

موانع موجود بر سر راه مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی در پرستاری؛ یک مطالعه کیفی

فاطمه حشمتی نبوی^۱، زهره ونکی^۲، عیسی محمدی^۳

چکیده

مقدمه: مشارکت در آموزش بالینی وظیفه تمام کسانی است که در ارایه مراقبت‌های بهداشتی نقش دارند. ضرورت ارتقای کیفیت آموزش‌های بالینی و نقش تعیین‌کننده این آموزش‌ها در ارتقای کیفیت مراقبت‌ها باعث شده است که شاهد روندی رو به رشد در طراحی و اجرای الگوهای مشارکتی آموزش بالینی در سطح بین‌المللی باشیم. ایجاد چنین مشارکتی نیازمند درگیر شدن همه ذینفعان در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی آموزش‌های بالینی است. این مطالعه درصدد است که درک ذینفعان کلیدی در آموزش بالینی را نسبت به موانع موجود بر سر راه مشارکت بین مؤسسات آموزشی پرستاری و مؤسسات بالینی در اجرای آموزش‌های بالینی را مورد بررسی قرار دهد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع تحلیل محتوای کیفی است. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش را ۱۵ نفر دانشجویان پرستاری، مدیر پرستاری، مدیر آموزشی و مدیر پرستاری بالینی تشکیل می‌داد. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختاری بود. ابتدا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد و سپس به روش گلوله برفی ادامه پیدا کرد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس دستنویس شد و با استفاده از روش مقایسه‌ای مداوم و به روش تحلیل محتوای کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مضامین به دست آمده در این پژوهش عبارت بود از: «واگرایی سازمانی»، «دیوار نامرئی»، «ارزش‌گذاری مفرط بر دانش تئوریک». ابهام در ارتباط ساختار سازمانی دو مؤسسه و نقش‌ها و وظایف کارکنان هر یک از مؤسسات در قبال یکدیگر، فرهنگ ارزش‌گذاری مفرط بر دانش نظری و بی‌توجهی به مهارت‌ها و عملکرد بالینی پرستاری، و دیواری از دیدگاه‌ها و نگرش‌های مختلف و گاه متضاد موانع اصلی بر سر راه ایجاد همکاری بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی در پرستاری هستند.

نتیجه‌گیری: تعریف ارتباط ساختاری بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی و تبیین نقش‌ها و مسؤولیت‌های کارکنان آموزشی و بالینی در قبال اجرای آموزش‌های بالینی، تعریف نقش بالینی مدرس پرستاری و تأکید بر اهمیت و ارزش‌گذاری بر عملکرد بالینی پرستاری می‌تواند مسیر شکل‌گیری همکاری و مشارکت بین دو مؤسسه را هموارتر سازد.

کلید واژه‌ها: الگوی آموزش بالینی، مشارکت، مؤسسات آموزشی، مؤسسات بالینی

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۳

۱ - کارشناس ارشد پرستاری و دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

۲ - دانشیار دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: vanaki_z@modares.ac.ir

۳ - دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

همیشه آنچه در آموزش‌های نظری به دانشجویان آموزش داده می‌شود در عملکرد آن‌ها ظهور و بروز نمی‌یابد (۲۱). به طور کلی به فاصله آنچه دانشجویان در کلاس فرا می‌گیرند و آنچه در محیط‌های واقعی کاری تجربه می‌کنند «شکاف بین نظریه و عمل» اطلاق می‌شود. مطالب زیادی در مورد شکاف نظریه و عمل نوشته شده است. به‌زعم فرگوسن و جینکس (۱۹۹۴) این شکاف به دلیل تفاوت و تمایز آنچه دانشجویان در کلاس فرا می‌گیرند نسبت به آنچه در محیط‌های بالینی تجربه می‌کنند به وجود آمده است. Lathlean (۱۹۹۴) بخشی از علت ایجاد شکاف بین نظریه و عمل را گذر حرفه پرستاری از دوره خدمات محوری به دوره الگوی آموزشی مربوط می‌داند. اگر چه انتقال آموزش پرستاری به مؤسسات آموزش عالی موجب تغییر الگوی آموزش‌های بالینی از مدل خدماتی-نظارتی به استفاده از مدل‌های آکادمیک شده است (۳۲) اما همچنان انجام مؤثر این آموزش‌ها نیازمند مشارکت و همکاری دو مؤسسه بالینی و آموزشی است. به عبارتی دیگر فرایند آموزش بالینی تحت تأثیر بستر سازمانی هر دو این مؤسسات قرار می‌گیرد (۴).

مشارکت در آموزش بالینی وظیفه تمام کسانی است که در ارایه مراقبت‌های بهداشتی نقش دارند (۵)، مطالعات نشان‌دهنده روند رو به افزایش در سطح همکاری بین مؤسسات آموزشی و بالینی در اجرای آموزش‌های بالینی است. مشارکت به عنوان یک ارتباط دوطرفه، سود رسان، و تعریف شده است که یک یا چند طرف، جهت رسیدن به اهداف مشترک، آن را شکل می‌دهند. مشارکت از این نظر ارزشمند است که قادر است نیازهای دو طرف مشارکت را به گونه‌ای برآورده سازد که هر یک از طرفین به تنهایی قادر به برآورده‌سازی آن نیازها نیستند (۲، ۷۶).

منافع بالقوه متعددی در مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی متصور است در نتیجه بسیاری از مؤسسات آموزشی و بالینی در تلاش برای دستیابی به این منافع، برنامه‌های همکاری مشترک را طراحی و اجرا می‌نمایند. در متون پرستاری مطالعات بسیاری مراحل شکل‌گیری همکاری و نتایج حاصل از اجرای چنین همکاری‌هایی را گزارش نموده‌اند. برخی از منافع مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی که در متون گزارش شده

است عبارتند از: امکان پذیرش تعداد بیشتر دانشجویان (۹۰۸)، ارتقای سطح تحقیقات پرستاری و توسعه پرستاری مبتنی بر شواهد (۱۱۰ و ۱۱)، ارتقای اعتبار بالینی مدرسین پرستاری (۱۰)، ایجاد فرصت‌های توسعه منابع انسانی و اجرای آموزش‌های ضمن خدمت (۸ و ۱۲)، تسهیل آموزش‌های بالینی و آشناسازی اثربخش دانشجویان با محیط بالینی و ایجاد یک محیط یادگیری حمایت‌کننده (۱۵ و ۱۳).

مطالعات انجام شده در کشور ما در خصوص آموزش‌های بالینی نشان می‌دهد که این آموزش‌ها دارای اثربخشی لازم نیست، به عنوان نمونه مطالعه انجام شده بر روی پرستاران تازه‌کار حاکی از آن است که آن‌ها در گذر از نقش دانشجویی به نقش حرفه‌ای به نوعی عدم آمادگی را تجربه کرده‌اند (۱۶). تجارب تنش‌زای پرستاران تازه کار در این دوره اغلب در ارتباط با کمبود مهارت لازم در انجام اعمال پرستاری و عدم هم‌خوانی بین آموزش‌های دوره دانشجویی و وضعیت موجود در محیط‌های کاری بوده است (۱۷). نتایج مطالعه ابازری (۱۳۸۳) و همکاران که با هدف تعیین منابع استرس و میزان استرس دانشجویان پرستاری انجام شد نشان داد بیشترین منبع استرس مربوط به اختلاف بین آموزش تئوری و کلاسی با آنچه در بیمارستان انجام می‌شود می‌باشد (۱۸). نتایج مطالعات داخلی متعدد حاکی از وجود شکاف نظریه و عمل در پرستاری کشور ماست (۱۶، ۱۷ و ۱۹) با کمی تعمق می‌توان دریافت که بسیاری از مشکلات فوق‌الذکر ناشی از ارتباط نامناسب و غیر اثربخش بین مؤسسات آموزشی و بالینی در ارایه آموزش‌های بالینی است.

در طی دهه‌های اخیر الگوهای مختلف آموزش بالینی با هدف ارتقای کیفیت این آموزش‌ها و آماده‌سازی بهتر دانشجویان پرستاری برای ورود به دنیای واقعی کار طراحی شده است. الگوهایی مانند اینترنشیپ، پرسپتورشیپ، استخدام مشترک، کارآموزی تحت نظارت عضو هیأت علمی، الگوی بخش آموزشی (۴). امروزه با توجه به مشکلات موجود در اجرای آموزش‌های بالینی و همچنین ارایه مراقبت‌های بهداشتی، از دولت‌ها و سازمان‌های ارایه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی انتظار می‌رود که در جستجوی روشی جدید برای تقویت ارتباط و مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی باشند (۲۰). مطالعات نیز نشان می‌دهد که روند طراحی و کاربرد الگوهای مختلف آموزش بالینی به سوی طراحی الگوهای مشارکتی جهت توسعه

همکاری بین مراکز ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی و مراکز دانشگاهی است (۲۱ و ۲۰). بسته به شرایط و زمینه فرهنگی و سازمانی هر یک از این الگوها دارای خواستگاه خاص خود در یکی از کشورهای کانادا، استرالیا و ایالات متحده هستند (۲۱). بدون شک چنین مشارکتی فراتر از یک توافق ساده در مورد ارایه آموزش‌های عملی دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی است. ایجاد چنین مشارکتی نیازمند درگیر شدن همه ذینفعان در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی آموزش‌های بالینی است (۷). این مطالعه در صدد است که درک ذینفعان کلیدی در آموزش بالینی را نسبت به موانع موجود بر سر راه مشارکت بین مؤسسات آموزشی پرستاری و مؤسسات بالینی را مورد بررسی قرار دهد.

روش مطالعه

با توجه به هدف این مطالعه که بررسی درک مشارکت‌کنندگان از موانع مشارکت بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی در اجرای اثربخش آموزش‌های بالینی بود، از تحقیق کیفی استفاده شد که ابزاری برای به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت‌کنندگان است (۲۲). محیط پژوهش بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده پرستاری تهران، همچنین بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشکده پرستاری و مامایی شهر مشهد بود. داشتن تجربه مربیگری حداقل به مدت ۵ سال (برای مدرسین پرستاری)، داشتن تجربه کار در بیمارستان آموزشی به مدت حداقل ۵ سال (پرستاران بالینی)، داشتن تجربه مدیریتی به عنوان سرپرستار، مدیر پرستاری، مدیر آموزشی یا مسؤول آموزش‌های بالینی (برای مدیران آموزشی و بالینی) و تمایل به بازگویی این تجارب به محقق ویژگی‌هایی بود که در انتخاب مشارکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت. برای مصاحبه ابتدا نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد و سپس به روش گلوله برفی ادامه پیدا کرد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. شرکت‌کنندگان در تحقیق ۱۵ نفر از مدرسان، دانشجویان و مدیران پرستاری و آموزشی شاغل به کار در دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تهران بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۶ تا ۶۵ سال بود. چهار نفر از شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی پرستاری و ده نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و یک نفر دارای مدرک

دکتری تخصصی پرستاری بود. شرکت‌کنندگان شامل ۳ مدیر آموزشی، یک کارشناس مسؤول دفتر پرستاری وزارت بهداشت، سه سر مدیر پرستاری، یک نفر مسؤول امور بالینی، دو دانشجوی پرستاری و بقیه مربیان پرستاری بودند. در پژوهش کیفی تعداد نمونه همواره متغیر است، بنابراین محقق تا آنجا نمونه‌گیری را ادامه می‌دهد که بتواند در راستای آن ایده جدیدی به دست آورد (۲۲ و ۲۳). در ابتدا هدف تحقیق، روش مصاحبه و حق افراد نسبت به شرکت در مطالعه و یا امتناع از آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان کسب گردید. تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی هدایت شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاری استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیر و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است (۲۳). طول مدت مصاحبه بین چهل و پنج دقیقه تا یک ساعت و نیم با میانگین یک ساعت بود که به صورت فردی هدایت شدند. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه نوشته شد تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. تحقیق کیفی مستلزم آن است که محقق در اطلاعات غوطه‌ور شود (۲۳). برای این منظور پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت به دقت گوش داد و متن دست نوشته را چند بار مرور نمود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. روش تحلیل محتوای کیفی به عنوان یک روش تحقیق تعریف می‌شود که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به کار می‌رود. در این روش از طریق فرایند طبقه بندی سیستماتیک، کدها و تم‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرند. تحلیل محتوا چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد، بلکه از این طریق می‌توان تم‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه را نمایان ساخت (۲۴). بنابراین در این مطالعه با استفاده از این روش بر اساس توصیفات مشارکت‌کنندگان در مطالعه، مفاهیم آشکار و پنهان مشخص شده مفاهیم کدبندی، خلاصه‌سازی، طبقه‌بندی شده و تم‌ها استخراج گردید. کدها بر اساس واحدهای معنا بر گرفته از توصیفات مشارکت‌کنندگان استخراج شد و سپس بر اساس اختلافات یا شباهت‌ها طبقه‌بندی گردید (۲۵). به منظور تأییدپذیری داده‌ها مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی، از روش مقبولیت پژوهشگر، مرور دست نوشته‌ها با شرکت‌کنندگان بازنگری

شدت کاهش داده است. عملاً هر دو طرف این رابطه از محدودیت و فقدان فرصت تأثیرگذاری با هدف ارتقای کیفیت آموزش‌های بالینی شکایت داشته و از آن به عنوان یک مشکل یاد می‌کنند.

به عنوان مثال یکی از سرپرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش در این خصوص گفت: «... همه چیز در ید اختیار مربی هست و مربی کاملاً منفک از ماست ... الان مربی خودش تقسیم کار می‌کنه و می‌گه که تو برو با فلانی کار کن و من اصلاً در جریان نیستم ... در صورتی که باید من در جریان باشم.» HNI

از سوی دیگر چگونگی مدیریت مراقبت بر نحوه ارائه آموزش‌های بالینی تأثیرگذار است، اما مربیان بیان کردند که آن‌ها هیچ‌گونه قدرت عمل و اختیاراتی برای تأثیرگذاری بر نحوه مدیریت مراقبت در محیط بالینی ندارند. یکی از مدرسین پرستاری در این خصوص گفت: «ما این همه سال که توی بخش کار کردیم بخش توراخس را قانع کردیم که وسط بخش صندلی بگذارند که مریض که از اتاقش میاد بیرون و می‌خواد تلفن جواب بده و دچار کمبود اکسیژن می‌شه اونجا استراحت کنه. همین! کلی زحمت کشیدیم که تونستیم اون‌ها رو متوجه کنیم و همینو بذاریم.» EMI

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که مربیان در اجرای آموزش‌های بالینی و نحوه مدیریت آموزش بالینی تحت تأثیر قدرت و اختیارات مدیر بالینی قرار گرفته و تصمیماتی بر خلاف میل و اراده خود می‌گیرند. این بیانات یکی از مشارکت‌کنندگان به خوبی نشان‌دهنده این معنی است: «یکی از معضلات مربی پرستاری اینه که هیچ اختیاری نداره. و قدرت سرپرستار خیلی بیشتره و می‌گه بخش منه و من نمی‌پذیرمتون. خوب مربی هیچ اختیاری توی بخش نداره و اگر به دانشجو اش زور بگند اون هیچ کاری نمی‌تونه بکنه.» NM1

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند اصولاً آموزش و بالین نسبت به یکدیگر وظیفه تعریف شده‌ای ندارند. یکی از مشارکت‌کنندگان شاغل در دفتر پرستاری وزارت بهداشت در این مورد اینگونه گفت: «بین من الان در برنامه ارتباطم در اطلاع‌رسانی و فراخوان زدن. مخاطب اصلی ما پرستارانی هستند که بالای سر بیمار ... وقتی یک نامه سریع میاد که باید ما برای چیزی آماده باشیم. ما سریع نامه می‌نویسیم برای ۴۱ دفتر پرستاری استان‌ها.

ناظرین و بهره‌گیری از نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد. در این پژوهش اصول محرمانه بودن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه جهت مصاحبه و ضبط گفتگو رعایت شد. برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت شد.

یافته‌ها

از توصیف‌های غنی و عمیق مشارکت‌کنندگان، سه مضمون شامل «واگرایی سازمانی» و «دیوار نامرئی» و «ارزش‌گذاری مفرط بر دانش تئوریک». به دست آمد. این مضامین موانع مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی در اجرای آموزش‌های بالینی تبیین می‌کنند. درنمایه اول «واگرایی سازمانی» به عنصر ساختاری در ارتباط بین دو مؤسسه اشاره می‌کند. «ارزش‌گذاری مفرط بر دانش تئوریک» یک باور رویکرد کلیشه‌ای است که تا سطح تنظیم قوانین و مقررات نیز رسوخ پیدا کرده‌است و عامل دیگری است که دو مؤسسه را در موقعیت واگرا نسبت به یکدیگر قرار می‌دهد. «دیوار نامرئی» توصیف‌کننده عنصر کارکردی است و به واکنش‌های روان‌شناختی کارکنان این دو مؤسسه اشاره دارد.

مضمون شماره یک: واگرایی سازمانی

این مضمون شامل زیر طبقات «ارتباطات مبهم سازمانی»، «اختیارات و مسؤولیت‌های تعریف نشده»، «ابهام در به اشتراک گذاشتن امکانات»، «ارتباطات مقطعی و غیر رسمی» است. بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان در این پژوهش، دو مؤسسه بالینی و آموزشی به لحاظ ساختاری جدا از هم اداره می‌شوند. این نقص ساختاری در همه سطوح سازمانی موجود است. مرکز سیاست‌گذاری پرستاری بالینی از مراکز آموزشی جداست و ارتباط کاری معناداری بین آن‌ها وجود ندارد. این نقص ساختاری در سطح آموزش بالینی در خط مقدم برقراری ارتباط بین آموزش و بالین قابل مشاهده است. آموزش بالینی فرایندی تعاملی است که در اجرای آن هر دو مؤسسه آموزشی و بالینی تأثیرگذار هستند. در اجرای روزمره آموزش‌های بالینی در محیط‌های بیمارستانی، کارکنان هر دو مؤسسه در این فرایند دخیل هستند، اما عوامل سازمانی که از آن‌ها یاد خواهد شد، امکان تأثیرگذاری متقابل بین دو مؤسسه را در این خصوص به

اینجا من به دانشکده‌های پرستاری و اعضای هیأت علمی کاری ندارم.»

میزان همکاری بین آموزش و بالین در سطح سازمانی فقط محدود به ایجاد امکان حضور دانشجویان و مربیان پرستاری در محیط بالین است. اجرای آموزش بالینی نیازمند وجود امکانات و تجهیزات و همکاری با بیمارستان است، اما بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان تدابیر سازمانی در خصوص تأمین منابع مالی و امکانات مورد نیاز در محیط بالینی جهت اجرای آموزش وجود ندارد. امکانات آموزشی، امکانات رفاهی برای دانشجویان و مربیان پرستاری در محیط‌های بالینی فراهم نیست و بیمارستان هم از این بابت در قبال آموزش احساس مسؤولیت نمی‌کند. به گونه‌ای که مربیان و دانشجویان پرستاری خود را میهمان فرض کرده و از این جهت خود را دارای هیچ‌گونه حقی نمی‌بینند. در مقابل کادر بالینی را صاحب خانه و صاحب اختیار قلمداد می‌کنند.

«مثلاً ما محیط می‌خواستیم! محیط‌هایی که بچه‌ها بتوانند اونجا بنشینند و به بیمارشان آموزش بدهند یا کارهای آموزشیمون رو انجام بدیم. که این فقط خواسته ما نبود و خواسته دانشکده بود و هنوز که هنوز به هیچ جایی نرسیده ... اگر وسیله‌ای اضافه تر می‌خواستیم که می‌گفتند نمی‌خریم و بودجه نداشتیم.» EM1

به دنبال نقص ساختاری موجود در ارتباط بین دو مؤسسه بالینی و آموزشی، از آنجا که فرایندهای کاری در این دو مؤسسه به شدت به هم وابسته و برقراری ارتباط اجتناب‌ناپذیر است؛ کارکنان هر یک از این مؤسسات اقدام به برقراری ارتباط با استفاده از روش‌های فردی و مبتنی بر ارتباط انسانی و آشنایی‌ها می‌کنند. ارتباطات و تعاملات ضروری بین دو مؤسسه در قالب ارتباطات بین فردی شکل می‌گیرد. در برقراری اینگونه رابطه، انگیزه‌های فردی عامل اصلی و شروع‌کننده همکاری هستند. دریافت امکانات آموزشی و رفاهی توسط مربیان جهت اداره آموزش‌های بالینی از قانون و رویه خاصی پیروی نمی‌کند و تحت تأثیر نحوه ارتباط مربی پرستاری با پرستاران بالینی و مدیران بالینی است.

«می‌دونی همه چیز رابطه‌ای هست خوب این بده دیگه! باید به قانونی باشه! اگر سرپرستار از من خوشش بیاد و من باهاش رابطه برقرار کنم و خوش برخورد باشم خوب این درست می‌شه و به من اتاق کنفرانس می‌ده.» FM3

یکی از زمینه‌های ارتباطی مؤسسه بالینی با مؤسسه آموزشی استفاده از تخصص و مهارت‌های اعضای هیأت علمی است. مواردی مانند برگزاری کارگاه‌های آموزشی یا برگزاری کلاس‌های آموزش ضمن خدمت. در اینگونه موارد نیز هیچ ساز و کار سازمانی و رسمی برای همکاری دو مؤسسه با هم وجود ندارد و باز هم عامل برقراری ارتباط روابط است و نه ضوابط. به عنوان نمونه یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص گفت:

«خیلی مسایل دیگه هم هست مثلاً برای انواع و اقسام مراقبت‌های پرستاری ما می‌خواستیم از دانشکده مربی دعوت کنیم دوستانه این کار را انجام می‌دادیم. خانم الف به خاطر این که دوست من بود در این کلاس‌ها درس می‌داد. خانم ب و خانم ج به خواهش دوستانه من این کار را انجام می‌دادند.» CM1

از نظر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، یکی دیگر از زمینه‌های همکاری دو مؤسسه ایفای نقش بالینی مدرسین پرستاری است. از آنجا که اعضای هیأت علمی دارای توانمندی‌های علمی و پژوهشی هستند، برخی از آن‌ها با بازنگری نقش خود به عنوان یک پرستار، معتقدند که نباید تنها به نقش آموزشی خود در محیط بالینی اکتفا کنند. آن‌ها معتقدند مدرسین پرستاری باید تلاش کنند زمینه اجرای دانش تئوریک خود را در محیط بالینی فراهم نمایند و مراقبت‌ها را بر اساس استانداردهای علمی و اصولی ارائه دهند. آن‌ها معتقد بودند در این صورت آموزش‌های مدرسین پرستاری مؤثرتر خواهد بود و یادگیری دانشجویان نیز افزایش خواهد یافت. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان شروع اینگونه همکاری‌ها گاهی به صورت داوطلبانه و از سوی مدرسین پرستاری و در قالب انجام طرح‌های تحقیقاتی کاربردی در محیط بالینی است. این نوع همکاری با ورود مدرسین پرستاری در محیط بالینی به عنوان پژوهشگر شروع می‌شود و آن‌ها تلاش می‌کنند تا با تطبیق اصول علمی موجود در منابع علمی پرستاری با شرایط و امکانات موجود کیفیت ارائه مراقبت‌ها را بهبود بخشند.

«ما فکر می‌کردیم که اگر دروس تئوری داریم می‌تونیم اون‌ها رو توی بالین هم پیاده بکنیم ... خوب اولش واقعاً کار سختی بود ... اون طرح پیاده کردن فرایند پرستاری در بخش بود ... به نظر من بالینی‌ها مشتاق این هستند که تغییری برای پیشرفت داده بشه و این ما هستیم

دانشگاه‌های محل خدمتشون حتی پول بلیطشون را نمی‌دهند. بعضی‌ها میگند ما نمی‌تونیم پیام چون پول بلیط ما رو نمی‌دهند. حالا مگر اینکه یکی باشه و خودش دلش بخواد بیاد تهران و با ما کارکنه که این خیلی کمه.»

NM1

از آنجا که همکاری بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی مبتنی بر ضوابط و ارتباطات بین فردی است، این همکاری دارای ماهیت مقطعی و گذراست. به عبارتی این همکاری وابسته به حضور افراد است و با تغییر مدیریت یا جایگاه افراد همکاری نیز خاتمه می‌یابد.

«ما یک روش تحقیق می‌خواستیم بذاریم و از اساتید دانشکده خانم ... و آقای ... دعوت کردیم که این کار را انجام بدهند. باور کنید دو هفته تمام داشتیم بین مسؤولین مختلف دانشگاه هماهنگی می‌کردیم که اجازه بدهند این سه مربی برای ما کلاس برگزار کنند. یک هفته در تابستان این کلاس‌ها را ارایه بدهند. با هزار زحمت اینقدر معاون درمان رو زد و پیگیری کرد که تونستیم سه دوره این کار رو انجام بدیم اما بعد از اون دیگه این کار تکرار نشد.» CM دانشکده در برخی موقعیت‌ها همکاری داشت و در برخی موقعیت‌ها نه! من اسم افراد را نمی‌ارم اما گاهی این همکاری خوب بود و گاهی نه ... «CMI

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که اگر چه همکاری‌هایی از این دست بین دو مؤسسه وجود دارد اما مسأله اصلی این است که اعضای این دو مؤسسه از اهداف و رسالت‌های یکدیگر اطلاعی ندارند. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان تلاش‌هایی که برای نزدیک کردن دو مؤسسه در قالب برگزاری جلسات رسمی انجام می‌شود در بهترین شرایط موجب آشنایی افراد و مدیران دو مؤسسه با یکدیگر می‌شود. و این جلسات از آنجا که مبنایی برای نزدیک شدن دو مؤسسه وجود ندارد استمرار پیدا نکرده و پس از برگزاری چند جلسه دیگر برگزار نمی‌شود.

«یک سری جلسات داشتیم بین مترونها و سوپروایزرها با مسؤولین و اعضای هیأت علمی دانشکده! یعنی یک بار این اتفاق افتاد در طی ۴ سال رییس دانشکده خانمی بود از همکارها و قبول کرد که ما این سلسله جلسات را داشته باشیم.» CMI

مضمون دوم: ارزش‌گذاری مفرد بر دانش تئوریک

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، یکی دیگر از موانع برقراری مشارکت بین دو مؤسسه

که باید راه‌کارهای درست را به اون‌ها بگیم. یعنی راه‌هایی بگیریم که روال عادی کار اون‌ها رو بهم نزنه!»

اما واگرایی دو مؤسسه آموزشی و بالینی مانعی بر سر راه قدرت تأثیرگذاری مدرسین پرستاری بر نحوه اداره محیط بالینی است. واگرایی سازمانی، در این بعد همکاری نیز مانعی بر سر شکل‌گیری این نوع تعامل است. به دلیل مشخص نبودن نقش مدرسین پرستاری در محیط بالینی، آن‌ها در اجرای چنین برنامه‌های تغییری دارای اختیارات محدودی هستند و تلاش‌های آن‌ها با تغییرات هماهنگ نشده با آن‌ها در محیط بالینی دستخوش تغییر شده و گاه با شکست مواجه می‌شود: یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه خود را در اجرای چنین همکاری اینگونه بیان کرد:

«اینطوری نبود که کسی آغوش باز کنه برای این کار. در همون طرح یه اذیت خیلی زیادی که شدم این بود که سرپرستاری که کلی روش سرمایه‌گذاری کرده بودم از نظر معنوی و یک سرپرستار ارزشمند بود رو عوضش کردند. و هر چی گفتم به حرف نکردند. و یه علتی که طرح ادامه پیدا نکرد همین بود که سرپرستار جدید در جریان کار نبود و ما اصلاً با اون هماهنگ نکرده بودیم. فقط چون با دفتر پرستاری هماهنگ کرده بودیم این خانم فقط این همکاری کرد که تا پایان طرح در بخش پیام و برم و با پرسنل صحبت بکنم را اجازه داد ولی این که طرح رو ادامه بده نه این طور نبود.» FM2

گسست یاد شده حتی در بالاترین سطوح سازمانی نیز مشاهده می‌شود و حتی در این سطوح نیز ارتباطات مبتنی بر روابط بوده و سازوکار قانونی مشخصی مشاهده نمی‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان که در سطح دفتر پرستاری وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کند در این خصوص اینگونه می‌گوید:

«یک معضلی که هست اینه که مثلاً ما می‌دونیم در مورد یک موضوع فلان دانشگاه خیلی خوب کار کرده حتی یک دانشگاه محروم و مرزی خوب کار کرده در این زمینه و حالا ما می‌خواهیم از نظرات و کارهاشون استفاده کنیم اما بعد مسافت این اجازه رو به ما نمی‌ده و معمولاً نمی‌تونیم این کار رو بکنیم. ما محدود می‌شیم به اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های تهران. چرا که اگر ما هم دعوتشون کنیم چیزی به اسم حق مأموریت و این‌طور چیزها بهشون تعلق نمی‌گیره و براشون تعریف نشده. اینجوری که با چند نفرشون من صحبت کردم

«... مثلاً دانشجوی من کارشناسی ارشد قبول شده و اومده می‌پرسه که چه گرایشی برم که دیگه لازم نباشه برم بالین و توی بیمارستان کار کنم. مثلاً اگر برم مدیریت ممکنه لازم باشه که دوباره برگردم بیمارستان و کار کنم اما برم گرایش داخلی جراحی که بعد پیام دانشکده و نرم بیمارستان. من معمولاً به بچه‌ها اینو می‌گم که اگر برای اینکه نری بخش می‌خوای کارشناسی ارشد بگیری بذارش کنار.» FM4

یکی از سرپرستاران مشارکت‌کننده از تجربه خود در خصوص حضور مربیانی که تجربه کار بالینی ندارند اینگونه گفت:

«مربی‌ها خودشون می‌گند که از کارشناسی بلافاصله اومدن کارشناسی ارشد و حالا هم دکتری و کار عملی نکردند و کار عملی بلد نیستند.» HNI
در به‌کارگیری و آموزش‌های ابتدای ورود به حرفه مربی‌گری در پرستاری نیز اهمیت زیادی به عملکرد بالینی شاغلین در این زمینه نمی‌شود. و دستیابی به حداقل مهارت‌ها برای شروع پذیرفتن نقش مدرس بالینی در پرستاری کفایت می‌کند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص گفت:

«زمانی که من اولین بار توی اتاق پراتیک شروع به آموزش دانشجوی کردم که اینجوری نبود سریع به من اجازه بدهند مستقل درس بدم، اون موقع من اول با یک مربی دیگه و سر آموزش اون اجازه داشتم که وایستم و موقع تمرین با دانشجوی‌ها تمرین کنم، بعد هم کم کم تعداد مشخصی تکنیک رو می‌تونستم آموزش بدم. اما الان اینجوری نیست، مربی را سریع با دانشجوی می‌فرستند بخش!» FM5

یک مسؤول امور بالینی از تدابیری که خود جهت آماده‌سازی مربیان برای ورود به آموزش بالینی به کار می‌گیرد اینگونه گفت:

«...می‌دیدم که مربی جوان داریم که بلافاصله فوق لیسانس گرفته و اومده کارآموزی و طرحش رو داره می‌گذرونه، نمی‌شه که کسی بدون این که کار بالینی کرده باشه مربی بشه! من اون موقع که در بالینی بودم این افراد رو یک ماه یا بیشتر با نامه به اورژانس بخش بیمارستان امام معرفی می‌کردیم و اون اونجا مثل یک پرسنل کار می‌کرد تا راه بیوفته و تبحر پیدا می‌کرد.» CC1

آموزشی و بالینی، «ارزش‌گذاری مفرط به دانش‌تئوریک است». این مسأله به عنوان یک ارزش‌گذاری افراطی و باور کلیشه‌ای تا تنظیم قوانین و مقررات و رویه‌های سازمانی نیز رسوخ پیدا کرده است. به این معنی که عملکرد پرستاری در درجه دوم اهمیت قرار دارد و اصولاً مسیر ارتقا در حرفه پرستاری از مسیر جدا شدن از بالین و تمرکز بر کارهای تئوریک و تحقیقاتی می‌گذرد. مشارکت‌کنندگان احساس می‌کنند که توانمندی و صلاحیت بالینی به اندازه دانش و آموزش تئوریک در سازمان ارزشمند نیست. یکی از شرکت‌کنندگان از تجربه خود در خصوص اهمیت قایل نشدن برای کار بالینی اینگونه گفت: «من برای این که از پرستاری فاصله بگیرم رفتم فوق لیسانس ... یک راهی که می‌تونه شما را از پرستاری جدا کنه تحصیلات است، یعنی اینقدر درس بخونی که دیگه لازم نباشه بری و در بخش کار کنی.» CE1

«مربی‌ها فکر می‌کنند کلاس کارآموزی اومدن پایینه و مربی دوست نداره این کار رو بکنه ... من الان با Ph.D دارم می‌رم کارآموزی. خود همکارهای پرستاری هم یه طوری می‌پرسند که برات کارآموزی هم گذاشتند!؟؟؟» که یعنی کارآموزی کار چپیی هست.» FM4

ورود به عرصه آکادمیک حرفه پرستاری به عنوان یک مسیر ارتقای شغلی؛ نیازمند داشتن سطح بالایی از مهارت بالینی نیست. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان، برای کسب موقعیت عضو هیأت علمی در پرستاری تنها دستیابی فرد به معیارها و صلاحیت‌های علمی مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد. حتی در مواردی بدون داشتن سابقه کار بالینی لازم، افراد قادرند در بخش آموزش فعالیت خود را آغاز کنند. این امر باعث می‌شود که افرادی که علاقه به عملکرد بالینی پرستاری ندارند جذب سیستم آموزشی پرستاری شوند.

یکی از مشارکت‌کنندگان در مورد دلایل ورود خود به آموزش پرستاری را اینگونه بیان کرد:

«من خودم فوق خوندم گفتم شاید از شر بالین راحت بشم. یعنی انگیزه من از خوندن فوق لیسانس فرار از بالین بود. الان هم با مریض خیلی کار نمی‌کنم و بیشتر با بچه‌ها حرف می‌زنم بقیه کارها رو پرستاران انجام می‌دهند.» NS1

جنگ بود. ما رو مجبور می‌کردند که بیمار رو حمام تخت بدیم. من هم دوست نداشتم. درست نبود اون کار. الان اینها دیگه نیست. به کلی حذف شده. الان در حد آموزش هم این کار انجام نمی‌شه.» HN1

یکی دیگر از مریبان ضمن بیان تجربه خود از نحوه برخورد با دانشجویانی که از دادن آب به بیمار امتناع کرده بودند اینگونه گفت:

«... چه فایده‌ای داره ما بیایم هی کنفرانس بذاریم و رژیم غذایی مریض فلان و اینقدر کالری باید بخوره و اینقدر فلان ... بعد مریضمون تشنه باشه؟! هیچ کدوم حاضر نباشیم که لیوان آب رو بذاریم جلو دهان مرض! چه فایده‌ای داره این پرستاری؟! آدم بیگانه! اصلاً پزشک نباشه، اصلاً پرستار نباشه؛ یک پیرزنی بگه تشنه‌ام، بهش آب می‌ده !!! من به هر دوی اون دانشجویها گفتم که شما خجالت نمی‌کشید شماها؟! چه فایده‌ای داره این علمی که ما داشته باشیم؟! بعضی اوقات دانشجوی ما علمش خیلی خوبه! رژیم غذایی مریضش رو خوب می‌دونه خوب می‌تونه کالری مورد نیازش رو محاسبه کنه اما حاضر نیست برای مریض کاری انجام بده! چه فایده‌ای داره علم بدون عمل؟! هیچ فایده‌ای نداره!!» FM5

یکی از دانشجویان در مورد این که چرا گاهی مریبان جوان را به مریبان قدیمی ترجیح می‌هد اینگونه گفت:

«مری‌های جوان از نظر سنی به ما نزدیک‌تر هستند و درد ما رو بهتر درک می‌کنند، و روی یک سری مراقبت‌های اولیه مثل دهانشویه و ... تکیه نمی‌کنند، مری‌های قدیمی‌تر روی سینیور جینیور تأکید می‌کنند.» NS1

بیانات مشارکت‌کننده فوق می‌تواند نشان‌دهنده کم‌رنگ شدن اهمیت علمکرد پرستاری و تأکید مفرط بر کسب دانش تئوریک بدون تلاش برای عمل کردن به آن است. بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان این فرهنگ و باور موجب دور شدن دو مؤسسه آموزشی و بالینی از یکدیگر می‌گردد.

مضمون سوم: دیوار نامرئی

دیوار نامرئی است به مجموعه‌ای از واکنش‌های روان‌شناختی در بین کارکنان دو مؤسسه در پاسخ به بعد ساختاری یا عوامل سازمانی جدا کننده دو مؤسسه اشاره دارد. به عبارت دیگر نتیجه بعد ساختاری و «ارزش‌گذاری

مشارکت‌کنندگان بیان کردند که ارزش‌گذاری مفرط بر دانش تئوریک همراه با روند تغییرات اجتماعی و فرهنگی در سطح جامعه به شدت فرهنگ و ارتباطات را در پرستاری تحت تأثیر قرار داده است. به این معنی که به ارزش‌هایی که در پرستاری از گذشته مورد احترام بوده است امروزه کمتر توجه می‌شود. ارزش‌هایی مانند نظم، احترام و رعایت سلسله مراتب مواردی هستند که به طور سنتی در پرستاری از قدیم الایام رعایت شده و حایز اهمیت بوده است. اما تغییراتی که در سطح فرهنگ عمومی ایجاد شده باعث شده است نسل جدید پرستاری و دانشجویان به این ارزش‌ها کمتر از گذشته احترام بگذارند. بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان پرستاران بالینی تلاش بیشتری برای حفظ این ارزش‌ها دارند و در مقابل با دیدن نادیده گرفته شدن این موارد توسط دانشجویان و گاه مریبان پرستاری از میزان همکاری خود با آن‌ها می‌کاهد. نوستالژی گذشته و یادآوری نکات مثبت موجود در این فرهنگ یکی از عواملی است که موجب فاصله گرفتن بیشتر کادر آموزشی و بالینی می‌شود.

«فقط یک چیز بود که اون موقع نظم بهتر از الان بود. همه مفید بودند و سر ساعت سرکار آماده می‌شدند. همه رعایت دسیپلین رو داشتند. توی سرپرستاری جمع نمی‌شدند. همه‌همه نبود! سینیور جینیور وجود داشت که الان نیست. اینها بود! نبود اینها اختلال و ایجاد می‌کنه و اشکال ایجاد می‌کنه ... پس من که یک آدم منظم هستم و اون موقع رو بیشتر دوست دارم و می‌گم اون موقع بهتر بود. اون موقع پرسنل خیلی از سرپرستار اطاعت می‌کردند. دانشجوی خیلی به مریبی احترام می‌گذاشت. الان دانشجو جلو پای استادش بلند نمی‌شه! پرسنل هم به سرپرستار محل نمی‌ذاره ... حالا من که قدیمی ترم و به اون روند عادت کردم طبیعی هست که به مریبی که این چیزها را رعایت نمی‌کنه خیلی احترام نمی‌ذارم و باهاش همکاری نمی‌کنم.» EM1

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که امروزه با تغییر در فرهنگ عمومی پرستاری و بی‌توجهی به عملکرد پرستاری و تأکید زیاده از حد بر کسب دانش تئوریک پرستاری در بین پرستاران جوان و دانشجو، به برخی از نیازهای بیمار نیز بی‌توجهی می‌شود.

«کلاً کیفیت آموزش‌ها پایین اومده، الان دانشگاه ... اصلاً مثل قبل نیست. زمانی که من دانشجو بودم زمان

مفرط بر دانش تفویض، شکل‌گیری یک دیوار نامریی در روابط و تعامل رفتاری فی‌مابین است و منجر به فاصله و دوری بیشتر، پرسنل آموزشی و بالینی نیز از هم شده است.

دیوار نامرئی به مجموعه‌ای از واکنش‌های روان‌شناختی در بین کارکنان دو مؤسسه در پاسخ به عوامل سازمانی جدا کننده دو مؤسسه اشاره می‌کند. به عبارت دیگر در پاسخ به عوامل سازمانی موجود، پرسنل آموزشی و بالینی نیز از هم فاصله می‌گیرند.

بیان زیر به خوبی نشان‌دهنده اثرات نامطلوب مجموعه‌ای از عوامل سازمانی از قبیل روش‌ها و رویه‌های انتخاب و گزینش مربیان پرستاری، و رویه‌های مربوط به پرداخت دستمزد بر روابط متقابل کارکنان بالینی و آموزشی نشان می‌دهد.

«اون موقع پرسنل بیمارستان و مربی خودشون رو یکپارچه می‌دونستند! اما حالا نه! به خصوص از وقتی که این احکام هیأت علمی اومد و تفاوت حقوقی ایجاد شد. خوب بعضی پرسنل با سابقه بیمارستان می‌بینند که یه خانم جوانی میاد توی بخش و هیأت علمی هست از اون‌ها کوچیک‌تره و خیلی از اون‌ها کم سابقه‌تره و یا تجربه خیلی کمتری داره و چند برابر اون‌ها داره حقوق می‌گیره و بعد میاد توی بخش و اشکالاتش رو باید اینا برطرف کنند! معلومه که پرسنل باهاش همکاری نمی‌کنند.» (FM1)

ماهیت این جدایی به گونه‌ای است که با وجود این که این دو گروه ساعت‌های متمادی در کنار هم کار می‌کنند اما ارتباط کاری و حرفه‌ای و گاه حتی ارتباط بین فردی و انسانی بین آن‌ها برقرار نمی‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان در این خصوص گفت:

«... ولی انگار ما از یک طایفه دیگه بودیم و اون‌ها

از یک قبیله دیگه!» FM5

شرکت‌کنندگان در این پژوهش به عواملی اشاره کردند که از دیدگاه آن‌ها عامل ایجاد کننده جدایی ذهنی و عملکردی کادر مراقبتی و آموزشی است. بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان، تفاوت در سطح تحصیلات مدرسین پرستاری و پرستاران بالینی تفاوت‌هایی در دیدگاه‌های آن‌ها نسبت به مفهوم مراقبت و نقش پرستار ایجاد کرده است.

یکی از مشارکت‌کنندگان در خصوص ایجاد تفاوت در دیدگاه‌های پرستاران بالینی و مدرسین پرستاری اینگونه بیان کرد:

طبیعی هست که کسانی که در دانشکده‌های پرستاری هستند به دلیل این که تحصیلات بالاتری دارند یا کارشناس ارشد هستند یا Ph.D، اما در بیمارستان‌ها کارشناسی هستند این باعث شده که این‌ها دیدگاه‌ها و ایدئولوژی‌هاشون با هم متفاوت باشه. چون این‌ها با هم از این نظر تفاوت دارند از هم فاصله هم می‌گیرند. طبیعی است که دید من از مراقبت از مریض با کسی که لیسانسش را بیست و پنج سال پیش گرفته و الان داره کار می‌کنه خیلی فرق می‌کنه. طبیعی است که ما از هم فاصله می‌گیریم. مگر این که برای اون‌ها دوره‌های بازآموزی بگذارند. نه اینکه باز بازآموزی CCU یا ICU یا دیالیز!!! نه باز آموزی این که اصلاً از مریض چگونه مراقبت کنیم! اونم نه این که Caring باز بره توی مهارت! نه ارتباط با مریض، و اینکه الان مراقبت از مریض با ۱۰ سال پیش چه تفاوتی کرده؟ اصلاً شکلش باید فرق کنه! مگر این که این کلاس‌ها و دوره‌ها را بذارند تا دیدگاه‌ها به هم نزدیک بشه و گرنه در دانشکده هم کسانی که بیست سال پیش فوق لیسانس گرفتند و دیگه نرفتند دنبال مطالب جدید، با کسی که الان دکتری گرفته، مگر این‌ها در یک محیط کاری نیستند؟ اما نظراتشون با هم خیلی متفاوت. EMI به علاوه از آنجا که مسؤلیت اداره بخش و پاسخ‌گویی به سیستم‌های فرادست به عهده مدیر پرستاری بخش است، این امر موجب شده است که این دو گروه دارای دغدغه‌های متفاوتی باشند. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان این فاصله را و دلایل شکل‌گیری آن را اینگونه توصیف می‌کند:

«یک مشکلی بود همین که ما یه ساز می‌زنیم و اون‌ها یه ساز دیگه. مخصوصاً بیمارستان‌های دانشگاه ... که این تفکر در اون‌ها حاکمه که استادها نفسشون از جای گرم بلند می‌شه و این کارها رو برای تحقیقات خودشون می‌کنند و نمی‌دونند ما اینجا چه سختی‌هایی می‌کشیم و این کارها توی کتاب‌هاست. همش این جملات رو به من می‌گفتند که این چیزهایی که شما می‌گید توی کتاب‌هاست.» FM2

تفاوت در موقعیت اجتماعی و میزان حقوق دریافتی مدرسین پرستاری و پرستاران بالینی نیز یکی دیگر از عوامل شکل‌گیری فاصله بین این دو قشر است. نحوه گزینش و به‌کارگیری مدرسین پرستاری به گونه‌ای است که افراد دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس صرف نظر از

جدایی در دیدگاه‌ها موجب انتقادهای غیرسازنده می‌شود. به طوری که پرستاران بالینی معتقدند که آموزش‌های بالینی مرئیان غیر مؤثر، تئوری محور، و منطبق بر اصولی غیر قابل اجرا در واقعیت است. از طرفی مدرسین پرستاری نیز عملکرد بالینی پرستاران را مورد نقد قرار داده و عملکرد آن‌ها را کار محور و گاه غیر علمی و موجب بدآموزی برای دانشجویان می‌دانند.

این دیدگاه‌ها و انتقادات در جلسات مشترک به شکل بارز خود را نشان می‌دهد: یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه خود در این زمینه را اینگونه بیان می‌کند:

«در این جلسات مسأله‌ای که بود این بود که بالینی‌ها مشکل را می‌انداختند توی زمین آموزش و آموزش مشکلات را می‌انداخت توی زمین بالین ... بالین‌ها توجه اشون این بود که ما تعداد پرسنلمون به حجم کارمون نمی‌خوره! بنابراین از ما انتظار نداشته باشید که ما دقیقاً مثل پرانیک اصول کار رو دقیق رعایت کنیم! پرستاران می‌گفتند وقتی شما ۱۱۰ تا جنتامایسین به من می‌دید که تزریق کنم چطوری از من انتظار دارید که یکی یکی با پنبه الکل سر این آمپول‌ها رو بشکنم. آموزشی‌ها معتقد بودند پرسنل برای دانشجویان بدآموزی دارند. و این اختلافات در جلسه بالا می‌گرفت.» NM1

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که هیچ همکاری و هماهنگی بین کادر آموزشی و بالینی وجود نداشته و کارکنان بالینی تمایلی به حضور دانشجویان و مرئیان در بخش ندارند.

«ما به زور وارد می‌شیم و به زو هم ما رو می‌اندازند بیرون! من می‌گم دانشجوی من هنوز یاد نگرفته اما اون‌ها می‌گفتند که دیگه کارآموزی تون تموم شده باید برید.»

FM1

بر اساس تجارب مشارکت‌کنندگان با وجود این که مرئیان و دانشجویان پرستاری و پرستاران بالینی ساعتی از روز را در محیط بالینی در کنار هم سپری می‌کنند؛ اما بین آن‌ها تعامل‌های محدودی وجود دارد. تعاملاتی از قبیل تعاملات ارتباطی بین فردی و همین‌طور تعاملات کاری و حرفه‌ای.

وجود «دیوار نامرئی» در فرایندهای کاری تأثیر می‌گذارد. به گونه‌ای که فرایند آموزش بالینی و مراقبت از بیماران در بخش به طور جدا از هم انجام می‌شود. هماهنگی و همکاری کمی بین کادر آموزشی و بالین وجود

صلاحیت‌های بالینی و عملکردی می‌توانند جذب آموزش شوند. کارکنان بالینی معتقدند که وجود مرئیان پرستاری بدون سابقه کار بالینی و صلاحیت‌های بالینی ناکافی جهت تصدی موقعیت هیأت علمی باعث ایجاد احساس تبعیض در پرستاران بالینی می‌شود؛ این احساس تبعیض یک عامل مهم در شکل‌گیری دیوار نامرئی است. یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد اینگونه توضیح می‌دهد: «الان یک عنادی که بین بیمارستانی‌ها و دانشکده‌های ایجاد شده سر همین حقوقه! می‌گن اووووه این چند ساعت کمتر از ما میاد و اونجوری مثل ما هم کار نمی‌کنه و اینقدر بیشتر می‌گیره، تازه تجربه کمتری هم داره و پرسنل با مرئی به همین دلایل همکاری نمی‌کنند.» FM4

همان‌طور که گفته شد از آنجا که مسیر ارتقای شغلی در پرستاری از مسیر ورود به فعالیت‌های آکادمیک می‌گذرد و به علاوه این که برای ورود به این مسیر صلاحیت بالینی زیادی مورد نیاز نیست، لذا عده‌ای از افراد غیر علاقمند به پرستاری با گزینش این مسیر سعی در جداکردن مسیر خود از مسیر پرستاری بالینی دارند. این دسته از مرئیان با ورود به محیط بالینی تلاش دارند که برتری موقعیت سازمانی خود را با مجموعه‌ای از رفتارها نمایش دهند. این گروه از پرستاران بالینی ارتباط زیادی برقرار نکرده و در انجام فعالیت‌های بالینی درگیر نمی‌شوند، این مورد یکی دیگر از عوامل شکل‌گیری دیوار نامرئی بین کارکنان بالینی و پرستاری است.

جدایی ذهنی و روانی بین کادر آموزشی و بالینی بر فرایندهای کاری و ارتباطات انسانی بین دو گروه آموزشی و بالینی تأثیرگذار است. عواملی مانند تفاوت در دیدگاه‌های کادر آموزشی و بالینی نسبت به مراقبت و تفاوت در دغدغه‌ها و اولویت‌های آن‌ها باعث شده که دو گروه شروع به انتقاد و گله‌گذاری از طرف مقابل بکنند. مرئیان پرستاری معتقدند که مدیران بالینی پرستاری صلاحیت لازم جهت اداره محیط بالینی را نداشته و از سوی دیگر پرستاران و مدیران پرستاری معتقدند مرئیان صلاحیت‌های بالینی و تجربه لازم برای هدایت و آموزش دانشجویان را ندارند.

«مرئی‌ها خودشون می‌گند که از کارشناسی بلافاصله اومدن کارشناسی ارشد و حالا هم دکتری و کار عملی نکردند و کار عملی بلد نیستند ... این‌طوری معلومه که دانشجو چی می‌خواد یاد بگیره.» HN1

برنامه‌های همکاری مشترک بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی را گزارش کرده‌اند، یکی از مراحل مهم شکل‌گیری برنامه‌های مشارکتی را تشکیل جمعی از رهبران دو مؤسسه و شفاف سازی انتظارات و مسؤولیت‌های هر یک از دو مؤسسه در قبال یکدیگر گزارش نموده‌اند (۲۶،۹،۷ و ۲۷) در این مجمع ذینعانی از بخش آموزش، بالین و مراکز قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری پرستاری حضور دارند (۹-۷، ۱۱، ۱۲، ۲۸). اعضای این مجمع اقدام به تشکیل جلساتی منظم می‌نمودند. این جلسات فرصتی است برای آشنایی مؤسسات ذینفع با فرهنگ و اهداف و رسالت‌های یکدیگر، شناسایی اهداف مشترک، شکل‌گیری اعتماد و اطمینان بین طرفین همکاری و شناسایی موانع همکاری.

نتایج این مطالعه نشان داد که مجموعه‌ای از عوامل سازمانی از قبیل روش‌ها و رویه‌های انتخاب و گزینش مربیان پرستاری، و رویه‌های مربوط به پرداخت دستمزد بر نحوه ارتباط بین کارکنان آموزشی و بالینی پرستاری اثرات نامطلوبی داشته و از عوامل اصلی شکل‌گیری «دیوار نامرئی» بین دو گروه است. وجود مربیان فاقد صلاحیت‌های بالینی لازم، یا مربیان بی‌علاقه به پرستاری و برخورداری آن‌ها از موقعیت اجتماعی و مزایای مالی بیشتر نسبت به پرسنل پرستاری بالینی یکی از عوامل شکل‌گیری احساس تبعیض در پرستاران بالینی و یکی از عوامل شکل‌گیری دیوار نامرئی بین پرسنل آموزشی و بالینی است. مطالعه‌ای که توسط Guzman و همکاران (۲۰۰۶) انجام شد نشان داد که دانشجویان یکی از معیارهای اعتبار مدرس بالینی را اجرای آموزش‌های نظری در عمل می‌دانستند (۲۹). واژه اعتبار بالینی به معنی توانایی کاربرد تئوری در عمل است (۲۹ و ۳۰). مطالعات نشان می‌دهد مدرسین بالینی بزرگ‌ترین استرس خود را در کارآموزی‌های بالینی پر کردن فاصله دروس نظری و عملی شناسایی کردند (۳۱) مطالعات انجام شده در کشور ما نیز نشان حاکی از آن است که فاصله بین آموزش‌های عملی و نظری مشکلی است که عامل ایجاد تنش برای دانشجویان در طی آموزش‌های بالینی است. یکی از مشکلات آموزش بالینی در کشور ما وجود فاصله بین آنچه مدرسین بالینی می‌گویند و آنچه عمل می‌کنند است (۱۹). یکی از مباحث جدی مطرح در خصوص نقش بالینی مدرسین پرستاری این است که آیا آن‌ها می‌توانند بدون تماس منظم با محیط

دارد. گاه این جدایی به حدی می‌رسد که دو گروه خود را منفک از یکدیگر درک می‌کنند. مشارکت‌کنندگان جدایی بین کادر آموزشی و بالینی را با عباراتی نظیر «اعضای دو قبیله»، یا «تافته جدا بافته» توصیف کردند:

«خیلی ارتباطات کم‌رنگ هست، انگار ما از یک طایفه دیگه هستیم و اون‌ها از یک قبیله دیگه!» FM5
«بینید متأسفانه ارتباط دانشجویان خیلی خوب نیست. خیلی از دانشجویان وارد بخش می‌شند با پرسنل سلام و علیک نمی‌کنند. حتی خداحافظی نمی‌کنند.» HN2

«یعنی تماس کاری با هم نداریم. اون‌ها یه بافت جدا هستند و ایزوله. یعنی اون‌ها اصلاً به ما کاری ندارند و ما به اون‌ها ...» HN1

همان‌طور که در زیر طبقه «واگرایی سازمانی» اشاره شد عده‌ای از مدرسین پرستاری در تلاش برای ارتقای کیفیت مراقبت‌ها در جستجوی راهی برای برقراری ارتباط و همکاری هستند. دیوار نامرئی یا همان واکنش‌های روان‌شناختی بین دو طرف همکاری نیز مانعی بر سر راه شکل‌گیری این ارتباط است.

«یعنی یه حالتی دارند که انگار با ما بیگانه‌اند و همین حالت رو داره که انگار ما نفسمون از جای گرم بیرون میاد و حرف‌های توی کتاب‌ها رو می‌زنیم. و فکر می‌کنند که ما هیچ شناختی از کار اون‌ها نداریم. در حالی که این‌طور نیست! مگر کارشون چی داره که ما ندونیم حالا سختی کار رو با طرح‌هایی که شرایطش رو ادجاست می‌کنیم با وضعیت بخش رعایت می‌کنیم. قبول نمی‌کنند و همچنان در همون ساختار قدیمی و کهنه‌ای که هستند دوست دارند ادامه بدهند.»

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که سه مانع اصلی بر سر راه مشارکت سازمان‌های بالینی و آموزشی پرستاری در کشور ما «واگرایی سازمانی» و «دیوار نامرئی» و «ارزش‌گذاری مفرط بر دانش تئوریک» است. عامل اول در ساختار سازمانی این دو مؤسسه و عدم تعریف وظایف و مسؤولیت‌های هر یک از دو مؤسسه در قبال یکدیگر ریشه دارد؛ این مسأله حتی در بالاترین سطوح سازمانی نیز مشاهده می‌شود. مطالعاتی که مراحل و نحوه اجرای

بالینی، اعتبار بالینی خود را حفظ کنند؟ برای ارزشیابی اهمیت اعتبار بالینی باید به دو سؤال پاسخ داد: ۱- چگونه مدرسین پرستاری می‌توانند اعتبار بالینی را به دست آورده و حفظ کنند؟ ۲- آیا اعتبار بالینی قادر است اثربخشی آموزش بالینی را افزایش دهد؟ برخی از نویسندگان معتقدند که اعتبار بالینی فقط با ارایه مستقیم مراقبت‌های پرستاری در محیط بالینی قابل دستیابی است (۳۲ و ۲۹) و برخی دیگر معتقدند که انجام تحقیقات بالینی یا درگیری در توسعه و ارتقای عملکرد بالینی برای این منظور کافی است (۳۳ و ۳۴). دستیابی به اعتبار در همه ابعاد و حیطه‌های بالینی یک هدف غیر ممکن است. برای آموزش مؤثر، مدرسین باید مهارت‌های خود را با مشارکت مستمر در ارایه مستقیم مراقبت‌های پرستاری به روز کنند. بدون این فعالیت، دانشجویان به مدرسین خود به چشم افرادی جدا از عملکرد پرستاری نگاه می‌کنند و این مسأله در یادگیری دانشجویان خلل ایجاد می‌کند (۳۲). هدف اولیه مدرسین در کلاس انتقال دانش - مفاهیم کلی که به وسیله مدرس آموزش داده شده و در محیطی خاص دانشجویان آن را به کار می‌گیرند - است. در نتیجه مدرسین پرستاری خود باید دانش آن موضوع را دارا باشند تا قادر به آموزش قابل انتقال و در نتیجه آموزش مؤثر باشند (۳۰ و ۳۵).

یکی دیگر از موانع همکاری بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان در این مطالعه، مشخص نبودن نقش، و اختیارات مدرسین پرستاری در محیط بالین بود. زمانزاده و همکاران (۱۳۸۱) به روش گراند تئوری و با هدف درک نقش بالینی و نحوه ایفای آن توسط مدرسین پرستاری مطالعه‌ای انجام دادند (۱۷). درونمایه‌های به دست آمده از این مطالعه عبارت بود از روشنی نقش، هویت حرفه‌ای، استقلال حرفه‌ای نتایج این مطالعه نشان داد که ابهام در نقش و وابستگی حرفه‌ای باعث شده مدرسان پرستاری در رسیدن به تسلط به نقش موفق نباشند. بنابراین با کسب هویت جدید حرفه‌ای و استفاده از راهبردهای هم‌رنگی (جوړشدن) قصد دارند از تضادهای نقشی دوری جویند. حال آن که بسیاری از این راه‌کارها، آنان را از اهداف آموزش جدا می‌سازد. بحث‌های زیادی بر سر نقش مدرس پرستاری در محیط بالینی در گرفته‌است (۳۶). این انتظار وجود دارد که مدرسین پرستاری با محیط بالینی ارتباط تنگاتنگ خود را حفظ کنند. اما ماهیت این پیوند هنوز به وضوح مشخص نیست. همان‌طور که خاطر نشان شد، انتقال برنامه‌های

آموزش پرستاری به مؤسسات آموزش عالی مباحث قابل توجهی در خصوص نقش بالینی مدرس پرستاری ایجاد کرد (۳۷). بدنه اجرایی و حرفه‌ای پرستاری کشورهای صاحب‌نظر در پرستاری، با تصویب قوانین و مقرراتی تلاش کرده‌اند بر این مشکل فایق بیابند (۳۷). در پاسخ به این مسأله، مؤسسات آموزش عالی، استراتژی‌هایی را طراحی کردند تا به مدرسین پرستاری کمک شود که ضمن حفظ عملکرد بالینی خود، امکان پرداختن به فعالیت‌های آکادمیک نظیر تحقیق و آموزش را برای خود فراهم سازند (۳۰). یکی از موانع جدی ایفای نقش بالینی مدرسین پرستاری، در نظر گرفته نشدن منافع ایفای این نقش در مسیر ارتقای آن‌ها و ناهماهنگی بین عملکرد مؤسسه بالینی و آموزشی و در نتیجه نپذیرفتن مدرسین بالینی به عنوان عضوی از تیم بهداشتی است (۳۸).

بر اساس نتایج این مطالعه فقدان ارتباط رسمی و سازمانی موجب ابهام در چگونگی به اشتراک گذاشتن نقاط قوت بین دو مؤسسه آموزشی و بالینی می‌گردد. استفاده از امکانات آموزشی و رفاهی محیط بالینی در جهت آموزش بالینی دانشجویان پرستاری یا کمک گرفتن از مدرسین پرستاری در جهت ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و ارایه آموزش‌های لازم به پرسنل پرستاری مثال‌هایی از به اشتراک گذاشتن نقاط قوت بین دو مؤسسه است که راه‌کارهای اجرای آن تعریف نشده است. بررسی مقالات نشان می‌دهد که در فرایند شکل‌گیری مشارکت بین مؤسسات آموزشی و بالینی بعد از تشکیل مجمع رهبران سازمان‌های ذینفع، و توافق بر سر اهداف همکاری دوجانبه، گروه‌های کاری شکل می‌گیرند. این گروه‌ها به عنوان ساختار مشترک سازمانی عمل می‌کنند که موجب ارتباط فعالیت‌های دو مؤسسه آموزشی و بالینی می‌گردند. توافق بر سر روش‌های اجرایی برنامه مشارکتی و تهیه روش‌های و رویه‌های اجرایی مربوط به اجرای برنامه مشارکتی، نحوه همکاری دو مؤسسه، نحوه تشریح حق تصمیم‌گیری، نحوه نظارت بر برنامه‌های مشارکتی، وظایف و کارکردهای این ساختارهای جدید بود (۹، ۱۴-۱۱، ۲۶ و ۳۹).

یکی از موانع همکاری بین مؤسسات آموزشی و بالینی که توسط شرکت‌کنندگان در این مطالعه درک شده بود روشن نبودن نحوه تخصیص منابع مالی بین دو مؤسسه بود. مطالعات دیگر هم نشان می‌دهند که

موضوعات مالی یکی از چالش‌های پیش رو در اجرای برنامه‌های مشارکتی است (۱۱).

نتیجه‌گیری

موانع موجود بر سر راه شکل‌گیری همکاری بین مؤسسات آموزشی و بالینی در پرستاری داری منشأ سازمانی بوده و ریشه در عدم تعریف ارتباطات سازمانی و تبیین نقش‌ها و مسؤولیت‌های دو مؤسسه در دستیابی به اهداف مشترک دارد. نتایج این مطالعه می‌تواند به مدیران و برنامه‌ریزان پرستاری کمک کند تا در سطح سازمانی موانع ایجاد همکاری مشترک بین مؤسسات آموزشی و بالینی را شناسایی نمایند. همچنین این نتایج به مدرسین و پرستاران بالینی کمک می‌کند تا در سطح فردی موانع موجود بر سر راه برقرار ارتباط با یکدیگر را شناسایی نمایند.

برخی سیاست‌گذاری‌های سازمانی همراه با تفاوت در فضای سازمانی دو مؤسسه موجب فاصله گرفتن هر چه بیشتر کارکنان آموزشی و بالینی از یکدیگر می‌شود. شروع مشارکت از سطوح بالای سازمان و تعیین اهداف مشترک و تبیین ارتباطات رسمی بین دو مؤسسه می‌تواند واگرایی سازمانی موجود را به همگرایی در راستای دستیابی به اهداف مشترک تبدیل کرد. تبیین نقش بالینی مدرسین پرستاری در بالین در سیاست‌گذاری‌های کلان حرفه پرستاری ضمن فراهم آوردن زمینه کسب و حفظ اعتبار بالینی مدرسین پرستاری می‌تواند موجب ارزش‌گذاری بر عملکرد پرستاری گردد. تأکید بیشتر بر مهارت‌ها و صلاحیت‌های بالینی مدرسین پرستاری در فرایند جذب و ارزشیابی عملکرد اعضای هیأت علمی می‌تواند فاصله ذهنی - روانی موجود بین پرسنل آموزشی و بالینی را کاهش دهد.

منابع

- 1 - Ashworth P, Longmate M. Theory and practice: beyond dichotomy. *Nurse Education Today*. 1993; 13: 231-7.
- 2 - Edmond CB. A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today*. 2001; 21: 251-9.
- 3 - Mannix J, Faga P, Beale B, Jackson D. Towards sustainable models for clinical education in nursing: An ongoing conversation. *Nurse Education in Practice*. 2006; 6(1): 3-11.
- 4 - Budgen C, Gamroth L. An overview of practice education models. *Nurse Education Today*. 2008; 28: 73-283.
- 5 - Pollard C, Stringer E, Cockayne D, Ellis L. Clinical education: A review of the literature *Nurse Education in Practice* 2006; ARTICLE IN PRESS.
- 6 - Glen S, Clark A. Nurse education: a skill mix for the future *Nurse Education Today*. 19: 12-9.
- 7 - Owen J, Grealish L. Clinical education delivery – A collaborative, shared governance model provides a framework for planning, implementation and evaluation. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*. 2006; 13(2): 15-21.
- 8 - Murray TA. An academic service partnership to expand capacity: what did we learn? *J Contin Educ Nurs*. 2008; 39(5): 217-24.
- 9 - Boyer SA. Vermont Nurse Internship Project. A Collaborative Enterprise Developed by Nurse Leaders from Education, Practice, and Regulation. *Nursing Education Perspectives*. 2002; 23(2): 81-5.
- 10 - Bartz C, Dean-Baar S. Reshaping clinical nursing education: An academic-service partnership. *Journal of Professional Nursing*. 2003; 19(4): 216-22.
- 11 - Twedell DM, Frusti DK. The trifecta: harnessing the power of philanthropy, joint appointments, and practice to ease the faculty shortage: academia, practice, and philanthropy. *The Journal of nursing administration*. 2008; 38(9): 401-3.
- 12 - Lindahl B, Dagborn K, a MN. A student-centered clinical educational unit – Description of a reflective learning model. *Nurse Education in Practice* 2008; ARTICLE IN PRESS.
- 13 - Hunsberger M, Baumann A, Lappan J, Carter N, Bowman A, Goddard P. The Synergism of Expertise in Clinical Teaching: An Integrative Model for Nursing Education. *Journal of Nursing Education*. 2000; 39(6): 278-82.
- 14 - Barger SE, Das E. An academic-service partnership: Ideas that work. *Journal of Professional Nursing*. 2004; 20(2): 97-102.

- 15 - Preheim G, Casey K, Krugman M. Clinical Scholar Model. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2006; 22(1): 15-20.
- 16 - Abedi H, Heidari A, Salsali M. The experiences of the new nurses about the professional readiness in the transition to their clinical role process. *The Iranian journal of education in medical sciences*. 2004; 12(4): 64-71.
- 17 - Zamanzade V, Fatemi N, Vosoghi M. The stressful experiences of the new nurses in the time of transition. *The journal of Tabriz university of medical sciences*. 2005; 27(4): 45-9.
- 18 - Abazari F, Abaszade A, Arab M. Evaluation the rate and resource of stress in nursing students. *The steps of development in medical education*. 2004; 1(1): 23-31.
- 19 - Zeighami R, Fasele M, Jahanmiri S, Ghodsbin F. clinical education problems from the student's viewpoint. *Journal of Ghazvin university of medical sciences*. 2004; 30(8): 52-5.
- 20 - Budgen C, Gamroth L. An overview of practice education models nurse *Education Today*. 2007; ARTICLE IN PRESS.
- 21 - Leigh J, Monk J, Rutherford J, Windle J, Neville L. What is the future of the lecturer practitioner role-a decade on? *Nurse Education in Practice*. 2002 Sep; 2(3): 208-15.
- 22 - Strauber H, Carpenter D. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*: Lippincott; 2003.
- 23 - Pollit D, Beck C, Hungler B. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*, 5 ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.
- 24 - Hsieh H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005; 15(9): 1277-88.
- 25 - Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24: 105-12.
- 26 - Horns PN, Czaplinski TJ, Engelke MK, Marshburn D, McAuliffe M, Baker S. Leading through collaboration: A regional academic/service partnership that works. *Nursing Outlook*. 2007 Mar-Apr; 55(2): 74-8.
- 27 - Smith EL, Crabtree Tonges M. The Carolina nursing experience: A service perspective on an academic-service partnership. *Journal of Professional Nursing*. 2004; 20(5): 305-9.
- 28 - Turner RS. *PRECEPTORSHIP IN NURSING: PRECEPTORS' AND PRECEPTEE'S' EXPERIENCES OF WORKING IN PARTNERSHIP*. Wellington Victoria University of; 2007
- 29 - Guzman ABd, Ormitaa MJM, Palada CMC, Panganibana JK, a HOPo, Pristina MWP. Filipino nursing students' views of their clinical instructors' credibility *Nurse Education Today* 2006.
- 30 - Barrett D. The clinical role of nurse lecturers: Past, present, and future *Nurse Education Today*. 2007; 27: 367-74.
- 31 - Eligil A, sari Hy. determining problems experience by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurse Education Today*. 2006; article in press.
- 32 - Pegram A, Robinson L. The experience of undertaking faculty practice. *Nurse Education in Practice*. 2002; 2: 30-4.
- 33 - Elliott M, Wall N. Should nurse academics engage in clinical practice? *Nurse Education Today*. 2008 Jul; 28(5): 580-6.
- 34 - Maslin-Prothero S, Owen S. Enhancing your clinicals links and credibility: the role of nurse lecturers and teachers in clinical practice. *Nurse Education in Practice*. 2001; 1: 189-95.
- 35 - Lee W-SC, Cholowski K, Williams AK. Nursing students' and clinical educators' perceptions of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 39(5): 412-20.
- 36 - Lee DTF. The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23: 1127-34.
- 37 - Fisher M. exploring how nurse lecturers maintain clinical credibility. *Nurse Education in Practice*. 2005; 5(1): 21-9.
- 38 - Parker J. Education for clinical practice: an alternative approach. *Journal of Nursing Education*. 1994; 33(9): 411-6.
- 39 - Barnett T, Cross M, Jacob E, Shahwan-Akl L, Welch A, Caldwell A, et al. Building capacity for the clinical placement of nursing students. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*. 2008; 15(2): 55-61.

Barrier to forming and implementing academic service partnership in nursing; A qualitative study

Heshmati Nabavi¹ F (Ph.D Candidate) - Vanaki² Z (Ph.D) - Mohammadi³ E (Ph.D).

Introduction: Clinical education is the responsibility of all those involved in delivering health care. As an international trend the development and implementing the partnership clinical education models is on the rise. To create a partnership program, it is needed to involve all the stakeholders in the planning and implementing and evaluation of this program so this study was investigate barrier to forming and implementing academic service partnership in nursing from the perspective of the all key stakeholders.

Methods: This study was based on qualitative research method. A total of 15 nursing students, clinical educator, clinical nurses and nurse managers participated voluntarily in this study. Sampling was started purposefully and continued with snow-ball method. Data was obtained through semi-structured interviews, which recorded and subsequently transcribed. The analysis was carried out by qualitative content analysis method

Results: Findings of the study yielded four significant themes. These include (1) organizational divergency (2) Overemphasizing on theory knowledge (3) Invisible wall

Conclusion: The process of development of the academic service partnership can be facilitated by defining a formal organizational relationship between academic and service institutes, clarifying roles and responsibilities of each staff institute regarding Clinical education, defining the clinical practice roles for nursing faculty members and emphasizing on the importance of nursing clinical practice.

Key words: Academic Service Partnership, Clinical Education Models

1 - Ph.D Candidate, Departments of Nursing and, Faculty of Medical Science, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2 - Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University

e-mail: vanaki_z@modares.ac.ir

3 - Associate Professor, Departments of Nursing and, Faculty of Medical Science, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran