکت‌کنندگان خانم بودند (۸۰ درصد). از میان خانم‌ها، ۶۰ درصد مجرد و ۳۰ درصد متأهل بودند. تمامی مشارکت‌کنندگان ساکن شهر

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سبزوار بودند. مکان مصاحبه با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین شد. بیشتر مصاحبه‌ها در بیمارستان‌ها انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. کسانی به عنوان مشارکت‌کننده انتخاب شدند که سابقه کار مرتبط با کارآموزی دانشجویی در بخش اورژانس را داشتند و متمایل به بازگویی تجربه‌های خود بودند. مطالعه شش ماه به طول انجامید. نمونه‌گیری با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان تا اشباع داده‌ها (data saturation) ادامه یافت، یعنی زمانی که در مصاحبه پایانی کدهای جدیدی حاصل نشد. بر این اساس بیست مصاحبه رسمی چهره‌به‌چهره بدون ساختار و عمیق با سؤالات باز با مشارکت‌کنندگان در تحقیق انجام شد. نحوه جمع‌آوری اطلاعات، پاسخ‌های آنان به سؤالات باز بود. نمونه‌ای از سؤالات باز از این قرار بود:

- تجربه یک روز کاری خود را بیان کنید.
- در طول یک روز کاری در بیمارستان بیشتر چه اموری را در حیطه آموزش مهارت‌های بالینی انجام می‌دهید؟
- چگونه یادگیری مهارت‌های بالینی پرستاری را ادامه می‌دهید؟
- از نظر شما پرستاری یعنی چه؟

در صورت نیاز از سؤالات کالشی نیز استفاده شد؛ برای مثال، «امکان دارد منظورتان را واضح‌تر بیان کنید؟» یکی از پرستاران در جواب اینکه «پرستاری یعنی چه؟» پاسخ داد: «پرستاری یعنی زحمت.» که از او خواسته شد واضح‌تر منظور خود را بیان کند.

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته در روش جمع‌آوری داده‌ها نوعی گفتگوی عمیق و ژرف‌بین محقق و مشارکت‌کنندگان درباره پدیده مورد بررسی است. در این روش، محقق بدون اینکه بکوشد تا جهت خاصی به گفتگو بدهد، سعی می‌کند تا به دنیای غیررسمی و تجربیات زندگی فرد دست یابد، به طوری که از مشارکت‌کنندگان درخواست می‌شود تجربه خود را از پدیده به‌طور شفاهی توصیف کنند، به طوری که مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته در عین حال که درصدد پاسخ به سؤال یا سؤالات خاصی است، این امکان را برای مصاحبه‌شونده ایجاد می‌کند که بر اساس تمایل و توانایی بیان خود به سؤال پاسخ دهد؛ یعنی، در عین حال که مشارکت‌کننده درصدد پاسخ به سؤال است، از آزادی خاصی در به زبان آوردن تجربیات خود نیز برخوردار است [۱۸ و ۱۹].

مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین سی تا چهل و پنج دقیقه بر حسب تحمل و تمایل شرکت‌کنندگان و داشتن زمان

اصلی به چند درون‌مایه فرعی به صورت محیط (ارتباطات، امنیت محیطی، تجهیزات محیطی)، آموزش (آموزش بیماران، کارکنان و دانشجویان) و عملکرد مسئول بخش (مدیریت بخش اورژانس، عملکرد مسئولیت مترون، عملکرد کارکنان در عرضه خدمات) تقسیم می‌شد.

سبزوار بودند. در تشریح تجربیات بالینی پرستاران، تحلیل کیفی منجر به استخراج سه کد اصلی شد (جدول ۱). سه کد مفهومی اولیه، از سه درون‌مایه اصلی و نه درون‌مایه فرعی به دست آمد. سه درون‌مایه اصلی شامل محیط، آموزش و عملکرد مسئول بخش بود که این درون‌مایه‌های

جدول ۱. کدها، طبقات و واحدهای معنایی تجربه‌های پرستاران از آموزش بالینی در بخش اورژانس

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه‌ها	طبقات	واحدهای معنایی
محیط یادگیری بالینی غیر حرفه‌ای	ارتباطات غیر تعاملی	ارتباطات غیر تعاملی	برخورد نامناسب با همراهان
			چرخه معیوب پذیرش
			شلوغی محیط محیط نامناسب
آموزش غیر حرفه‌ای	تجهیزات ناکافی	تجهیزات ناکافی	اتاق CPR نامناسب و مجزا
			ضرورت اتاق تحت نظر
			کمبود تجهیزات به‌روز نبودن تجهیزات
آموزش غیر حرفه‌ای	آموزش ناکافی به بیمار	آموزش ناکافی به بیمار	آموزش تجربی نسبت به آموزش علمی به بیمار
			دادن آموزش غیرمستقیم (دادن بروشور آموزشی)
			افزایش تعداد بیمار نسبت به کارکنان و کمبود وقت برای آموزش
			کمبود آموزش مستقیم (آموزش چهره‌به‌چهره حین کار)
			لزوم آموزش مهارتی کارکنان تازه‌کار
			نبود دوره آموزشی کوتاه‌مدت قبل از ورود به بخش جدید
			ضرورت به‌روز شدن اطلاعات
			لزوم کارگاه‌ها و دوره‌های آموزش مداوم مبتنی بر نیازسنجی
			انگیزش ناکافی دانشجویان در آموزش بالینی
			تبعیض بین دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی
آموزش غیر حرفه‌ای	محدودیت‌های عناصر آموزش	محدودیت‌های عناصر آموزش	مؤثر بودن حضور مربی در محیط بالینی
			مهارت ناکافی مربیان تازه‌کار
			انجام بعضی کارها غیر از پرستاری
			لزوم به‌کارگیری شیوه‌های جدید آموزشی (case report)
			بازخورد غیرمؤثر به دانشجویان
			کلی بودن سرفصل‌ها و اهداف
			پرداختن به مباحث پزشکی به جای مباحث پرستاری
			رعایت‌نشدن کامل طرح درس
			عدم ارزشیابی دقیق بالینی
			ضرورت ارزشیابی منظم و دادن بازخورد به‌هنگام
پیامدهای غیر حرفه‌ای آموزش	پیامدهای غیر حرفه‌ای آموزش	پیامدهای غیر حرفه‌ای آموزش	عملیاتی‌نشدن یافته‌های آموزش نظری در محیط بالینی
			اجرایی‌نشدن کامل فرایند پرستاری

ناکارآمدی در آموزش بالینی / بالین‌محور نبودن آموزش

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه‌ها	طبقات	واحد‌های معنایی
عملکرد غیر صلاحیت محور	حضور کم‌رنگ در ایفای نقش	کلیشه‌ای بودن نقش مسئول بخش ضرورت توجه به امر آموزش حضور مداوم در بخش نیاز به صرف وقت در بخش به‌جای صرف وقت بیشتر در جلسات لزوم نظارت بیشتر بر انتقال بیمار، عملکرد پرسنل تازه‌کار (طرحی) ضرورت ایفای نقش هماهنگ‌کنندگی در مواقع اورژانس رعایت هماهنگی بین کارکنان تازه‌کار و باتجربه در هر شیفت لزوم تشویق به‌هنگام برای آموزش به بیمار و سایر نوآوری‌ها	
	اهمیت نقش نظارتی مترون	نظارت بر امر پذیرش، انتقال و ترخیص به‌موقع به‌کارگیری کارکنان تازه‌کار و طرحی در اورژانس نظارت بر مرخصی هم‌زمان کارکنان در نظر گرفتن کارانه کارکنان متناسب با سختی کار اضافه‌شدن تخت‌ها عامل ایجاد اضطراب در کارکنان	

### عوامل مربوط به محیط

**الف) ارتباطات.** برخورد نامناسب همراهان بیماران از مواردی بود که در این قسمت مطرح شد. در این مورد یکی از پرستاران اورژانس سوانح می‌گفت: «در بعضی موارد به‌علت برخورد نامناسب همراهان، ناچار می‌شویم از حضور همراهان بر بالین بیمار خودداری کنیم.» یکی دیگر از عوامل محیطی چرخه معیوب پذیرش است که منجر به برخورد نامناسب کلامی بین بیماران و پرستاران می‌شود. به نقل از یکی از پرستار اورژانس «هر بیمار با هر تشخیصی که حتی مربوط به اورژانس سوانح نیست به اورژانس می‌آید و ما حتی باید بیمارانی را پذیرش کنیم که برای بستری در بخش جهت جراحی می‌آیند، در صورتی که این روال منجر به سردرگمی در اورژانس و گاهی بحث‌های کلامی بین پرستاران و بیماران و همراهان آن‌ها می‌شود.»

**ب) امنیت محیطی.** این امنیت شامل شلوغی محیط، ناامن بودن محیط و محیط نامناسب می‌شود. گاهی به علت عدم ترخیص به‌موقع بیماران از اورژانس و عدم ارجاع بیماران نیازمند بستری به بخش مربوط، محیط اورژانس بیش‌ازحد شلوغ می‌شود. پرستار اورژانس داخلی چنین نقل می‌کرد: «گاهی بیماران بعد از خارج‌شدن از شرایط اورژانس، تا پنج الی شش روز برای اقدامات ساده پرستاری در بخش اورژانس بستری می‌شوند.» ناامن بودن محیط گاهی به‌علت بدحال بودن بیماران و اضطراب همراهان است. این امر به نقل از پرستاران گاهی باعث زدوخورد و مداخله نیروی انتظامی شده است. محیط نامناسب در اورژانس هم در اورژانس داخلی و هم در اورژانس سوانح وجود داشت. در محیط نامناسب این موارد ذکر شده بود: نداشتن اتاق برای همراهان بیمار، نبودن محیطی در اورژانس که کارکنان اورژانس کامل به بیماران احاطه داشته

باشند، و نداشتن دستگاه ساکشن و اکسیژن سانترال بالای سر تخت بیماران. گاهی شلوغی محیط منجر به استفاده از تخت‌های اضافه در اورژانس می‌شود. این مسئله باعث اضطراب و سردرگمی کارکنان اورژانس نیز می‌شود. یکی از پرستاران اورژانس داخلی نقل قول می‌کند: «بارها به‌علت تخت‌های اضافه، حتی روی کف بخش بیماران را پذیرش کرده‌ام که این امر منجر به اقدامات ناکامل پرستاری می‌شود و به‌شکل صحرایی از بیماران مراقبت می‌شود.»

**ج) تجهیزات محیطی.** این تجهیزات عبارت است از اتاق احیا (CPR) نامناسب و مجزا به‌طوری که پرسنل نمی‌توانند کامل بر بیمار احاطه داشته باشد و بیمار را احیا کنند؛ ضرورت وجود اتاق تحت نظر برای آنکه بیمار پس از خارج‌شدن از شرایط اورژانس مدتی تحت نظر بماند؛ و کمبود تجهیزات و به‌روز نبودن آن، از جمله درست نبودن دستگاه فشارسنج، خراب بودن دستگاه ساکشن پرتابل، خراب بودن تخت‌ها برای تغییر حالت. نقل قول از پرستار اورژانس سوانح، «اتاق CPR باعث محدودیت حرکت می‌شود که ما معمولاً ترجیح می‌دهیم روی برانکارد اقدامات CPR را انجام دهیم.» و نقل قول یکی از پرستاران در مورد فشارسنج: «خرابی فشارسنج منجر به عدم کنترل صحیح فشار دیاسیتول می‌شود و ما مجبوریم با نبض فشار را کنترل کنیم.»

### عوامل مربوط به آموزش

عوامل مربوط به آموزش شامل آموزش به بیمار، کارکنان و دانشجو بود.

**الف) آموزش به بیمار.** این آموزش به بیمار تجربی، مستقیم و غیرمستقیم است، مثل دادن بروشور آموزشی و آموزش مستقیم چهره‌به‌چهره. در بعضی موارد و در صورت

برای گرفتن علایم حیاتی استفاده می‌شود و دانشجو محدود به انجام کارهای اولیه پرستاری می‌شود و از فرایند کارکردن دور می‌ماند. از موارد مؤثر در آموزش بالینی، حضور مربی حین کار دانشجو در محیط بالینی است. از دیگر موارد مؤثر استفاده از مربیان هیئت علمی و آموزشی برای انجام کارآموزی با دانشجو به جای استفاده از کارکنان با سابقه بخش است.

#### عوامل مربوط به عملکرد مسئول بخش

عوامل مربوط به عملکرد مسئول بخش شامل موارد زیر می‌شود.

#### الف) نقش مدیریت بخش اورژانس. در این قسمت

موارد کلیشه‌ای بودن نقش مسئول بخش، درگیر بودن او در جلسات به جای حضور فعال در گروه و رهبری گروه در بخش اورژانس مطرح بود. یکی از پرستاران اورژانس داخلی نقل می‌کند: «مسئول بخش معمولاً فقط شیفت‌ها را تعیین می‌کند و بقیه وقت خود را در جلسات سپری می‌کند و حضور فعال در اورژانس ندارد، به طوری که اگر هم‌زمان چند بیمار بدحال در اورژانس پذیرش شود، نقش رهبر تیم در هماهنگ کردن پرسنل خیلی کم‌رنگ است.» نقش مدیریت اورژانس در توجه به امر آموزش خیلی اهمیت دارد. لزوم نظارت بیشتر بر انتقال بیمار، کارکنان تازه‌کار و طرحی، ضرورت ایفای نقش هماهنگ‌کنندگی در مواقع اورژانس و رعایت هماهنگی بین کارکنان تازه‌کار و باتجربه در هر نوبت خیلی مهم است. یکی از پرستاران اورژانس نقل می‌کند: «لزوم توجه به تسهیلات ویژه (استراحت، فراهم کردن آرامش) برای پرسنل اورژانس، ضرورت تشویق به‌هنگام برای آموزش به بیمار و سایر نوآوری‌ها، و ضرورت ارزشیابی منظم و دادن بازخورد به‌هنگام (برای مثال، تشویق و ارتقای کارانه) اهمیت دارد.»

#### ب) نقش و عملکرد مترون در آموزش. نظارت بر امر

انتقال و ترخیص به موقع بیماران، نظارت بر ویزیت به‌هنگام بیماران، نظارت بر مرخصی‌های کارکنان به صورت هم‌زمان و در نظر گرفتن کارانه کارکنان متناسب با سختی کار جزو مواردی است که نقش مترون را پررنگ می‌کند. یکی از پرستاران اورژانس نقل می‌کند: «در نظر گرفتن پرسنل تازه‌کار و طرحی بدون آموزش کافی در اورژانس دلیلی بر آموزش ناکافی بالینی است.»

#### ج) نقش و عملکرد کارکنان در عرضه خدمات. در

مورد نقش و عملکرد کارکنان پرستاری اورژانس مطرح شد که کارکنان کمکی کمی در اورژانس وجود دارد. یکی از پرستاران اورژانس سوانح نقل می‌کند: «باید برای بخیه‌زدن سر بیمار، هم

داشتن وقت کافی آموزش مستقیم چهره‌به‌چهره انجام می‌شود. به سبب زیادی تعداد بیماران نسبت به کارکنان و در نتیجه کمبود وقت گاهی دادن آموزش به بیمار حذف می‌شود. یکی از پرستاران اورژانس داخلی نقل قول می‌کند: «به علت شلوغی بخش و زیادبودن کارها، حتی به انجام اقدامات ساده پرستاری نمی‌رسیم چه برسد بخواهیم به بیماران آموزش دهیم.» یکی دیگر از پرستاران اورژانس سوانح می‌گوید: «حین اقدامات پرستاری، به خصوص حین زدن بخیه، برای فن حواس‌پرتی، به بیمار آموزش می‌دهیم. اکثر پرسنل اورژانس نیز به این روش آموزش را انجام می‌دهند.»

#### ب) آموزش کارکنان. در این مورد آموزش ندیدن

کارکنان تازه‌کار بسیار مطرح بود. در هر دو اورژانس داخلی و سوانح، کارکنان طرحی بدون آموزش برای کار در اورژانس انتخاب می‌شوند. آن‌ها بعد از یک هفته کار در نوبت صبح، وارد نوبت‌های در گردش عصر و شب می‌شوند. ضرورت آموزش به‌روز در اورژانس خیلی اهمیت دارد. امروز، با منسوخ‌شدن بعضی دستورالعمل‌ها در آموزش پرستاری، هنوز آن فن‌ها را برخی کارکنان با سابقه اورژانس انجام می‌دهند. به نقل از یکی از پرستاران اورژانس سوانح «علی‌رغم کم‌رنگ‌شدن نقش تورنیکه، هنوز هم در اورژانس سوانح از این تکنیک استفاده می‌شود.» در مورد کاربرد نبودن کارگاه‌های آموزشی، یکی از پرستاران اورژانس سوانح چنین نقل می‌کند: «در کارگاه CPR به ما آموزش دادند که از آمپول آدرنالین فقط در موارد خاص استفاده شود؛ ولی حین CPR پزشک اورژانس به ما می‌گوید که آمپول آتروپین و آدرنالین با هم زده شود.» پیگیری کاربرد نتایج کارگاه‌ها و در دسترس نبودن مطالب کارگاه‌ها ضرورت دارد و باید انجام شود. از دیگر موارد مطرح‌شده کارکنان، کمبود کارگاه‌های تخصصی ویژه کارکنان اورژانس و آموزش الکترونیکی بود.

در مورد آموزش دانشجو، در حال حاضر دانشجویان

انگیزه کمی برای کار در محیط بالینی دارند. شاید یکی از دلیل‌های آن عدم به‌کارگیری فن‌هایی باشد که در محیط آموزشی دانشگاه آموخته‌اند، ولی در محیط بالینی به آن کیفیت آموخته‌شده، نمی‌توانند عمل کنند. دلیل دیگر آن شلوغی محیط کارآموزی با تعداد زیاد دانشجویان در یک نوبت کاری است. یکی از پرستاران اورژانس سوانح نقل می‌کند: «بعضی دانشجویان به کار در محیط بالینی علاقه ندارند، به طوری که حتی با حضور مربی باز هم برای انجام کار بالینی رغبتی از خود نشان نمی‌دهند.» دلیل دیگر آن شلوغی محیط اورژانس به خصوص اورژانس داخلی است. در این موارد از دانشجویان

### بحث

در بررسی کیفی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مشکلات آموزش بالینی به سه درون‌مایه محیطی- شامل یادگیری بالینی غیرحرفه‌ای، آموزش غیراثربخش، و عملکرد غیرصلاحیت‌محور- و به درون‌مایه‌ای اصلی شامل ناکارآمدی در آموزش بالینی طبقه‌بندی می‌شود. ارتباط، امنیت محیطی و تجهیزات محیطی در حیطه محیطی، آموزش به بیمار، آموزش کارکنان و آموزش دانشجو در حیطه آموزش غیراثربخش و حضور کم‌رنگ در ایفای نقش، نقش و عملکرد مترون در آموزش، جابه‌جایی نقش، خستگی مفرط یا بارکار زیاد، ایفای نقش عملکردی در عملکرد غیرصلاحیت‌محور محسوب می‌شود. مطالعه حاضر بیان تجربه‌های عینی شرکت‌کنندگان در مطالعه است. یافته‌ها نشان داد که فراهم‌نبودن محیط و امکانات نامناسب، شلوغی محیط مثل تعداد زیاد دانشجویان در هر گروه عامل مهمی در یادگیری بالینی و خدمت‌رسانی به بیماران است. این یافته‌ها با نتایج ملاحظاتی همخوانی دارد، مبنی بر اینکه آموزش بالینی پرستاری، نیاز به تأمین امکانات، تجهیزات محیط بالینی و بازنگری ابزارها و فرایندهای ارزشیابی بالینی دارد [۲۲]. مطالعه صالح‌آبادی و همکاران نیز نتایج مشابهی داشت [۲۳].

در پژوهش حاضر، ضرورت ایفای نقش هماهنگ‌کنندگی اورژانس و رعایت هماهنگی بین کارکنان تازه‌کار و باتجربه در هر نوبت و نظارت بیشتر آشکار شد. این نتایج با نتایج رضانی و کرمانشاهی همخوانی دارد که بر هماهنگی لازم بین مربی بالینی، کارکنان پرستاری، سرپرستاران، سوپروایزرهای آموزشی، مدیران پرستاری و برنامه‌ریزان آموزش در پرستاری برای بهبود کیفیت آموزش بالینی در پرستاری تأکید دارند [۲۴].

موضوع دیگری که قابل‌بحث است خستگی مفرط یا بارکار زیاد پرستاران است. پرستاران هم افرادی خستگی‌پذیرند و تأثیرات جسمی و روانی مختلفی را متحمل می‌شوند. مسئولان، خانواده‌ان‌ها و بیماران خواسته‌هایی دارند که پرستاران در جوابگویی به تمام آن‌ها دچار مشکل و سردرگمی می‌شوند. فشار جسمی و روانی منجر به فرسایش و خستگی پرستار می‌شود. در نتیجه فرصتی برای مطالعه و توجه به نیازهای خود پیدا نمی‌کند. به قول خود آن‌ها: «حتی فرصتی برای خوردن یک استکان چای پیدا نمی‌کنند.» محمودی‌شن و همکاران عنوان کردند که ماهیت کار پرستاری و کار خارج از استاندارد منجر به تناقضاتی می‌شود که فرد را به لحاظ اخلاقی دچار رنجش درونی می‌کند و احتمالاً منجر به کارهای غیراخلاقی می‌شود که حتی امکان دارد ناخواسته باشد [۲۵].

سر بیمار را بشوریم و هم شیو کنیم، ست بخیه بیاوریم و سپس بخیه‌زدن و پانسمان را انجام دهیم درحالی‌که بسیاری از این کارها در حیطه وظایف پرسنل کمکی است.»

گزارش‌نویسی ناکامل و ثبت ناکامل پرونده‌ها به دلیل حجم کار و مشغله زیاد و تقسیم کار به صورت وظیفه‌ای (functional) اتفاق می‌افتد؛ یعنی، پرستاری کارهای پرستاری را انجام می‌دهد و پرستار دیگری کار همکار را ثبت در پرونده می‌کند. در نتیجه گزارش‌نویسی کامل نخواهد بود.

کارکنان اورژانس موانع آموزش بالینی را چنین عنوان کردند: حجم کار زیاد (هم‌زمان بودن پذیرش بیمار، ویزیت، انتقال بیمار به بخش دیگر، پیگیری امور آزمایش‌ها، رادیولوژی و جزآن)، خستگی شدید که عامل بی‌انگیزشی است، و اضافه‌شدن تخت‌های اضافه (extra) علاوه بر تخت‌های اورژانس. از عوامل مؤثر بر آموزش بالینی می‌توان به فرایندی انجام کارها و تقسیم موردی کار (case method) اشاره کرد. ضرورت ترخیص به موقع بیمار عاملی برای کاهش تعداد بیماران اورژانس و داشتن وقت کافی برای آموزش بالین کارکنان است. نیاز به استراحت کوتاه حین کار از مواردی بود که کارکنان برای تجدیدقوا درخواست کرده بودند. یکی از پرستاران اورژانس داخلی نقل می‌کند: «در اکثر شیفت‌ها به خصوص شیفت صبح زمانی برای خوردن صبحانه نداریم و تا آخر شیفت حتی فرصتی برای خوردن چای نیز پیدا نمی‌کنیم و با سردرد به منزل می‌رویم، به طوری که تا شب حال عمومی خوبی نداریم. این مسئله آن قدر روی زندگی‌ام تأثیر گذاشته که می‌خواهم پرستاری را ترک کنم.»

توجه به بهداشت بیماران اهمیت خاص دارد. یکی از مربیان نقل می‌کند: «پرستاران می‌توانند نقش مهمی در آموزش بهداشت بیماران داشته باشند که به علت مشغله کاری و تعداد زیاد بیماران، به این امر در اورژانس توجهی نمی‌شود.»

### ج) آموزش دانشجو. مراقبت‌های پرستاری در آموزش

پرستاری بیشتر به صورت کلی‌گویی است و به جای آن به مباحث پزشکی پرداخته می‌شود. گذاشتن دوره آموزشی کار در بخش اورژانس برای تبحر بهتر مربی، نقش مؤثری در آموزش بالینی دانشجو دارد. عدم ارزشیابی دقیق بالینی منجر به این می‌شود که به دانشجو بازخورد مؤثری داده نشود که آیا آموزش بالینی را انجام داده است؟ انجام بعضی کارهای غیر از پرستاری که به دانشجو واگذار می‌شود به نقل از دانشجویی مواردی نظیر این است: از ما می‌خواهند که پرونده را بیاوریم یا ببریم یا از انبار داروها را بیاوریم، همراهی بیمار را صدا بزنیم و نظایر آن.

بی‌انگیزه به سرپرستار (به‌عنوان مربی) سپرده می‌شد، از موقعیت سوءاستفاده می‌کرد و بی‌نظمی رخ می‌داد. این نتیجه با نتایج خادم‌الحسین و همکاران همخوانی داشت، مبنی بر اینکه انضباط دانشجویان و مربی نیز ارتباط مستقیم با حضور مربیان داشت [۱۵].

عدم آمادگی محیط اورژانس برای آموزش بالینی به علت پرکاری بخش‌های اورژانس بیمارستانی مانع دادن آموزش بالینی پرستاران به بیماران در اورژانس می‌شود. برای رفع این مشکل با تعدیل نیرو و کاهش وظایف محوله به پرستاران در جهت مهیاسازی محیط مناسب برای آموزش بالینی مؤثر، می‌توان گامی مهم برداشت. همچنین، برای حل مشکلات موجود در آموزش بالینی می‌توان مدل‌های آموزش بالینی را توصیه کرد [۳۰]. در تحقیق حاضر دانشجویان از عدم امکان اجرای موارد نظری در عمل شاکی بودند که با نتایج پورقانع همخوانی ندارد. وی معتقد بود دانشجویان به‌کارگیری آموخته‌های نظری در عمل را از تجربه‌های یادگیری کارآمد خود کسب می‌کنند. احتمالاً تغییر محیط آموزشی و امکانات عامل آن باشد [۳۱]. در مطالعه خادمیان و کریمی فاصله بین آموزش نظری و بالینی گزارش شد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در تحقیق آن‌ها مواردی مانند عدم همکاری پزشکان، کمبود بیمار با تشخیص‌های متفاوت مورد و کمبود تجهیزات مورد نیاز در آموزش بالینی مطرح شده است [۳۲]. همچنین، در مطالعه یعقوبی و همکاران به غیر از مشکلات مطرح‌شده همخوان با پژوهش حاضر، عدم علاقه به حرفه خود و عدم آشنایی با مهارت‌های بالینی قبل از ورود به بخش مطرح شده بود که در مطالعه حاضر کارکنان اورژانس به‌خصوص کارکنان طرحی این نیاز را احساس می‌کردند [۳۳]. اگر سلامت جامعه را درگرو کیفیت خدمات پرستاری و نقش این گروه در امر پیشگیری و آموزش بهداشت بدانیم، با توجه به نقش تأثیرگذار این گروه در خدمات اجتماعی جوامع بشری و این حقیقت که برای آموزش احتیاج به نظام منظم علمی و حرفه‌ای است، جایگاه و اهمیت آموزش بالینی مشخص می‌شود.

### نتیجه‌گیری

از مجموع نظرات پرستاران اورژانس، مدیریت بخش، دانشجویان و مربیان چنین نتیجه‌گیری می‌شود که مدیران آموزش و درمان در سطح‌های بالاتر باید به نقاط ضعف توجه کنند، چرا که بیشتر مشکلات و نواقص مطرح‌شده با تدابیر مدیریتی تصحیح‌پذیر است. امید است با طرح مسائلی از قبیل مشکلات محیطی و کمبود امکانات از جمله تراکم دانشجویان در بخش‌ها، عدم امکانات رفاهی، کمبود بحث در بررسی‌های تشخیصی و

هاشمی دلیل بروز خطا را کمبود پرستار، فشار کار زیاد و خستگی پرستاران می‌داند [۲۵].

همچنین، از یافته‌های تحقیق چنین نتیجه می‌شود که حضور مربی ماهر و باتجربه و ارزشیابی دقیق بالینی دانشجویان بر تربیت دانشجوی کارآمد و القای نقش حرفه‌ای به او تأثیر دارد. همچنین، رابطه بین دانشجویان و مربی و عدم احساس تبعیض از طرف مربی، انگیزه یادگیری را در دانشجویان بالا می‌برد که با نتایج موسوی همخوانی دارد که نقش مربی را در آموزش بالینی کلیدی می‌داند [۲۶].

در تحقیق مونگوی و همکاران، دانشجویان متذکر شدند که وجود ارتباطی مطلوب با مربی، کارکنان، سایر دانشجویان و بیمار سبب به‌وجود آمدن محیط دلپذیر یادگیری و کسب تجربه‌های مطلوب بالینی می‌شود [۲۷].

دانشجویان ابراز می‌کردند که گاهی مجبورند کارهای پیش‌یافتاده در بخش انجام دهند که این گفته با تحقیق همتی و همکاران همخوانی دارد که عنوان می‌کنند، دانشجویان سال آخر ابراز می‌داشتند که بیشترین اقدامات آن‌ها در برخی بیمارستان‌ها، انجام کارهای اولیه است [۲۸].

در پژوهش حاضر از دیدگاه پرستاران، آموزش علمی و مستقیم به بیمار کمتر انجام می‌شود. این نتیجه با نتایج حشمتی‌فرد و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند وضعیت آموزش به بیمار در هر سه حیطه زمانی از نظر پرستاران و بیماران مطلوبیت خوبی نداشته است. بنابراین، توصیه می‌کنند مدیران بخش درمان باید اقدامات لازم را در جهت بالا بردن سطح آگاهی پرستاران نسبت به اهمیت آموزش به بیمار انجام دهند [۲۹].

مطالعه حاضر در حیطه آموزش و تجربه پرستاران اورژانس در مورد ایفای نقش بالینی خود در آموزش نشان داد که اکثر پرستاران اورژانس در رسیدن به نقش خود در آموزش بالینی مشکل دارند. پرستاران اورژانس از نوعی ابهام در نقش خود در مورد آموزش بالینی شاکی بودند که با بسیاری از مطالعات انجام‌گرفته در این زمینه همخوانی دارد. برای دستیابی به تسلط بر نقش، شفافیت مرزهای نقش داده‌شده و درک درست آن ضروری است. اگر پرستاران طالب حفظ عنوان «پرستار» برای خود هستند، باید شایستگی و تجربه کافی بالینی برای آموزش داشته باشند [۱۶].

نظم و انضباط و حضور مداوم مربی در بخش اورژانس، حتی قبل از حضور دانشجویان از نقاط قوت نتایج مطالعه حاضر بود؛ اگرچه کاملاً عمومیت نداشت و وابسته به تعهد یا سلیقه مربی بود، چرا که در سایر بخش‌ها، به‌خصوص وقتی دانشجوی



### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه پزشکی سبزوار جهت تسهیل در امر پژوهشی و فراهم کردن امکان مشاوره با استاد مشاور از دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تشکر و قدردانی می‌کنیم. این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد ۹۰۰۱۲ در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است.

مراقبتی در بالین بیمار، و فاصله بین آموزش نظری و بالینی ریشه مسائل شناسایی شود و با توجه مسئولان به این مسائل و هم‌گام با آموزش پرستاری و سایر تحولات زمانی در این حرفه، دانشجویان بتوانند در محیط بالینی در حیطه مراقبت مؤثر از بیمار توانمند عمل کنند.

### References

- [1] Mollahadi M. Importance of clinical education in nursing. *Education Strategies*, 2009; 2(4): 153-9.
- [2] Ramezani M, Kermanshahi S. A survey of the quality of clinical education in nursing. *Jahrom Medical Journal*, 2011; 9(Supplement1); 14-21.
- [3] Zamanzadeh V, Parsa Yekta Z, Fathi Azr E, Valizadeh V. The role of the clinical education of nurse educators: a qualitative study. *Iranian Journal of Medical Education*; 2002; 6: 33-27. [in Persian]
- [4] Hadizadeh F, Firoozi M, Shamaeyan Razavi N. Nursing and midwifery students perspective on clinical education in Gonabad University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*, 2005; 5(1): 70-78. [in Persian]
- [5] Fasihi Harandy T, Soltani Arabshahi SK. A survey of input and process of clinical education in Iran University of Medical Sciences. *PAYESH*, April 2003; 2(2): 127-132. [in Persian]
- [6] Mannix J, Faga P, Beale B, Jackson D. Towards sustainable models for clinical education in nursing: An on-going conversation. *Nurse Education in Practice*, 2006; 6: 3-11.
- [7] Saarikoski M, Kaila P, Lambrinou E, Pérez Cañaveras RM, Tichelaar E, Tomietto M, et al. Students' experiences of cooperation with nurse teacher during their clinical placements: an empirical study in a Western European context. *Nurse Educ Pract*, 2013 Mar.; 13(2): 78-82.
- [8] Khorsandi M, Khosravi Sh. Survey clinical education status aspect of view of point students in Arak Nursing and Midwifery University in 2000. *Rahavarde Danesh*, 2001; 5(1): 32-29. [in Persian]
- [9] Williams AF. An antipodean evaluation of problem-based learning by clinical educators. *Nurse Educ Today*, 1999; 19(8): 659-67.
- [10] Nahas VL, Nour V, Al-Nobani M. Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. *Nurse Educ Today*, 1999; 19(8): 639-48.
- [11] Scheetz LJ. Baccalaureate nursing student preceptorship programs and the development of clinical competence. *J Nurs Educ*, 1989; 28(1): 29-35.
- [12] Dunn SV, Burnett P. The development of a clinical learning environment scale. *J Adv Nurs*. 1995; 22: 1166-73.
- [13] Zahmatkesh H, Hajimoradlo N, Kazemi M, Mahmoud Sh, Khoddam H. Evaluating clients satisfaction of referring to emergency of Hospital of Golestan Medical Sciences University in 1385. *Journal of Gorgan Medical Sciences University*, Autumn 2010; 12(3, sequence 35): 91-96. [in Persian]
- [14] Aala A, Rajayi R. Survey of satisfaction of the practitioners from clinical education status of emergency department of Tabriz Imam Reza Hospital during the academic year 2007-8. *Iranian Journal of Medical Education*, Fall 2010; 10(3, 27 sequence): 238-245. [in Persian]
- [15] 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]
- [16] Aein F, Alhani F, Mohammadi 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]
- [17] Burns N, Grove SK. The practice of nursing research conduct, critique and utilization. The University of Michigan, Elsevier/Saunders, 2002.
- [18] Speziale Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- [19] Polit DF, Beck Ch T, Bernadette P. Essentials of nursing research: methods, appraisals and utilization. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, 2006
- [20] Elahi N, Alhani F, Ahmadi F. Professional partnership: nurses' experience of theory practice gap in nursing education. *J Nursing Education*, 2017; 3(1). [in Persian]
- [21] Wood GL, Haber J. Nursing research: Methods, critical appraisal and utilization. Louis: Mosby, Inc, 2005.
- [22] Mollahadi M. The importance of clinical training. *Instructional Strategies*, Winter 2009; 2(4): 153-159. [in Persian]
- [23] Saleh Abadi S, Golafronzshahri M, Nasrollahi S, Akbarzadeh M, Mirchuly N. Survey clinical education problems and ways of enhancing its solutions quality from the perspective of clinical instructors and students of nursing and midwifery. *Sabzevar Medical Sciences University*, 2008; 20(4): 539-54. [in Persian]
- [24] 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]
- [25] 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]
- [26] 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]
- [27] 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.
- [28] 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]
- [29] 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]
- [30] Emerson RJ. Nursing education in the clinical setting 1 5t ed. St Louis, Mosby co. 2007.
- [31] 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]
- [32] 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]
- [33] 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]