Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2020; Vol 6(1), Summer, pp29-46.

Explain the Experience of Nursing Education Specialists' from the Current and Optimal Station of the Task-based Curriculum

Najibeh Ebadi[1], Mohammad Azimi[*2], Shahram Ranjdoust[3]

1-PhD Student Curriculum Planning , Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran.
2-Assistant Professor, Department of Elementary Education, Farhangian University, Iran.
3-Assistant Professor, Department of Curriculum Planning, Marand Branch, Islamic Azad University, Marand, Iran.
***Corresponding author:** Mohammad Azimi, **Email:** mohammadazimi1986@gmail.com, **Tel:** 09145960265

Received: 21 Mar 2020 **Accepted:** 30 May 2020

Abstract

Background & Aim: A curriculum is one of the most important factors and elements affecting the level of success and failure of enhance education systems. Therefore, the purpose of this research is to investigate the current and optimal status of the task-based curriculum in the field of nursing education.

Materials & Methods: This research was performed qualitatively as a phenomenology. Data were collected using semi-structured interviews with 12 nurses and analyzed using the Colaizzi method.

Results: Data analysis and integration led to the extraction of 2 main components of "existing and desirable status of the homework-based curriculum" and 12 sub-components of "unpredictability of the clinical environment, the conflict between integrating the role of professors and nursing, teachers' inability to intervene, the possibility of poor patient intervention due to legal issues, limited educational time, financial problems, mismatches with expectations, engaging students with practical assignments, holding workshops, closing the gap between learning and clinical environments, situational and decentralized implementation of nursing programs, and change in nurses' knowledge and attitude".

Conclusion: The results show that among the sub components obtained from the analysis of the responses on Nursing Education Specialists, the most important main components in examining the currents situation of the Task-oriented Curriculum (unpredictability of the clinical environment) and in the components the main is the desired situation(Eliminate the distance between the learning environment and the clinical environment).

Keywords: Task -based Curriculum, Current Status and optimal Status, Nursing Education

How to cite this article:
Ebadi N, Azimi M, Ranjdoust Sh. Explain the Experience of Nursing Education Specialists' from the Current and Optimal Station of the Task-based Curriculum. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020: 6 (1): 29-46.
URL: http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-314-fa.html

Copyright © 2020 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

تبیین تجربه متخصصین رشته آموزش پرستاری از وضعیت موجود و مطلوب برنامه درسی تکلیف محور

نجیبه عبادی[1]، محمد عظیمی [2*]، شهرام رنجدوست[3]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی برنامه ریزی درسی، واحد مرند، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران.

۲. استادیار، گروه آموزش ابتدایی، دانشگاه فرهنگیان، ایران.

۳. استادیار، گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه آزاد اسلامی، مرند، ایران.

نویسنده مسئول: محمد عظیمی، **ایمیل:** mohammadazimi1986@gmail.com، **تلفن:** ۰۹۱۴۵۹۶۰۲۶۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۰۲ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۹/۰۳/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: برنامه درسی یکی از مهم‌ترین عناصر و عوامل تأثیرگذار در تعیین میزان موفقیت و شکست نظام‌های آموزش عالی محسوب می‌شوند. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی وضعیت موجود و مطلوب برنامه درسی تکلیف محور در رشته آموزش پرستاری است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کیفی به صورت پدیدارشناسی انجام گردید. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۲ متخصص پرستاری جمع‌آوری و با روش Colaizzi تحلیل شد.

یافته‌ها: با تحلیل و ادغام یافته‌ها ۲ مؤلفه اصلی شامل «وضعیت موجود و مطلوب برنامه درسی تکلیف محور» و ۱۲ مؤلفه فرعی شامل «غیرقابل‌پیش‌بینی بودن محیط بالینی، تضاد بین تلفیق نقش استادی و پرستاری، عدم توانمندی اساتید، امکان مداخله اندک روی بیمار به دلیل مسائل حقوقی، مدت محدود تحصیل، مسائل مالی، عدم تطبیق آموزش‌ها با انتظارات، درگیر کردن دانشجو با تکالیف عملی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی، از بین بردن فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالینی، اجرای موقعیتی و غیرمتمرکز برنامه‌های پرستاری، تغییر در دانش و نگرش پرستاران» استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که از میان مؤلفه‌های فرعی به‌دست‌آمده از تحلیل پاسخ‌های متخصصین آموزش پرستاری، مهم‌ترین مؤلفه اصلی در بررسی وضع موجود برنامه درسی تکلیف محور (غیرقابل‌پیش‌بینی بودن محیط بالینی) و در مؤلفه اصلی وضع مطلوب (از بین بردن فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالینی) است.

واژه‌های کلیدی: متخصصین، برنامه درسی تکلیف محور، وضع موجود و وضع مطلوب، آموزش پرستاری

مقدمه

یکی از موضوعات مهم در برنامه‌ریزی درسی اهمیت دادن به نوسازی و تجدیدنظر در برنامه‌های درسی و هماهنگ ساختن محتوا و روش‌های تدریس با شرایط در حال تغییر است. مطالعات و بررسی‌ها نشان می‌دهد برنامه‌های درسی دانشگاهی در کشور از بدو تدوین، چندان تغییر اساسی نیافته‌اند. همچنین اهداف و راهبردهای پیش‌بینی شده در برنامه‌های توسعه در خصوص برنامه‌های درسی دانشگاه‌ها و آیین‌نامه واگذاری اختیارات برنامه‌ریزی درسی به دانشگاه‌ها چندان تحقق نیافته است (۱) بازنگری در برنامه درسی دانشگاه‌ها پدیده مستمر، ضروری و غیرقابل‌اجتناب است. دانشگاه‌هایی که متولی آموزش افراد مسئول مراقبت‌های بهداشتی درمانی به ویژه پزشکان و پرستاران هستند، به منظور این که کیفیت خود را در سطح بالایی حفظ کنند یا آن را ارتقاء بخشند چاره‌ای جز تغییر ندارند. از سوی دیگر بازنگری در آموزش پزشکی به دلیل پاسخگو بودن به روند جهانی در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

مراقبت‌های بهداشتی درمانی، فن‌آوری‌های جدید، بروز بیماری‌های نوپدید، انتظارات جدید بیماران، انفجار دانش و افزایش میزان اطلاعات راجع به بدن انسان، امری است اجتناب‌ناپذیر (۲) در سال‌های اخیر اکثر محققان تربیتی در دنیا به طور روز افزون بر اهمیت برنامه درسی مبتنی بر تکلیف تأکید کرده‌اند. هماهنگ شدن با تغییرات پرشتاب دنیای امروز، مستلزم یادگیری سریع و سازگاری با شیوه‌های نوین آن است. برنامه درسی یکی از مهم‌ترین عناصر و عوامل تأثیرگذار در تعیین میزان موفقیت و شکست نظام‌های آموزش عالی محسوب می‌شوند (۳). بدون تردید برنامه‌های درسی آینه تمام نمای میزان پیشرفت و انعکاسی از پاسخگو بودن دانشگاه‌ها به نیازهای در حال تغییر جوامع هستند (۴). ولی متأسفانه علی‌رغم اهمیت و حساسیت برنامه‌های درسی در مؤسسات آموزش عالی، میزان توجه به آن‌ها کافی نبوده و حتی مراحل طراحی و تدوین برنامه‌های درسی بر اساس یک پشتوانه علمی لازم صورت نمی‌گیرد. این در حالی است که در دنیای در حال تحول امروزی، مؤسسات آموزش عالی باید به تربیت یادگیرندگانی بپردازند که قادر باشند پس از اتمام دوره‌های آموزش رسمی خود را با شرایط و نیازهای پیرامونی هماهنگ و منطبق سازند؛ بنابراین برای دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی بسیار مهم است که یادگیرندگان آن‌ها پس از پایان دوره‌های رسمی آموزش به یادگیری خود ادامه دهند و در واقع به یادگیری مادام‌العمر توجه کنند (۵). دانشگاه‌ها به عنوان مهم‌ترین نهادهای آموزشی، مراکز تولیدکننده علم و فرهنگ و همچنین تربیت متخصصان مورد نیاز کشور، خلق دانش جدید و پیشبرد مرزهای علم شناخته می‌شوند. در نظام آموزش دانشگاهی منظور از آموزش ایجاد تغییرات مناسب و روزافزون در نظام آموزشی و محصول این سیستم یعنی دانش‌آموختگان است و در این میان برنامه درسی یکی از مهم‌ترین ابزارها جهت تغییرات همه‌جانبه اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی است. در پاسخ به افزایش تقاضا برای ارتقای توانمندی‌های فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی در دهه‌های اخیر، تغییرات اساسی در طراحی و برنامه آموزش پزشکی ایجاد شده است. برنامه درسی یکی از مهم‌ترین عناصر و عوامل تأثیرگذار در تعیین میزان موفقیت و شکست نظام‌های آموزشی عالی محسوب می‌شوند (۶). بدون تردید برنامه‌های درسی آینه تمام نمای میزان پیشرفت انعکاس از پاسخگو بودن دانشگاه-ها به نیازهای در حال تغییر جوامع هستند. وجود برنامه آموزشی مدون، جامع و منطبق با نیازهای نظام سلامت، رکن محوری آموزش‌ها را در تربیت نیروی انسانی موردنیاز نظام سلامت تشکیل می‌دهد و لازم است که هر برنامه آموزشی در راستای نیازهای روز جامعه تدوین، بازنگری و اصلاح شود (۷).

یکی از استراتژی‌ها و رویکردهای قوی آموزشی که در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی به عنوان روش مناسبی جهت آموزش و یادگیری پذیرفته شده رویکرد تکلیف محوراست. آموزش تکلیف محور سیستم جامعی با دیسیپلین‌های متعدد آموزش و یادگیری است که بر مجموعه‌ای از وظایف که پزشکان با آن روبرو هستند، تأکید دارد و یادگیری در این روش از طریق انجام وظایف و درک مفاهیم و مکانیسم‌های مرتبط با آن صورت می‌گیرد (۸). بررسی وضعیت برنامه‌های درسی و جایگاه پرستاران در نظام ارائه خدمات در سراسر جهان نشان می‌دهد که آن‌ها باید دارای توان علمی و عملی مناسب با دانش روز جهت انجام کلیه مراقبت‌های پرستاری در سطوح مختلف باشند؛ چرا که کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به میزان زیادی بستگی به نحوه ارائه خدمات آن‌ها دارد و شناسایی مسائل موجود در آموزش پرستاری و اقدام برای رفع و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

اصلاح آن‌ها، موجب بهبود دستیابی به اهداف آموزش و تربیت افراد ماهر و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی-درمانی در سطح کشور خواهد شد (۹). رویکرد تکلیف محور به دانشجویان کمک می‌کند که بتوانند مشکلات و مسائل مربوط به رشته تحصیلی خود را به صورت واقعی و عملی حل کنند و در ضمن آن دانش جدیدی بیاموزند (۱۰). برنامه درسی تکلیف محور یک رویکرد عملی و معتبر آموزشی، برای آموزش پزشکی محسوب می‌شود. یادگیری تکلیف محور یا یادگیری حول وظایف (نقش‌ها) و تلاش دانشجو جهت درک نه‌تنها وظایف بلکه مکانیسم‌های آن است که منبع و مأخذ آن تکالیف است. در این روش فقط یادگیری تکالیف خواسته شده نیست بلکه نتیجه تکلیف نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. آموزش تکلیف‌محور تنها یک یادگیری ساده نیست؛ چرا که انجام وظایف باعث یادگیری و احساس نیاز به یادگیری‌های بعدی می‌شود. این روش نیازمند فهم عمیق مفاهیم پایه است. یادگیری که از این طریق به دست می‌آید، به موقعیت‌های متفاوت قابل‌تعمیم است و مهارت‌های به دست آمده در این موقعیت‌ها قابل‌استفاده است (۱۲).

بر اساس یافته‌های Koh و همکاران (۲۰۱۴) آموزش وظیفه مدار توانست باعث افزایش خودآگاهی و احترام به خود، تقویت مهارت‌های ارتباطی و یادگیری مشارکتی شود (۱۲). Musalm و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود ضمن توصیف نحوه استفاده از روش آموزش وظیفه مدار در کشور ترکیه و با اشاره به نتایج مطلوب حاصل از اجرای آن، بیان می‌کند که اجرای این روش به سال‌های پایانی دوره پزشکی محدود نشود و از همان آغاز ورود به این رشته برای دانشجویان اجرا گردد و در تمام مدت تحصیل به عنوان یک روش اساسی آموزش در برنامه آموزشی تحصیلی مورد توجه قرار گیرد (۱۳). Takahashi (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیده است که با توجه به وجود برخی نقایص در روش یادگیری بر اساس حل مسئله، از ترکیب این روش با روش یادگیری بر اساس انجام وظایف استفاده شود تا یادگیری مطلوب‌تری ایجاد شود (۱۴). لذا با توجه به نتایج متفاوت به دست آمده در این تحقیقات و با توجه به اینکه در ایران توجهی به بررسی این مسئله نشده است، ضرورت شفاف‌سازی این مسئله کاملاً مشاهده می‌شود.

همچنین، با توجه به تحولات و تغییرات سریع در شرایط زندگی، تغییر و تحول نظریه‌ها و دیدگاه‌های یاددهی و یادگیری و رواج دیدگاه ساخت‌وساز گرایی، تأکید متخصصان برنامه‌های درسی بر طراحی الگوهای برنامه‌های درسی متناسب با شرایط و مقتضیات زمانی و یادگیرنده محور و انتقاد از برنامه‌های درسی محتوا محور و موضوعات مدون سنتی و عدم توانایی فارغ‌التحصیلان در انتقال آموخته‌ها به محیط کار و زندگی ضرورت دارد (۱۵).

برنامه‌های درسی در آموزش پزشکی مورد نقد و ارزیابی قرار گرفته تا با تغییرات جدید متناسب‌سازی شود و با وجود اینکه هدف اصلی و دانشکده‌های پرستاری تربیت پرستارانی است که مجهز به مهارت‌های ارتباطی و بالینی و حرفه‌ای باشند و در شکل‌دهی بهتر به سیاست‌های بهداشتی جامعه ایفاء نقش بکند، اما عملاً به دلیل عدم استفاده از رویکردهای آموزشی مناسب، محقق نمی‌شود. همچنین، یکی از مشکلات نظام پرستاری آن است که اکثر برنامه‌های آموزش پرستاری ما داری اهداف مکتوب و مشخص‌شده‌ای نیست این در صورتی است که تقریباً تمام دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها در سطوح اروپا و آمریکا و بسیاری از دانشکده‌های آسیایی تکلیف خود را مشخص نموده‌اند (۱۶)؛ در حالی که بررسی وضعیت و جایگاه پرستاران در نظام ارائه خدمات در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

سراسر جهان نشان می‌دهد که آن‌ها باید دارای توان علمی مناسب با دانش روز جهت انجام مراقبت‌های پرستاری در سطوح مختلف باشند (۱۷)، زیرا که کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به میزان زیادی بستگی به نحوه ارائه خدمات آن‌ها دارد و شناسایی مسائل موجود در آموزش و برنامه‌های درسی پرستاری و اقدام برای رفع و اصلاح آن‌ها موجب بهبود دستیابی به اهداف آموزش و تربیت افراد و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی، درمانی در سطح کشور خواهد شد (۱۸). از طرفی، نتایج مطالعه دیگری نشان می‌دهد که توازنی بین درس نظری و عملی در سرفصل دروس پرستاری دیگر کشورها به جامعه نگری تأکید شده است (۱۹)، اما در عمل دانشجویان پرستاری در کشور ما درمان نگر هستند و این مسئله با فلسفه پرستاری در تناقض است (۲۰).

تفکر و نگرش بیشتر مسئولین و متصدیان نظام بهداشتی درمانی ایران مبتنی بر اشتغال پرستاری و در سطح دوم مراقبت‌های بالینی در بیمارستان است اما در محتوای برنامه درسی ایران تمرکز بسیاری بر درمان بیماری‌ها وجود دارد که خود ناهماهنگی بین تئوری و عمل را در برنامه درسی پرستاری در کشورمان نشان می‌دهد، بنابراین ناهماهنگی بین دروس نظری و کار بالینی به تمایل کمتر مربیان باتجربه برای حضور در محیط‌های آموزش بالینی و واقعی نبودن ارزشیابی از مواردی است که در برنامه آموزشی ما نیاز به بازبینی دارد و لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال است که چگونه می‌توان الگوی برنامه درسی تکلیف محور را برای رشته پرستاری را طراحی و فاصله وضعیت موجود و وضعیت مطلوب را ارزیابی کرد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کیفی بود که با بهره‌گیری از راهبرد پدیدارشناسی، به بررسی شناخت عمیق تجربه متخصصین آموزش پرستاری پرداخت. پدیدارشناسی در کل مطالعه تجربه زیسته با جهان زندگی است و به جهان آن‌چنان‌که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود، نه جهان یا واقعیتی که جدای انسان باشد، توجه دارد (۲۱). به‌بیان‌دیگر، پدیدارشناسی رویکردی پژوهشگر است که از خلال آن پژوهشگر به جستجوی ساختار یا جوهره آشکار تجارب زنده افراد از یک پدیده و یافتن معانی یکپارچه‌ای که جوهره پدیده را آشکار می‌کند، می‌پردازد (۲۲).

بررسی ویژگی‌ها و روش‌های یاددهی و یادگیری برنامه درسی تکلیف محور در رشته آموزش پرستاری هم یکی از پدیده‌های اجتماعی است که می‌توان از دیدگاه پدیدارشناسانه به بررسی تجارب متخصصین آموزش پرستاری پرداخت. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه متخصصین آموزش پرستاری بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انجام گرفت و تا آنجا که داده‌های جمع‌آوری‌شده به اشباع رسیدند. با توجه به اینکه تعداد آزمودنی‌ها در مطالعات پدیدارشناسی اغلب از ۵ تا ۲۵ متغیر هستند (۲۳). در این مطالعه نیز با توجه به اشباع نظری مؤلفه‌ها در مجموع ۱۲ متخصص انتخاب شدند و مورد مصاحبه قرار گرفتند.

معیار اصلی ورود به پژوهش داشتن مدرک تخصصی دکتری در رشته‌های آموزش پرستاری و داشتن کارشناسی ارشد پرستاری با حداقل بیست سال تجربه، کتاب و مقاله تخصصی در حوزه مربوطه بود که به صورت هدفمند و با توجه به اطلاعات به دست آمده از موارد قبلی انتخاب گردیدند و تا زمان اشباع یافته‌ها مورد مصاحبه قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. در ابتدا همان‌گونه که پژوهشگران تأکید داشتند تلاش شد تا یک اعتماد و اطمینان متقابل و دوجانبه بین مصاحبه‌شوندگان و پژوهشگر برقرار شود. مصاحبه‌ها به صورت حضوری،

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

در محل کار افراد و در سازمان‌ها در یک فضای به نسبت آرام انجام گردید و برای ضبط مصاحبه‌ها، ضبط‌صوت مورد استفاده قرار گرفت و بعد از پایان هر مصاحبه، تمام محتوای مصاحبه به صورت کلمه به کلمه یادداشت شد. در جریان مصاحبه‌ها از تک‌تک شرکت‌کنندگان این سؤال که: ویژگی‌ها و روش‌های یاددهی و یادگیری برنامه درسی تکلیف محور در رشته آموزش پرستاری چگونه باید باشد؟ مصاحبه‌ها تا زمانی که طبقه‌بندی و مضمون‌ها آشکار شود و اطلاعات به اشباع رسید، ادامه یافت. با وجود این‌که امکان ذهنی شدن و دیدگاه‌های پژوهشگر در مطالعات کیفی از جمله پدیدارشناسی وجود دارد، تلاش شد تا با بی طرفی بودن نسبت به موضوع نوعی با مسئله سوگیری مقابله شود.

با توجه به این‌که فرایند تحلیل داده‌ها در پدیدارشناسی مستلزم تعامل قوی بین خواننده و متن است، ازاین‌رو برای تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر از روش تحلیل Colazzi که شامل نه مرحله توصیف پدید مورد علاقه توسط پژوهشگر، خواندن همه توصیف‌های شر کنندگان از پدیده، استخراج جملات اصلی از دست‌نوشته‌های اولیه، بازگو کردن معانی اصلی هر جمله، سازمان‌دهی مجموع معانی شکل‌گرفته در خوشه‌ای از طبقات، نوشتن توصیف جامعی توسط پژوهشگر، بازگردانی به شرکت‌کنندگان جهت مقایسه با توصیفات آنان از پدیده و اصلاح و تغییر یافته‌ها در صورت به وجود آمدن داده‌های جدید در مرحله تغییر، استفاده شد (۲۴). بر اساس این مراحل، توصیفات شرکت‌کنندگان چندین بار به‌منظور درک و هم احساس شدن با آن‌ها توسط پژوهشگر مطالعه و پس از غوطه‌ور شدن در آن‌ها، جملات مهم در رابطه با پدیده مورد مطالعه استخراج گردید و سپس سازمان‌دهی کدها و مقوله‌ها صورت پذیرفت.

در مرحله بعد با ترکیب کردن همه مقوله‌های اصلی و فرعی استنتاج شده، توصیف کامل و جامعی از جزئیات پدیده مورد مطالعه به دست آمد.

تلاش شد تا صحت علمی و استحکام یافته‌های پژوهشی از طریق سه قابلیت تائید، اعتبار و اعتماد حاصل شود. قابلیت تائید از راه‌های مقایسه با پیشینه پژوهشی، وفادار ماندن به روش پژوهش پدیدارشناسی در تمام طول مطالعه و نظارت مداوم بر پژوهش از ابتدا تا انتها، استفاده از نمونه کافی و مناسب و ادامه مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها حاصل گردید. قابلیت اعتبار با تحلیل و کدگذاری داده‌ها توسط یک پژوهشگر باتجربه و مستقل و مقایسه با تحلیل خود پژوهشگر و همچنین، دادن نتایج تحلیل به شرکت‌کنندگان و گرفتن نظرات آن‌ها سنجیده شد. ازآنجایی‌که در پژوهش کیفی خود پژوهشگر ابزار مطالعه است، قابلیت اعتماد در مطالعه کیفی، پژوهشگر ابزار مطالعه است، قابلیت اعتماد مطالعه کیفی به توانایی‌ها و تلاش خود او وابسته است (۲۵). به همین منظور یک فرایند پژوهش کامل طراحی شد تا اطمینان حاصل شود که روند پژوهشی عاری از سوگیری است و تجارب شکار متخصصین آموزش پرستاری با پیش‌فرض‌ها و دانسته‌های قبلی پژوهشگر آلوده نشده است و به پدیده اجازه داده شد که خودش را بیان کند. در مطالعه حاضر به آزمودنی‌ها در مورد حفاظت از هویت آن‌ها، دادن اطلاعات کافی به آن‌ها در مورد پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. علاوه بر این، مطابق توصیه پژوهشگران این حوزه، به همه آزمودنی‌ها در مورد محو کردن همه پایگاه داده‌ها مانند نوارهای ضبط‌شده، تمام دست‌نوشته‌ها و سایر موارد مرتبط بعد از به پایان رساندن تحلیل داده‌ها، اطمینان کامل داده شد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۵۴- ۴۷ سال برای رشته آموزش پرستاری بود. در مجموع ۱۲ نفر در پژوهش حاضر شرکت نمودند. ویژگی‌های شرکت‌کنندگان از لحاظ مدرک تحصیلی، رتبه علمی، رشته تحصیلی، جنس، سن توصیف شده است. برای تحلیل یافته‌ها از کدگذاری استفاده شد (۲۶). با مطالعه مکرر متون پیاده شده، ۱۶۹ جمله دارای اهمیت ویژه انتخاب شدند. به طوری که با شیوه تجزیه‌وتحلیل Colaizzi نسبت به تجزیه‌وتحلیل داده‌ها اقدام گردید. در نهایت با بررسی این جملات و معانی آن‌ها ۱۲ جمله کلیدی گزینش شد و دو مؤلفه اصلی پژوهش انتخاب گردید. زمینه کلی، مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات شرکت‌کنندگان در مصاحبه

ردیف	مدرک تحصیلی	رتبه علمی	جنس	سن
۱	دکترای تخصصی	دانشیار	مرد	۵۴
۲	دکترای تخصصی	استادیار	مرد	۵۲
۳	دکترای تخصصی	دانشیار	مرد	۵۳
٤	دکترای تخصصی	استادیار	زن	۵۰
۵	دکترای تخصصی	استاد	زن	۵۰
٦	دکترای تخصصی	استادیار	مرد	۴۷
۷	دکترای حرفه‌ای	استادیار	مرد	۴۷
۸	دکترای حرفه‌ای	استادیار	مرد	۵۰
۹	دکترای حرفه‌ای	استادیار	مرد	۴۹
۱۰	دکترای حرفه‌ای	استادیار	مرد	۴۷
۱۱	دکترای حرفه‌ای	دانشیار	مرد	۵۱
۱۲	دکترای حرفه‌ای	استادیار	مرد	۴۸

جدول ۲: زمینه کلی، مؤلفه‌های اصلی، مؤلفه‌های فرعی، فراوانی، مؤلفه‌های وضع موجود و مطلوب برنامه درسی تکلیف محور مستخرج از مصاحبه با اساتید رشته آموزش پرستاری

۱	**وضعیت موجود و چالش‌ها**	**غیرقابل‌پیش‌بینی بودن محیط بالینی**	**۱۸**
۲		تضاد بین تلفیق نقش استادی و پرستاری	٦
۳		عدم توانمندی اساتید	٦
۴		امکان مداخله اندک روی بیمار به دلیل مسائل حقوقی	۱۰
۵		مدت محدود تحصیل	۷
۶		مسائل مالی	۱۰
۷		عدم تطبیق آموزش‌ها با انتظارات	۱۷
۸		درگیر کردن دانشجو با تکالیف عملی	۱٦

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

۹		برگزاری کارگاه‌های آموزشی	۱۰
۱۰	**وضعیت مطلوب و راهکارها**	از بین بردن فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالینی	٤۰
۱۱		اجرای موقعیتی و غیرمتمرکز برنامه‌های پرستاری	۲٦
۱۲		تغییر در دانش و نگرش پرستاران	۲۱

مضمون اصلی ۱ (تحلیل سؤال اول): وضعیت موجود و چالش‌ها

در مصاحبه‌هایی که صورت گرفت، اساتید به صورت کاملاً روشن و واضح وضعیت موجود این رشته را به تصویر کشیده‌اند و موارد چندی را به عنوان چالش‌های رشته پرستاری در حال حاضر معرفی کرده‌اند که از اظهارات اساتید در این زمینه مضامین غیرقابل‌پیش‌بینی بودن محیط بالینی، تضاد بین تلفیق نقش استادی و پرستاری، عدم توانمندی اساتید، امکان مداخله اندک روی بیمار به دلیل مسائل حقوقی، مدت محدود تحصیل، مسائل مالی، عدم تطبیق آموزش‌ها با انتظارات، استخراج شد که تحلیل آن‌ها در زیر آمده است:

غیرقابل‌پیش‌بینی بودن محیط بالینی: امروزه محیط بالینی به طور وسیعی به عنوان محیطی کلیدی جهت آموزش دانشجویان پذیرفته شده است و به آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند آموزش نظری را با عملکرد در بالین پیوند دهند. البته در این میان متغیرهای زیادی وجود دارد. محیط یادگیری دانشجویان دربرگیرنده همه شرایط و نیروهایی است که از طریق آن‌ها فرایند آموزش و یادگیری اتفاق می‌افتد. محیط آموزش بالینی شامل تمام عوامل شناختی، فرهنگی، اجتماعی، روانی، عاطفی، تحصیلی و انگیزشی است که در محیط بالین وجود دارد. به دلیل غیرقابل‌پیش‌بینی بودن محیط بالینی، دانشجو به محض ورود به محیط اندوخته‌های خود را مغایر با محیط بالینی غیرقابل‌پیش‌بینی دیده و دچار سردرگمی می‌شود. نظرات اساتید نیز در این زمینه گویای این چالش است:

پاسخگوی شماره ۲: «پس محیط‌های بالینی صددرصد دست ما نیست. اصلاً قابل پیش‌بینی نیستند. یک لحظه ما میریم به بخش. مد نظرم این هستش که از دیابت صحبت کنم می‌بینم به بخش یه دونه احیاء قلبی ریوی میارن. پس در نتیجه آشفته‌بازاری اتفاق میفته تو بخش؛ از صبح تا ظهر درگیر این بحث میشیم».

پاسخگوی شماره ۳: «در ذهن خودش تصور می‌کند که ۲۰ درصد مریض‌هایی که بستری هستند بیماران تنفسی هستند، تصوری در ذهن هست. وقتی‌که میره وارد محیط واقعی میشه میبینه که خیر ۶۰ درصد بیماری‌ها تنفسی هستند. خوب طبیعی هست که تکلیف سمت و سوق پیدا می کنه به سمت بیماری تنفسی و فلان شی که شاید ۱ درصد هستش اتوماتیک میره به حاشیه و حذف خواهد شد الآن مثلاً ما در دفترچه لاگ بوک از دانشجوی کارشناسی ارشد ۱۰۰۰ تا انتظارات

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

داریم. این هزارتارو ما نمی تونیم که تکلیف کنیم در کاغذ بیاوریم».

تضاد بین تلفیق نقش استادی و پرستاری: استادی که قرار است در محیط بالینی به دانشجو تدریس کند وقتی در محیط بالینی قرار می‌گیرد مجبور می‌شود وظایف پرستاری خود را در قبال مریض انجام داده و حق و حقوق مریض را ادا کند که این امر باعث به حاشیه رانده شدن آموزش و مشغول شدن به طبابت می‌شود. که اظهارات چند تن از اساتید در این زمینه نیز مؤید این چالش است:

پاسخگوی شماره ۴: «وظیفه‌ی پرستار، ارائه خدمات بهداشتی و خدمات سلامت به مردم هست، وظیفه اون آموزش دادن نیست. الآن آموزش پزشکی پیوسته به وزارت بهداشت و به نوعی مونده تو حاشیه. ببینید اینطور مونده تو حاشیه، من به عنوان یک پزشک پام‌رو میذارم به بخش خوب وظیفه من چی هست در بخش؟ وظیفه من اینه که به مریض خدمات درمانی بدم ویزیت کنم معاینه کنم و غیره. خوب سؤالم اینه که آیا وظیفه من معلم شدن هست یا وظیفه من طبابت کردن هست. اگر وظیفه‌ام طبابت کردن هست، پس اصلاً آموزش معنی نداره. اگر وظیفه‌ام معلم بودن هست طبیعی هست که وقتی که انرژی‌ام را میذارم به معلمی طبابت زیر سؤال می‌ره خواهی نخواهی».

پاسخگوی شماره ۸: «نیاز مریض هست، نیاز خانواده اون هست. آموزش دانش کاملاً در حاشیه است. این فقط در پرستاری نیست در پزشکی هم همین است در علوم آزمایشگاهی هم همین هست. در حوزه علوم پزشکی وظایف چندگانه‌ای برای من محول کردن. در حالی که در دانشکده فنی مهندسی، وظیفه استاد چیه؟ فقط تدریس، حالا این تدریس با تئوری باشه یا کارگاهی باشه فقط وظیفه‌اش تدریس است. در حالی که من الآن در بیمارستان وظیفه‌ام فقط تدریس نیست؛ طبابت هست، خدمات مراقبتی هست و غیره. این باعث میشه که شدیداً آموزشمون در حاشیه باشه. شاید یک سری منافعی هم داره تلفیق‌اش ولی شما برین نگاه کنین استاد اسم دانشجوشو نمیدونه. ده تا دانشجورو دادن به من، من پنجاه تا هم مریض دارم؛ طبابت کنم یا تدریس؟ هیچ نمیدونم اسم دانشجو چی هست».

عدم توانمندی اساتید: یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام سلامت کشور ما کمبود نیروی انسانی ماهر است. آنچه امروزه کشورهای پیشرفته را از بقیه کشورها متمایز می‌سازد، دارا بودن سرمایه انسانی تحصیل‌کرده و ماهر است که به طور مناسب و با توجه به تخصص افراد به کار گمارده می‌شوند. در این خصوص اساتید نیز به چالش عدم توانمندی اساتید پرستاری اشاره کرده‌اند که در این خصوص چند نمونه مطرح می‌شود:

پاسخگوی شماره ۵: «بعضی جاها من توانمندیشو ندارم. من میرم به بخش داخلی، توانمند هستم. میرم بخشی عفونی توانمند نیستم. خوب گپ ایجاد میشه خوب وقتی که من به محیط مسلط نیستم گپ ایجاد میشه، پس توانمندی مدرس مهم هستش».

پاسخگوی شماره ۷: «ما خیلی از دروس که به برخی از اساتید میدیم بدون سنجش این هست که استاد توانایی لازم‌رو برای آموزش این درس‌رو داره یا نداره استاد اصلاً وقتی توانمند نیست بالاخره دانشجویان هم در مرحله عمل نمی تونن موفق بشن».

امکان مداخله اندک روی بیمار به دلیل مسائل حقوقی: خطاهای پزشکی به دلیل سروکار داشتن این رشته با جان انسان‌ها گاهی غیرقابل‌جبران بوده و مسائل حقوقی زیادی را به دنبال خودش می‌آورد و مشکلات عدیده‌ای را برای قشر پزشک و پرستار ایجاد می‌کند؛ بنابراین اساتید هم به این نکته اشاره می‌کنند که چون با جان انسان‌ها سروکار دارند زیاد نمی‌توانند در کیس مورد نظر غوطه‌ور شده و تجربه کسب کنند. انسان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

موش آزمایشگاهی نیست که بتوان از طریق آن به تمام تجربیات دست یافت و ندانسته‌ها را کشف کرد؛ در این خصوص اظهارات اساتید نیز شنیدنی است:

پاسخگوی شماره ۴: «وقتی کیس مورد نظر انسان باشد دیگر دخل و تصرف کامل و آزمایش و خطا معنی خود را از دست می‌دهد در اینجاست که رعایت جانب احتیاط، امکان کشف و اکتشاف ناشناخته‌ها را از پرستار سلب می‌کند».

پاسخگوی شماره ۷: «درست است که پرستار باید تجربه دست‌اول کسب کند ولی این تجربیات با محدودیت‌هایی مواجه است؛ پرستار نمی‌تواند به اختیار خود روی بیمار آزمایش و خطا انجام دهد. کوچک‌ترین اشتباه پزشکی منجر به از دست دادن جان انسان‌ها می‌شود».

مدت محدود تحصیل: رشته پرستاری به دلیل حساسیت بالا و سر وکار داشتن با جان انسان‌ها، نیاز به آموزش بیشتر دارد ولی مدت تحصیل کم این امر را محدود می‌کند که اظهارات اساتید نیز بر این امر صحه می‌گذارد که نمونه‌هایی از این اظهارات در زیر ارائه می‌شود:

پاسخگوی شماره ۱: «مهارت را نمی تونیم در عرض دو سال کامل به دست آوریم باید مدت تحصیل افزایش یابد».

پاسخگوی شماره ۸: «ما اگر بخواهیم دانشجو را بچرخانیم در بخش‌ها که حداقل ببیند که چه موردهایی در بخش‌ها می‌خوابند هرکدام یک چهار روزی زمان می‌برد که در چهار روز دانشجو نمی‌تواند مهارت لازم را کسب کند».

مسائل مالی: مشکلات مالی دغدغه مدیران و کادر پزشکی است. مدیران رده بالا، اولین مشکل را نداشتن منابع مالی پایدار عنوان کرده‌اند که اظهارات اساتید گویای این مطلب است:

پاسخگوی شماره ۲: «درآمد کافی نداریم و میزان دریافتی‌مان با شدت سختی شغلمان همخوانی ندارد و ما هم مجبوریم به دلیل نیاز مالی و کم بودن دستمزدمان،۳ شیفت کار کنیم».

پاسخگوی شماره ۶: «یکی از بزرگ‌ترین آسیب‌های آموزش پزشکی اینه که سایه این انتفاع مالی عملاً نیاز آموزشی‌رو برده به حاشیه حتی من فوق‌العاده فرد سالمی باشم سیستم من‌رو وادار می‌کند انتفاع مالی‌رو گزینه اول انتخاب کنم. طبیعی هست برم به اون سمت».

مشکل جنسیتی: در اکثر بیمارستان‌ها تعداد پرستار زن نسبت به پرستار مرد بیشتر است این موضوع بیشتر به ماهیت رشته برمی‌گردد چون رشته پرستاری بیشتر زنانه است تا مردانه. در مصاحبه‌ها هم اساتید به این مشکل جنسیتی اشاره‌کرده‌اند که این‌چنین مشکلات، مسائل عدیده‌ای را درزمینه شرعی ایجاد می‌کند:

پاسخگوی شماره ۳: «در بخش روانی مردان، اصلاً درست نیست خانم کار کنه چون پرستار آقا نبود، خانم وارد کار می‌شد. پیامدش چی بود. پیامدش این بود که عملاً پرستار خانم میشه منشی. عملاً نمی تونه به مریض دست بزنه، پیش مریض فقط پرونده می‌نوشت. چهار نفر هم می‌گذاشتن خدمات که مراقبت کنن از اون که خدای‌ناکرده ناسزا نگه یا یک مشکلی پیش نیاد. الان کم‌کم تعداد زیاد شده ولی باز هم جوابگو نیست».

پاسخگوی شماره ۶: «بالاخره فرهنگ مردم هم مهم هست. شاید یک خانم با آقا به اون صورت راحت نباشند الآن ما مردها رو از بهداشت خانواده جمع کردیم. مردها خودشون هم معذب می‌شدند. دانشجوی آقا می‌گفت مثلاً من چطور برخورد کنم اون یک خانم باردار هست من مثلاً خجالت می‌کشم بایستم بالا سرش. هیچ خانم باردار نمیتونه اطلاعات بده به آقا».

عدم تطبیق آموزش‌ها با انتظارات: انتظارات مشتری در واقع عقایدی است درباره ارائه خدمت که

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

این عقاید زمانی که مشتری عملکرد ارائه‌کننده خدمت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد به عنوان نقاط مرجع و استاندارد عمل می‌نمایند. در یک بیمارستان اگر چه کادر پزشکی تعیین‌کننده نوع و میزان درمان مورد نیاز بیمار است ولی بیشترین مراقبت توسط کادر پرستاری ارائه می‌شود. به طور خلاصه، پرستاران نقطه اولیه تماس بین بیماران و دنیای مراقبت‌های بهداشتی هستند. تحقیقات نشان داده است که بیماران دارای انتظارات متفاوتی نسبت به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درمانی به عنوان متولیان و ارائه‌دهندگان خدمات هستند؛ که این تفاوت انتظارات برای پرستاران چالش ایجاد می‌کنند که اساتید نیز به این امر اذعان کرده‌اند:

پاسخگوی شماره ۵: «می‌رفتم توی بخش ببینم چه طور با مردم رفتار میکنن چیکار میکنن بعضی وقتا من خودم کلافه می‌شدم. نگاه می‌کردم می‌دیدم که ماهارم کلافه میکنن انتظارتشون معقول نیست بعضی وقتا می بینه این داره رگ‌گیری می کنه هی میاد میگه خانوم بچه من سرمش تموم شده. می بینی که الان دارم کار می‌کنم اونا هم به هر حال بشرن دیگه پرستار ممکنه بچشو مریض گذاشته تو خونه اون همیشه حساب میکنه که پرستار زندگی نداره هرچند که متأسفانه محیط هامون هم اینجورین ها بیمارستانمان پرستاررو درک نمی‌کند پرستار میگه بچه من مریضه میگه به من چه نمیگه که این پرستاری که بچه‌اش مریضه چطوری میتونه با آرامش روانی کار بکنه؛ یعنی بیای پای درد دل پرستارا بشینی می بینی بنده خداها هم دلشون پره چون اونها هم از سیستم حمایت نمیگیرن بچه‌اش تب کرده من خودم برام پیش اومده بچه‌ام تب کرده گذاشتم مهدکودک اومدم بیمارستان».

پاسخگوی شماره ۸: «هیچ کجای دنیا این‌جور چیزی نیست. به پنج تا مریض اون هم مریض معمولی یک پرستار میدن اگر بدحال باشن دوتا پرستار میدن. میگه اینجا برای ۱۰۰ تا مریض آورده ۲ تا پرستار گذاشته شما انتظار دارین من پرستار آرامشم رو حفظ کنم و از کوره در نرم؟ مثلاً آرام‌ترین مریض روانی روزی دو تا سوال بپرسه ۱- که آقا من کی مرخص میشم؟ ۲- امکانش هست یک شماره بگیری من با خانواده‌ام صحبت کنم. دویست بار به اونها باید جواب بدم. اون مریض دارو داره، غذا داره، تعویض لباس داره و خیلی برنامه های دیگه، میگه آقا با این وضعیت انتظار دارن خانواده‌اش که اومدن اینجا فرش قرمز پهن کنیم. خود من ثبات ندارم تحت فشار کارم. این باعث میشه که پرستارها مشکل پیدا کنند».

مضمون اصلی ۲ (تحلیل سوال دوم): وضعیت مطلوب و راهکارها

در هر حوزه ای آمالها و ایده آلهایی ترسیم می شود که همه دست اندرکاران در تلاش برای رسیدن به آن نقطه می باشند در این پژوهش، اساتید نیز در ذهن ایده آلها و وضعیت مطلوبی برای خودشان داشتند که معتقدند در صورت اجرای این راهکارها می توان به نقطه مطلوب رسید که از اظهارات اساتید مضامین فرعی درگیر کردن دانشجو با تکالیف عملی، برگزاری کارگاههای آموزشی، از بین بردن فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالینی، اجرای موقعیتی و غیرمتمرکز برنامه های پرستاری، تغییر در دانش و نگرش پرستاران استخراج شد که در زیر تحلیل هر کدام آمده است:

درگیر کردن دانشجو با تکالیف عملی: آموزش‌های بالینی چه به صورت ابتدایی و چه به صورت آموزش‌های مستمر بایستی همگام با موقعیت‌های بالینی باشد. دانشجویان بایستی قادر باشند تا تجارب یادگیری کافی هم از دیدگاه تئوری و هم از دیدگاه بالین را کسب نمایند و معلمین بالینی بایستی این موقعیت را فراهم نمایند تا دانشجو همان‌گونه که در تئوری مهارت می‌یابد در بالین هم متبحر گردد. امروزه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

روش‌های متعددی در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی است که آموزش تئوری را تا حد زیادی به موقعیت بالینی نزدیک می‌نمایند. اساتید هم یکی راهکارهای اساسی را درگیر کردن دانشجو با تکالیف عملی می‌دانند که در زیر اظهارات چند تن از استادان به عنوان نمونه ذکر می‌شود:

پاسخگوی شماره ۱: «کاهش فاصله تئوری و عمل با درگیر کردن دانشجویان با مسائل و تکالیف عملی امکان‌پذیر است به اینکه آنهارو وادار کنیم که از دانش خود در شرایط و موقعیت‌های واقعی یا شبیه‌سازی‌شده استفاده کنند. برنامه مبتنی بر تکلیف واقعاً میتونه این شکاف‌رو خیلی کم بکنه».

برگزاری کارگاه‌های آموزشی: از جمله آموزش‌هایی که اخیراً موردتوجه وزارت علوم، تحقیقات و فناوری قرار گرفته است و موسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی مسئولیت هماهنگی و اجرای آن را بر عهده دارد، برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه‌های گوناگون و در دانشگاه‌های سراسر کشور است. آموزش کارگاهی از سال ۱۹۴۱ تاکنون برای آموزش موضوعاتی نظیر عملیات احیای قلبی ریوی مورد استفاده قرار گرفته است. کارگاه‌ها موجب افزایش انگیزه برای ادای وظایف، افزایش مهارت شغلی، کسب امتیاز و ترفیع سازمانی را برای اعضا فراهم می‌کند. کارگاه‌های آموزشی مجموعه سازمان‌یافته‌ای است که فرصت‌هایی را برای یادگیری از طریق تفکر، عمل و بحث و تبادل‌نظر فراهم می‌سازد. اظهارات تعدادی از اساتید نیز گویای این است که برگزاری کارگاه‌ها تأثیر مثبتی در بهبود وضعیت موجود دارد که اظهارات چند تن از اساتید در این زمینه بیان می‌شود:

پاسخگوی شماره ۲: «اطلاعات پزشکی باید هر روز به‌روزرسانی شود این امر از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی میسر است تا پرستاران با یکدیگر ارتباط داشته و تجربیات خود را در اختیار همدیگر قرار بدهند».

پاسخگوی شماره ۴: «کارگاه‌های آموزشی باعث می‌شود اعضای شرکت‌کننده در کارگاه، کار گروهی توأم با همکاری را تجربه کنند».

از بین بردن فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالین: در زمینه آموزش حرفه‌های پزشکی هماهنگی بین آنچه که آموخته می‌شود و آنچه که در بالین به کار گرفته می‌شود، از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا بایستی محتوای برنامه‌های درسی تا حد امکان متناسب با موقعیت‌های بالینی تنظیم گردد و یادگیری در دل محیط بالینی اتفاق بیفتد. در آموزش پزشکی یادگیری تنها در محیط بالینی معنا پیدا می‌کند. در این پژوهش اساتید نیز یکی از راهکارهای اساسی برای تحول در این رشته را کاهش فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالین دانسته‌اند که اظهارات چند تن از اساتید در این زمینه برای نمونه ارائه می‌شود:

پاسخگوی شماره ۳: «پس پیشنهاد این است که کلاً اون فاصله از بین بره محیط یادگیری و محیط کار یکسان باشه متأسفانه الان دانشجوی ارشد داریم که بیمارستان امام رضا کار میکنه رشتش کودکانه، اورژانس کار میکنه. رشته ش نوزادانه بعد فارغ‌التحصیلی برمی‌گردد کجا، برمیگرده مرکز خودش. پس واسه چی درس میخونه».

پاسخگوی شماره ۷: «من میگم دانشکده کشاورزی باید در دل مزارع کشاورزی ساخته بشه یعنی دانشجو رفت توی محوطه، دانشگاه نیست محوطه کشاورزی است یعنی مزارع مختلف آبیاری متخلف بذر مختلف آفت مختلف و همه‌ی این‌ها در سیستم پرستاری هم به همین شکله که هر دانشجوی پرستاری در محیطی آموزشی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

ببیند که در بغل‌دست خودش بیمارستان و واحد موظفه گذراندن این دروس‌رو هم داشته باشد».

اجرای غیرمتمرکز و موقعیتی برنامه‌های پرستاری: تمرکز و عدم تمرکز دو اصطلاحی هستند که بحث‌های جدی را در محافل علمی، سیاسی و اقتصادی برانگیخته‌اند. امروزه نتایج این مباحث توانسته است نظام‌های سیاسی و اجتماعی جوامع مختلف را تحت تأثیر قرار دهد. محیط بالین محیطی است که نمی‌توان از قبل اتفاقات آن را پیش‌بینی کرد و از قبل برنامه‌ای متمرکز برای آن تدارک دید پس برنامه‌های درسی پرستاری باید از جنس تصاعدی، موقعیتی و روئیدنی باشند تا بتوان بر اساس شرایط و موقعیت در همان لحظه تصمیم گرفت و اقدام کرد. یکی از پیشنهادهای اساتید برای ارتقای برنامه‌های پرستاری، اجرای موقعیتی برنامه‌های آن است که در این زمینه نظرات اساتید را برای نمونه بیان می‌کنیم:

پاسخگوی شماره ۱: «برنامه‌های درسی متمرکز دست و پای مدرس را می‌بندد و اختیار عمل را از او سلب می‌کند برنامه‌های پرستاری باید در اختیار کامل مدرس باشد تا او بتواند بر اساس نیاز محیط بالینی تصمیم گرفته و دانشجو را هدایت کند».

پاسخگوی شماره: «برنامه‌های پرستاری باید موقعیتی باشد در غیر این صورت با مطالعه چند کتاب و انجام آزمایش روی موارد شبیه‌سازی‌شده نمی‌توان پرستار توانمند تربیت کرد. آموزش باید در محیط بالین و بر اساس نیاز آن موقعیت اتفاق بیفتد».

تغییر در دانش و نگرش پرستاران: نخستین سطح تغییر، تغییر معلومات است. پرستاران برای اینکه بتوانند دانش قبلی خود را به چالش بکشند و به روز باشند، باید به طور مداوم در حال آموزش و یادگیری باشند. راه‌های کسب دانش متنوع بوده و شامل شرکت در کارگاه‌ها، سمینارها، گوش دادن به سخنرانی‌های خوب و پرمحتوا و ... است. مهم‌ترین سطح تغییر، تغییر نگرش‌هاست. چون نگرش معلوماتی است که بار احساسی دارد یعنی با ارزش‌ها، اعتقادات و باورهای اشتباه ما منافات دارد. پرستاران برای تغییر نگرش و تبدیل آن به نگرش مطلوب باید هدف خود را از انتخاب این شغل شفاف‌سازی کنند، از الگوهای موفق در این راه کمک بگیرند، درباره تأثیر تغییر نگرششان روی زندگی مطلع باشند که همه این‌ها در سایه آموزش‌های درست تغییر رفتار و تغییر نگرش حاصل می‌شود که انجام این امر مهم بر عهده اساتید است که بتوانند با درایت خاص در جهت تغییر رفتار و نگرش دانشجویان گام بردارند؛ در این پژوهش نیز اساتید یکی از راهکارهای اساسی در ارتقای این رشته و رسیدن به وضعیت مطلوب را تغییر دانش و نگرش پرستاران می‌دانند که در زیر اظهارات چند تن از اساتید در این زمینه به عنوان نمونه آورده می‌شود:

پاسخگوی شماره ۵: «اگر پرستاران هدف خود را از ورود به این رشته ندانند و نگرش مثبتی نسبت به کار خود نداشته باشند بعد از مدتی دچار خستگی و فرسودگی شغلی شده و از کار خود هیچ لذتی نخواهند برد پس در وهله اول باید روی نگرش‌های دانشجویانمان کار کنیم».

پاسخگوی شماره ۶: «من استاد باید در تمام مسیر راهنمای دانشجویم باشم و او را به جلو هدایت کنم. خیلی از افراد برای تغییر در رفتار و نگرش خود نیازمند راهنما هستند. ما باید این فرصت را برای دانشجویمان ایجاد کنیم. اگر این فرصت ایجاد شود عشق و علاقه به کار نیز به دنبال آن خواهد آمد».

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر یافته‌های حاصل از تجربه متخصصین آموزش پرستاری موجود در حیطه بررسی وضعیت موجود و مطلوب برنامه درسی تکلیف محور در رشته

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

آموزش پرستاری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. تجربه افراد متخصص در این مطالعه بیانگر آن بود که در برنامه درسی تکلیف محور بررسی وضع موجود و شناسایی مؤلفه‌های مطلوب باید به عنوان اساس کار و اجرا در رشته آموزش پرستاری قلمداد شود.

این متخصصان در بررسی وضع موجود برنامه درسی تکلیف محور (غیرقابل پیش‌بینی بودن محیط بالینی) و در مؤلفه اصلی وضع مطلوب (از بین بردن فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالینی) را از طرق مختلف را تأکید می‌نمایند. چکیده سخنان افراد شرکت‌کننده در این پژوهش در قالب ۱۲ مؤلفه فرعی و ۲ مؤلفه اصلی قرار گرفته است و به صورت زیرمجموعه یک زمینه کلی تحت عنوان «از بین بردن فاصله بین محیط یادگیری و محیط بالینی از طرق مختلف از مهم‌ترین مؤلفه‌های برنامه درسی تکلیف محور در وضع مطلوب» می‌دانند که از دیدگاه متخصصین توسط رشته آموزش پرستاری باید پاسخگو باشد، خلاصه شده است. لذا نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات دیگر همسو است (۲۷-۳۱).

بنابراین می‌توان گفت که برنامه درسی تکلیف محور قبل از فارغ‌التحصیلی محوریت کامل برنامه آموزشی را تسهیل می‌کند، بین تئوری و عمل ارتباط برقرار می‌نماید و زمینه استفاده عملی از مطالب آموخته‌شده تئوری و مهارت‌های عملی یاد گرفته‌شده در سال‌های اولیه تحصیل را در سال‌های بعدی فراهم می‌کند. همچنین زمینه دانشجو محوری و حل مسئله را نیز فراهم می‌سازد. روش تکلیف محور بعد از فارغ‌التحصیلی ارزش یک شغل را افزایش می‌دهد، فارغ‌التحصیلان را در فهم مفاهیم پایه مرتبط با بیماری و سلامت توانمند می‌سازد و به حل تعارضات موجود بین آموزش‌های دانشگاهی و واقعیت محیط کار کمک می‌کند و در آموزش مداوم باعث ساخت گنجینه‌ای از مهارت‌ها و دانش می‌شود، زمینه فهم بر اساس عملکرد (تمرین) مداوم را فراهم می‌سازد و دانش و مهارت‌ها را به‌روزرسانی می‌کند. این رویکرد (رویکرد آموزشی مبتنی بر تکلیف)، در سطوح مختلف کارشناسی، تحصیلات تکمیلی، آموزش مداوم و آموزش پیوسته قابل‌اجرا است. در برنامه درسی سنتی یا موضوع محور به علت تأکید بر اهداف از قبل تعیین‌شده و دانش دیسیپلینی، نیازهای محیط کار کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. در برنامه درسی مبتنی بر تکلیف با انتخاب مسائل واقعی و یا شبیه‌سازی‌شده، میزان مشارکت در جامعه عمل نسبت به برنامه درسی سنتی بیشتر است. به طوری که استفاده از این روش سبب یادگیری عمیق‌تر و بینش وسیع‌تر شده، باعث ایجاد یکپارچگی آموخته‌های فراگیران، ارتقای دانش، مهارت و صلاحیت کسب دانش کاربردی و تقویت بدنه دانش، التزام به آموختن مهارت‌های متعدد و بین‌رشته‌ای، ایجاد ارتباط بین مفاهیم پایه و بالین، فهم عمیق مفاهیم پایه، کسب دانش و عملکرد مطلوب و دستیابی به اهداف آموزشی، افزایش یادگیری، فهم و یادگیری بهتر و افزایش دانش و مهارت، کسب مهارت تفکر انتقادی و استدلال بالینی می‌گردد. همچنین استفاده از روش آموزش تکلیف محور باعث تقویت قدرت تجزیه‌وتحلیل و کسب مهارت حل‌مسأله، ایجاد خلاقیت و تفکر انتقادی، بهبود توانایی استدلال بالینی در فراگیران می‌شود. از نتایج پژوهش‌ها استنباط می‌شود که روش آموزش بر پایه انجام وظایف، مهارت یادگیری مستقل را در فراگیران ایجاد نموده، توانایی شناسایی و استفاده از منابع اطلاعاتی را در آن‌ها افزایش می‌دهد و با توجه به اینکه فراگیر در این روش آموزشی مسؤولیت یادگیری را خودش بر عهده دارد، به استفاده مناسب از نتایج پژوهش‌های علمی تشویق می‌شود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

به استناد نتایج پژوهش‌ها، فراگیرانی که در برنامه آموزشی آن‌ها از روش تکلیف محور استفاده شده است، مهارت‌های ارتباطی مطلوب‌تری دارند و روابط مطلوبی با بیماران، همکاران، استادان برقرار می‌سازند. ازاین‌رو چنین افرادی توانایی کار گروهی را نیز کسب نموده، قادر به شرکت در بحث‌های گروهی، تشریک عقاید با استادان و همکاران و یادگیری مشارکتی می‌باشند. آموزش از طریق انجام وظایف و قرار گرفتن در محیط واقعی حرفه‌ای باعث شناخت سازمان‌های حرفه‌ای، آشنایی با مسؤولیت‌های قانونی و مدیریتی، درک اصول اخلاقی مرتبط با شغل و آشنایی با مفاهیم پایه شغلی می‌شود؛ بنابراین منجر به سازگاری حرفه‌ای مطلوب‌تر و افزایش توانمندی‌های حرفه‌ای می‌گردد. روش مبتنی بر تکلیف امکان استفاده از آموخته‌های دانشگاهی را در محیط واقعی فراهم می‌سازد و فراگیر را در حل چالش‌های پیش رو در مسیر ارائه خدمات بهداشتی توانمندتر می‌سازد. فراگیران را با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، اولویت‌های بهداشتی جامعه و سیاست‌های بهداشتی آشنا می‌سازد و آن‌ها را از برنامه‌های آموزشی که به طور عمده محدود به کلاس و یا بیمارستان باشد، نجات می‌دهد. در نهایت رویکرد آموزشی مبتنی بر تکلیف باعث ایجاد حس مطلوب و نگرش رضایتمندی نسبت به حرفه پزشکی و پرستاری در فراگیران می‌شود. بنابراین ضرورت دارد برنامه‌ریزان درسی در این زمینه الگویی را تهیه و تدوین نمایند تا به عنوان یک الگوی بومی و متناسب با شرایط و امکانات نظام آموزشی کشور مورد استفاده قرار بگیرد. برنامه‌های درسی فعلی پرستاری بر اساس الگوی محتوا محور و یا دیسیپلینی سازمان‌دهی شده است و این نوع برنامه‌های درسی در شرایط فعلی چندان موفق آمیز نیستند. بنابراین ضرورت دارد یک تغییر اساسی در برنامه‌های درسی و روش‌های یاددهی- یادگیری صورت بگیرد تا برنامه‌های درسی از محتوا محوری و استاد محوری به محیط یادگیری و محیط بالینی تغییر یابند. برنامه درسی مبتنی بر تکلیف به عنوان یک رویکرد آموزشی نوین در برنامه درسی نظام آموزش پزشکی و علی‌الخصوص در رشته پرستاری ایران مغفول واقع شده است با وجودی که اکثر کشورها به پیامدهای مطلوب اجرای این رویکرد آموزشی اذعان دارند و امروزه با وجودی که شمار پرستاران در سطح کارشناسی ارشد در کشور ما در حال فزونی است متأسفانه نه تنها کیفیت خدمات پرستاری به‌تناسب آن افزایش نیافته بلکه کاهش نیز یافته است که این مشکلات به نوعی نشان از عدم تطابق آموزش‌ها و برنامه‌های درسی با نیازهای جامعه است و عدم طراحی برنامه‌های آموزشی مناسب در رشته پرستاری خسارت جبران‌ناپذیری بر سلامت جامعه و اعتبار علمی دانشگاه وارد می‌کند که لزوم تغییر در برنامه‌های آموزشی ضروری به نظر می‌رسد. جعفری و همکاران (۲۰۱۲). محققان معتقدند که برنامه آموزشی دوره کارشناسی ارشد پرستاری ایران از سال ۱۳۷۴ تاکنون تغییر عمده‌ای نیافته است (۷) کرمانشاهی (۲۰۱۱)، طبق بررسی‌های صورت گرفته از کتاب‌های دوره کارشناسی ارشد رشته پرستاری مؤلفه‌ها و شاخص‌های برنامه درسی مبتنی بر تکلیف به طور پراکنده‌ای آمده است (۳۲) که با مطالعه ادیب حاج باقری (۲۰۰۲) که نشان می‌دهد برنامه‌های آموزشی در سطوح تحصیلات تکمیلی آموزش پرستاری در ایران دارای فلسفه و رسالت مکتوب و مشخصی نبوده و متناسب با نیاز جامعه نیست همخوانی دارد و بر اساس بررسی‌های صورت گرفته بیشترین ضریب اهمیت مربوط به انگیزه کافی برای یادگیری مباشد که با تحقیقات دیگر همخوانی دارد (۳۳).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

در پژوهش حاضر کمترین ضریب اهمیت در تحلیل محتوا برای توانایی کار گروهی و یادگیری مشارکتی است که با یافته‌های مطالعه Ozan و همکاران (۲۰۰۵)، که آموزش با برنامه درسی تکلیف محور باعث یادگیری مشارکتی می‌شود همخوانی ندارد (۳۴). در ایران دروس و محتواها و روش‌های آموزشی پرستاری به طریقی نیست که بتواند موجب گسترش صفاتی از قبیل توانایی حل مشکل، تفکر انتقادی، قضاوت بالینی، توانایی کار گروهی و خلاقیت و ابتکار در فراگیر گردد و به نیازها و علایق دانشجویان نیز توجه کافی نشده است که با تحقیق حاضر از بررسی کتاب‌های درسی همخوانی دارد. نتایج حاکی از آن است که به برخی از مؤلفه‌های برنامه درسی مبتنی بر تکلیف یا کم‌توجه شده است یا اصلاً توجه نشده است، لذا توصیه می‌شود با توجه به این مؤلفه‌های مغفول و لحاظ کردن آن‌ها در کتاب‌های درسی به توانمند کردن پرستاران در ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و بالینی کمک شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد جهت کاهش فاصله بین محیط آموزش با محیط بالین محتوای برنامه‌های درسی متناسب با موقعیت‌های بالینی با توجه به مسائل واقعی جامعه و نیز از طریق تجهیز کردن مراکز مهارت‌های بالینی در دانشکده و بیمارستان‌ها و با تقویت تعامل بین مدرسان و پرستاران و همچنین تدریس متناسب با نیاز بالین با اصلاح و بازنگری برنامه‌های درسی و تربیت پرستاران با عملکرد بالینی تأملی و بینشی و استفاده از اساتید متخصص بالینی و تقویت یادگیری‌های مادام‌العمر فراگیران و کاربرد یادگیری‌های فعالی همچون یادگیری تکلیف محور، یادگیری مبتنی بر عملکرد و تمرین تدوین گردند. همچنین طراحی و تدوین و اجرا و ارزشیابی برنامه درسی مبتنی بر تکلیف با فرایند طراحی و تدوین و ارزشیابی برنامه درسی سنتی تفاوت بنیادی دارد و راهنماهای برنامه درسی، در زمینه برنامه درسی مبتنی بر تکلیف، انتشار نیافته است تا به عنوان راهنمای عملی برنامه ریزان درسی باشد لذا برای محقق نیز فرصت مشاهده و تجربه حضور در یکی از دانشگاه‌های معتبر مجری برنامه درسی مبتنی بر تکلیف در خارج از کشور امکان‌پذیر نشد که از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود.

تشکر و قدردانی

از همکاری تمامی اساتید دانشکده پرستاری دانشگاه تبریز، اساتید گروه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز تشکر و قدردانی می‌شود.

حمایت مالی

منابع مالی توسط محقق تامین شده است.

تعارض منافع

تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

.

References

1- Mahmoudi F. Designing a Problem-Based Curriculum Model in Postgraduate Education Management and Accreditation and Its Feasibility in Iranian Higher Education. Doctoral dissertation Curriculum, Tarbiat Modares Univ.2012. [In Persian]

2- Yamani E, Shater Jalali M. Integration into the curriculum with emphasis on integration in medical education. Iranian J of Med Edu / Health Edu Deve Spe. 2011;9 (11): 25-45. [In Perisan]

3- Bryfonski L, Mackey AJ. The Routledge Handbook of Study Abroad Research and Practice. Sanz, C. & Morales-Front, A. (eds). London: Routledge, (Routledge Handbooks in Applied Linguistics). 2017.

4- Mahmoudi, F. Classification by Ronald Harden, The Iranian Encyclopedia of Planning, 4-axis curriculum design.2013. [In Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

5- Yousefi, Afarasteh, M. Construction and Validation of the Iranian Scale for Assessing Lifelong Learning Approach among Medical Students, Journal of Medical Education Strategies,2018; 6(1):430-423. [In Persian]
6- Barnett R, Coate K. Engaging the curriculum in higher education. Reprint ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.
7- Jafari Sani H, Karami M, Pak Mehr H. Identifying the pattern of integration of the human sciences curriculum and its distance from the expected situation of students, based on the viewpoints of Fogarty. Interdisciplinary Studies in Humanities 2012; 4 (20): 119-34. [In Persian]
8- Harden RM, Davis MH. The Continuum of problem-based learning. Medical Teacher.2000; 20(4): 301-306.
9- Lameie A. Foundations of quality management. Tehran: Quality Improvement Country Committee, Ministry of Healt and Med Edu, 2009.
10- Burgess A, Roberts C, Ayton T, Mellis C. Implementation of modified team-based learning within a problem based learning medical curriculum: a focus group study. BMC Med Edu.2018; 18(74): 1-7. doi: 10.1186/s12909-018-1172-8.
11- King PM, Kitchener KS. Developing reflective judgment.1st ed. United States: Jossey-Bass; 1994.
12- Koh YH, Wong ML, Lee JJ. Medical students' reflective writing about a task-based learning experience on public health communication. Med Teach. 2014; 36 (2): 121-9. doi: 10.3109/0142159X.2013.849329.
13- Musal B. Problem-based learning &task based learning curriculum revision experience of a Turkish Medical Faculty. Creative Educ. 2013; 4 (12): 116-9. doi: 10.4236/ce.2013.412A2017.
14- Takahashi Y, Problem-based learning and task-based learning: a practical synthesis, Kaohsiung J Med Sci. 2008; 24 (3 Suppl): S31-3. PMID: 18364284.
15- Vakani F, Jafri W, Ahmad A, Sonawalla A, Sheerani M. Task-based learning versus problem-oriented lecture in neurology continuing medical education. J Coll Physicians Surg Pak. 2014;24(1):23-6.
16- Musal B. Problem-Based Learning & Task-Based Learning Curriculum. Creative Educ. (2013); 4(12): 116-119.
17- Mulinnette D'Sa, J. Effect of Problem-Based Learning on Motivation of Nursing-Students, Int J of Current pharma. 2017; 7(8):34-3.
18- Loyens SM. M, Kirschner P A, Paas F. Problem-based learning. In S. Graham, Editor-in-Chief, A. Bus, S. Major, & L. Swanson, Associate Editors, APA educ psych handbook: Vol. 3. Application to learning and teaching. Washington, DC: 2011.
19- KrishmanSiva BE. Student Experiences of Problem-Based Learning in Engineering: Learning Cultures of PBL Teams: A thesis submitted in total fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. School of Education, Victoria University. 2009.
20- Hampton MD. Constructivism applied to psychiatric-mental health nursing: An alternative to supplement traditional clinical education. Int J of Mental Health Nur,2012;21 (1): 60-68.
21- De Wet C. The reasons for and the impact of principal-on-teacher bullying on the victims GÇÖ private and professional lives. Teaching and Teacher Education. 2010; 26(7): 9-1450.
22- Back C, Gustafsson PA, Larsson I, Bertero C. Managing the legal proceedings: An interpretative phenomenological analysis of sexually abused children's experience with the legal process. Child Abuse Negl. 2011; 35(1): 7-50.
23- Speziale HS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

24- Streubert Speziale H, Rinaldi Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 5th edition, Lippincott Williams and Wilkins, Co, 2011.
25- Stommel M, Wills CE. Clinical research: Concepts and Principles for Advanced Practice Nurses. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, 2004.
26- Alavimajd H, Khorrami Markani, A, Khodayarifard M, Yaghmai F. The Experience of Spiritual Well-being from the Perspective of Oncology Nurses: a Qualitative Content Analysis. 2011;18(3):206-216. [In Persian]
27- Burgess A, Roberts C, Ayton T, Mellis C. Implementation of modified team-based learning within a problem based learning medical curriculum: A focus group study. BMC Med Educ.2018; 18(74): 1-7.
28- Calvert, MJ. Skelton, JR. The need for education on health related-quality of life. BMC Med Educ.2008; 8(1):2-6.
29- Janagam D, Suresh B, Nagarathinam S. Efficiency of task based learning and traditional teaching on self-regulated education. Indian J Sci Technol.2011; 4(3):308-12.
30- Richardson A, Curtis AD, Moss GP, Pearson RJ, White S, Rutten FJ. Simulated Drug Discovery Process to Conduct a Synoptic Assessment of Pharmacy Students. Am J Pharm Educ. 2014;78(2):41.
31- SharifahSulaiha SA, Nurjahan M, Lee N. Task-based learning: student’s perception of their skill in participating in small group discussions. Int e-J Sci Med Educ (IeJSME). 2009;3(1):8-12.
32- Kermanshahi S, Memarian R, Heseni A, Zamzam S, Nezamli F. A comparison postgraduate MS curriculum of nursing education in Iran and Canada. J of Med Educ Deve, 2011; 4 (6): 48-54. [In Persian]
33- Adib hajbaghery M. Comparison of philosophy, goals and curriculum of graduate level of nursing education in Iran and other countries. Iranian Journal of Medical Education. 2002; 2:8-8URL: http://ijme.mui.ac.ir/article-1-453-fa.html. [In Persian]
34- Ozan S, Karademir S, Gursel Y, Taskiran H.C, Musal B. First graduates' perceptions on a problem-based and task-based learning curriculum. Educ Health (Abingdon). 2005;18(2):256.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]