مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دورهٔ هفتم، شماره ۳، شماره پیاپی ۷، پاییز ۹۱
ص ۱۵-۲

تبیین تجارب پرستاران از بستر آموزش مداوم پرستاری: یک مطالعه کیفی

علی اکبر واعظی[۱]، زهره ونکی*[۲]، فضل الله احمدی[۳]

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس
۲- دانشیار، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
۳- استاد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۲۲

چکیده

سابقه و اهداف: یکی از راه‌هایی که بتوان رفتارهای مراقبتی پرستاران را از نظر علمی بهبود بخشید، اجرای فرایند آموزش مداوم و بهسازی آن است، برای نیل به این هدف بایستی بستری مناسب برای آموزش مداوم پرستاران فراهم باشد. در حال حاضر با وجود الزام قانونی برای آموزش مداوم پرستاران، این هدف به طور مطلوب محقق نشده است. برای نیل به این هدف بایستی عوامل زمینه‌ای بررسی شوند، از این‌رو هدف این تحقیق کنکاشی در تجارب پرستاران برای تبیین بستر اجرائی آموزش مداوم پرستاری طی یک مطالعه کیفی بود.

روش بررسی: این مطالعه با رویکرد کیفی در سال ۱۳۹۰ انجام شد.۲۳ نفر از سوپروایزران آموزشی، مدیران پرستاری و پرستاران با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف در این مطالعه مشارکت داشتند. جمع آوری داده‌ها با مصاحبه بدون ساختار و یادداشت در عرصه و تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوی قراردادی انجام گرفت.

یافته‌ها: در طی فرایند آنالیز محتوا، مشارکت کنندگان در نهایت سه طبقه شامل :۱) گرایش ناکافی به آموزش الزامی ۲) حمایت ناکافی و ۳) نظارت آموزشی انفعالی را تبیین کردند که درونمایه اصلی مطالعه شامل اقبال ناکافی از آموزش قانونی از آن‌ها بدست آمد.

نتیجه‌گیری: در حال حاضر به دلیل نبود انگیزه، حمایت و نظارت مؤثر آموزشی، پرستاران فعالانه در فرآیندهای یادگیری وارد نشده و آموزش مداوم محدود به اجرای مصوبات قانونی و کسب منافع آموزشی برای پرستاران و سازمان آنان شده است، بنابراین برای بهبود این وضعیت نیاز به توجه و بسترسازی مناسب شامل حمایت کافی و نظارت آموزشی مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: تحقیق کیفی، بستر، آموزش مداوم پرستاری، آنالیز محتوی

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۸۲۸۸۳۸۱۴-۰۲۱، آدرس الکترونیکی: vanaki_z@modares.ac.ir

ارجاع به این مقاله به صورت زیر است:
Vaezi A. A, Vanaki Z, Ahmadi F. ***Explaining the experiences of nurses about post-registration nursing education context: A qualitative study***. Journal of Medical Education and Development. 2012; 7(3): 2-15

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

مقدمه

آموزش مداوم بخش تفکیک ناپذیری از فعالیت‌های هر سازمانی است که در طول پنج دهه اخیر به طور چشمگیر در اکثر کشورهای دنیا مورد توجه قرارگرفته است. در تعریف آموزش مداوم به هر نوع آموزش بعد از آموزش‌های پایه پرستاری در دانشگاه گفته می‌شود که منجر به وارد شدن فعالانه پرستاران در فرآیندهای یادگیری مادام‌العمر با هدف بهبود ارائه مراقبت پیشرفته می‌شود (۱) و به صورت رسمی یا غیر رسمی باعث بقای عملکرد استاندارد و باکیفیت و ارتقای حس خوب بودن بیمار می‌گردد (۲). آموزش مداوم پرستاران دارای فواید مستقیم شامل: ارتقاء سطح دانش و مهارت پرستاران، بهبود کیفیت خدمات پرستاری با کاربرد دانش فرا گرفته و فواید غیرمستقیم شامل: ارتقاء توانائی‌های فردی، افزایش جرات و اعتماد به نفس کاری و افزایش سطح رضایت شغلی پرستار می‌باشد (۳). آموزش پرستاران با اخذ مدرک دانشگاهی پایان نمی‌پذیرد چون مبانی دانش پایه پرستاری پس از ۲ تا ۵ سال منسوخ شده (۴) و به دلیل پیشرفت مداوم علم و تکنولوژی، نیاز به پرستاران باصلاحیت در دانش و مهارت روزآمد برای ارائه مراقبت تخصصی باکیفیت و ایمنی بیشتر و به منظور روزآمد ماندن پرستاران پس از فارغ‌التحصیلی، تقاضا برای آموزش مداوم حرفه‌ای پرستاران روزبه روز افزایش می‌یابد (۶،۵). برنامه‌های آموزش مداوم پرستاری در ایران نیز ارسال‌های ۳۹- ۱۳۳۸ آغاز گردید (۷) که از سال ۱۳۷۵ با تصویب قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور، شرط ارتقاء و ارزشیابی پرستاران منوط به ارائه گواهی شرکت در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم گردید (۸). مجامع پرستاری در کشورهای زیادی نیز از آموزش مداوم اجباری پرستاران به منظور تمدید پروانه کار و تجدید صلاحیت حرفه‌ای آنان استفاده می‌کنند (۱۱،۱۰،۹). ارتقاء صلاحیت حرفه‌ای، باعث پیش گیری از طولانی شدن بیماری، ناتوانی یا حتی مرگ بیمار می‌شود که علت آن‌ها عدم صلاحیت پرستاران است (۱۲)؛ بنابراین اهمیت تداوم آموزش مداوم و توسعه حرفه‌ای پرستاران به طور فزاینده مشخص گردیده و ضروری است تا با استفاده از دانش روز مراقبت بر مبنای شواهد را از بیمار به عمل آورند (۱۵،۱۴،۱۳). سوپروایزرهای آموزشی (clinical nurse educator) عنصر ضروری در بهسازی شایستگی نیروی انسانی پرستاری هستند (۱۶) که مسئولیت اجرای آموزش مداوم پرستاران در بیمارستان‌ها را بر عهده دارند.

تحقیقات متعدد انجام شده در مورد تأثیر آموزش‌های مداوم بر کارآیی، اعتماد به نفس، آگاهی و مهارت پرستاران نیز همگی نتایج مثبتی را نشان می‌دهد، به طوری که پژوهش‌های متعدد در سراسر دنیا که تأثیر آموزش‌های مداوم را بر واحدهای آموزشی و خدماتی مورد بررسی قرار داده‌اند، نشان می‌دهد که آموزش مداوم در بهبود کیفیت مراقبت‌ها مؤثر است (۱۷). البته آموزش‌هایی می‌توانند موجب افزایش کارآیی شوند که هدفمند باشند، بنابراین لازم است در مورد شرایط زمانی و مکانی تشکیل برنامه‌های آموزشی نیز سازماندهی لازم انجام شود (۱۸). در ایران نیز با توجه به سابقه طولانی شروع و اجرای برنامه‌های آموزش مداوم پرستاران در بیمارستان‌ها چنین انتظار می‌رود که کیفیت خدمات پرستاری هر ساله بهبود یافته و سیر صعودی را طی کرده باشد، اما علی رغم سابقه طولانی اجرا و به‌کارگیری این برنامه‌ها، بر اساس تحقیقات متعدد در این زمینه ما شاهد تأثیرات مثبت این آموزش‌ها بر عملکرد حرفه‌ای پرستاران و در نهایت، ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری نبوده‌ایم (۱۷،۱۸) که از دلایل آن عدم اجرای صحیح و اصولی برنامه‌ها، در نظر نگرفتن نیازهای آموزشی پرستاران و کیفیت ضعیف ارائه برنامه‌ها، کاستی‌ها در امکانات و تجهیزات آموزشی و همچنین کمبود نیروی انسانی متخصص برای اداره این برنامه‌ها بوده‌اند (۱۹،۲۰). حال با توجه به این که برای آموزش مداوم وجود و فراهم سازی زمینه و بستر مناسب برای اجرای آموزش از عوامل اصلی و تأثیرگذار موفقیت و اثربخشی آن‌هاست و نظر به اینکه تاکنون مطالعات کمی در این زمینه انجام شده این

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

تحقیق با هدف تبیین تجارب پرستاران در ارتباط با بستر اجرائی فراهم شده برای آموزش مداوم پرستاران طی رویکرد کیفی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional Content Analysis) است. تحلیل محتوای کیفی به عنوان یک روش تحقیق تعریف می‌شود که به منظور ایجاد استنتاج معتبر و قابل تکرار از داده‌ها و زمینه آن‌ها با هدف ارائه دانش، بینش‌های جدید و یک بازنمایی اعمال و راهنمایی عملی برای فعالیت است (۲۱).

نمونه‌گیری: نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف بود اولین مشارکت کنندگان از سوپروایزرهای آموزشی انتخاب شدند چون سوپروایزر آموزشی بیشترین نقش را در فرآیند آموزش مداوم پرستاران دارد و سپس بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌های هر مصاحبه سوپروایزرهای آموزشی دیگر، مدیران پرستاری (ناظران آموزش) و پرستاران (آموزش گیرندگان) مورد مصاحبه قرار گرفتند که همه شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد بودند. انتخاب شرکت کننده بعدی بر این سؤال استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن هرچه بیشتر طبقات در حال پدیدار شدن کمک کند. این روال نمونه گیری تا اشباع داده‌ها (data saturation) ادامه یافت به گونه‌ای که داده جدیدی از مصاحبه‌ها بدست نیامد (۲۲). ملاک انتخاب مشارکت کنندگان در مطالعه داشتن تجربه اجرا، شرکت و یا نظارت برنامه‌های آموزش مداوم پرستاران، تمایل و توانایی برای انتقال تجارب و شرکت در تحقیق و با حداکثر تنوع (از لحاظ عنوان شغل، سابقه و محل کار، جنس و تحصیلات) بود.

جمع‌آوری داده‌ها: جمع آوری داده‌ها در سال ۱۳۹۰ و با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار انجام شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف پذیری و عمیق بودن، در پژوهش‌های کیفی مناسب است (۲۳). مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در دفتر مشارکت کنندگان یا یکی از اطاق‌های بخش در محیطی آرام انجام شد همچنین از ابزار مشاهده (برای بررسی چگونگی: برگزاری، امکانات آموزشی و شرکت پرستاران در برنامه‌های آموزش مداوم) و یادداشت در عرصه(Filed note) به منظور ثبت مشاهدات در زمینه آموزش مداوم پرستاران برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. در این مطالعه به دنبال مصاحبه از ۲۱ مشارکت کننده اشباع داده حاصل شد و طبقات اولیه شکل گرفت، ولی برای اطمینان بیشتر دو مصاحبه دیگر هم انجام، اما داده جدیدی بدست نیامد که منجر به کُدگذاری و تشکیل طبقات جدید شود. بنابراین در مجموع با ۲۳ مشارکت کننده مصاحبه انجام گرفت. طول مدت مصاحبه بین ۱۱ تا ۱۳۸ دقیقه با میانگین ۶۸ دقیقه بود. ابتدا سؤالات کلی برای شروع مصاحبه مطرح شد و بر اساس پاسخ مشارکت کنندگان روند مصاحبه هدایت می‌شد. سؤالات مصاحبه با توجه به تجارب مشارکت کنندگان از آموزش مداوم مطرح و در طی مصاحبه‌ها از شرکت کنندگان خواسته شد که برای توصیف موضوع مطرح شده، مثال‌هایی ارائه داده و یا این که دلایل پاسخ‌های خود را شرح دهند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوی قراردادی استفاده شد. این روش تحقیق برای تفسیر ذهنی محتوی داده‌های متنی به کار می‌رود. با این روش می‌توان از طریق فرآیند طبقه بندی سیستماتیک، کدها و درونمایه‌ها را مورد شناسایی قرار داد. تحلیل محتوی قراردادی به معنی استخراج محتوی عینی، بیش از آن چیزی است که درداده های متنی نوشته شده است. با استفاده از این روش می‌توان درونمایه‌ها و الگوهای آشکار و پنهان را از محتوای داده‌های مشارکت کنندگان، تبیین نمود (۲۴). بنابراین نظر به رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان، تمامی مصاحبه‌ها ضبط شدند، بعد کلمه به کلمه تایپ گردید. برای رسیدن به غوطه وری در داده‌ها و بدست آوردن یک حس کلی نسبت به داده‌ها، (۲۴) پژوهشگر مصاحبه‌ها را چند نوبت گوش کرد و متن تایپ شده آن‌ها را بارها مرور نمود. سپس به منظور استخراج کدها داده‌ها کلمه کلمه خوانده شد کلمات برجسته متن مشخص و با یادداشت نویسی در حاشیه متن کدگذاری انجام شد و تجارب پرستاران مشارکت کننده، به صورت مفاهیم آشکار و

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

پنهان مشخص شد. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود مشارکت کنندگان و کدهای دلالت کننده (برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌ها) استفاده شد. سپس مصاحبه‌های بعدی انجام شد. با کدگذاری، واحدهای معنایی از بیان و گفته‌های مشارکت کنندگان که نشان دهنده تجارب آن‌ها بود استخراج گردید، سپس کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها داخل زیر طبقات قرار گرفتند زیر طبقات پدیدار شده پس از سازماندهی بر اساس ارتباط بین آن‌ها در طبقات قرار گرفتند و طبقات با هم مقایسه شدند و طبقات اصلی حاصل و از تحلیل و تفسیر این داده‌ها درونمایه انتزاعی‌تر استخراج شد (۲۳).

برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای مقبولیت (Credibility)، قابلیت تائید (Confirmability)، قابلیت اطمینان-ثبات (Dependability)و تناسب یا انتقال پذیری (Transferability)یافته‌ها به عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی که توسط گوبا و لینکُلن (Guba & Lincoln) ارائه شده‌اند استفاده شد (۲۳). مقبولیت داده‌ها با توجه به مرور صحت عبارات بیان شده توسط مشارکت کنندگان دردست نوشته‌ها member) (check، درگیری طولانی مدت محقق Prolong) (Engagement with subject matter (با حضور مکرر در اکثر بیمارستان‌های دانشگاه(جامعه مورد مطالعه) در هنگام برگزاری برنامه‌های آموزش مداوم و آشنا شدن با روند اجرای آموزش و مشارکت کنندگان و اداره پرستاری) و حسن برقراری ارتباط با مشارکت کنندگان و جلب اعتماد و درک تجارب آن‌ها توسط پژوهشگر میسر گردید. تأییدپذیری یافته‌ها با بازنگری ناظرین (Externals Check) مشخص گردید که ضمن ارسال بخش‌هایی از متن مصاحبه‌های تایپ شده، کُدهای مربوط و طبقات پدیدار شده برای چند ناظر از نظرات تکمیلی آنان در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه نویسی در اسرع وقت و فراهم نمودن موقعیت مشابه برای مشارکت کنندگان فراهم گردید. هم چنین استفاده از تکنیک نمونه گیری با حداکثر تنوع (Maximum Variation of Sampling) که به انتقال پذیری یافته‌ها به دیگران یا خواننده‌ها کمک می‌کند نیز در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت. پس از تصویب شورای پژوهشی و تایید کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس محقق، قبل از شروع کار ابتدا موافقت مسئولین مربوطه را کسب نمود و ابتدای مصاحبه درباره هدف تحقیق، روش مصاحبه، محرمانه بودن اطلاعات، و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به مشارکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان کسب گردید.

یافته‌ها

در کل ۲۳ نفر (۱۳ مرد و ۱۰ زن) دارای تحصیلات کارشناس ارشد (۲ نفر)، کارشناس (۲۱ نفر) و سمت‌های سوپروایزر آموزشی (۸ نفر)، مترون (۳ نفر)، سوپروایزر بالینی (۴ نفر)، سرپرستار (۴ نفر) و پرستار (۴ نفر) در پژوهش مشارکت کردند. از مصاحبه‌های انجام شده سه طبقه اصلی شامل: گرایش ناکافی به آموزش الزامی، حمایت ناکافی و نظارت آموزشی انفعالی و درونمایه اصلی مطالعه شامل اقبال ناکافی از آموزش قانونی بدست آمد (جدول۱،۲،۳).

۱- گرایش ناکافی به آموزش الزامی

این طبقه اصلی از دو طبقه : الزام قانونی آموزش و انگیزه آموزشی ناکافی استخراج گردید:

الزام قانونی آموزش: در بیان مشارکت کنندگان و بررسی مستندات مربوط، اجباری بودن آموزش مداوم برای پرستاران مشخص گردید. (از جمله متن قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور که اشاره می‌کند «کلیه اقشار پرستار بالاتر از دیپلم برای ارتقاء و ارزشیابی موظف به شرکت در دوره‌های خاص آموزش مداوم هستند و شرط ارتقاء آنان منوط به ارائه گواهی شرکت در این دوره‌ها است») و به دلیل لزوم ارائه گواهی آموزشی برای استفاده از مزایای ارتقا سالیانه پرستاران، مشارکت کنندگان سعی داشتند به هر طریق گواهی آموزشی لازم برای این منظور را کسب کنند. در این رابطه مشارکت کننده ۲۲ پرستار (۳۷ ساله، مرد) می‌گوید:

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

«ما برای ارتقاء سالیانه‌مان باید ۸۰ ساعت گواهی شرکت در آموزش مداوم در سال ارائه کنیم وگرنه مزایای فوق قانوناً به ما تعلق نمی‌گیرد به این دلیل مجبوریم در کلاس‌های آموزشی بیمارستان یا در دوره‌های آموزشی و سمینارهای داخل و خارج استان شرکت کنیم».

از طرف دیگر بیمارستان‌ها سالیانه توسط گروه ارزیابی معاونت درمان دانشگاه مورد ارزیابی و رتبه بندی قرار می‌گیرند که در صورت نبود برنامه‌های آموزشی برای پرستاران، تنزل رتبه بیمارستان و متعاقب آن کاهش بودجه اختصاص یافته و درآمد بیمارستان می‌شود بنابراین مسئولین بیمارستان سعی دارند برای متضرر نشدن به این موضوع توجه کنند. مشارکت کننده ۱۵ سوپروایزر آموزشی (۴۶ ساله، زن) در این زمینه می‌گوید:

«برای اینکه هنگام ارزیابی سالیانه بیمارستان مستندات آموزشی کافی برای ارائه به ارزیابان داشته باشم موضوعات آموزشی را برنامه ریزی و تایپ می‌کنم و همه آن‌ها را مرتب و منظم نگهداری می‌کنم البته لزوم این کار در جلساتی که با مسئولین بیمارستان و دانشگاه دارم و طی مکاتباتی که از دانشگاه می‌آید خواسته می‌شود بنابراین برای حفظ رتبه بیمارستان که بیمارستان ما در رتبه بندی درجه یک است باید برای آموزش پرستاران برنامه ریزی کافی ارائه نمایم».

انگیزه آموزشی ناکافی: داده‌ها نشان داد اگر چه در جلسات مسئولین مسئله آموزش را اولویت اول ذکر می‌کنند ولی در عمل بهای کمی به آموزش می‌دهند و بی‌علاقگی مدیران به آموزش، هزینه بر محسوب کردن آموزش و عدم پاسخگوئی آنان در این زمینه مانع از اجرای آموزش کافی برای پرستاران شده است و علی رغم سابقه کاری بیشتر مدیران بیمارستان‌ها در حرفه پرستاری، شرکت آنان در برنامه‌های آموزش مداوم پرستاران کم رنگ می‌باشد. بنابراین شایستگی در علم و مهارت روز پرستاری و درک اهمیت آموزش مداوم در آنان ضعیف و انگیزه لازم برای در اولویت قرار دادن آموزش را ندارند. که بالطبع این کاهش انگیزه آموزشی به پرستاران نیز سرایت کرده به گونه‌ای که موارد : تأخیر در حضور و تعجیل در خروج از کلاس فقط برای کسب گواهی، تمایل و استقبال کم آموزشی علی رغم اطلاع رسانی و دعوت مکرر پرستاران برای حضور در کلاس‌ها، کم توجهی و نت برنداشتن هنگام حضور در کلاس، مطالعه نکردن جزوه سخنرانی و منابع در دسترس ارائه شده به آنان، از داده‌ها بدست آمد.

مشارکت کننده یک، سوپروایزر آموزشی – سرپرستار (۴۱ ساله، مرد) در این رابطه می‌گوید: «مدیران در تمام جلسات همیشه از آموزش به عنوان رکن اول یاد می‌کنند منتهی گفتار و عمل آن‌ها خیلی تناقض دارد چون به گفتار خود پایبند نیستند و برای آموزش کار خاصی نمی‌کنند و هیچ‌کس آن‌ها را مؤاخذه نمی‌کند کم‌ترین اهمیت را به آموزش می‌دهند».

مشارکت کننده ۱۰ سوپروایزر آموزشی- سرپرستار (۴۵ ساله، مرد) می‌گوید: مسئولین پرستاری در تمام رده‌ها شامل سرپرستار، سوپروایزر و مترون خیلی به ندرت در کلاس‌های آموزشی شرکت می‌کنند.

مشارکت کننده ۱۵ سوپروایزر آموزشی (۴۶ ساله، زن) در این زمینه می‌گوید: «اکثر پرستاران آموزش‌هایی که برگزار می‌کنیم واقعاً وقت خود را تلف می‌کنند و از آموزش‌ها برای یادگیری استفاده نمی‌کنند، خسته هستند، نت بر نمی‌دارند و فقط هدف آن‌ها از شرکت گذراندن ساعت آموزش برای گرفتن گواهی هست».

مشارکت کننده ۸ سوپروایزر آموزشی- سوپروایزر بالینی (۴۰ ساله، مرد) می‌گوید: «پرستارها را با زحمت باید بیاوریم سر کلاس و یا فقط به دلیل اینکه گواهی آموزشی باید بگیرند سر کلاس حاضر می‌شوند این ناراحت کننده هست چون هنوز کلاس برگزار نکردیم از میزان ساعت و امتیاز آن می‌پرسند. اکثر شرکت کنندگان در آموزش به دنبال یادگیری در کلاس‌ها نیستند چون بعد از آموزش تغییری در روند قبلی مراقبت آن‌ها ایجاد نمی‌شود».

۲) حمایت ناکافی

این طبقه اصلی نیز از دو طبقه به شرح ذیل استخراج گردید:

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

الف) اختصاص بودجه ناکافی: اکثر مشارکت کنندگان مانع اصلی برگزاری برنامه‌های آموزشی مناسب را عدم پرداخت هزینه برگزاری آموزش از سوی سازمان خود عنوان کردند به طوری که تأمین هزینه آموزش از مهم‌ترین دغدغه‌های مجریان آموزش مداوم پرستاری بود. در مواردی هم مقادیری از هزینه آموزش با اخذ وجه ثبت نام از شرکت کنندگان تأمین می‌کردید که موجب نارضایتی آنان و خودداری از شرکت برخی پرستاران در برنامه آموزشی شده بود در این راستا علی‌رغم متن صریح قانون آموزش مداوم که اشاره می‌کند یک درصد از هزینه‌های جاری سالیانه دانشگاه باید به آموزش و توانمندسازی منابع انسانی اختصاص یابد ولی داده‌ها حاکی از عدم پرداخت هزینه برگزاری آموزش اعم از: حق‌التدریس مدرسین، پرسنلی، پذیرائی، وسایل و تجهیزات آموزشی و تأمین فضای فیزیکی آموزش داشت و بر اساس داده‌ها بودجه قانونی اختصاص یافته برای آموزش اغلب به مصارف دیگر سازمان می‌رسید.

مشارکت کننده ۷ سوپروایزر آموزشی (۴۲ ساله، مرد) در این زمینه می‌گوید: «مهم‌ترین مشکل ما در اجرای آموزش کمبود بودجه برای برگزاری کلاس‌های آموزشی مشکلات زیادی داریم هزینه آموزش‌های اجرا شده تاکنون پرداخت نشده است».

مشارکت کننده ۱۳ رئیس اداره آموزش و توانمندسازی منابع انسانی دانشگاه (۴۵ ساله، زن) در این زمینه می‌گوید: «با توجه به الزام قانون برای تأمین بودجه مداوم و علی‌رغم مصوبات انجام شده در دانشگاه برای اختصاص بودجه آموزش و تخصیص اعتبار آموزش به معاونت‌های دانشگاه ازجمله درمان ولی اولویت‌های کاری غیر آموزشی که توسط مسئولین واحدها تعیین شده و نیز ضوابط محدود کننده پرداخت در امور مالی، مانع پرداخت هزینه‌های آموزش شده به طوری که بودجه اختصاص یافته به آموزش را برای آموزش خرج نمی‌کنند و حتی بودجه فوق برای مقاصد غیر آموزشی خرج شده است».

ب)کمبود نیرو: داده‌ها نشان داد در همه بیمارستان‌های استان سوپروایزرهای آموزشی (مجریان آموزش مداوم پرستاری) علاوه بر مسئولیت آموزش پرستاران وظایف دیگری مانند: مدیریت درمانگاه تخصصی یا سرپرستار بخش یا سوپروایزر بالینی یا عضویت در کمیته‌های ۱۳ گانه بیمارستان و یا رابط آموزشی بیمارستان با دانشگاه (که موظف به ارزیابی و تایید گواهی‌های آموزشی سالیانه کل پرسنل بیمارستان است) را بر عهده داشتند و پرسنل کمکی برای امور آموزش در اختیار نداشتند. در نتیجه فرصت کافی در برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌های مناسب از نظر کمی و کیفی برای پرستاران خصوصاً شاغلین در شیفت عصر و شب را نداشتند لذا در حد ادای تکلیف و به میزان حداقل آموزش مورد قبول برای کسب گواهی توسط پرسنل اقدام می‌کردند.

مشارکت کننده ۱۱ سوپروایزر آموزشی (۳۴ ساله، زن) در این زمینه می‌گوید: «من علاوه بر سوپروایزر آموزشی مسئول درمانگاه تخصصی و مسئول اندوسکوپی هم هستم و فرصت کمی برای برگزاری برنامه‌های آموزشی دارم همچنین پرسنل دیگری برای کمک به من نیست بنابراین سعی می‌کنم حداقل ساعت آموزشی که پرسنل نیاز دارند را برای آنان برگزار کنم». مشارکت کننده ۹ سوپروایزر آموزشی– سوپروایزر بالینی (۴۲ ساله، زن) می‌گوید: من تراکم کاری زیادی دارم و علاوه بر سوپروایزر آموزشی به عنوان سوپروایزر بالین هم می‌باشم، دبیر یا عضو کمیته‌های ۱۳ گانه بیمارستان هم هستم و در تمام جلسات کمیته‌ها مجبورم حضور داشته باشم، رابط آموزش کارکنان با دانشگاه هم هستم که چک پرونده‌ها و گواهی آموزشی کل کارکنان بیمارستان را هم به عهده دارم بنابراین زمان کافی برای آموزش پرستاران نمی‌توانم بگذارم.

در مورد پرستاران نیز داده‌ها نشان داد تراکم کاری پرستار در بخش مانع از آموزش هم‌زمان با کار می‌باشد که علت آن عدم تناسب تعداد پرستار به بیمار یا وجود بیماران بدحال بستری و شلوغی شیفت بود.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

مشارکت کننده ۳ سوپروایزر آموزشی (۴۳ ساله، مرد) در این مورد می‌گوید: «حضور پرسنل در کلاس‌ها به موقع نبوده و به صورت ناکافی و پراکنده است که بیشتر به دلیل خستگی کاری، شیفت شلوغ، مریض بدحال در بخش، پرسنل ناکافی است».

۳) نظارت آموزشی انفعالی

این طبقه اصلی نیز از دو طبقه به شرح ذیل استخراج گردید:

الف) حسابرسی ناکافی آموزشی: داده‌ها از نبود نظارت بر کاربرد یادگیری آموزشی در بهبود مراقبت بیمار و ارائه بازخورد اصلاح عملکرد به پرستاران توسط: سوپروایزرهای آموزشی (مجریان آموزش) یا سایر مدیران پرستاری، همچنین ناظرین اداره پرستاری دانشگاه و اداره آموزش و توانمند سازی منابع انسانی دانشگاه حکایت داشت همچنین داده‌ها حاکی از عدم نظارت بر عملکرد سازمانی مدیران در حیطه آموزش و پاسخگوئی آنان در این زمینه بود. مشارکت کنندگان همچنین بیان کردند چون اجباراً باید ارزشیابی برنامه‌های آموزشی برای صدور گواهی آموزشی انجام شود ارزشیابی صوری و برای سنجش منحصراً دانش پرستاران و چگونگی تدریس مدرس و نحوه برگزاری کلاس، بلافاصله پس از آموزش انجام می‌دهند.

مشارکت کننده ۴ سوپروایزر آموزشی –مدیر درمانگاه (۴۴ ساله، مرد) در این مورد می‌گوید: «تاکنون ما تأثیر دوره‌های آموزشی که برگزار کردیم در عملکرد پرستاران بررسی نکردیم نظارتی بر کاربرد یادگیری‌ها از طرف هیچ ارگان یا مسئولی انجام نمی‌شود» و مشارکت کننده ۱۱ سوپروایزر آموزشی-مدیر درمانگاه (۳۴ ساله، زن) می‌گوید: «در حقیقت ما کنترل اثربخشی آموزش را انجام نمی‌دهیم و ارزیابی دوره‌ای آموزشی که برگزار کردیم به این صورت بود که در پایان دوره یک امتحان که همه در کنار هم و با مشورت به آن پاسخ دادند و نمره‌های خیلی شبیه هم کسب کردند برگزار شد تا ارسال نمره به اداره پرستاری برای گرفتن گواهی صورت گیرد این ارزشیابی آموزشی برای خود ما هم قابل قبول نبود».

ب) مدرک گرایی:

اکثر مشارکت کنندگان بیان کردند در سازمان شرایط به گونه‌ای مهیا گردیده که پرستاران بتوانند گواهی لازم برای ارتقاء را دریافت کنند و آموزش مداوم کنونی این رویه را ترویج می‌کند داده‌های در این زمینه شامل: برگزاری کلاس با هدف گرفتن گواهی، مرسوم شدن کسب گواهی آموزشی، محیا نمودن شرایط برای گرفتن گواهی آموزشی توسط همه پرستاران، اولویت داشتن گرفتن گواهی تا کسب دانش و مهارت و برنامه ریزی آموزشی برای پیشگیری از اعتراض پرستاران از کسب ناکافی گواهی آموزشی مورد نیاز بود.

مشارکت کننده یک سوپروایزر آموزشی– سرپرستار (۴۱ ساله، مرد) در این زمینه می‌گوید: «کلاس‌های آموزشی که برگزار می‌شود همه برای گواهی گرفتن پرسنل هست و اصلاً برگزاری کلاس در مراکز در حد حداقل ساعت آموزش سالیانه پرسنل برای کسب گواهی و ارتقا و اینکه از اعتراض پرستاران به دلیل ناکافی بودن آموزش مورد نیاز درامان باشیم هست وگرنه شرایط به گونه‌ای است که اگر این‌ها نبود همین کلاس‌ها هم به دلیل مشکلات موجود برای آموزش برگزار نمی‌کردیم» و مشارکت کننده ۴ سوپروایزر آموزشی -مدیر درمانگاه (۴۴ ساله، مرد) می‌گوید: «هدف اکثریت پرسنل شرکت کننده در آموزش‌ها گرفتن گواهی هست و اگر کلاس‌ها گواهی نداشته باشد پرستاران در آن کلاس‌ها شرکت نمی‌کنند».

مشارکت کنندگان همچنین بیان کردند که برای کسب گواهی آموزشی تنها ثبت نام در این برنامه‌ها کفایت می‌کند و در بسیاری از موارد پرستاران حاضر در برنامه آموزشی، همکاران غایب خود را نیز ثبت نام (خصوصاً همایش‌ها) و گواهی برای آنان اخذ می‌نمایند همچنین علی‌رغم حضور در کلاس آموزشی همراه با چرت زدن و توجه نکردن، حضور کوتاه مدت زمانی و حضور نوبتی همه پرستاران شیفت در یک کلاس برای اخذ گواهی آموزشی کافی می‌باشد. مشارکت کننده ۱۴ پرستار (۴۳ ساله، زن) در این زمینه می‌گوید: «چون زمان برگزاری آموزش‌ها ما مشغول بکار بودیم ، امکان

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

شرکت در آموزش نداشتیم بنابراین یکی از ما در آموزش شرکت می‌کرد و برای همکاران دیگر نیز حاضری می‌زد و این‌گونه گواهی برای همه صادر می‌شد» مشارکت کننده ۲۱ پرستار (۲۸ ساله، زن) در این زمینه می‌گوید: «برای اینکه همه پرستارها در کلاس آموزش ثبت نام بشوند تا گواهی بگیرند به نوبت هر کدام ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در کلاس شرکت می‌کردند و به بخش بر می‌گشتند تا بقیه بروند خب این طوری یادگیری ندارند فقط برای گواهی گرفتن هست».

همچنین مشارکت کنندگان بیان کردند در مواردی گواهی آموزشی بدون حضور یافتن عده‌ای از سرپرستاران و پرستاران به دلیل تراکم کاری و حساس بودن کار آنان (از جمله پرسنل اتاق عمل) و بنا به دستور غیر رسمی مدیر مافوق به آنان ارائه تا باعث بروز وقفه کاری این گروه نشود. همچنین کسب گواهی آموزشی به واسطه روابط غیر رسمی علی‌رغم حضور نداشتن در جلسات آموزشی هم صورت می‌گیرد بنابراین حتی بدون حضور در جلسه آموزشی از مزایای آن برای ارتقاء استفاده می‌کنند.

مشارکت کننده ۲۰ سوپروایزر آموزشی- سرپرستار (۳۷ ساله، مرد) در این زمینه می‌گوید: «یک مدیر و مترون راحت گواهی بهش داده می‌شود چون سوپروایزر آموزشی تحت نظر آن‌ها هست مدیران از بابت گواهی خیالشان راحت هست چون چه سر کلاس حاضر بشوند یا نه گواهی آموزشی برای آن‌ها صادر می‌شود» و مشارکت کننده ۲۲ سوپروایزر آموزشی- سرپرستار (۴۰ ساله، زن) در این زمینه می‌گوید: «خیلی مسئولین به خصوص سرپرستارهای بخش‌ها در کلاس‌ها شرکت نمی‌کنند خود را برای آموزش دیدن موظف نمی‌دانند به بهانه اینکه ما کار داریم و ما مجبوریم که برای آن‌ها حضور بزنیم و گواهی آموزشی هم به آن‌ها بدهیم ما یک دفعه گفتیم کسانی که در کلاس نیامدند گواهی نمی‌دهیم که شاید سه چهار تا از بخش‌ها به شدت به هم ریخت و کارهای بخش را رها کردند حتی عمل‌ها کنسل شد و مسئولین ما را زیر سؤال بردند که چرا شما این کار کردید یعنی به ما تفهیم کردند که به این‌ها گواهی بدهیم».

در نتیجه با توجه به معنای درونی زیر طبقات: ترویج فرهنگ آموزش مدرک گرا، کفایت منحصراً شرکت، ثبت نام در آموزش برای کسب گواهی و گواهی گرفتن با روابط غیر رسمی بدون آموزش دیدن طبقه"مدرک گرایی"حاصل شد.

جدول۱: روند شکل‌گیری کدها

واحد معنایی	واحد معنایی خلاصه شده	کد
ما کلاس، امکانات و تجهیزات آموزشی که برای آموزش پرستاران لازمه نداریم مشکل اصلی ما در آموزش پرستاران بودجه هست که حتی به برنامه‌هایی که در دانشگاه تصویب می‌شود اختصاص پیدا نمی‌کند.	عدم اختصاص بودجه برای برنامه‌های آموزشی مجوز داده شده در دانشگاه	عدم پشتیبانی مالی دوره‌های آموزش مداوم پرستاری
ارزیابی کاربرد یادگیری آموزش‌ها در عملکرد پرستاران از طرف هیچ مسئول یا ارگانی انجام نمی‌شود منتهی ما خودمان هم با توجه به مشغله کاری فرصت این که بعد از آموزش برویم در بخش‌ها نحوه کار پرستاران را بررسی کنیم نداریم.	نبود نظارت بر کاربرد آموزش مداوم در عملکرد پرستاران توسط مدیران	فقدان نظارت تأثیر آموزش بر عملکرد پرستاران
من علاوه بر مسئولیت آموزشی پرستاران به عنوان سوپروایزر بالین هم می‌باشم، دبیر یا عضو کمیته‌های ۱۳ گانه بیمارستان و رابط آموزش کارکنان با دانشگاه هم هستم که کنترل پرونده‌ها و گواهی آموزشی کل کارکنان بیمارستان را هم به عهده دارم.	مسئولیت‌های متعدد کاری محول شده به مسئول آموزش مداوم پرستاران	تعدد وظایف محوله سوپروایزر آموزشی

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

جدول۲: روند شکل گیری زیر طبقات

کدها	زیر طبقات
عدم همکاری مسئولین در تأمین هزینه‌های آموزش به عنوان مهم‌ترین مشکل آموزش	
عدم موافقت پرداخت هزینه برنامه‌های آموزشی برگزار شده	عدم حمایت مالی
بی توجه ای مسئولین به آموزش از نظر اختصاص بودجه	
عدم پشتیبانی مالی دوره‌های آموزش مداوم پرستاری	
نظارت ضعیف عملکرد پرسنل پس از آموزش	
عدم ارزیابی تأثیر آموزش در بهبود رضایت بیمار	فقدان نظارت بر اثربخشی آموزش
فقدان نظارت تأثیر آموزش بر عملکرد پرستاران	
نبود نظارت برای ادامه فعالیت حرفه‌ای با آموزش	
تعدد وظایف محوله سوپر آموزشی	
نبود نیروی کمکی امور آموزش علی رغم مشغله زیاد سوپر آموزشی	فشار کاری
در نظر بودن فعالیت آموزشی سوپر آموزشی به عنوان یک کار جنبی	
لزوم شرکت و همکاری سوپر آموزشی در جلسات ۱۳ گانه کمیته‌های بیمارستانی	

جدول۳: روند شکل‌گیری درونمایه اصلی: اقبال ناکافی از آموزش قانونی

تم اصلی	اقبال ناکافی از آموزش قانونی		
طبقات اصلی	گرایش ناکافی به آموزش الزامی	حمایت ناکافی	نظارت آموزشی انفعالی
طبقات	الزام قانونی آموزش	بودجه ناکافی	حسابرسی ناکافی آموزشی
	* الزام سازمان در آموزش پرستاران با قانون آموزش مداوم	* عدم پرداخت هزینه آموزش	* عدم سنجش عملکرد آموزشی مدیران
		* محدودیت همیشگی بودجه	* فقدان نظارت بر اثربخشی آموزش
زیر طبقات	* الزام سازمان در برنامه ریزی آموزش پرستاران	آموزش	* نظارت صوری آموزش مداوم
	* ملزم بودن سازمان در نیاز سنجی آموزشی پرستاران	* عدم حمایت مالی	
طبقات	انگیزه آموزشی ناکافی	کمبود نیرو	مدرک گرایی
	* نبود انگیزه آموزش دیدن	* مشغله کاری زیاد سوپر	* کفایت منحصراً شرکت/ثبت نام در آموزش برای کسب گواهی
	* عدم تلاش برای یادگیری	آموزشی/ پرستار	
زیر طبقات	* بها ندادن مدیران به آموزش	* فشار کاری	* ترویج فرهنگ آموزش مدرک گرا
		* نیروی انسانی آموزشی ناکافی	* گواهی گرفتن با روابط غیر رسمی بدون آموزش دیدن

بحث

با توجه به نقش تعیین کننده زمینه و بستر مناسب برای اجرای آموزش مداوم پرستاران این مطالعه به تبیین بستر آموزش مداوم پرستاری پرداخت. از طبقات اصلی استخراج شده «گرایش ناکافی به آموزش الزامی» بود که داده‌های مطالعه از طرفی الزام قانونی پرستاران برای شرکت در آموزش مداوم و مشروط بودن ارتقاء آنان در صورت ارائه گواهی آموزشی را نشان داد (۸). در بسیاری از کشورهای دیگر جهان هم آموزش مداوم حرفه‌ای پرستاران برای تمدید پروانه کار یا تجدید صلاحیت حرفه‌ای اجباری می‌باشد (۹،۲۵)؛ و از طرفی داده‌ها انگیزه آموزشی ناکافی مدیران و تناقض در گفتار و

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

عمل نسبت به آموزش به دلیل روزآمد نبودن شایستگی علمی مهارتی آنان، هزینه بر بودن و درآمدزا نبودن آموزش در کوتاه مدت و واقف نبودن به اهمیت آموزش را نشان داد که با این وضعیت مدیران انگیزه کافی برای برگزاری آموزش مداوم و حفظ صلاحیت علمی و مهارتی پرستاران نداشته که بالطبع انگیزش زیردستان آنان به آموزش نیز کاهش می‌یافت. در مطالعات مشابه نیز به درک نامناسب مدیر از آموزش مداوم، عدم حمایت و تشویق پرستاران برای آموزش، غفلت سیستم مراقبت بهداشتی در آموزش مداوم و ارزیابی نشدن نتایج آموزش روی بهبود مراقبت بیمار عامل انگیزه ناکافی برای آموزش ذکر شده است (۲۵،۲۶،۲۷،۲۸). مطالعات دیگر هم اشاره به نقش کلیدی مدیر در فرایند یادگیری و تسهیل پیشرفت پرستاران به سمت صلاحیت حرفه‌ای که عامل اصلی در کیفیت مراقبت‌ها است نموده و اینکه توانائی‌های سازمانی مدیران، کاردانی، ویژگی فردی، توانائی در دادن بازخورد، تأثیرگذاری او در محیط کار و مهارت‌های بین فردی او همه در یادگیری مؤثرند اشاره نموده است (۲۹،۳۰،۳۱).

در طبقه «حمایت ناکافی» داده‌ها از حمایت مالی ناکافی سازمان در ایجاد بستر مناسب برای آموزش مداوم حکایت داشت به طوری که مراکز طی دستورالعمل‌ها به اجرای آموزش مداوم ملزم می‌شوند ولی به طور شفاف هزینه اجرای آموزش به آنان پرداخت نشده و مقدمات و شرایط مناسب اجرای آموزش نیز فراهم نمی‌شود که این موضوع همواره از مهم‌ترین مشکلات مجریان آموزش بود. این در حالی است که در قانون جامع و مترقی آموزش مداوم کارکنان و آئین نامه‌های اجرایی قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی از نظر پیش بینی بودجه و اعتبارات (مواد ۹ و ۱۰) و ایجاد تشکیلات لازم (ماده ۲) امکان شرکت کارکنان در آموزش (ماده ۷) پیش بینی کافی شده است (۸). بنابراین مشکل کنونی آموزش مداوم نحوه اجرای قانون و اولویت دادن به آموزش پرستاران می‌باشد. در مطالعات مشابه نیز حمایت ناکافی سازمان برای دستیابی پرستاران به آموزش مداوم را نشان داد (۱۰،۲۵،۲۹). در مطالعه دیگر هم اشاره شده که مسئولیت آموزش مداوم حرفه‌ای با پرستار بوده در حالی که کارفرما نیز مصرانه از شرکت پرستار در آموزش مداوم حمایت می‌نماید (۳۲).

در طبقه «حمایت ناکافی» از بیان مشارکت کنندگان زیر طبقه «کمبود نیرو» نیز حاصل شد. که حاکی از حجم کاری زیاد سوپروایزر آموزشی و نبود پرسنل آموزشی به عنوان مانعی برای برگزاری میزان کافی آموزش مداوم پرستاران بود. بنابراین آموزش توسط سوپروایزر آموزشی در حد ادای تکلیف و حداقل ممکن که برای گواهی گرفتن پرسنل کافی باشد و نه با هدف ارتقاء و حفظ شایستگی پرسنل برگزار می‌شد. همچنین حجم کاری پرستاران و متناسب نبودن تعداد بیمار به پرستار مانعی برای شرکت آنان در برنامه‌های آموزش مداوم بود. در مطالعات مشابه نیز فشار کاری و ایجاد فشار کاری برای همکاران در زمان شرکت در آموزش مداوم به عنوان مانع شرکت در آموزش مداوم ذکر شده است (۳۲،۳۳،۳۴). اما در کشورهای عموماً توسعه یافته از آموزش مداوم به عنوان ابزار تجدید صلاحیت و تمدید پروانه کار پرستاران استفاده می‌شود مشکل مالی آموزش مداوم هم متفاوت و مربوط به هزینه ثبت‌نام پرستاران برای شرکت در این دوره‌ها است البته دوره‌های آموزشی فوق در دانشکده‌های پرستاری که امکانات و نیروی انسانی کافی دارند برگزار می‌شود و مشکل مالی آن‌ها عدم حمایت کافی سازمان برای بازپرداخت وجه مذکور به پرستاران است. حجم کاری هم عامل تأثیرگذار برای آموزش مداوم ذکر نشده چون برنامه‌های آموزشی خارج از محیط کار بالین می‌باشد (۲۹،۳۵).

در طبقه «نظارت آموزشی انفعالی» نظارت و حسابرسی ناکافی آموزشی بر نتایج اجرای آموزش مداوم ذکر گردید که علی رغم صرف منابع مالی، انسانی و زمان برای ایجاد تغییر در عملکرد پرستاران و ارائه مراقبت بهتر و روزآمد به بیماران، نظارت کافی بر این امر صورت نمی‌گیرد به عبارتی اهتمام سازمان و مجریان آموزش منحصر به برگزاری آموزش الزامی شده و حسابرسی اثربخشی آموزش انجام نمی‌شود. البته به دلیل الزام ارزیابی پایانی آموزش‌ها امتحان نمادین و صوری پس از دوره آموزشی برگزار تا مستند کافی برای گرفتن

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

گواهی آموزشی مهیا شود که این ارزیابی و نظارت هم تأثیری در تداوم خدمت یا منع از کار نداشته بلکه بیشتر جنبه تشویق و ارتقاء پرستاران دارد. بنابراین سازمان بنا به وظیفه قانونی، برگزاری آموزش را انجام می‌دهد تا پرسنل و سازمان (برای اعتباربخشی) از مزایای آموزش بهره‌مند شوند. در مطالعه مشابه نیز اشاره به نبود ارزیابی انتقادی از عملکرد پرستاران به دنبال برنامه‌های آموزش مداوم حرفه‌ای و تأثیر آن‌ها بر بهبود مراقبت بیمار شده است (۲۵). همچنین تنها حضور یا ثبت نام پرستاران در این برنامه‌ها برای کسب گواهی کفایت می‌کند و ارزیابی مؤثر از یادگیری شرکت کنندگان و اثربخشی آموزش‌ها صورت نمی‌گیرد. چون بررسی اثربخشی آموزش کاری مشکل بوده و نیازمند پژوهش جامع علمی بوده و چون نتایج اثربخشی آموزش ممکن است در طولانی مدت ظاهر شود عملاً بررسی آن انجام نمی‌شود. مطالعات مشابه هم عدم ارزشیابی اثربخشی آموزش مداوم به دلیل عدم توافق در مورد اهداف (۲۹، ۲۵) و بندرت بررسی شدن نتایج آموزش مداوم در بهبود مراقبت بیمار را ذکر کرده‌اند (۱۰). در طبقه نظارت آموزشی انفعالی زیر طبقه مدرک گرایی نیز موید این است که سازمان، پرستاران و مجریان آموزش درصدد هستند که از منافع آموزش مداوم بهرمند شوند هرچند اجرای آموزش صوری و غیر مؤثر و بدون توجه‌ای به اهداف پیش بینی شده باشد. مطالعات مشابه در کشورهای خصوصاً توسعه یافته الزام ارائه سالیانه میزان مشخصی مدرک شرکت در آموزش مداوم برای تجدید صلاحیت و پروانه کار پرستاران را نشان می‌دهد که نظارت این امر توسط شورای های پرستاری بوده و مجوز ادامه فعالیت حرفه‌ای را صادر می‌کنند (۲۵).

نتیجه‌گیری

در حال حاضر علیرغم الزام قانونی آموزش مداوم به دلیل انگیزه ناکافی مدیران/پرستاران و حمایت ناکافی و انفعال در نظارت مؤثر بر آموزش مداوم، پرستاران انگیزه کافی برای ورود به فرآیندهای یادگیری نداشته و آموزش مداوم محدود به اجرای قانون و کسب منافع آموزشی برای پرستاران و سازمان (مدرک گرایی) شده است و زمینه و بستر موجود برای آموزش مداوم جهت تغییر عملکرد و بهبود ارائه مراقبت بیماران مناسب نیست. بنابراین اقبال ناکافی به آموزش مداوم وجود دارد. از این‌رو برای تغییر این وضع نیاز به بسترسازی مناسب برای اجرای فرآیند آموزش شامل حمایت مالی، نیروی انسانی و نظارت مؤثر آموزشی می‌باشد. البته بهسازی آموزشی مدیران برای نظارت دقیق و مستمر و ایجاد انگیزه آموزشی در آنان و پرستاران به این امر کمک خواهد نمود.

سپاس و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج یک رساله دکترای پرستاری تصویب شده در دانشگاه تربیت مدرس است، بنابراین پژوهشگران از مسئولین محترم دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مالی و مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی یزد و مراکز درمانی آموزشی این دانشگاه برای مجوز ورود به عرصه پژوهش و نیز از مشارکت کنندگان گرامی در طرح تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1- Griscti O, Jacono J.Effectiveness of continuing education programs in nursing: literature review. Journal of Advanced Nursing 2006; 55 (4), 449–456.

2- Bahn D. Reasons for post registration learning: impact of the learning experience. Nurse Education Today 2007; 27:715–722.

3- Cheng YF, Hsu LN, Yan KD, et al. Outcomes of continuing education in the care of children with asthma for pediatric healthcare providers.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

Journal of Continuing Education in Nursing 2001; 33 (5): 203–220.

13- Sanaa A, Ibrahim, Sabah M. Attributes of Nursing Staff Development in Port Said Hospitals. Journal for Nurses in Staff Development January/February 2010 ; 26(1): 6–13.

14- Ferial Hayajneh.Attitudes of Professional Jordanian Nurses Toward Continuing Education.The Journal of Continuing Education in Nursing January 2009 ; 40(1).

15- Lyn Dyson, Bronwyn Hedgecock, Sharon Tomkins, et al. Learning needs assessment for registered nurses in two large acute care hospitals in Urban New Zealand . Nurse Education Today. Edinburgh Nov 2009; 29(8): 821.

16- Beverley Tezak, Angela Chan.Nurturing the Seeds of Learning A Professional Development Initiative for Hospital-Based Nurse Educators;Journal for nurses in staff development 2005 ; 21(3): 110–114.

17- Phillips JM. Strategies for active learning in online continuing education. J Contin Educ Nurs 2005. Mar-Apr; 36(2): 77-83.

18- Mohammadi MA,dadkhah B. Evaluation of continuing education Process of nurses working in Ardabil hospitals

Journal of Ardabil University of Medical Sciences Fall 2005; 5(1): 271-277. [persian]

19- Varaie SH. Improvement of educational facilities and provide a variety of sttaf development programs, offices nursing hospitals of Tehran University of Medical Sciences and Health Services;MS Thesis, Tehran: School of

The Journal of Continuing Education in Nursing 2007; 38 (3): 122–131.

4- Griffitts L. Geared to achieve with lifelong learning. Nursing Management 2002 ; 33 (11): 22–25.

5- Flores, PY, Alonso Castillo M.Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. Revista Latino-Americana Enfermagem 2006 ; 14 (3) :309–315.

6- Scudder L,Yox S. A daily dose of continuing education: good news for nurses.Medscape General Medicine 2006 ; 8 (1): 60.

7- Emamzadeh Ghasemi H, Vanaki Z, Memarian R. The Effect of Using “Applied In-Service Education Model” on Quality of Nursing Care in Surgery Unit. Iranian Journal of Medical Education 2004; 4(2):13-21.[persian]

8- General Office of medical Continuing Education. medical Continuing Education law Full text .the administrative regulations. general regulations and approved continuing education community 2001; 7: 23-1.[persian]

9- Edmunds MW. Editorial. new changes on the continuing education frontier.The Journal for Nurse Practitioners 2007 ; 3: 71.

10- Gallagher L. Continuing education in nursing: a concept analysis. Nurse Education Today 2007; 27: 466–473.

11- Kelly K. Continuing education: mandatory CE in your future? Chart, Journal of Illinois Nursing. Illinois Nurses Association, Chicago 2007.

12- Beatty R M.Continuing professional education, organization, support and professional competence: dilemmas of rural nurses. The

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, 1995. [Persian]

20- Rambod M, Rafii F. Perceived Social Support in Hemodialysis Patients. Iran J of Nursing 2009;22 (58):1-12[Persian]

21- Elo S, kyngaॅ S H. The qualitative content analysis process .Journal of Advanced Nursing 2008; 62(1):107–115.

22- Polit DF, Beck CT. Essential of nursing research. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins Co; 2006.

23. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-88.

24- Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description. Research in Nursing & Health 2003; 3(19): 114-23.

25- Desley Hegney , Anthony Tuckett , Deborah Parker, et al.Access to and support for continuing professional education amongst Queensland nurses: 2004 and 2007. Nurse Education Today 2010, 30: 142–149.

26- Haidari S, Salahshourian A, Rafii F. The relationship between social support and quality of life in cancer patients affiliated to Iran University of Medical Sciences (MSc. Dissertation). Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2006: 124-125 [Persian].

27- McWilliam CL. Continuing education at the cutting edge: promoting transformative knowledge translation. Journal of Continuing Education in the Health Professions 2007; 27 (2): 72–79.

28- Branislava Brestovacki, Dragana Milutinovic. Continuing education of paediatric nurses in Vojvodina, Serbia. Nurse Education Today 2011; 31: 461–465.

29- Kathryn Huggins. Lifelong learning the key to competence in the intensive care unit?. Intensive and Critical Care Nursing 2004; 20: 38-44.

30-Tabari-Khomeiran R, Kiger A, Parsa-Yekta Z, et al. Competence development among nurses: the process of constant interaction. J Contin Educ Nurs Sep-Oct 2007; 38(5):211-8.

31- Bibb. SC, Malebranche M, Crowell D, et al. Professional development needs of registered nurses practicing at a military community hospital. The Journal of Continuing Education in Nursing 2003;34 (1):39–47.

32- Penz K, D'Arcy C, Stewart N,et al. Barriers to participation in continuing education activities among rural and remote nurses. The Journal of Continuing Education in Nursing 2007; 38 (2): 58–67.

33- Fiona Timmins.Cardiac nurses' views of continuing professional education.European Journal of Cardiovascular Nursing 2008;7: 59–66.

34- Leifer D. Do you have a plan? nursing standard 2002; 16(41):7-14.

35- Munro K.Continuing professional development and the charity paradigm: interrelated individual, collective and organisational issues about continuing professional development. Nurse Education Today 2008;28: 953–961.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]

Explaining the experiences of nurses about post-registration nursing education context: A qualitative study

*A. A. Vaezi (PhD)[1], Z. Vanaki (PhD)[*2], F. Ahmadi (PhD)[3]*

1. nursing department of tarbiat modares university Tehran Iran
2. Associate Professor in nursing department in tarbiat modares university Tehran Iran
3. Professor in nursing department tarbiat modares university Tehran Iran

Received: 27 Jun 2012 ***Accepted: 12 Jul 2012***

Abstract

Introduction: One of the ways that can improve scientifically the nursing care behaviors is Post-Registration Nursing Education and sttaf development process. To achieve this objective appropriate context Post-Registration Education must be provided for nurses. Currently, despite the legal requirement for continuing education for nurses, this goal has not been achieved as desired. To achieve this goal, the underlying cause should be investigated. Therefore, the aim of this study was to explore nurses' experiences of nursing continuing education context by a qualitative study.

Methods: The study with a qualitative approach was conducted in 2011, 23 people from the Educational Supervisors, nurse managers and nurses with a purposeful sampling participated in the study. The data collected by unstructured interviews and field notes and were analyzed using conventional content analysis.

Results: During the process of content analysis, participants explained three themes includeing: 1) insufficient attitude to the required training 2) inadequate support 3) Passive training monitoring and the main theme of the study was inadequate perception of their legal education.

Conclusion: Currently, due to lack of motivation, support and effective supervision of Post-Registration Nursing Education nurses involved inactively in the learning process and continuing education is limited to the statutory approvals and business benefits of training for nurses and their organizations. So To improve this situation is required attention and good infrastructure Includeing adequate support and effective supervision.

Keywords: Post-Registration Nursing Education, Content analysis, Qualitative study

[*] Corresponding author's email: vanaki_z@modares.ac.ir

This paper should be cited as:
Vaezi A. A, Vanaki Z, Ahmadi F. ***Explaining the experiences of nurses about post-registration nursing education context: A qualitative study***. Journal of Medical Education and Development. 2012; 7(3): 2-15

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-24]