

تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب

منیر نوبهار^۱

چکیده

مقدمه: یادگیری مرکز هویت انسانی و مشارکت اجتماعی است، عوامل فرهنگی اجتماعی بر تجارب یادگیری پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب، تأثیرگذار می‌باشد. هدف این مطالعه تبیین تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب بود.

روش: این پژوهش یک تحقیق کیفی بود که در آن از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع استفاده شد و ۱۸ مشارکت‌کننده در سمان طی سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ با سؤالات باز مورد مصاحبه قرار گرفتند. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شد و به روش تحلیل محتوایی مرسوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها، چهار درون‌مایه که بیانگر تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب است، استخراج گردید. این درون‌مایه‌ها شامل «چالش‌های آموزش پایه»، «یادگیری خود راهبر»، «برخورداری از حمایت» و «نظارت اثربخش» بود. این درون‌مایه‌ها، متأثر از نقش پرستار و محیط در تجارب یادگیری بالینی می‌باشد. درون‌مایه اصلی «یادگیری موقعیتی» بود. پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب با تلفیق این درون‌مایه‌ها به یادگیری بالینی دست می‌یافتند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه برای پرستاران تازه وارد به بخش مراقبت ویژه قلب در شناخت استراتژی‌هایی یادگیری در حیطه‌های دانش، نگرش و عملکرد، ارزشمند است. براساس یافته‌های این مطالعه، مدیران، مسؤولین و مربیان پرستاری می‌توانند با بهبود شرایط آموزش پرستاری و تقویت انگیزه یادگیری فردی، ایجاد محیط‌های حمایتی و ارتقاء سیستم‌های نظارتی، زمینه را برای یادگیری بالینی بهتر در پرستاران تازه وارد در بخش‌های مراقبت ویژه قلب فراهم نمایند.

کلید واژه‌ها: پرستاران، آموزش پرستاری، یادگیری بالینی، یادگیری موقعیتی، مراقبت ویژه قلب

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱

مقدمه

جوامع می‌سازند. فرهنگ اجتماعی (Socio-Cultural) یا تئوری فعالیت (Activity Theory) در جستجوی چگونگی ماهیت اجتماعی یادگیری است و هدفش این است که دانش و یادگیری براساس شرایط زمینه‌ای مورد بررسی قرار گیرد (۱۲). همچنین براساس تئوری یادگیری بالغین (Adult learning theory)، در صورتی که اهداف یادگیری برای بالغین واضح، واقعی، مهم و در راستای نیازهای شغلی، حرفه‌ای و شخصی باشد، یادگیری بهتر و پایدارتری خواهند داشت. در بالغین یادگیری به روش‌های تجربی مؤثرتر، عملگرا، مسأله محور و درونی است (۱۴). یادگیری جزء ضروری برای حرفه‌ای شدن پرستاران است و به تسهیل فرآیند توسعه عملکرد حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌شود (۱۵). از آنجا که پرستاران باید توانایی ارائه مهارت‌های مراقبتی را دارا باشند. این نقش نیازمند تفکر انتقادی، آنالیز و انعکاس براساس یادگیری مسأله محور، یادگیری در طول مدت زندگی و توانایی تحقیق می‌باشد (۱). پرستاران باید دارای قدرت تجزیه تحلیل، قطعیت، خلاقیت، صلاحیت، انعکاس، حسن تلقی کردن تغییرات، ایجادکننده بحران و پژوهش باشند (۱۶). Chesnutt و Everhart می‌نویسند مرور متون حاکی از کمبود پرستاران مراقبت‌های ویژه باتجربه می‌باشد (۱۷). به همین علت پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از بین پرستارانی انتخاب می‌شوند که فاقد تجربه قبلی مراقبت ویژه هستند. بنابراین ضرورت دارد که پرستاران تازه وارد از کیفیت آموزشی بالایی برخوردار باشند (۲۰-۱۸). نبود پرستاران قلبی آموزش دیده در زمینه مراقبت ویژه با صلاحیت بالینی، تهدید مستقیمی برای ایمنی بیماران و مخصوصاً عملکردهای پرستاری پیشرفته قلب می‌باشد و در حال حاضر، تهدید قریب‌الوقوع ایمنی بیمار و نگرانی پرستاران محسوب می‌گردد (۲۱). پرستاران تازه وارد که وارد بخش مراقبت ویژه می‌شوند، اضطراب ناشی از عوامل مختلفی مانند شدت مراقبت‌های پرستاری لازمه، کمبود اطلاعات، فشار کاری، بی‌اعتمادی نسبت به نقش، احساس ناامنی، احتمال بروز خطا، تکنولوژی پیشرفته و چگونگی پذیرفته شدن در بخش را تجربه می‌کنند (۲۲ و ۲۳). اطمینان از این که پرستاران تازه وارد که وارد بخش مراقبت ویژه می‌شوند با دانش و مهارت‌های لازم مجهز شده‌اند، عامل اصلی در کاهش این اضطراب‌ها است (۲۲).

تغییرات سریع در مراقبت‌های سلامتی و سیستم خدمات بهداشتی، نیازمند پرستاران ماهر و افزایش دانش آنان می‌باشد (۱). از طرف دیگر وسعت تکنولوژی و ضرورت ارائه مراقبت‌های پرستاری ویژه، نیازمند مهارت‌های اختصاصی در پرستاران می‌باشد (۲). پرستارانی که در بخش مراقبت ویژه کار می‌کنند، باید از مهارت و دانش لازم که می‌تواند از طریق آموزش و آگاهی توسعه یابد، بهره‌مند شوند (۳). آموزش پرستاری بر توسعه صلاحیت‌های بالینی و مشارکت در قضاوت یا ارزیابی همه جانبه عملکرد بالینی تأکید می‌نماید (۴) و می‌تواند استفاده از دانش نظری را در بالین فراهم نماید. آموزش مناسب، فرآیند انتقال به بخش را آسان‌تر می‌کند (۵). برخی از پرستاران برای پذیرش مسؤلیت و مراقبت از بیماران در بخش مراقبت ویژه احساس عدم آمادگی می‌کنند و ناتوانی در مراقبت از بیمار را ناشی از کمبود دانش و مهارت خود مطرح می‌کنند (۶ و ۵). تحقیق Kelly و Ahern در استرالیا نیز نشان داد که پرستاران تازه وارد کفایت لازم برای پذیرش نقش پرستاری را ندارند (۷). پرستاران بخش مراقبت ویژه، نیز نگرانی خود را از کمبود دانش و مهارت‌های پرستاران تازه وارد بیان کردند و معتقدند که آن‌ها توانمندی ضروری برای کار کردن در بخش‌های مراقبت ویژه را ندارند (۸). با وجود برنامه‌ریزی دانشگاهی و افزایش مبانی نظری در آماده نمودن حرفه‌ای پرستاران، اغلب با کمبود مهارت‌های بالینی روبه‌رو می‌شویم (۹ و ۱۰). گپ نظری و عملی (۱۱)، در حالی که یادگیری بالینی، بخش اساسی از برنامه‌های آموزشی است و تقریباً ۶۰٪ برنامه‌های آموزشی قبل از رسمی شدن پرستاران را به خود اختصاص می‌دهد (۱۲). همچنین برای پاسخ سریع به تغییرات مورد نیاز در ارائه خدمات بهداشتی و ارتقاء استانداردهای حرفه‌ای در پرستاری، یادگیری پاسخ مناسب محسوب می‌گردد. یادگیری فرآیند مستمری است که برای افراد مختلف به روش‌های متفاوت صورت می‌گیرد. افراد براساس شخصیت و تجربیات منحصر به فردشان، مجموعه‌ای از سبک‌های یادگیری را ترجیح می‌دهند (۱۳). یادگیری مرکز هویت انسانی و مشارکت اجتماعی است، اشخاص به عنوان یک مشارکت‌کننده فعال در جوامع اجتماعی عمل می‌کنند و هویت خود را از طریق این

Johnson و همکارانش در استرالیا مطالعه‌ای با عنوان «یادگیری و توسعه: ارتقاء عملکرد و نگرش‌های حرفه‌ای پرستاران» به منظور اعتباربخشی به تحقیقات قبلی انجام دادند، آن‌ها می‌نویسند: یادگیری پرستاران و توسعه فعالیت‌های آنان، صرفاً بر نتایج مهارت‌های اختصاصی و دانش کسب شده، تأکید داشته و در چندین مطالعه ارتباط بین یادگیری و توسعه فعالیت‌ها و نگرش‌های حرفه‌ای یا عملکرد و مکانیسم‌های این فرآیند مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که ساختار شناختی و انگیزه‌ای می‌تواند مکانیسم‌هایی برای بهبود نگرش‌ها و عملکرد پرستاران محسوب گردد (۱۵). پاسخ به محدوده‌ای از عوامل که شامل افزایش میزان جمعیت، زندگی طولانی مدت، شرایط مزمن، پیشرفت در دو جنبه پزشکی و تکنولوژی و گروهی از نگرانی‌های سلامت اجتماعی، به توسعه نقش‌های سستی پرستاران منجر شده است (۲۴). همچنین رشد سریع تعداد فارغ‌التحصیلان پرستاری، روند آموزش و یادگیری را به سبک سستی به چالش می‌کشد (۲۵). از طرف دیگر افزایش کیفیت کار پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه، توسعه نقش‌ها و مسؤولیت‌ها را به همراه دارد (۲۴). پرستارها، با نیاز مراجعین جهت ارایه مراقبت بهداشتی حرفه‌ای، طی ۲۴ ساعت روبه‌رو هستند (۲۶). همین‌طور بخش‌های مراقبت ویژه، پتانسیل با ارزشی از فرصت‌های کسب مهارت‌های جدید و اخذ دانش را برای پرستاران فراهم می‌نماید (۲۷). Waterman و همکارانش نیز معتقدند مهارت‌ها، دانش و نگرش‌های اولیه مراقبتی در افراد گروه بهداشتی، برای طول دوره زندگی آن‌ها کافی نیست (۲۸). یادگیری در طول مدت زندگی و توانایی رشد در محیط دایماً متغیر از ضروریات محسوب می‌شود (۱). ضرورت توجه به یادگیری پرستاران از موارد مهمی است که منجر به افزایش انگیزه آنان و به حداقل رساندن خطاها می‌گردد. همچنین به واسطه بهبود مستمر کیفیت مراقبت‌های پرستاری و نیاز به کسب مهارت‌های مناسب، توجه به یادگیری آنان، ضروری می‌باشد (۲۹). Holmes نیز معتقد است با توجه به تغییرات محیطی، یادگیری فردی برای پرستاران یک ضرورت محسوب می‌شود (۳۰). Newman و Ashton می‌نویسند: یادگیری با رویکردهای جدید ضروری به نظر می‌رسند (۳۱). Glanville و Houde به این باورند که مرکز فرآیند یادگیری، مدیریت فردی است و فرد با غوطه‌وری در محیط می‌تواند باعث انتقال دانش شود (۳۲).

با توجه به افت عملکردهای مهارتی مناسب و با وجود این واقعیت که پرستارها، خواهان توسعه دانش و مهارت‌های حرفه‌ای می‌باشند، از بعد حرفه‌ای و دیدگاه اقتصادی، یادگیری مهم تلقی می‌گردد (۲۴). نقش‌های حرفه‌ای پرستاران و مسؤولیت‌پذیری آنان، ضرورت کاربرد مهارت‌ها و دانش، نشان‌دهنده ضرورت بهبود وسیع یادگیری در حیطه‌های شناختی، عاطفی و روان حرکتی است (۲۴). سرمایه‌گذاری در یادگیری و توسعه فعالیت‌های پرستاران، نتایج مطلوب برای پرستاران، سازمان و بیماران را بهبود می‌بخشد (۱۵). همچنین از آنجا که مرور متون نشان می‌دهد که با توجه به شرایط پرستاران و عملکردهای پیشرفته آنان، فرآیند یادگیری در پرستاران بسیار پیچیده می‌باشد (۱). تجربیات یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه با دانشجویان پرستاری در محیط بخش بسیار متفاوت است، بنابراین نمی‌توان شرایط آنان در تجربیات یادگیری بالینی را با پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه یکسان دانست و در دنیا تحقیقات کمی در رابطه با تجربیات یادگیری بالینی در رابطه با پرستارانی که برای اولین بار در محیط‌های بخش مراقبت ویژه وارد می‌شوند، منتشر شده است. بنابراین تجربیات یادگیری بالینی در پرستاران بخش مراقبت ویژه، مشخص نیست (۳۳). همین‌طور شواهد تجربی نشان می‌دهند در فرهنگ‌های مختلف، شرایط کارکنان پرستاری در محیط‌های بالینی متفاوت می‌باشد و با عواملی از قبیل شرایط مشارکت‌کنندگان، تجارب و تمایلات آنان در بخش‌های مراقبت ویژه مشخص می‌شود. هدف این مطالعه تبیین تجربیات یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب بود.

روش مطالعه

این پژوهش یک تحقیق کیفی است، کشف و درک تجارب افراد با روش‌های تحقیق کیفی امکان‌پذیر می‌گردد، تجارب، ساختار حقیقت را برای افراد تشکیل می‌دهند، فقط با وارد شدن به دنیای تجربیات افراد می‌توان معنای پدیده‌ها را از دیدگاه آنان دریافت (۳۴). تحقیق کیفی ابزاری برای به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از تجارب مشارکت‌کنندگان است (۳۴). با توجه به هدف مطالعه یعنی تبیین تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب، روش تحقیق کیفی از نوع تحلیل محتوای مرسوم که روش مناسبی برای به

پرستاران و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر ادامه می‌یافت، از آنان خواسته می‌شد تا مصادیق عینی را به صورت مثال بازگو کنند. مدت زمان مصاحبه‌ها برحسب شرایط و تمایل مشارکت‌کنندگان ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بود.

همه مصاحبه‌ها به صورت دیزیتالی ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه نوشته شد. متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه می‌شد و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه تحلیل و کدگذاری می‌شد. فرآیند غوطه‌وری در داده‌ها با مرور مکرر متن‌های دست‌نوشته و گوش کردن مصاحبه‌ها ادامه می‌یافت. برای تجزیه تحلیل محتوایی تمام مصاحبه‌ها از فرآیند استقرایی و کدگذاری استفاده شد و پس از چندین بار گوش کردن به نوار مصاحبه‌ها و خواندن متون، فرآیند کدگذاری اولیه با شناسایی جملات و پاراگراف‌های معنایی، به صورت محتوای آشکار و پنهان، تحلیل داده‌ها انجام شد. واحدهای معنایی از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه استخراج شدند. سپس کدها براساس تشابه، تفاوت معنایی و مفهومی طبقه‌بندی و تغییر شکل داده شده و محدودتر شدند تا مقوله‌ها ساخته شد (Reduction/Distillation/Condensation) و

الگوی مفهومی معنادار در کنار یکدیگر گذاشته شد تا ارتباط بین طبقات شناسایی و درون‌مایه‌ها ظاهر گردید. به منظور اطمینان از روایی درون‌مایه‌های استخراج‌گرفته از داده‌ها، فرآیند برگشتی و بررسی تمامی داده‌ها به صورت مجزا انجام گرفت و منابع حمایت‌کننده از درون‌مایه‌ها استخراج شد. از طریق ایجاد این مقوله‌ها داده‌ها به بخش‌های مجزا خرد شدند، برای به دست آوردن مشابهات و تفاوت‌ها، داده‌ها به دقت بررسی شدند و سؤالاتی درباره پدیده‌ها که داده‌ها حاکی از آنند، مطرح گردید، به این ترتیب مفهوم‌پردازی از داده‌ها، اولین قدم در تجزیه تحلیل داده‌ها انجام شد. این کار باعث می‌شد که کدهای مربوط به یک موضوع در یک طبقه خاص قرار گیرند و یک اسم مفهومی که انتزاعی‌تر از مجموعه آن مقوله‌ها بود، برای آن طبقه خاص در نظر گرفته می‌شد. با کدگذاری و ایجاد روابط بین هر مقوله و مقوله‌های فرعی (Subcategory) مرتبط با آن، داده‌ها به صورت جدید با یکدیگر مرتبط می‌شدند. وقتی در داده‌ها، پدیده خاصی مشخص می‌شد، مفاهیم آن طبقه‌بندی (Categories) می‌شد و به روش تحلیل محتوای مرسوم مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت (۳۷).

دست آوردن و تحلیل داده‌های غنی از مشارکت‌کنندگان بود، استفاده شد. تحلیل محتوا فرآیند طبقه‌بندی سیستماتیک داده‌هاست که از طریق آن کدها و مضامین نمایان می‌شود (۳۵). این روش یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های پژوهشی در علوم اجتماعی است که در پی شناخت داده‌ها به تحلیل آن‌ها می‌پردازد. این روش برای تفسیر عمیق داده‌ها در تحقیق و آموزش پرستاری به کار گرفته شده است (۳۶). روش نمونه‌گیری مطالعه به صورت هدفمند بود و محقق مشارکت‌کنندگانی که تجربه غنی از پدیده مورد نظر و توانایی و تمایل به بیان این تجارب را داشتند، انتخاب نمود و نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (Maximum Variance of Sampling) ادامه یافت. طی این تحقیق، ۱۸ شرکت‌کننده شامل ۱۵ پرستار، ۳ پزشک که در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ مشغول به کار در بخش مراقبت ویژه قلب در بیمارستان دولتی فاطمیه که وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان می‌باشد، انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها (Data Saturation) ادامه یافت. اشباع عبارت است از این که با ادامه جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد (۳۴). در این مطالعه نیز تا مصاحبه ۱۶ اشباع داده‌ها حاصل شد و به منظور اطمینان از این که داده‌های جدیدی وجود ندارد، دو مصاحبه دیگر هم انجام گرفت. معیارهای ورود پرستاران به پژوهش شامل ساکن شهر سمنان، دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل یک سال سابقه کار مفید و تمام وقت در بخش مراقبت ویژه قلب و تمایل به مشارکت در مطالعه و بیان تجارب بود. روش اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. ابتدا شماره تلفن تماس پرستاران بخش مراقبت ویژه از دفتر پرستاری بیمارستان گرفته شد. سپس طی تماس تلفنی با پرستاران و بیان اهداف مطالعه، زمان انجام مصاحبه‌ها و محل مناسب از نظر مشارکت‌کنندگان تعیین می‌شد. در مصاحبه پرستاران تشویق می‌شدند که تجربیات خود پیرامون یادگیری بالینی در بخش مراقبت ویژه قلب را به اشتراک بگذارند و از آن‌ها سؤال باز پرسیده می‌شد که «در مورد یادگیری بالینی در بخش مراقبت ویژه قلب برایم بگویید؟»، «از تجربیات یادگیری بالینی خودتان در بخش مراقبت ویژه قلب برایم بگویید؟» سؤالات اکتشافی براساس تجارب مطرح شده

برای افزایش روایی و پایایی که معادل استحکام علمی یافته‌ها (Truthworthiness) در تحقیق کیفی است، از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال‌پذیری مطابق نظر Lincoln & Guba استفاده گردید (۳۵). درگیری طولانی مدت محقق (Prolonged Engagement)، با توجه به این که محقق به عنوان مربی کارآموزی دانشجویان پرستاری در بخش مراقبت ویژه قلب حضور داشت، این ساعات طولانی حضور و ارتباط صمیمی با پرستاران، امکان جمع‌آوری داده‌های واقعی را تسهیل می‌نمود و تماس و ارتباط او با مشارکت‌کنندگان به جلب اعتماد آنان و درک تجارب توسط پژوهشگر کمک می‌کرد، تخصیص زمان مناسب و کافی براساس ترجیحات مشارکت‌کنندگان، برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با آنان منجر به افزایش مقبولیت و اعتمادپذیری داده‌ها می‌شد. مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع و با سوابق کاری و تجارب کاری متنوع، تفاوت در سن، تنوع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی اعتبار داده‌ها را افزایش می‌داد. همچنین از روش‌های مقبولیت داده‌ها (Credibility) با مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان (Member Check) جهت رفع هر گونه ابهام در کدگذاری‌ها استفاده شد، برای این منظور پژوهشگر قسمت‌هایی از مصاحبه و کدگذاری‌ها را در اختیار آنان قرار داد تا به مفاهیم یکسان در رابطه با گفته‌های مشارکت‌کنندگان دست یابد و میزان تجانس بین درون‌مایه‌های استخراج شده با تجارب مشارکت‌کنندگان مقایسه شد. همچنین از اشباع داده‌ها نیز برای بالابردن اعتبار استفاده شد، قابلیت تعیین - تأیید (Confirmability) نیز با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها (Audit Trial)، مراحل و روند تحقیق به طور دقیق ثبت و گزارش شد به نحوی که پیگیری برای سایر محققین امکان‌پذیر گردد و با رعایت بی‌طرفی محقق، توافق سه نفر از پرستاران بخش مراقبت ویژه روی مصاحبه‌ها، کدها و دسته‌بندی کدهای مشابه و طبقات برای مقایسه بین آنچه که محقق برداشت نموده با آنچه که منظور مشارکت‌کنندگان بوده، استفاده شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها (Dependability) با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران (External Check) و مطالعه مجدد کل داده‌ها و مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت و ارایه نقل قول‌های مستقیم و مثال‌ها به همان صورتی که گفته شده بود، تبیین غنی داده‌ها و قابلیت انتقال

را امکان‌پذیر نمود. به نحوی که با نگارش جزئیات، محققین و گروه‌های ذینفع قادر به تصمیم‌گیری براساس نتایج این مطالعه باشند.

اصول اخلاقی در پژوهش شامل تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان (به شماره ۴۵۵) و کمیته اخلاق دانشگاه (۹۱/۲۱۶۸۲۹)، اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه، ضبط مصاحبه ضمن حفظ بی‌نامی و رازداری و اختیار آنان برای ترک مطالعه بود. به آن‌ها اطلاع داده می‌شد که در صورت لزوم ممکن است برای تکمیل صحبت‌ها مجدداً به آن‌ها مراجعه شود. همچنین به مشارکت‌کنندگان گفته شد در صورت تمایل می‌توانند نتایج پژوهش را در اختیار داشته باشند.

یافته‌ها

۱۵ پرستار (۱۴ زن و ۱ مرد)، که سن آن‌ها ۲۶-۴۵ سال (میانگین ۳۵/۲)، سابقه کار ۳ تا ۲۴ سال (میانگین ۸/۷۳) و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه قلب حداقل ۱ تا ۱۱ سال (میانگین ۴/۰۶) بود و ۳ پزشک در این مطالعه مشارکت نمودند. با تجزیه تحلیل یافته‌ها پیرامون عوامل مؤثر بر تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب مضامین «چالش‌های آموزش پایه»، «یادگیری خود راهبر»، «برخورداری از حمایت» و «نظارت اثربخش» انتزاع شد. درون‌مایه اصلی «یادگیری موقعیتی» بود (شکل شماره ۱).

یادگیری موقعیتی

یادگیری موقعیتی (Situational Learning) براساس مشارکت و همکاری بین پرستاران بخش مراقبت ویژه قلب صورت می‌پذیرد، به طوری که آن‌ها در طول زمان با به اشتراک گذاشتن دانسته‌های علمی و مهارت‌های عملی، مطرح نمودن سؤالات و ایجاد زمینه‌های بحث و گفتگو، مشاهده رفتار و عملکرد پرستاران باتجربه، درگیر شدن در تعاملات اجتماعی با همکاران در جستجوی یادگیری تجارب بالینی ارزشمند دیگران و ارتقاء حرفه پرستاری هستند. مشارکت‌کنندگان مطرح می‌کردند که محیط‌های کاری با وجود موقعیت‌های تنش‌زا با توجه به شرایط بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب، برای آنان شرایط یادگیری بسیار متنوع و جذابی را ایجاد می‌-

هست، یا وقتی بهش می‌گی دستکش را بیوش، همین‌طور با دست می‌ره، برمی‌داره که بیوشه، نکات استریل را رعایت نمی‌کنه، یا وقتی بهش می‌گی که سوند بزنی، می‌گه من باید سوند بزنی ... اگر بیمار تنگی نفس داره، گوشی را بر نمی‌داره و ریه اونو معاینه نمی‌کنه، اصلاً این کار را جزء شرح وظایفش نمی‌دونه و انجام نمی‌ده، این مشکل بزرگی است که پرستار متوجه مشکل بیمار نیست، و خامت حال بیمار را تشخیص نمی‌ده».

یکی از ابعاد یادگیری بالینی، کسب مهارت‌های عملی است، در این زمینه برخی از پرستارها معتقدند که نیاز به استفاده از امکانات بخش‌های مهارت عملی که نقش مهمی در آموزش دانشجویان پرستاری و سایر حرفه‌های وابسته در علوم پزشکی دارد، برای پرستاران بخش مراقبت ویژه ضرورت دارد.

مشارکت‌کننده ۱۴ با ۲ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «بخش ویژه پایه علمی می‌خواهد، وقتی وارد کار در بخش مراقبت ویژه قلب می‌شویم، یکسری مسایل دانش است، یک سری مسایل مهارت است و این به دوران تحصیل ماها برمی‌گرده، این که بر تمام جنبه‌های شناختی، روان حرکتی تأکید کرده باشند یا نه ... مهارت‌های بالینی باید در بخش پراتیک تقویت بشه».

مشارکت‌کننده ۱۱ با ۱۱ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «بریم کلاس عملی، بخش پراتیک، به پرستار بگیم شما بیا شوک بده، ببینیم چطور انجام می‌دی؟ اشکال نداره که اینجا خراب کنی، هدف اینه که آموزش ببینی، خیلی از پرستارها نمی‌تونند ... بخش مراقبت ویژه پرستاری را می‌طلبند که به موقع بتونه تشخیص بده، گزارش بده، به موقع درمان کنه، باید معلوماتش به روز باشه».

مشارکت‌کننده ۱۶ پزشک می‌گوید: «پرستاری که از دو جنبه پراکتیکال و اکادمیکال خودش مشکل جدی داره، باعث می‌شه که من ده روز می‌رم بالای سر مریض ویزیت می‌کنم و می‌آم، نه من می‌فهمم مریض چشه، نه پرستار و نه بیمار می‌فهمه که چش بود، و این روند همین‌طور طی می‌شه، در حالی که یک کلام پرستار می‌توانه تشخیص من را کنه یکنه بکنه ... باید پرستارها آموزش بهتری ببینند».

یادگیری خود راهبر

در بخش مراقبت ویژه قلب، پرستاران جدید خود را نیازمند داشتن اطلاعات و مهارت‌های لازم جهت آرایه

کرد، به نحوی که شاید این گونه یادگیری‌ها بدون وجود موقعیت خاص این بیماران و این بخش امکان‌پذیر نبود.

مشارکت‌کننده ۱۰ با ۱ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «اوایل که آمده بودم، خیلی چیزها را نمی‌دونستم، مسؤل بخش به من توضیح می‌داد، بیش‌تر سعی می‌کردم که اگر چیزی را نمی‌دونم از همکارم بپرسم، ... من نمی‌دونستم که چطور باید به همراه بیمار در مورد وضعیت بیمارشون توضیح بدهم، چندین بار نگاه کردم و دیدم که همکارهای باتجربه چطور به زبان آن‌ها شرایط بیمار را به آرامی براشون توضیح می‌دهند، من هم از آن‌ها یاد گرفتم».

مشارکت‌کننده ۵ با ۳ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «مریضی داشتیم که پیس میکر داشت، قلبش دارای ضربان بود، اما ارست تنفسی کرده بود، خوب این برام یک تجربه شد که وقتی مریض پیس داره، فقط به ضربان قلب نباید توجه کرد. تنفسش هم مهم است».

چالش‌های آموزش پایه

آموزش پرستاری باید دانش و اطلاعات مناسب و مرتبط با ایفای نقش و وظایف حرفه‌ای را در اختیار فراگیران قرار دهد و بر کسب یادگیری و ارتقاء توانمندی‌ها و مهارت‌های فراگیران برای اجرای موفقیت‌آمیز و مؤثر مهارت‌هایشان تأکید نماید. تربیت پرستاران با صلاحیت و در نتیجه حفظ سلامتی افراد جامعه همواره یکی از اصلی‌ترین هدف‌های آموزش پرستاری و یکی از مسؤولیت‌های مهم مربیان، مدیران و کارکنان شاغل در حرفه‌های مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود و هر روز اهمیت بیش‌تری پیدا می‌کند. که اگر به طور مطلوب اتفاق نیفتد، آموزش پایه پرستاری دچار چالش شده و دستیابی به اهداف حرفه‌ای را دچار خدشه می‌نماید. از طرف دیگر روند رو به رشد و پیچیدگی مراقبت و توسعه سریع دانش، چالش‌هایی برای روش‌های آموزش سنتی محسوب می‌شود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که با توجه به افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان تازه وارد، آموزشی بودن بسیاری از بیمارستان‌های دولتی، نیازهای پیچیده بیماران و ضرورت توجه هرچه بیش‌تر به کیفیت مراقبت‌های پرستاری، کیفیت آموزش پرستاران نیازمند توجه اختصاصی می‌باشد.

مشارکت‌کننده ۱۳ با ۱۰ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه می‌گوید: «به پرستار تازه وارد می‌گی وسایل سونداژ را بگذار، اصلاً نمی‌دونه که وسایل سونداژ چی

روی مانتیورینگ به اون برمی‌خورم، بره دنبالش ... اگر از کتاب استفاده کنه و هم‌زمان با وجود بیمار، این موارد را مطالعه کنه، بیش‌تر تو ذهنش باقی می‌مونه».

برخورداری از حمایت

استفاده از تجارب پرستاران باتجربه در یادگیری بالینی برای پرستاران تازه وارد با ارزش بود. استفاده از تجارب پرستاران باتجربه در نقش منتورینگ یکی از روش‌های مورد استفاده پرستارها جهت یادگیری بالینی در بخش مراقبت ویژه قلب محسوب می‌شود. اغلب پرستاران بخش مراقبت ویژه از حمایت سایر پرستاران به خصوص در شرایط تهدیدکننده حیات بیماران اظهار رضایت‌مندی می‌کردند. مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که محیط حمایتی در بخش مراقبت ویژه قلب در یادگیری تأثیر مهمی دارد و با کاهش استرس‌های حرفه‌ای، باعث کاهش خطاهای کاری برای پرستاران تازه وارد می‌شود. آن‌ها معتقدند مراقبت از بیمار در شرایط حاد قلبی، بدون وجود حمایت کارکنان بخش مراقبت ویژه امکان‌پذیر نمی‌باشد. مشارکت‌کننده ۱۲ با ۳ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «سعی می‌کنم که از آگاهی و اطلاعات همکارانم که تجربه بیش‌تری دارند، استفاده کنم، اگر مشکلی دارم، اون‌ها کمکم می‌کنند».

مشارکت‌کننده ۱۰ با ۱ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «سابقه کارم کم است، بلافاصله بعد از طرح سی‌سی‌یو آمدم، استرس دارم که مبدا کاری از کارهای مریض‌جا بمونه، ... تجربه ندارم، ولی دوست دارم با کسانی که باتجربه‌اند شیفت بدم، از اون‌ها چیزهای زیادی یاد می‌گیرم، دستگاه‌ها را به من یاد دادند، پروتوکل آمیدارون، تنظیم داروهای قلبی تی‌ان‌جی، هپارین و ... را از پرستارهای با سابقه یاد گرفتم».

مشارکت‌کننده ۵ با ۳ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «نقش همکار خیلی مهم است، ممکنه که ساپورت کنه، ... همکارم ۱۱ ساله تو بخش قلبه، خیلی به من کمک کرده، همکاری او در یادگیری من تأثیر داشته».

مشارکت‌کننده ۱۵ پزشک می‌گوید: «شیفت شب، پرستارهای ما طرحی هستند، پرستارهای طرحی وقتی به بخش مراقبت ویژه قلب می‌آند، در کنار کسانی که کار کرده و باتجربه‌اند، قرار می‌گیرند و اکسپرت می‌شوند».

مشارکت‌کننده ۱۸ با ۲ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «من همیشه از همکارم می‌

مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز بیماران، با توجه به شرایط تهدیدکننده حیات بیمار می‌دیدند. یادگیری خود راهبر (Self-Directed Learning) عامل مهمی در فرآیند کسب یادگیری بالینی به منظور توانایی ارزیابی مراقبت‌های پرستاری لازم در بخش مراقبت ویژه قلب محسوب می‌شود. این نوع یادگیری می‌تواند منابع اطلاعاتی و مهارت‌های حل مسأله را فراهم نماید و منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری گردد. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند یادگیری فردی، به نحوی که براساس احساس نیازهای حرفه‌ای و با توجه به کیس‌های بستری در بخش مراقبت ویژه قلب باشد، و با برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر صورت گیرد، می‌تواند باعث کاهش استرس شغلی آن‌ها شده، کارآمدی و اثربخشی را افزایش و بر توانمندی‌های آنان بیفزاید.

مشارکت‌کننده ۱۳ با ۱۰ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه می‌گوید: «علی‌رغم این که بخش‌های ما تخصصی است، پرستارهای ما تخصصی نیستند، پرستارهایی که ۶ ماه در بخش کار می‌کنند، اگر نیروی خوبی باشند آن‌ها را به بخش مراقبت ویژه قلب می‌دهند، دیگه این پرستار است که باید به دنبالش برود، حالا یا کتاب‌ها را می‌خونه و یا به تدریج تو بخش نوارهای قلبی را می‌بینه و یاد می‌گیره، ولی هیچ دوره‌ای را نمی‌بینه».

مشارکت‌کننده ۳ با ۳ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «کسی که تازه وارد است، یه چیزهایی را ندیده، باید زمان بگذره، کیس‌ها را ببیند و با آن‌ها برخورد کنند ... خود پرسنل، هم موظفند تا آنجا که وقتشون اجازه بده، مطالعه داشته باشند. خودشون دنبال مطالب علمی برونند، همین مطالعات فردی و کنفرانس‌های درون بخشی، ... الگوی مراقبت نیازمند این است که علممون را زیاد کنیم، هرچه علم ما بیش‌تر باشه، تو درمان به ما بیش‌تر کمک می‌کنه».

مشارکت‌کننده ۱۲ با ۳ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «وقتی اطلاعات و آگاهی ما بیش‌تر بشه، به نفع مریض و به نفع خودمونه، اطلاعات ما به روز می‌شه. باید بیش‌تر مطالعه کنیم، ... وقتی که آریتمی‌ها را بیش‌تر بشناسیم و بدونیم که در هر مورد چه کار باید بکنیم، استرس ما کم‌تر می‌شه».

مشارکت‌کننده ۶ با ۶ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «پرستارها باید مطالعه داشته باشند ... البته به خود فرد بستگی دارد، تا مواردی را که می‌بینه،

مشارکت‌کننده ۷ با ۷ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «وقتی پرسنلی را برای سی‌سی‌یو می‌آورند، باید حداقل ۶ ماه اول سرپرستار خیلی روی اون‌ها نظارت کنند».

مشارکت‌کننده ۳ با ۳ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «اگر مسؤؤل بخش با نظارت دقیق، مشکلات را پیدا کند، یک سری مباحث را مشخص کنه و پرسنل بیاینده در رابطه با اون موضوع بحث کنند، دسته جمعی به یه نتیجه برسند، مطالب تکرار بشه، یادگیری بیش‌تر می‌شه ... مسؤؤلین باید نظارت مفید داشته باشند».

مشارکت‌کننده ۱ با ۱ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «وقتی مسؤؤل بخش از من می‌پرسه که مریض دیشب چه آریتمی داشته، آریتمی مثل وی‌تک که خیلی مهمه است، ... من با خودم می‌گم که دانستن آریتمی‌ها هم مهمه است، پس باید آریتمی‌ها را بخونم. یا اگر بگم، وی‌تک کرده، بپرسه که خوب وی‌تک که کرده، تا وقتی که رزیدنت می‌آید، شما چکار باید بکنی؟، پس باید این را هم بدانم، پس نقش هدنرس هم خیلی مهمه است ... اگر سوپروایزرها بیاینده و راند کنند، خیلی مهمه است، تا این که سوپروایزری بی‌اهمیت باشه».

مشارکت‌کننده ۹ با ۲ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه قلب می‌گوید: «همین نظارت و سرکشی سوپروایزر، که می‌آن و از ما سؤال می‌کننده، در یادگیری خیلی ارزش داره». (جدول شماره ۱).

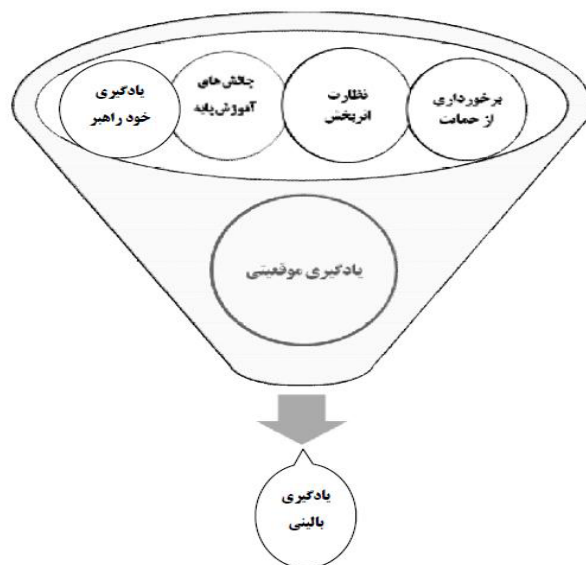
پرسم و او همیشه به خوبی به من توضیح می‌ده، نه من بلکه همه همکارهام از او سؤال می‌کننده، او چندساله که تو سی‌سی‌یو کار می‌کنه، وجود یک پرستار با سابقه تو هر شیفت لازم است».

نظارت اثربخش

کنترل و نظارت به خصوص زمانی که پرستاران تازه وارد و کم تجربه باشند، از جمله ضروریات محسوب می‌شود. نظارت اثربخش می‌تواند با ارایه بازخورد مناسب همراه گردد، که زمینه‌ساز یادگیری بالینی آنان خواهد بود. مدیران می‌بایستی با ایفای نقش مدیریتی و رهبری خود به گونه‌ای که پرستاران درک کنند که تحت نظارت مدیرانی لایق و شایسته حرفه پرستاری هستند، از طریق تسهیل دستیابی پرستاران تازه وارد به ساختارهای توانمندسازی زمینه را برای کسب تجربیات یادگیری بالینی آنان فراهم نمایند. مشارکت‌کنندگان مطرح می‌کردند که نظارت اثربخش احتمال بروز خطاهای حرفه‌ای را به میزان بسیار زیاد و به موقع پیشگیری می‌نماید و در یادگیری بالینی تأثیرگذار است. آن‌ها نظارت مستمر را به خصوص در ماه‌های اولیه مخصوصاً از سوی سرپرستار بخش و سوپروایزر بالینی ضروری می‌دانستند.

مشارکت‌کننده ۱۳ با ۱۰ سال سابقه کار بخش مراقبت ویژه می‌گوید: «اگر پرستار اشتباهی کرده، چیزی را نمی‌دونه، سرپرستار باید همان وقت تحویل بیمار به او آموزش بده».

شکل ۱- تجربیات یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب



جدول ۱- درونمایه اصلی، طبقات، زیرطبقات و کدهای «تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب»

| یادگیری موقعیتی | | | |
|-----------------|---|--|---|
| درونمایه اصلی | چالش‌های آموزش پایه | یادگیری خود راهبر | برخورداری از حمایت |
| طبقات | | | نظارت اثربخش |
| زیرطبقات نظری | | | |
| کدها | - ناتوانی در تشخیص شرایط بحرانی - عدم اطلاع از شرایط بیمار - بی‌علاقگی - بی‌انگیزگی | - باید بیش‌تر مطالعه کنم - هرچه بیش‌تر بدانم، استرس کم‌تر می‌شه - ضرورت دستیابی به اطلاعات به روز - پیگیری کسب دانش | - استفاده از تجارب همکاران - بهره‌مندی از ارتباطات نزدیک با همکاران - مشارکت و مطرح کردن سؤالات |
| زیرطبقات عملی | | | |
| کدها | - ناتوانی در ارائه مراقبت‌های پرستاری - عدم رعایت نکات استریل - انجام اقدامات از روی ناآگاهی - عدم پاسخگویی به موقع به نیاز بیمار - بی‌دقتی، بی‌مسئولیتی، تن‌بکار ندادن | - نیاز به استفاده از امکانات بخش پرانتیک - ضرورت استفاده از تکنولوژی پیشرفته - ضرورت انجام مراقبت‌ها | - قرار گرفتن پرستاران تازه وارد در کنار پرستاران باتجربه - امکان مشاهده مستقیم عملکرد همکار - ضرورت همکاری در شرایط بحرانی - بهره‌مندی از عملکرد |
| | | | - راند و نظارت سرپرستار بر عملکرد پرستاران - راند سوپروایزر - نظارت سوپروایزر بر ارائه مراقبت‌ها - پیگیری موارد نیازمند اصلاح |

بحث

تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد به صورت یادگیری موقعیتی و منوط به عوامل چالش‌های آموزش پایه، یادگیری خود راهبر، برخورداری از حمایت و نظارت اثربخش بود. هدف آموزش پرستاری، توسعه یادگیری در طول زندگی است که می‌تواند باعث سازگاری مؤثر با تغییرات در تئوری و عملکرد پرستاری گردد (۱۲). براساس چارچوب رفتارگرایی، یادگیری اغلب غیرساختاری و با آگاهی از کار روی می‌دهد. تجارب دانشجویان پرستاری نیز نشان داد که یادگیری بیش‌تر در بالین اتفاق می‌افتد (۳۸). Andrew و همکاران می‌نویسند به اشتراک گذاشتن صلاحیت‌ها، جستجوی تجارب دیگران، حل مشکلات، تقاضای کسب اطلاعات، توسعه بحث‌ها، مشاهده سایر اعضا، نقش دانش و شناسایی گپ‌های موجود، یادگیری بالینی را امکان‌پذیر می‌نماید (۳۹). Andrew و Wilkie نیز معتقدند با درگیر شدن در تعاملات اجتماعی و همکاری طی مدت زمان، یادگیری از طریق مشارکت اجتماعی ایجاد می‌شود (۴۰). یادگیری از طریق وارد شدن در بخش‌های عملی امکان‌پذیر می‌گردد و افزایش صلاحیت‌های پرستاران با کسب هویت پرستار بالینی امکان‌پذیر می‌گردد. پرستاران با وجود ناظر (Sponsorship)، صلاحیت‌های خود را با هویتشان به عنوان یک پرستار بالینی افزایش می‌دهند (۱۲). بیش از ۲۵ سال از ورود پرستاران به بخش‌های مراقبت ویژه می‌گذرد، اما پرستاران در هنگام ورود به این بخش‌ها معمولاً استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند، در گذشته برای کاهش سطوح استرس پرستاران از دوره‌های آماده‌سازی

استفاده می‌شود، پرستارانی که هیچ دوره اختصاصی مراقبت‌های پرستاری ویژه را به صورت رسمی نگذرانده‌اند، وقتی برای پرستاری در این بخش‌ها انتخاب می‌شوند، احتمالاً اضطراب بیش‌تری را تحمل می‌کنند و شاید این چالش انگیزه‌ای برای یادگیری بیش‌تر محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد پرستاران تازه وارد که دوره آماده‌سازی ورود به بخش مراقبت ویژه قلب را نداشتند، نیازمند توجه ویژه باشند، بنابراین باید محیط‌های حمایتی بهتری برای بخش‌های مراقبت ویژه فراهم گردد و حداکثر شرایط یادگیری برای آنان فراهم گردد.

یافته‌های این مطالعه چالش‌های آموزش پایه را در تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب نشان داد. این یافته با مطالعه Lekan و همکارانش هم‌خوانی دارد، نتایج مطالعه آنان نشان داد که در نظرسنجی از اعضای هیأت علمی و دانشجویان، هر دو گروه معتقدند که فارغ‌التحصیلان پرستاری برای اشتغال در محیط‌های بالینی پیچیده و دائماً متغیر، به اندازه کافی، آماده نیستند (۴۱). مطالعه Casey و همکارانش نیز نقصان عملکرد پرستاران تازه فارغ‌التحصیل در همه ابعاد صلاحیت، توسط پرستاران را تأیید نموده است (۴۲). انجمن پرستاری استرالیا معتقد است با توجه به این که پرستاران مسؤول اعمال حرفه‌ای خود و نظارت بر سایر پرستاران و تیم درمان و همچنین مسؤول حفظ استانداردهای حرفه‌ای می‌باشند، باید هنگام فارغ‌التحصیلی در مورد صلاحیت‌های حرفه‌ای خود آگاهی لازم را داشته و نگرش آنان نسبت به این صلاحیت‌ها مثبت باشد تا در عملکرد بالینی آنان مؤثر واقع شود. همچنین انجمن پرستاری آمریکا نیز فرآیند تعیین و میزان دستیابی به

صلاحیت‌ها در عملکرد پرستاری را که شامل اعطای مدرک معتبر جهت شروع به کار برای پرستاران با مدرک کارشناسی پرستاری و کسب پروانه رسمی و ارزیابی وجود حداقل استانداردها در برنامه‌ریزی‌های آموزش پایه پرستاری می‌باشد، ضروری می‌داند (۴۳). Chesnutt و Everhart می‌نویسند: این نکته مهم است که پرستاران آگاهی یابند برای آنان یک چارچوب پایه قوی برای مراقبت ویژه فراهم شود (۱۷). کلید مسؤولیت‌پذیری در آموزش دانشجویان پرستاری اطمینان از فارغ‌التحصیلانی است که آمادگی کافی برای ارائه مراقبت‌های ایمن و مؤثر به بیماران را در سطح بالینی دارا باشند. کارکنان و مربیان از شکاف موجود بین آماده‌سازی پرستاران در دانشکده‌های پرستاری و کسب ضروریات واقعی از عملکرد بالینی آگاهند (۴۴ و ۴۵). Sherman و Dyess می‌نویسند: یافته‌های مطالعات بین‌المللی اخیر این شکاف وسیع را نشان می‌دهند (۴۶). صابریان و همکارانش نیز در بررسی یکی از دوره‌های آموزش بالینی دانشجویان پرستاری به این نتیجه رسیدند که توانمندی‌های کسب شده توسط دانشجویان با وضعیت مطلوب فاصله دارد و آنان مهارت‌ها و توانی‌هایی لازم را در پایان دوره آموزش خود کسب نکرده‌اند (۴۷). پارسایکتا و همکاران به نقل از اثنی‌عشری و ناظمی (۱۳۷۷) می‌نویسند که ۸۹٪ دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد معتقدند که برنامه‌های آموزش نظری و بالینی نیازهای حرفه‌ای آنان را برطرف نمی‌کند (۴۳). به واسطه توسعه نقش پرستاران، ضروری است کیفیت آموزش پرستاری افزایش یابد (۲۴). Johnson و همکاران نیز توالی بین یادگیری و توسعه نقش‌ها و نگرش‌های حرفه‌ای و عملکرد را نشان دادند (۱۵).

یافته‌های این مطالعه یادگیری خود راهبر را در تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب نشان داد. برای پرستاران بخش مراقبت ویژه، برنامه‌های آموزشی از اهمیت برخوردار می‌باشد. پرستارانی که یادگیری خود را ارتقاء می‌دهند، از رضایت شغلی بیش‌تری برخوردارند و کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران را بهبود می‌بخشند (۴۸). دانش نظری یکی از اجزای ثابت و پایه و اساس کار پرستاری می‌باشد (۴۹). Berner و همکارانش معتقدند پرستاران بخش مراقبت ویژه برای بیماران در حیطه‌های مختلف پرستاری با

استفاده از تکنولوژی پیشرفته و اطلاعات اختصاصی عمل می‌کنند. به منظور مراقبت مطلوب از بیماران، لازم است که پرستاران اطلاعات صحیحی از چگونگی بررسی وضعیت این بیماران و چگونگی ارائه مراقبت پیچیده دارا باشند (۵۰). پرستاران نیازمند جستجوی چالش‌های توسعه فردی در توانمندی‌های رهبری فرآیند یادگیری و ادامه آن در طول دوره زندگی حرفه‌ای خود می‌باشند (۵۱). نتایج مطالعه Kelly و Ahern نشان داد که پرستاران ترس، اضطراب و استرس را از فقدان آمادگی و شک پیرامون توانایی‌های خود تجربه می‌کردند (۷). Gohery و Meaney نیز می‌نویسند: پرستاران احساس می‌کنند که آن‌ها مهارت‌ها و دانش کافی برای مراقبت مستقل از بیماران بدحال را ندارند. اما به مرور زمان که پرستاران تازه وارد با بخش بیش‌تر آشنا می‌شوند، مهارت‌ها و دانش آن‌ها توسعه می‌یابد (۵). این یافته‌ها با مطالعات Farnell و Dawson که تجارب پرستاران تازه وارد را در بخش مراقبت ویژه مطالعه می‌کردند، یکسان است (۶). پرستار باید آمادگی مشارکت در یادگیری خود راهبر را نه تنها طی انتقال به بالین بلکه در تمامی مدت ارائه خدمات حرفه‌ای کسب نماید (۴۱). آن‌ها باید تازه‌ترین تجارب را مستقیماً از طریق همکاری و ارتباط بین رشته‌ای، که شرط لازم برای دستیابی به سیستم گسترده بهبود کیفیت مراقبت از بیمار است، به دست آورند (۵۲). McArthur-Rouse نشان داد که محیط‌های بدون حمایت، فقدان منتورینگ، مربی و آموزش، می‌تواند باعث ایجاد اضطراب، خشم، افسردگی، خستگی، احساس بی‌صلاحیتی، تنهایی، مشکلات در سازگاری و شک و تردید در پرستاران تازه وارد شود (۵۳). پرستاران اثربخش باید مدل یادگیری خود راهبر را که با موفقیت همراه است، جایگزین روش‌های سنتی یادگیری نمایند (۲۴). توسعه عملکرد بالینی به بهبود توانمندی فردی منجر می‌گردد (۱۵). Bhoyrub و همکارانش می‌نویسند: Heutagogy یادگیری براساس تجارب فردی است، که درک بهتر از طریق ارتباط بین تئوری پیچیدگی یادگیری و توانمندی فردی را میسر می‌نماید و شخص مرکز این فرآیند محسوب می‌شود (۱).

یافته‌های این مطالعه برخورداری از حمایت را در تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب نشان داد. این یافته با مطالعه Gohery و Meaney در بخش مراقبت ویژه

هم‌خوانی دارد. آن‌ها نیز دریافتند که پرستاران تازه وارد از پرستاران باتجربه حمایت را دریافت می‌کنند و پرستاران دارای دانش و تجربه و قابل اعتماد از سایر پرستاران حمایت می‌نمایند (۵). نتایج مطالعه O'Kane نیز نشان داد که در بخش مراقبت ویژه، پرستاران تازه وارد داشتن یک روز خوب یا فقدان آن را وابسته به حمایت‌های همکارانشان می‌دانستند (۵۴). این تجارب مشابه یافته‌های Reising است، وی می‌نویسد در بخش مراقبت ویژه، توانایی و اعتماد به نفس پرستاران جدید، به دریافت حمایت بستگی دارد (۵۵). Lingard و همکاران می‌نویسند: پرستاران مراقبت ویژه برای دستیابی به اهداف بالینی، تعیین مرزهای حرفه‌ای و نتایج سیستم‌های پیچیده و جدید با یکدیگر در تعامل می‌باشند (۵۶). در بخش مراقبت ویژه، پرستاران در فعالیت‌های آموزشی و مبادله اطلاعات، مشارکت و همکاری دارند، این مشارکت باعث افزایش تجارب یادگیری در آنان می‌شود (۵۷). تجارب پرستاران به افزایش یادگیری در بین همکاران آن‌ها منجر می‌شود و می‌تواند افزایش استاندارد مراقبت از بیماران را به همراه داشته باشد (۴۸). تجارب بالینی حمایتی، انتقال به بالین را در پرستاران بهبود می‌بخشد، باعث ارتقاء اجتماعی شدن حرفه‌ای می‌شود، مسؤلیت‌پذیری را افزایش می‌دهد و اعتماد به نفس را در پرستاران تازه وارد بهبود می‌بخشد. همکاری در یادگیری در بخش‌های بالینی، باعث یادگیری بر پایه ارتباط می‌شود، که به ایجاد درک اولیه در فرآیند آموزش منجر می‌شود و در کار تیمی بسیار مهم است. این روند باعث یادگیری در محیط می‌شود و نتایج برای بیماران را بهبود می‌دهد (۵۸). Timmons و همکاران نیز معتقدند که شخص و سازمان مسؤلیت یکسانی در کیفیت یادگیری و کسب تجارب دارند (۵۹). نقش مدیران نیز در زمینه یادگیری پرستاران، جنبه حمایتی دارد. همکاران در محیط‌های کاری و عملکردهای بالینی، تجارب ارزشمند غیرقابل انکاری را در اختیار سایر پرستاران می‌گذارند و یادگیری آنان را افزایش می‌دهند و در یادگیری با موقعیت‌های حمایتی به یکدیگر کمک می‌نمایند (۱).

یافته‌های این مطالعه نظارت اثربخش در تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب را نشان داد. نظارت اثربخش بر عملکرد پرستاران می‌تواند به توسعه یادگیری بالینی مهارت‌های حرفه‌ای

پرستاران منجر گردد و یکی از روش‌های ارتقاء صلاحیت بالینی محسوب می‌گردد (۶۰). مدیریت پرستاری حمایتی در بخش، اثرات مستقیم مثبت و قوی بر کسب یادگیری بالینی، حس اعتماد به نفس در پرستاران، رضایت حرفه‌ای، کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ارتقاء موقعیت‌های اجتماعی دارد (۶۱). همچنین سوپروایزر به عنوان مرکز ثقل نظارت بالینی تأثیر مهمی در یادگیری پرستاران دارد. سوپروایزر با مشارکت در عملکرد پرستاران از طریق بحث و آنالیز، ارزش‌دهی به تفاوت‌های فردی، جستجو در مورد علایق و انگیزه آنان، شناخت مهارت‌های کاری، گوش دادن به انتظارات و خواسته‌های آن‌ها و شناسایی فرصت‌های مناسب جهت ارایه بازخورد مثبت و منفی صحیح، عینی و به موقع به حمایت پرستاران تحت نظارت خود می‌پردازد، از سوی دیگر با رشد آگاهی حرفه‌ای پرستاران، آشنا نمودن آن‌ها با استانداردهای کاری، موارد اخلاقی و قانونی که بر عملکرد آنان تأثیر مستقیم دارد می‌تواند بر یادگیری بالینی و قدرت بخشیدن به پرستاران تحت نظارت خود تأثیرگذار باشد (۶۲). نتایج مطالعه Bisholt که به روش اتنوگرافی و با هدف آنالیز و شرح چگونگی یادگیری در پرستاران فارغ‌التحصیل در محل کار و چگونگی مفهوم مقابله آنان با محیط انجام شد، نشان داد محیط کار با وجود سیستم پرستار مافوق به عنوان مدلی برای نظارت بر پرستاران فارغ‌التحصیل در شروع کار آن‌ها عمل می‌کند. پرستاران تازه وارد دانش نظری و چگونگی استفاده از آن را کسب می‌کنند، اما ممکن است در بررسی این که چه بخشی از دانش را استفاده کنند، با مشکل روبه‌رو باشند. برنامه‌های نظارتی می‌توانند اجزاء توسعه حرفه‌ای را برای پرستاران تازه وارد امکان‌پذیر نمایند (۶۳). آموزش پرستاری ترکیبی از اجزاء نظری و عملی است که لازمه تعامل نظری و عملی می‌باشد (۶۴). آموزش و یادگیری ابعاد اساسی در محیط‌های بالینی هستند که تکامل تدریجی دانش، مهارت‌ها و نگرش‌ها را برعهده دارند. ترکیب آموزش نظری و عملی منجر به توسعه صلاحیت‌های پرستاران می‌شود. ماهیت و کیفیت محیط یادگیری بالینی و تجارب پرستاران در ابتدا باید ارزیابی شود و تمامیت یادگیری نظری و عملی ارتقاء یابد (۱۲). اهمیت آموزش نظری و یادگیری به خوبی در متون شناخته شده است (۶۵). محیط‌های بالینی باید حمایت‌کننده و ضامن خوبی برای یادگیری بالینی محسوب

تسریع در روند یادگیری خود راهبر و ارتقاء تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد گردند. محدودیت این مطالعه، خانم بودن اغلب پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه قلب بود. این مطالعه، اولین پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوایی مرسوم با هدف تبیین تجارب یادگیری بالینی پرستاران تازه وارد در بخش مراقبت ویژه قلب بود. بنابراین نتایج این مطالعه می‌تواند زمینه‌ای برای انجام سایر مطالعات به روش‌های کمی و کیفی باشد. با توجه به این که تفاوت‌های فرهنگی بر نیازها و کسب تجارب یادگیری تأثیرگذار می‌باشد، تحقیقات بعدی به منظور درک بهتر این پدیده، همچنین انجام مطالعات مشابه در بخش‌های دیگر مراقبت ویژه و در پرستاران مرد پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی شماره ۴۵۵ مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۲ و جلسه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان به شماره ۹۱/۲۱۶۸۲۹ در تاریخ ۱۳۹۱/۶/۲۱ می‌باشد. از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی سمنان که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار دادند، همچنین از پرستاران و پزشکان محترم بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان فاطمیه سمنان صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

شوند. این نکته اساسی است که پرستاران در بخش مراقبت ویژه قلب به اندازه کافی آماده شوند تا قادر باشند مراقبت‌های پرستاری با کیفیت بالا را برای بیماران بستری در این بخش‌ها فراهم نمایند (۱۲).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه برای پرستاران تازه وارد به بخش مراقبت ویژه قلب در شناخت استراتژی‌هایی یادگیری در حیطه‌های دانش، نگرش و عملکرد در بخش مراقبت ویژه قلب، ارزشمند است. این یافته‌ها برای پرستارانی که جهت کار در بخش مراقبت ویژه انتخاب می‌شوند، از ارزش بالایی برخوردار است، از آنجا که کار در بخش‌های مراقبت ویژه با چالش‌هایی همراه است که منجر به بروز اضطراب در پرستاران تازه وارد می‌شود، درک این نکته که این بخش‌ها، برای کسب تجارب یادگیری بالینی مناسب هستند، می‌تواند تا حد زیادی باعث برطرف شدن اضطراب، تسهیل در کسب دانش و مهارت‌های جدید، افزایش انگیزه و رضایت شغلی آنان شود. از طرف دیگر باعث آگاه نمودن مدیریت پرستاری نسبت به نقش آنان به عنوان مسؤؤل آموزش پرستاران می‌شود، تا با ایجاد محیط بالینی بهتر در کمک به یادگیری موقعیتی و کاستن از چالش‌های آموزش پایه، با برخورداری پرستاران این بخش‌ها از حمایت و نظارت اثربخش منجر به

منابع

- 1 - Bhojrub J, Hurley J, Neilson GR, Ramsay M, Smith M. Heutagogy: An alternative practice based learning approach. *Nurse Educ Pract*. 2010;10(6):322-6.
- 2 - Alspach G. Another nursing shortage wake-up call. *Crit Care Nurse*. 2000;20(6):8, 10-2, 4.
- 3 - Ross H, Clifford K. Research as a catalyst for change: the transition from student to Registered Nurse. *J Clin Nurs*. 2002;11(4):545-53.
- 4 - Myrick F, Yonge O. Preceptorship: A quintessential component of nursing education. In: Oermann M, Heinrich K, editors. *Annual review of nursing education*. 2003. p. 91-107.
- 5 - Gohery P, Meaney T. Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(6):321-8.
- 6 - Farnell S, Dawson D. 'It's not like the wards'. Experiences of nurses new to critical care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(3):319-31.
- 7 - Kelly J, Ahern K. Preparing nurses for practice: a phenomenological study of the new graduate in Australia. *J Clin Nurs*. 2009;18(6):910-8.
- 8 - Aäri RL, Ritmala-Castrén M, Leino-Kilpi H, Suominen T. Biological and physiological knowledge and skills of graduating Finnish nursing students to practice in intensive care. *Nurse Educ Today*. 2004;24(4):293-300.
- 9 - Meerabeau E. Be good, sweet maid, and let who can be clever: a counter reformation in English nursing education? *Int J Nurs Stud*. 2004;41(3):285-92.
- 10 - O'Connor SJ. Developing professional habitus: a Bernsteinian analysis of the modern nurse apprenticeship. *Nurse Educ Today*. 2007;27(7):748-54.

- 11 - Corlett J. The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Educ Today*. 2000;20(6):499-505.
- 12 - White C. A socio-cultural approach to learning in the practice setting. *Nurse Educ Today*. 2010;30(8):794-7.
- 13 - Pallapu P. Study of undergraduate students learning styles.: A dissertation submitted to the graduate Faculty of Auburn University for degree of doctor of education; 2008.
- 14 - Rubenson K. *Adult Learning and Education*. New York: Academic Press 2011.
- 15 - Johnson A, Hong H, Groth M, Parker SK. Learning and development: promoting nurses' performance and work attitudes. *J Adv Nurs*. 2011;67(3):609-20.
- 16 - McKenna H, Thompson D, Watson R, Norman I. The good old days of nurse training: rose-tinted or jaundiced view? *Int J Nurs Stud*. 2006;43(2):135-7.
- 17 - Chesnutt BM, Everhart B. Meeting the needs of graduate nurses in critical care orientation: staged orientation program in surgical intensive care. *Crit Care Nurse*. 2007;27(3):36-40, 2-51; quiz 2.
- 18 - O'Shea M, Kelly B. The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *J Clin Nurs*. 2007;16(8):1534-42.
- 19 - Duchscher JB, Myrick F. The prevailing winds of oppression: understanding the new graduate experience in acute care. *Nurs Forum*. 2008;43(4):191-206.
- 20 - Doody O, Tuohy D, Deasy C. Final-year student nurses' perceptions of role transition. *Br J Nurs*. 2012;21(11):684-8.
- 21 - Driscoll A, Currey J, George M, Davidson PM. Changes in health service delivery for cardiac patients: Implications for workforce planning and patient outcomes. *Aust Crit Care*. 2012;26(2):55-7.
- 22 - Li J, Lambert VA. Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nurs Crit Care*. 2008;13(1):12-24.
- 23 - Martins JT, Robazzi ML. Nurses' work in intensive care units: feelings of suffering. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(1):52-8.
- 24 - Presho M. Earning and learning: recruitment and retention in post registration nurse education. *Nurse Educ Today*. 2006;26(6):511-8.
- 25 - Koch J, Salamonson Y, Rolley JX, Davidson PM. Learning preference as a predictor of academic performance in first year accelerated graduate entry nursing students: a prospective follow-up study. *Nurse Educ Today*. 2011;31(6):611-6.
- 26 - Department of Health. *Liberating the Talents: Helping Primary Care Trusts and Nurses to Deliver the NHS Plan*. London: DOH, 2002.
- 27 - Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998;317(7150):61-5.
- 28 - Waterman RH, Waterman J, Collard BA. 'Toward a career resilient workforce'. In: Raggatt P, Edwards R, Small N, editors. *Adult Learners: Training and Education*. London: Routledge/The Open University; 2000.
- 29 - British Medical Association. *Accessing emergency care: making it happen; Report of the access to healthcare seminar*. London: BMA, 2002.
- 30 - Holmes CA. The slow death of psychiatric nursing: what next? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(4):401-15.
- 31 - Ashton J, Newman L. An unfinished symphony: 21st century teacher education using knowledge creating heutagogy. *British Journal of Educational Technology*. 2006;37(6):825-40.
- 32 - Glanville I, Houde S. The scholarship of teaching: implications for nursing faculty. *J Prof Nurs*. 2004;20(1):7-14.
- 33 - Muldowney Y, McKee G. Nurses new to intensive care: perceptions of their clinical learning environment. *Nurs Crit Care*. 2011;16(4):201-9.
- 34 - Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. ed t, editor. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
- 35 - Polit DF, Beck CT. *Essential of Nursing Research*. 6, editor. Lippincott Williams Wilkins Co 2006.
- 36 - Adib Hajbaqry M. [Grand Theory Methods]. Tehran: Boshra; 2006. (Persian)
- 37 - Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2003;24(2):105-12.
- 38 - Flanagan J, Baldwin S, Clarke D. Work-based learning as a means of developing and assessing nursing competence. *J Clin Nurs*. 2000;9(3):360-8.

- 39 - Andrew N, Tolson D, Ferguson D. Building on Wenger: communities of practice in nursing. *Nurse Educ Today*. 2008;28(2):246-52.
- 40 - Andrew N, Wilkie G. Integrated scholarship in nursing: An individual responsibility or collective undertaking. *Nurse Educ Today*. 2007;27(1):1-4.
- 41 - Lekan DA, Corazzini KN, Gilliss CL, Bailey DE. Clinical leadership development in accelerated baccalaureate nursing students: an education innovation. *J Prof Nurs*. 2011;27(4):202-14.
- 42 - Casey K, Fink R, Krugman M, Propst J. The graduate nurse experience. *J Nurs Adm*. 2004;34(6):303-11.
- 43 - Parsa Yekta Z, Ramezanibadr F, Khatouni AR. [Nursing students' viewpoints about their clinical competencies and its achievement level]. *Iranian journal of nursing research*. 2007;1(3):7-14. (Persian)
- 44 - Pellico LH, Brewer CS, Kovner CT. What newly licensed registered nurses have to say about their first experiences. *Nurs Outlook*. 2009;57(4):194-203.
- 45 - Burns P, Poster EC. Competency development in new registered nurse graduates: closing the gap between education and practice. *J Contin Educ Nurs*. 2008;39(2):67-73.
- 46 - Dyess SM, Sherman RO. The first year of practice: new graduate nurses' transition and learning needs. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(9):403-10.
- 47 - Saberian M, Asgari M, Asadi A, Nobahar M, Atash Nafas E, Ghods A, et al. [A model for nursing college evaluation]. *Journal of semnan university of medical sciences*. 2004;5(autumn 2003-winter 2004, supp.medical education):65-71. (Persian)
- 48 - Darvas JA, Hawkins LG. What makes a good intensive care unit: a nursing perspective. *Aust Crit Care*. 2002;15(2):77-82.
- 49 - Meretoja R, Eriksson E, Leino-Kilpi H. Indicators for competent nursing practice. *J Nurs Manag*. 2002;10(2):95-102.
- 50 - Berner KH, Ives G, Astin F. Critical care nurses' perceptions about their involvement in significant decisions regarding patient care. *Aust Crit Care*. 2004;17(3):123-31.
- 51 - Grossman SC, Valiga TM. *The new leadership challenge: Creating the future of nursing*. ed r, editor. Philadelphia: F.A. Davis Publishers; 2009.
- 52 - Wurmser TA, Bliss-Holtz J, Hedges C. Rethinking healthcare education and training. *Nurs Manage*. 2009;40(11):11-4.
- 53 - McArthur-Rouse FJ. From expert to novice: an exploration of the experiences of new academic staff to a department of adult nursing studies. *Nurse Educ Today*. 2008;28(4):401-8.
- 54 - O'Kane CE. Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2012;17(1):44-51.
- 55 - Reising DL. Early socialization of new critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2002;11(1):19-26.
- 56 - Lingard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care*. 2004;8(6):R403-8.
- 57 - Danial Z. Effect of total quality management in determining the educational needs of critical wards nurses. *Journal of critical care nursing*. 2009;2(3):117-20.
- 58 - Ruth-Sahd LA. Student nurse dyads create a community of learning: proposing a holistic clinical education theory. *J Adv Nurs*. 2011;67(11):2445-54.
- 59 - Timmons S, Randle J, Park JR. Strengthening workforce relationships: developing practice learning. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2005;2:Article5.
- 60 - Arvidsson B, Fridlund B. Factors influencing nurse supervisor competence: a critical incident analysis study. *J Nurs Manag*. 2005;13(3):231-7.
- 61 - Van Bogaert P, Kowalski C, Weeks SM, Van Heusden D, Clarke SP. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2013. 50(12):1667-77.
- 62 - Swansburg RC. *Introduction Management and Leadership for Nurse Managers*. Boston: Jones and Bartlett; 2002.
- 63 - Bisholt BK. The learning process of recently graduated nurses in professional situations--experiences of an introduction program. *Nurse Educ Today*. 2012;32(3):289-93.
- 64 - Morgan R. Using clinical skills laboratories to promote theory-practice integration during first practice placement: an Irish perspective. *J Clin Nurs*. 2006;15(2):155-61.
- 65 - Spouse J. Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *J Adv Nurs*. 2001;33(4):512-22.
- 66 - Hall WA. Developing clinical placements in times of scarcity. *Nurse Educ Today*. 2006;26(8):627-33.

New nurses' clinical learning experience in the critical coronary care units (CCCU)

Nobahar¹ M (Ph.D).

Abstract

Introduction: Learning is the core of human identity showing social participation. Socio-cultural factors have a great impact on learning experiences of new nurses in critical coronary care units (CCCU). The aim of this study was to explore new nurses' clinical learning experience in the critical coronary care units" (CCCU).

Method: In this qualitative study we used purposive sampling with maximum variation. We interviewed 18 participants with open-ended questions from 2012 to 2013 in Semnan, Iran. The main method of data collection was semi-structured interviews. The interviews were recorded digitally and immediately transcribed and then analyzed by conventional content analysis method.

Results: Based on the data analysis, we extracted four themes which indicated clinical learning experiences of new nurses in the CCCU. The themes included "challenges of basic education", "self-directed learning", "equal protection" and "effective supervision". These themes were influenced by the environment and the nurse's role in clinical learning experiences. The main theme was "situational learning". The new nurses learned clinical experience by combining themes in CCCU.

Conclusion: The results of this study are valuable for the recognition of learning strategy in the area of knowledge, attitude and practice of new nurses in CCCU. Based on the results of this study, nurse managers, supervisors and trainers can improve nursing education by motivation of personal learning; creating supportive environments and enhanced supervision to provide better clinical learning for new nurses entering CCCU.

Key words: Nursing, nursing education, clinical learning, situational learning, critical coronary care units

Received: 21 January 2014

Accepted: 31 May 2014

1 - Corresponding author: Assistant Professor, Semnan University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Paramedical, Semnan, Iran
e-mail: Nobahar43@Semums.ac.ir