مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۹، آبان ۱۳۹۹، ۹۲۴-۹۰۹

عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی از نظر مدرسان و فراگیران بیمارستان‌های شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸: یک مطالعه توصیفی

سید مصطفی مرتضوی[۱]، غلامرضا شریفی‌راد[۲]، علی‌اکبر خوش‌گفتار مقدم[۳]

دریافت مقاله: ۹۹/۴/۲۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۹/۵/۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۹/۸/۳ پذیرش مقاله: ۹۹/۸/۵

چکیده

زمینه و هدف: آموزش‌های بالینی حلقه اتصال مطالب تئوری دانش‌جویان رشته‌های گروه پزشکی و ارائه خدمات بالینی به بیماران می‌باشد و این پژوهش عوامل مختلف تأثیرگذار بر آموزش‌های بالینی را مورد ارزیابی قرار داده و عوامل مؤثر برکیفیت آموزش‌های بالینی از نظر مدرسان و فراگیران شناسایی شده، تا با بهبود فرآیندها به بهبود کیفیت آموزشی کمک شود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به دو روش کیفی و کمی انجام شد. در مرحله کیفی با ۲۰ نفر خبره مصاحبه شد. از اطلاعات به دست آمده پرسش‌نامه محقق ساخته ایجاد گردید و پس از تأیید پایایی و روایی بین ۱۹۸ نفر دانش‌جویان بالینی در رشته‌های پرستاری، اتاق عمل و هوشبری که در بیمارستان‌های شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸ دوره آموزش‌بالینی را می‌گذراندند و اساتید دانشکده علوم پزشکی ساوه توزیع شد. اطلاعات مرحله کیفی با نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ تحلیل شد و اطلاعات مرحله کمی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شد. نتایج به دست آمده با تحلیل عاملی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در بهبود فرآیندهای آموزشی ۲۳ عامل دخالت دارند. در مورد کمبودها و نیازهای آموزشی ۱۷ عامل که از مهم‌ترین عوامل کمبود، اتاق آموزش در بخش‌ها با ۴۵/۸ درصد بود. مهم‌ترین عامل درمورد نتایج و پیامدهای بهبود فرآیندهای آموزشی، رضایت بیماران با ۵۹/۲ درصد بیش‌ترین نظر کاملاً موافق را داشته است.

نتیجه‌گیری: عوامل اصلی در مدل ارزیابی کیفیت شامل بهبود فرآیندهای آموزشی، نتایج و پیامدهای بهبود فرآیند آموزشی، کمبود نیروی انسانی متخصص، کمبود فضا و امکانات و تجهیزات و ارزیابی صحیح آموزشی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت، آموزش بالینی، فرآیند

۱- دانشجوی دکتری،گروه مدیریت آموزشی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
۲- استاد، گروه علوم اجتماعی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران
تلفن: ۳۲۸۰۰۳۰۱-۰۲۵، دورنگار: ۳۲۸۰۰۳۰۳-۰۲۵، پست الکترونیکی: dr.sharifirad@gmail.com
۳- استاد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان ، قم، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

مقدمه

آموزش بالینی را می‌توان فعالیت تسهیل کننده یادگیری در محیط بالینی دانست که در آن مربی بالینی و دانش‌جو به یک اندازه مشارکت دارند و هدف آن ایجاد تغییرات قابل اندازه‌گیری در دانش‌جو برای انجام مراقبت‌های بالینی است. آموزش بالینی به عنوان اولین منبع یادگیری و شکل‌دهی هویت حرفه‌ای دانش‌جویان علوم پزشکی محسوب می‌شود و بسیار حائز اهمیت بوده به طوری که به عنوان قلب آموزش حرفه‌ای شناخته شده است زیرا بیش از نیمی از زمان آموزشی دانش‌جویان علوم پزشکی را تشکیل می‌دهد و اساس کسب مهارت‌های حرفه‌ای در آن‌ها می‌باشد [۱].

باید توجه داشت که یادگیری دانش‌جویان علوم پزشکی در محیط‌های بالینی تا حدود زیادی تحت تأثیر میزان اثربخشی این محیط آموزشی قرار دارد. از عوامل مهم این اثربخشی بالینی که بسیار مورد توجه است، می‌توان مربی بالینی، محیط بالینی، خصوصیات فردی دانش‌جویان، ارزشیابی بالینی و برنامه‌ریزی و به طور کلی ایجاد یک مدل بومی که بتواند در فرآیند آموزشی مؤثر باشد دانست. نتایج بسیاری از مطالعات بیانگر آن است که شکاف نسبتاً عمیقی در روند آموزش علمی دانش‌جویان وجود دارد، به طوری که آموزش‌های بالینی موجود، توانایی لازم را برای ابراز لیاقت و مهارت بالینی به دانش‌جو نمی‌دهد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند وجود مشکلات متعدد مانع از دست‌یابی به اهداف بوده است [۲] . می‌توان به عدم هماهنگی بین انتظارات پرسنل و بخش با اهداف آموزش، نامناسب بودن تعداد دانش‌جو با بیمار در بخش‌ها، امکانات ناکافی و عدم استفاده از وسایل آموزشی، ارتباط نامناسب از سوی پزشکان، سرپرستاران و دیگر پرسنل با دانش‌جو، نداشتن فرصت لازم برای انجام اقدامات استاندارد، نامناسب بودن شرایط و موقعیت‌های بالینی مطابق با اصول تئوری، تنش‌در بالین، عدم‌وجود معیارهای ارزیابی مناسب و یکنواخت جهت دانش‌جویان، عدم مهارت کافی مربی، نبودن اعتماد به نفس، ترس و اضطراب و آشفتگی در هنگام انجام کار بالین اشاره نموده است [۳].

در مطالعهٔ Hamiti و همکاران به این نتیجه رسیدند که می‌توان با ادغام فن‌آوری‌های نوین و استفاده از آن‌ها در جهت بهبود کیفیت آموزشی در حل مسئله و چالش‌ها و خلاقیت با استفاده از تکنولوژی‌های جدید کمک شود [۴]. Negricea و همکاران در پژوهشی نشان دادند که عوامل ملموس بیش‌ترین تأثیر و سپس به ترتیب قابلیت اطمینان و مطلوبیت ارزش‌های دانشگاهی دارای بیش‌ترین اهمیت هستند [۵]. Hubacko در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مهارت تدریس و محتوای برنامه آموزشی و تعداد دانش-جویان و تخصص اساتید در کیفیت تدریس در دانشگاه مؤثر می‌باشد [۶] .

تحقیق در مورد مدل‌های ابتکاری و جدید در آموزش‌عالی و در آموزش پرستاری که در سال ۲۰۱۸ توسط Margarida viera انجام شد. استفاده از تکنولوژی‌های جدید آموزشی و ایجاد طرح‌های درس مبتنی با نیاز فراگیران و افزایش توانمندی دانش‌جویان پرستاری و افزایش دانش آنها کمک

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

نماید و در نتیجه به مشارکت بیش‌تر دانش‌جویان منجر شود و چالش‌ها را در اتخاذ پذیرش دانش‌جویان کاهش دهد [۷] .

در تحقیقی که در سال ۲۰۱۹ توسط Carson و همکاران به عنوان استفاده از آموزش‌های فراگیر و کارگروهی جهت افزایش خلاقیت در آموزش‌های بالینی پرستاری در بیمارستان واله لون در کشور انگلستان انجام شد که عدم موفقیت در آموزش‌های بالینی می‌تواند به حفظ ایمنی بیمار و در نهایت به حفظ جان بیماران لطمات جبران ناپذیری ایجاد نمایدکه اشتراک گذاشتن تجارب بالینی موفق دانش‌جویان درجهت تقویت مهارت‌های بین خودی در ایجاد یک کارگروهی جهت افزایش ایمنی بیمار و بالاتر بردن کیفیت ارائه خدمات مؤثر و در نهایت به رضایت بیمار منتج گردد [۸].

در مطالعه‌ای که توسط Sara Harvy و همکاران در سال ۲۰۱۹ تحت عنوان استفاده از مدل یادگیری مشارکتی در آموزش‌های بالینی پرستاران که در انستیتوآموزش عالی در جنوب غربی انگلستان انجام شد مربیان نیز می‌توانند در طول یادگیری از تجارب یک‌دیگر بهره‌مند شوند و در عمل به هم افزایی دانش یک‌دیگر و تیم آموزش دهنده و رضایت بیش‌تر بیماران کمک نمایند [۹].

در تحقیقی که در سال۲۰۲۰ توسط Dimah Al-Fraihat و همکاران به عنوان ارزیابی استفاده از یادگیری الکترونیکی در آموزش عالی توسط انجام و منتشر شده است. این تحقیق در دانشگاه وارینگ کشور انگلستان و از۵۶۳ دانش‌جو انجام شد با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری عوامل تعیین کننده در یادگیری را مشخص نمودند که ۷۱/۴ درصد از پاسخ دهندگان کیفیت اطلاعات و کیفیت آموزش‌ها را مهم-ترین عامل تعیین کننده معرفی نموده اند [۱۰].

با توجه به اینکه در فرآیند آموزش نظرات دانش‌جویان و آموزش دهندگان اهمیت ویژه ای دارد و هم‌چنین شناسایی مشکلات و چالش‌های موجود برای ارتقای سطح کیفی آموزش بالینی و ارائه خدمات بالینی ضروری است و از آنجایی که دانشکده علوم پزشکی ساوه تازه تأسیس بوده و تا کنون چنین پژوهشی برای ارتقای آموزش بالینی دانش‌جویان صورت نگرفته است، لذا مطالعه حاضر با تعیین عوامل مختلف تأثیرگذار بر آموزش‌های بالینی و عوامل مؤثر برکیفیت آموزش‌های بالینی از نظر مدرسان و فراگیران در بیمارستان‌های شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸، انجام گرفت تا با بهبود فرآیندها به بهبود کیفیت آموزشی کمک شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات ترکیبی کیفی و کمی و از زمره طرح‌های اکتشافی می‌باشد. در مرحله کیفی برای تبیین موضوع کیفیت آموزش‌های بالینی از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد استقرایی استفاده شد. در این پژوهش مصاحبه‌های نیمه ساختارمند به عنوان روش جمع‌آوری داده‌ها انتخاب گردید. سپس توسط محققین مصاحبه انجام شده و به هر یک از مصاحبه‌ها کد داده می‌شد، مصاحبه‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات از بیست نفر از اساتید با تجربه در رشته‌های مدیریت آموزشی و علوم پزشکی و دانش‌جویانی که آموزش‌های بالینی را گذرانده‌اند

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

مطابق جدول ۲ با موضوع شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی انجام شد، که مصاحبه‌ها توسط محققین ضبط شده و دقیقاً پیاده‌سازی و تایپ شده و نهایتاً با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ به طور کامل و دقیق نسخه نویسی شده و هم‌زمان کدگذاری اولیه انجام شد در کدگذاری اولیه پژوهش‌گر خط به خط داده‌های نسخه‌نویسی یا تایپ شده را به عنوان واحدهای تحلیل بررسی نموده و واحدهای معنایی را تعیین و سپس به آن‌ها کد می‌داد. نسخه برداری و مرور اولیه داده‌های حاصل از مصاحبه با مشارکت کنندگان به پژوهش‌گر در جمع‌آوری داده‌ها کمک زیادی نمود.

جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع ان ادامه یافت به طوری که در مصاحبه با اساتید آموزش‌های بالینی در دانشکده علوم پزشکی ساوه و دانش‌جویان بالینی بیمارستان‌های شهرستان ساوه استخراج شده از فرآیند تحلیل بر مصاحبه‌های قبلی را تکرار می‌نمودند. استفاده از رویکرد استقرایی منجر به کشف دانش جدید از داده‌های این پژوهش شد. در این رویکرد، از به کارگیری طبقات از قبل مشخص شده اجتناب ورزیده شد و اجازه داده شد که طبقات و نامشان از درون داده‌ها بیرون آید. پژوهش‌گران در داده‌ها کاملاً متمرکز شدند تا به یک درک جدیدی دست یابند. تحلیل داده‌ها با گوش دادن مصاحبه‌ها و خواندن مکرر متن مصاحبه‌ها برای یافتن یک درک کلی آغاز شد. سپس، متون مصاحبه کلمه به کلمه خوانده شد تا کدها استخراج شوند. این مرحله به طور پیوسته از استخراج کدها تا نام‌گذاری آن‌ها ادامه یافت. سپس، کدها براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها در داخل طبقات دسته‌بندی شدند. در پایان، به ازای هر مفهوم، شواهدی از متن نقل قول استفاده شد.

اقداماتی نظیر تماس طولانی با محیط پژوهش، صرف زمان کافی برای مصاحبه‌ها، درگیری مداوم با موضوع و داده-های پژوهش، استفاده از دو کدگذار برای کدگذاری چند نمونه مصاحبه، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه - شوندگان و تبادل نظر با همتایان برای افزایش روایی و اعتبار داده‌های پژوهش به کار گرفته شد. از روش‌هایی مانند انجام مصاحبه‌های پایلوت، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، مقایسه دائم بین اطلاعات به دست آمده و جمع‌آوری هر چه بیش‌تر اطلاعات و شواهد برای تضمین بی‌طرفی پژوهش استفاده شد.

در مرحله کمی نظر به این‌که دانش‌جویانی که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ درس‌های بالینی را در دانشکده علوم پزشکی اخذ نموده‌اند ۱۷۸ نفر بوده و اساتید و مربیانی که کار آموزش به این افراد را انجام می‌دهند ۲۰ نفر می‌باشند (کل جامعه مورد پژوهش در این مرحله ۱۹۸ نفر بوده و نمونه با جامعه برابر بود.) مجموعاً تعداد۱۴۰ مورد (۷۰/۷ درصد) در تکمیل پرسش‌نامه و مطالعه کمی شرکت کردند. هم‌چنین مطالعه حاضر دارای کد اخلاق از دانشکده علوم پزشکی ساوه به شماره ثبتی ۴۴۱۲۷ می‌باشد.

جهت تعیین روایی صوری از دو روش کیفی و کمی شامل محاسبه شاخص‌های نسبت اعتبارمحتوی (CVR)برابر ۰/۷۶۲و شاخص اعتبار محتوی (CVI) برابر ۰/۸۹۲ به‌دست

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

آمد و در این روش نظر ۱۲ نفر، شامل ۳ نفر اساتید رشته مدیریت آموزشی، ۳ نفر اساتید رشته مدیریت آموزش سلامت و ۶ نفر از اساتید رشته های علوم پزشکی در زمینه تعیین سطح دشواری یا سادگی، ابهام یا وضوح و میزان تناسب یا مرتبط بودن و هم‌چنین میزان اهمیت هر یک از گویه‌ها پرسیده شد و پس از اصلاح موارد، درگام بعدی برای کاهش گویه‌های نامناسب از نظرات تیم تحقیق و افراد مطلع استفاده شد.

جهت محاسبه روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در این پژوهش جهت محاسبه پایایی پرسش‌نامه از آلفای‌کرونباخ استفاده شده است که اگر پایایی به‌دست آمده بین اعداد ۰/۵تا ۰/۷ باشد، پایایی متوسط می‌باشد و اگر اعداد بالاتر از ۰/۷ باشد، نتایج حاصل از این پایایی قابل قبول‌تر است اگر پایایی کم‌تر از ۰/۵ باشد، پایایی غیر قابل قبول است [۱۱] که در این تحقیق پایایی برابر ۰/۹۵۸ آلفای‌کرونباخ با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ به‌دست آمده، که عالی توصیف می‌شود.

Cereny و Kaiser (۱۹۹۷)[۱۲] معتقدند وقتی مقدار KMO بیش‌تر از ۰/۶ باشد. به راحتی می‌توان از روش تحلیل عاملی استفاده کرد. تحلیل عاملی یکی از روش‌های آماری است که عوامل در آن پنهان هستند یعنی وجود دارند ولی به‌راحتی قابل اندازه گیری نیستند، و تحلیل عاملی به ما کمک می‌کند با استفاده از متغیرهای قابل اندازه‌گیری دیگری آن‌ها را کشف و برآورد کنیم که در این پژوهش نیز سعی گردیده متغیرهای پنهان را شناسایی و دسته بندی نماید

داده‌های اولیه برای تحلیل عاملی، ماتریس همبستگی بین متغیرها است و متغیرهای وابسته از پیش تعیین شده‌ای ندارد و هر چه این مقدار بیش‌تر باشد، مناسب و با توجه به مقدار KMO تعداد نمونه‌ها کافی می‌باشد. چنان‌که اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد در پژوهش حاضر مقدار KMO، برابر با ۰/۸۶۰ می‌باشد و آزمون کرویت بارتلت به ارزیابی این سؤال می‌پردازد: ماتریس همبستگی که پایه تحلیل عاملی قرار می‌گیرد، در جامعه برابر صفر است یا خیر، که در این تحقیق چون آزمون کرویت بارتلت نیز کم‌تر از ۰/۰۱ می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی متغیرها بر اساس ماتریس همبستگی حاصل درگروه مورد مطالعه قابل توجیه است.

جدول ۱- نتایج شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت

شاخص KMO		**۰/۸۶۰**
آزمون کرویت بارتلت	آماره خی دو	۴۹۸۰/۸
	درجه آزادی	۱۵۴۰
	مقدار P	<۰/۰۱

ملاحظات اخلاقی نظیر ثبت پایان نامه در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی (با شماره کد رهگیری: 16266710)، اخذ رضایت آگاهانه از مصاحبه شوندگان و آزاد بودن آن‌ها نسبت به شرکت در مصاحبه، کسب اجازه برای ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی مصاحبه شوندگان و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهش‌گران در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

نتایج

تعداد ۲۰ نفر از اعضای هیأت علمی با سابقه علمی و عملی در زمینه آموزش بالینی و دانشجویان رشته‌های پرستاری، اتاق عمل، هوشبری در این مطالعه مشارکت کردند. بیش‌تر مصاحبه شوندگان در این پژوهش مرد (۱۲ نفر)، متأهل (۱۰۰ درصد)، دارای مدرک تحصیلی پزشک و دکترای تخصصی (۸۰ درصد) و دارای سابقه کار ۱۰ تا ۲۰ سال (۴۰ درصد) بودند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی اعضای هیئت علمی شرکت کننده در مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک (بخش کیفی مطالعه)

سطوح متغیر	سن (سال)			جنسیت		وضعیت تأهل		دکتری تخصصی		مدرک تحصیلی		
	۲۰ تا ۳۰ سال	۳۰ تا ۴۰ سال	بالای ۴۰ سال	مرد	زن	متأهل	مجرد	دارای ۴ مقاله علمی پژوهشی	دارای کمتراز ۴ مقاله علمی پژوهشی	فوق لیسانس	لیسانس	دانشجوی کارشناسی
تعداد	۴	۶	۱۰	۱۲	۸	۱۷	۳	۱۰	۲	۴	۲	۲
درصد	۲۰	۳۰	۵۰	۶۰	۴۰	۷۰	۳۰	۵۰	۱۰	۲۰	۱۰	۱۰

در مرحله کمی، تعداد ۱۹۸ پرسش‌نامه توزیع گردید که تعداد ۱۴۰ پرسش‌نامه (۷۰/۷ درصد) توسط مشارکت کنندگان تکمیل گردیده و توسط پژوهش‌گر جمع‌آوری شد (جدول ۳) .

جدول ۳- توزیع فراوانی اعضای هیئت علمی و دانش‌جویان شرکت کننده در مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک (بخش کمی مطالعه)

متغیر	سن			جنسیت		وضعیت تأهل		مدرک تحصیلی			
سطوح متغیر	۲۰ تا ۳۰ سال	۳۰ تا ۴۰ سال	بالای ۴۰ سال	مرد	زن	متأهل	مجرد	دکتری تخصصی	فوق لیسانس	لیسانس	دانشجوی کارشناسی
تعداد (جمع کل :۱۴۰)	۱۲۲	۱۰	۸	۳۸	۱۰۲	۴۵	۹۵	۱۰	۹	۴	۱۱۷
درصد	۸۷/۲	۷/۱	۵/۷	۲۷/۱	۷۲/۹	۳۲/۲	۶۷/۸	۷/۲	۶/۵	۲/۸	۸۳/۵

در پژوهش حاضر به منظور استخراج عوامل اولیه، از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است. در ارزیابی اولیه، ۵۶ عامل در مدل منظور شده است (جدول ۴) که در نهایت از عوامل فوق ۵۶ سؤال استخراج شده و در قالب پرسش‌نامه تهیه و ۱۴۰ نفر بر اساس فراوانی جدول شماره۳ پرسش‌نامه را تکمیل نمودند که بر اساس عوامل شناخته شده از پرسش نامه این عوامل به‌دست آمده که عامل اول با ارزش ویژه ۱۸/۱۱ در حدود ۳۲/۳۴ درصد و عامل دوم با ارزش ویژه ۴/۳، حدود ۷/۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. پس از انتخاب عامل‌ها، چرخش آن‌ها ضرورت دارد چراکه اغلب اوقات رابطه متغیرها و عامل‌ها به گونه‌ای نیست که بتوان آن را تفسیر کرد. در این پژوهش چون در ساختار و ابزار پژوهش، تنها یک عامل عمومی مد نظر نبوده، برای چرخش عامل‌ها از روش واریماکس استفاده شد. بعد از چرخش،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

ارزش‌های ویژه مؤلفه‌ها به گونه یکنواخت‌تری بین عوامل توزیع شده است، به طوری که مقدار ویژه برای مؤلفه اول به ۹/۲۸ و برای مؤلفه دوم به ۷/۴۰ تغییر یافته است. بنابراین درصد واریانس تبیین شده برای عامل اول و دوم به ترتیب برابر با ۱۶/۵۷ و ۱۳/۲۱ به‌دست آمد. این رقم در خصوص عامل پنجم برابر با ۸/۲۰ می‌باشد.

جدول ۴- میانگین امتیاز داده شده توسط ۱۲ نفر از اساتید، پس از تکمیل پرسش‌نامه به هر سؤال

حیطه‌ها	سؤالات	کاملاً مهم است ۵ امتیاز (درصد)	مهم است ۴ امتیاز (درصد)	به طور متوسط مهم است ۳ امتیاز (درصد)	اندکی مهم است ۲ امتیاز (درصد)	اصلاً مهم نیست ۱ امتیاز (درصد)
ارزیابی استاد	۱. آیا استادان آموزش‌های بالینی از کیفیت مناسب آموزشی برخوردار هستند؟	۲۵/۸	۶۴/۲	۷/۵	۱/۷	۰/۸
	۲. آیا استادان متناسب با رشته تخصصی خود آموزش بالینی را انجام می‌دهند؟	۳۰/۸	۵۹/۲	۸/۳	۰/۸	۰/۸
	۳. آیا استادان توانایی علمی کار در بالین را دارند؟	۳۰	۶۲/۵	۶/۷	۰	۰/۸
	۴. آیا استادان تجربه لازم برای کار در بالین را دارند؟	۶۶/۷	۲۸/۳	۴/۲	۰/۸	۰
	۵. آیا استادان از روحیه مشارکتی برای تعامل با دانشجویان برخوردار هستند؟	۵۲/۲	۴۵	۱/۷	۰	۰/۸
	۶. آیا استادان انگیزه لازم برای تدریس به دانشجو دارند؟	۴۴/۲	۵۰/۸	۴/۲	۰	۰/۸
	۷. آیا استادان زمان مناسب برای آموزش‌های بالینی در اختیار دارند؟	۱۶/۷	۶۷/۵	۱۳/۳	۱/۷	۰/۸
	۸. آیا کنفرانس‌های آموزشی در محیط بالینی انجام می‌شود؟	۲۱	۵۹/۷	۱۶	۲/۵	۰/۸
	۹. آیا از روش تدریس مشارکتی جهت آموزش استفاده می‌شود؟	۴۴/۵	۵۰/۴	۲/۵	۱/۷	۰/۸
فضا و امکانات	۱۰. آیا از فیلم‌های آموزشی در آموزش های بالینی استفاده می‌شود؟	۱۹/۲	۶۰	۱۶/۷	۱/۷	۰/۸
	۱۱. آیا از مولاژهای آموزشی درآموزش‌های بالینی استفاده می‌شود؟	۱۵/۸	۷۰	۱۲/۵	۰/۸	۰/۸
	۱۲. آیا ازتجهیزات و لوازم مصرفی بیمارستان درآموزش‌های بالینی استفاده می‌شود؟	۱۰/۸	۷۸/۳	۹/۲	**۰/۸**	**۰/۸**
	۱۳. آیا بیمارستان دارای‌اتاق پراتیک مناسب جهت آموزش‌های بالینی می‌باشد؟	۱۳/۳	۷۷/۵	۸/۳	**۰/۸**	۰
	۱۴. آیا بخش‌های بیمارستان دارای اتاق آموزش جهت آموزش بالینی می‌باشد؟	۴۵/۸	۴۸/۳	۵	۰	۰/۸
	۱۵. آیا فضای فیزیکی بیمارستان‌ها جهت آموزش های بالینی مناسب است؟	۳۷/۸	۵۵/۵	۴/۲	۱/۷	۰/۸
	۱۶. آیا بودجه آموزش‌های بالینی به میزان کافی می‌باشد؟	۱۶/۲	۶۵/۸	۱۴/۵	۱/۷	۱/۷
	۱۷. آیا تغذیه مناسب جهت دانشجویان در بیمارستان‌های آموزشی وجود دارد؟	۱۹/۳	۷۳/۹	۵	۰/۸	۰/۸
	۱۸. آیا سیستم های کامپیوتری بخش‌های بیمارستان جهت آموزش کافی است؟	۱۶/۸	۶۸/۹	۱۰/۹	۲/۵	۰/۸
	۱۹. آیا رختکن مناسب جهت دانشجویان در بیمارستان موجود است؟	۱۸/۶	۶۶/۹	۱۲/۷	۰/۸	۰/۸
	۲۰. آیا اتاق استراحت مناسب جهت دانشجویان در بیمارستان موجود است؟	۴۵/۴	۴۵/۴	۸/۴	۰	۰/۸
	۲۱. آیا دستگاه های استفاده شده درآموزش در بیمارستان‌ها مستهلک هستند؟	۱۶	۶۹/۷	۱۳/۴	۰	۰/۸
	۲۲. آیا اتاق عمل جهت آموزش دانشجویان در بیمارستان ها به تعداد کافی وجود دارد؟	۱۸/۵	۶۵/۵	۱۳/۴	۱/۷	۰/۸
	۲۳. آیا بخش‌های بیمارستانی جهت آموزش‌های بیمارستانی به تعداد کافی وجود دارد؟	۲۲/۷	۶۴/۷	۱۰/۱	۲/۵	۰
کمبود های آموزشی و مدیریتی	۲۴. آیا نسبت تعداد دانشجو به اساتید در آموزش‌های بالینی مناسب است؟	۲۱/۷	۶۰/۸	۱۴/۲	۲/۵	۰/۸
	۲۵. آیااعضای هیئت علمی در فرایند آموزش‌های بالینی ثابت هستند؟	۱۵	۷۰	۱۲/۵	۰/۸	۱/۷
	۲۶. آیا پرسنل بیمارستان با دانشجویان همکاری لازم را دارند؟	۲۱/۸	۶۸/۱	۹/۲	۰	۰/۸
	۲۷. آیا آزمون های عملی مناسب در طول آموزش‌های بالینی انجام می‌شود؟	۱۵/۳	۷۷/۱	۵/۹	۰/۸	۰/۸
	۲۸. آیا مقررات توسط دانشجویان بالینی در بیمارستان‌ها رعایت می‌شود؟	۱۵/۸	۷۰/۸	۱۱/۷	۰	۱/۷
	۲۹. آیا نظارت کافی بر ارزشیابی دانشجویان توسط اساتید صورت می‌گیرد؟	۱۹/۲	۷۵	۴/۲	۰/۸۸	۰/۸
	۳۰. آیا آزمون های عملی مناسب با آموخته های فراگیران در پایان دوره از دانشجویان بعمل می‌آید؟	۱۷/۵	۷۵	۶/۷	۰	۰/۸
	۳۱. آیا طرح درس مشخص در فرآیند آموزش های بالینی وجود دارد؟	۱۸/۶	۷۶/۳	۳/۴	۱/۷	۰
	۳۲. آیا همکاری ومشارکت بین دانشجو و استاد در آموزش‌های بالینی‌وجود دارد؟	۴۹/۲	۴۶/۷	۲/۵	۰	۱/۷
	۳۳. آیا دانشجویان از انگیزه کافی در فعالیت‌های بالینی برخوردارند؟	۵۳/۴	۳۸/۱	۵/۹	۱/۷	۰/۸

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

	۳۴. آیا از کیس متد برای افزایش تجربه درآموزش‌های بالینی استفاده می‌شود؟	۱۴/۴	۷۸/۸	۵/۱	۰	۱/۷
	۳۵. آیا اساتید در طول آموزش‌های بالینی حضور مستمر دارند؟	۱۷/۶	۶۸/۱	۱۰/۱	۱/۷	۰/۸
	۳۶. آیا در محتوای آموزشی با توجه به دانش به روز دنیا بازنگری می‌شود؟	۱۹/۲	۷۵/۸	۴/۲	۰	۰/۸
	۳۷. آیا مسئولین بیمارستان با دانش‌جویان بالینی برخورد مناسب دارند؟	۲۰/۸	۶۶/۷	۱۰/۸	۰/۸	۰/۸
	۳۸. آیا آموزش‌های ضمن خدمت جهت توانمندی اساتید برگزار می‌شود؟	۲۱/۷	۶۷/۵	۱۰	۰	۰/۸
شیوه های ارتقاء کیفی آموزش	۳۹. آیا از تشویق‌های مادی و معنوی جهت افزایش انگیزه های اساتید استفاده می‌شود؟	۵۴/۶	۳۹/۵	۴/۲	۰/۸	۰/۸
	۴۰. آیا از شیوه‌های جدید آموزشی برای یادگیری بهتر فراگیران استفاده می‌شود؟	۳۹/۵	۵۴/۶	۳/۴	۱/۷	۰/۸
	۴۱. آیا از تشویق‌های مادی و معنوی برای افزایش انگیزه دانش‌جویان استفاده می‌شود؟	۵۰/۴	۴۳/۷	۵	۰/۸	۰
	۴۲. آیا از امکانات جدید آموزش‌های بالینی جهت ارتقاء سطح آموزشی‌استفاده می‌شود؟	۳۲/۵	۶۲/۴	۴/۳	۰	۰/۹
	۴۳. آیا از پرسنل با سابقه جهت افزایش مهارت‌های بالینی دانش‌جویان استفاده می‌شود؟	۱۶/۸	۷۵/۶	۵/۹	۰/۸	۰/۸
	۴۴) آیا اگر فرآیندهای بالینی در بیمارستان به درستی انجام شود در ترخیص به موقع بیمار تأثیر دارد؟	۴۰/۳	۵۴/۶	۴/۲	۰	۰/۸
	۴۵. آیا آموزش‌های بالینی صحیح درافزایش رضایت بیمار تأثیر دارد؟	۵۹/۲	۳۶/۷	۳/۳	۰/۸	۰
	۴۶. آیا آموزش‌های بالینی در افزایش رضایت پرسنل بیمارستان درانجام کار با دانش‌جویان موثر است ؟	۲۴/۶	۶۷/۸	۵/۹	۱/۷	۰
	۴۷. آیا انجام صحیح فرآیندهای بالینی دررضایت همراهان بیمار مؤثر است؟	۲۲	۷۱/۲	۵/۹	۰	۰/۸
	۴۸. آیا انجام صحیح آموزش‌های بالینی در روحیه کار تیمی در دانش‌جویان مؤثر است؟	۲۷/۱	۶۶/۱	۵/۹	۰	۰/۸
نتایج بهبود فرآیندهای آموزشی	۴۹. آیا به اشتراک گذاشتن دانش بالینی در روحیه کار تیمی اساتید مؤثراست؟	۲۱/۷	۷۰	۷/۵	۰	۰/۸
	۵۰. آیا بازخورد مناسب مسئولین دانشگاه و بیمارستان در آموزش بالینی دانش‌جویان مؤثر است؟	۲۳/۳	۶۲/۵	۱۳/۳	۰	۰/۸
	۵۱. آیا افزایش دانش بالینی دانش‌جویان در سطح ایمنی بیمار مؤثر است؟	۲۸/۶	۶۷/۲	۳/۴	۰	۰/۸
	۵۲. آیا افزایش دانش بالینی دانش‌جویان در عدم مراجعه دوباره بیمار به بیمارستان مؤثر است؟	۳۰/۳	۶۰/۵	۶/۷	۱/۷	۰/۸
	۵۳. آیا افزایش دانش بالینی دانش‌جویان در رسیدن به اهداف بیمارستان در رضایت‌مندی و مشتری مداری تأثیر دارد؟	۲۱/۴	۶۶/۷	۹/۴	۱/۷	۰/۹
	۵۴. آیا افزایش دانش بالینی دانش‌جویان در رسیدن به شاخص‌های مناسب درمانی مؤثر است؟	۲۱	۷۰/۶	۵/۹	۱/۷	۰/۸
	۵۵. آیا افزایش دانش بالینی دانش‌جویان در کاهش هزینه‌ها و بهره‌وری بیشتر مؤثر است؟	۲۲/۹	۶۹/۵	۶/۸	۰	۰/۸
	۵۶. آیا افزایش دانش بالینی‌دانش‌جویان در کاهش زمان بستری بیمار در بیمارستان‌های آموزشی مؤثر است؟	۵۱/۷	۴۰/۸	۵/۸	۰/۸	۰/۸

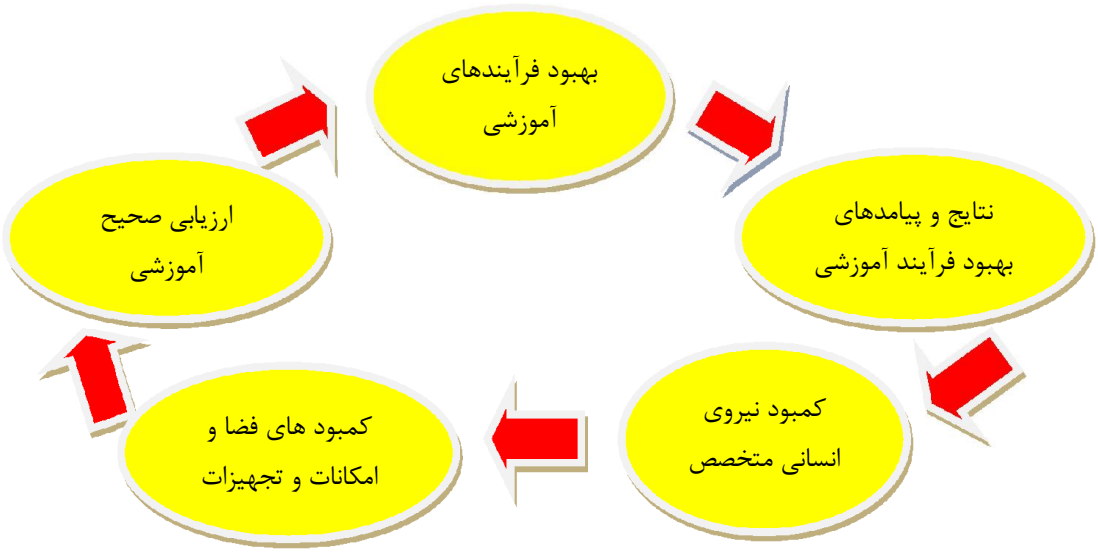
به منظور تحقیق درباره ماهیت روابط بین متغیرها و نیز دستیابی به تعاریف و نام‌گذاری عامل‌ها نقطه برش را ضرایب بالاتر از ۰/۳ و گاه بالاتر از ۰/۴ را در نظر گرفته و ضرایب کم‌تر از آن را به عنوان صفر در نظر گرفته‌اند [۳۱]. در پژوهش حاضر، ضریب (۰/۴) برای تفسیر عامل‌ها در نظر گرفته شده است. به عبارت دیگر هر عامل از متغیرهایی تشکیل شده است که بار عاملی آن‌ها بیش‌تر از ۰/۴ است. به طوری که سؤال‌های ۲۰ و ۱۴ روی عامل اول بیش‌ترین بار عاملی را به خود اختصاص داده‌اند. ساختار ساده عامل‌ها نشان می‌دهد که پس از آن‌که ۵ عامل استخراج شده و با استفاده از روش واریماکس چرخش داده شد، مجموعه پرسش‌هایی که به طور مشترک با یک عامل همبسته هستند، به شرح زیر به دست آمد:

عامل اول: فضا و امکانات، شامل پرسش‌های: ۸ تا ۲۵، عامل دوم: بهبود فرآیندهای آموزشی، شامل پرسش‌های: ۴۴ تا ۵۶، عامل سوم: کمبودهای آموزشی و مدیریتی، شامل پرسش‌های ۲۶ تا ۳۷، عامل چهارم: ارزیابی استاد، در برگیرنده پرسش‌های ۱ تا ۷، عامل پنجم: نتایج ارتقاء کیفی آموزشی که شامل بهبود خدمات به بیماران و رضایت و ایمنی بیمار و کاهش زمان بستری است، شامل پرسش‌های ۳۸ تا ۴۳ می‌باشد.

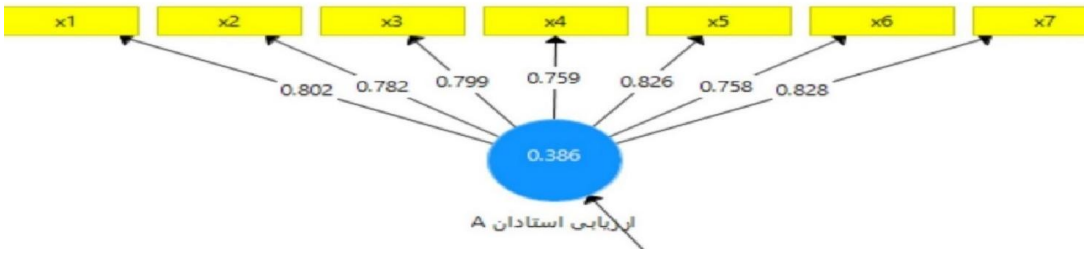
در مدل‌های زیر با استفاده از محاسبه به روش pls، پنج عامل اصلی شناسایی و دسته‌بندی شده است، مشاهده

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

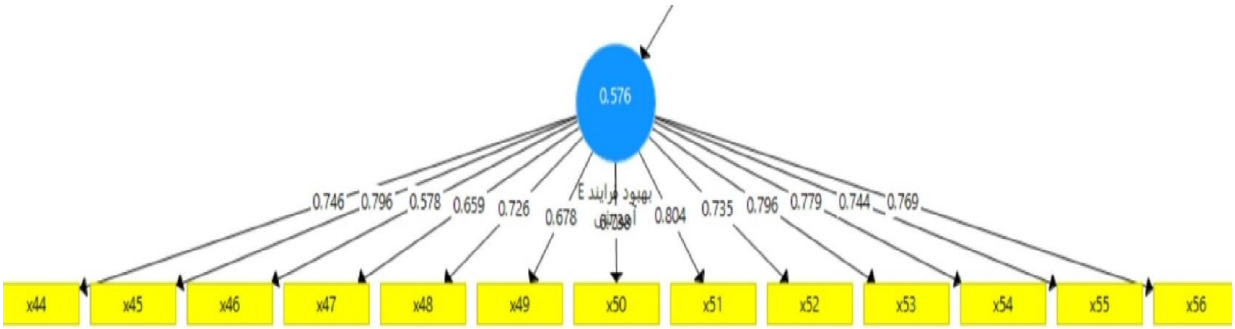
می‌شود که عوامل اصلی در مدل ارزیابی کیفیت شامل بهبود فرآیندهای آموزشی، نتایج و پیامدهای بهبود فرآیند آموزشی، کمبود نیروی انسانی متخصص، کمبود فضا و امکانات و تجهیزات و ارزیابی صحیح آموزشی که در مدل زیر نشان داده شده است.



مدل ۱- پنج عامل اصلی در بهبود کیفیت آموزش بالینی در بیمارستان‌های شهرستان ساوه

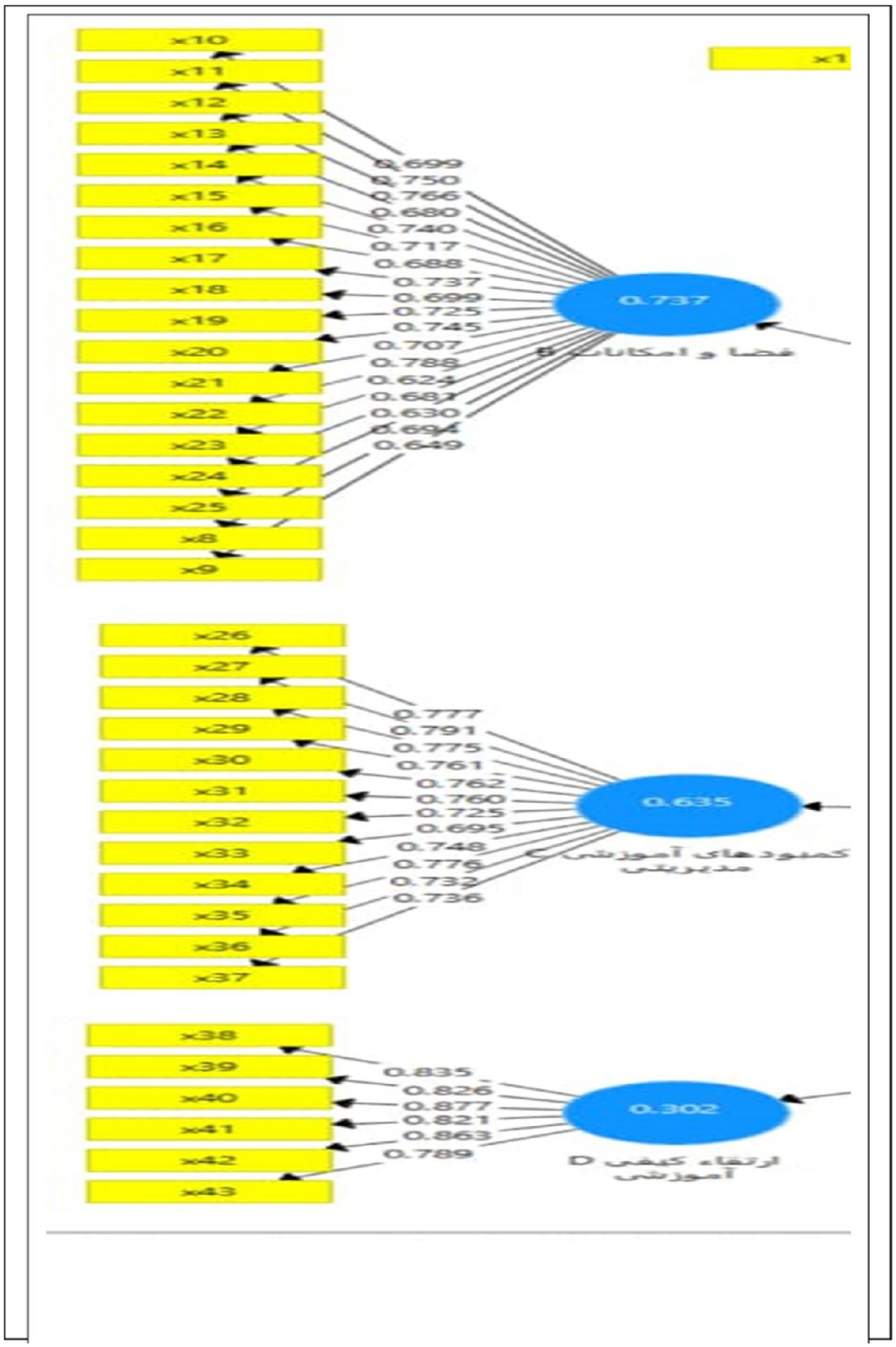


مدل ۲- مدل بیرونی(عامل ارزیابی استادان) در حالت تخمین ضرایب استاندارد PLS



مدل ۳: مدل بیرونی(عامل‌بهبود فرآیندها) در حالت تخمین ضرایب استاندارد PLS

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]



مدل ۴- مدل بیرونی(عوامل فضاوامکانات، کمبودهای آموزشی وارتقاء کیفی آموزش) در حالت تخمین ضرایب استاندارد PLS

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

طبق قاعده Ringle، SRMR باید کم‌تر از ۰/۰۸ باشد. در پژوهش حاضر این شاخص برابر با ۰/۰۶۴ محاسبه گردید. GOF نیز نشان دهنده کیفیت پیش بینی مدل است، تنن هاوس پیشنهاد می‌دهد که اگر مقدار GOF برابر با ۰/۰۱ بود ضعیف، برابر با ۰/۲۵ بود متوسط و برابر با ۰/۳۶ دارای کیفیت قوی است. در مدل پژوهش حاضر مقدار GOF برابر با ۰/۳۷۷ برآورد گردید که مطابق با نظر تنن هاوس مدل از کیفیت لازم برای پیش بینی داراست [۱۳].

جدول ۵- شاخص‌های برازش مدل

GOF	SRMR
۰/۳۷۷	۰/۰۶۴

طبق قاعده Ringle(۲۰۱۸)، SRMR باید کم‌تر از ۰/۰۸ باشد. در پژوهش حاضر این شاخص برابر با ۰/۰۶۴ محاسبه گردید. GOF نیز نشان دهنده کیفیت پیش بینی مدل است، تنن هاوس پیشنهاد می‌دهد که اگر مقدار GOF برابر با ۰/۰۱ بود ضعیف، برابر با ۰/۲۵ بود متوسط و برابر با ۰/۳۶ دارای کیفیت قوی است. در مدل پژوهش حاضر مقدار GOF برابر با ۰/۳۷۷ برآورد گردید که مطابق با نظر تنن هاوس مدل از کیفیت لازم برای پیش‌بینی دارست [۱۳].

در بهبود فرآیندهای آموزشی ۲۳ عامل دخالت دارند که استفاده از اساتید با تجربه در پرسش‌نامه بالاترین میزان نمره کاملاً موافق را با ۶۶/۷ درصد و در مطالعات کیفی این گویه باز هم با بالاترین تکرار در گویه ها با ۱۵مورد تکرار بیش-ترین نمره را به خود اختصاص داد و افزایش انگیزه در دانش‌جویان با ۱۳ تکرار در گویه ها به عنوان عامل دوم در تحقیقات کمی و با درصد ۵۳/۴ درصد در نمره کاملاً موافق چهارمین درصد در پرسش‌نامه و افزایش انگیزه های مادی و معنوی در اساتید با ۵۴/۶ درصد در پرسش‌نامه به عنوان سومین عامل و درگویه‌ها با تکرار ۷ بار استفاده از روش‌های نوین آموزش و شیوه آموزش مشارکتی با ۴۴/۵ درصد و ۶ بار در تکرار گویه‌ها جزو ۱۰عامل اصلی در بهبود کیفیت آموزشی در بیمارستان‌های شهرستان ساوه هستند.

در مورد کمبودها و نیازهای آموزشی به دو دسته کمبود نیروی انسانی و کمبودهای فضا و امکانات و تجهیزات تقسیم می‌شود که ۱۷ عامل دخالت دارد که از مهم‌ترین عوامل کمبود اتاق آموزش در بخش‌ها با ۴۵/۸ درصد به عنوان هفتمین عامل درکاملاً موافق و با تکرار ۱۰ بار در گویه‌ها به عنوان پنجمین عامل در تحقیقات کیفی و عامل کمبود اتاق استراحت در بخش‌ها ۴۵/۴ درصد به عنوان نهمین عامل بیش‌ترین کاملاً موافق و با ۱۲گویه تکراری به عنوان چهارمین عامل در تحقیقات کیفی جزو ده عامل اصلی در کل پرسش‌نامه کمی و کیفی بوده‌اند.

با توجه به موارد صحیح ارزشیابی چهار عامل عدم نظارت بر ارزشیابی توسط اساتید، عدم استفاده از آزمون‌های عملی مناسب، ارزشیابی در طول و پایان آموزش‌های بالینی و ارزیابی صحیح و اصولی اساتید از دانشجویان می‌باشد که عامل ارزیابی صحیح و اصولی اساتید که در تحقیقات کیفی هفت بار تکرار شده است و هشتمین عامل در اهمیت تحقیقات کیفی بوده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

درمورد نتایج و پیامدهای بهبود فرآیندهای آموزشی با توجه به وجود دوازده عامل در این مورد رضایت بیماران با ۵۹/۲ درصد به عنوان عاملی که در پرسش‌نامه که بیش‌ترین نظر کاملاً موافق را داشته است و به عنوان سومین مورد پرتکرار در گویه‌ها با ۱۲ مورد تکرار و کاهش زمان بستری بیماران با ۵۱/۷ درصد به عنوان یکی از عوامل اصلی در نظرات کاملاً موافق در پرسش‌نامه بوده که با هفت مورد تکرار در گویه‌ها بوده که در نتیجه از نظر پیامدها و نتایج حاصله از ارتقاء کیفیت آموزشی می‌توان دو عامل اصلی رضایت بیماران و کاهش مدت زمان بستری بیماران را به عنوان دو عاملی عنوان نمود که در نتایج و پیامدهای فرآیند آموزشی بیش‌ترین نمره و امتیاز را بدست آورده‌اند .

بحث

در این پژوهش بحث اصلی شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی از نظر مدرسان و فراگیران بیمارستان‌های شهرستان ساوه در سال ۱۳۹۸ می‌باشد که بر اساس نظر خبرگان آموزش و اساتید و دانش‌جویان سعی شده است که عواملی که در کیفیت آموزشی تأثیر مؤثری دارند بر اساس مصاحبه و پرسش‌نامه شناسایی و پایایی و روایی و اعتبار عوامل شناسایی شده بر اساس یافته‌های آماری کمی وکیفی مورد ارزیابی قرار گرفته و با توجه به نمرات حاصل از پژوهش در مورد شاخص های آماری پژوهش از اعتبار و پایایی و روایی مناسب برخوردار بوده است و هدف اصلی از این پژوهش عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی از نظر مدرسان و فراگیران بیمارستان‌های شهرستان ساوه شناسایی شده که در این پژوهش چهار عامل اصلی بهبود فرآیندهای آموزشی، رفع کمبودها و نیازهای آموزشی، توجه به نتایج و پیامدهای فرآیندهای آموزشی و ارزیابی صحیح و مناسب آموزشی می‌تواند به افزایش کیفیت آموزشی در بیمارستان‌های شهرستان ساوه کمک نمایند. نتایج این تحقیق با تحقیقاتی که در مورد ابعاد مختلف بهبود کیفیت آموزشی در ایران و سایر کشورها به عمل آمده است همخوانی دارد مانند تحقیقاتی در سال ۲۰۱۷ توسط Hennessey [۱۴] در مورد افزایش سطح انگیزشی و خلاقیت در دانش‌جویان به عمل آمد نتیجه گرفت که هر میزان خلاقیت و انگیزه دانش‌جویان بالاتر باشد خدمات بالینی بهتری را می‌توانند ارائه دهند که در نتایج این پژوهش نیز در عامل پنجم که استفاده از انگیزه‌های مادی و معنوی جهت دانش‌جویان می‌باشد، این عامل بالاترین نمره را کسب کرده‌است. در تحقیقی که توسط Sanagoo و همکاران [۱۵] در مورد افزایش نقد کیفیت مطالعات بر اساس مدل تحلیل محتوای کیفی که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است به عمل آمد نتیجه گرفت که با کدگذاری کیفی و دقیق می‌توان به نتایج مطلوب و دقیق آموزشی بر اساس معیارهای کیفی دسترسی پیدا نمود. در مورد این پژوهش نیز در عامل سوم وجود طرح درس مشخص به عنوان عاملی در جهت کدگذاری کیفی بالاترین نمره را کسب نمود که با این تحقیق مطابقت دارد. در تحقیقی که توسط Osma و همکاران [۱۶] در سال ۲۰۱۵ به عمل آمد نتیجه گرفتند که باید در فرآیند تدریس به

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

علاقه و نیازهای اساتید و انگیزه‌های دانش‌جویان توجه شود و دریافتند که این انگیزه‌ها در اساتید و فراگیران می‌تواند تغییرات مطلوبی را در فراگیران به همراه داشته باشد که در نهایت به رضایت گیرندگان خدمت منجر شود. در این پژوهش نیز در عامل دوم این نتیجه به دست آمده که با بهبود فرآیندهای آموزشی می‌توان ایمنی بیمار و در نتیجه به رضایت بیمار منجر شود که با تحقیق فوق قابل تطبیق است. در تحقیقی که در سال ۲۰۱۸ توسط Carson و همکاران [۱۷] به عنوان استفاده از آموزش‌های فراگیر و کارگروهی جهت افزایش خلاقیت در آموزش‌های بالینی پرستاری در بیمارستان واله لون در کشور انگلستان انجام شد با توجه به این که پرستاران و کادر پزشکی فشار فزآینده ای را درجهت افزایش تقاضای بالینی و خدمات درمانی در این حوزه و افزایش کیفیت ایمنی بیمار بر اساس کمیسیون-های مختلف درمانی را به عهده دارند که عدم موفقیت در آموزش‌های بالینی می‌تواند به حفظ ایمنی بیمار و در نهایت به حفظ جان بیماران لطمات جبران ناپذیری ایجاد و در عامل سوم وجود مشارکت دانش‌جویان با اساتید در فرآیندهای آموزش بالینی یکی از بالاترین نمرات را کسب کرده که با تحقیق فوق همخوانی دارد. به طور کلی این تحقیق با سایر مطالعات انجام شده همخوانی دارد. ولی چون فرهنگ بومی هر شهر و امکانات و نیروی انسانی و فرآیندهای تدریس در هر شهری می‌تواند با سایر نقاط کشور تفاوت‌هایی داشته باشد عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی از نظر مدرسان و فراگیران مختلف بوده و نیاز به این تحقیق با توجه به کاربردی بودن آن می‌تواند در بهبود فرآیند آموزش مؤثر باشد. با توجه به اینکه دانشکده علوم پزشکی ساوه دانشکده‌ای نسبتاً نوپا می‌باشد برای بهبود کیفیت آموزشی در این دانشکده و بیمارستان‌های آن باید به عامل انسانی توجه بیش‌تری شود چرا که نیاز به اساتید با تجربه و استفاده از شیوه‌های مشارکتی در آموزش دانش‌جویان و تعامل بیش‌تر با دانش‌جو و ایجاد انگیزه‌های مادی و معنوی در اساتید و دانش‌جویان و استفاده صحیح از امکانات جدید آموزش دانش‌جویان و وجود طرح درس مشخص و اعضای هیئت علمی ثابت از عوامل اصلی در بهبود فرآیندهای آموزشی بوده‌اند و درمورد کمبود امکانات و نیازهای‌آموزشی استفاده از تغذیه و امکانات رفاهی جهت دانش‌جویان و ایجاد اتاق آموزش در بخش‌ها و استفاده از وسایل کمک آموزشی و وسایل و تجهیزات مصرفی و غیر مصرفی بیمارستان‌ها در آموزش می‌تواند به عنوان مهم‌ترین عوامل در این مورد می-باشند که همه این عوامل می‌تواند دو عامل اصلی رضایت بیماران و کاهش مدت زمان بستری بیماران را به همراه داشته باشند که این دو عامل در نتایج و پیامدهای فرآیند آموزشی بیش‌ترین نمره و امتیاز را بدست آورده اند.

تشکر و قدردانی

از همکاری تمامی مسئولین دانشکده علوم پزشکی ساوه که اجازه انجام تحقیق را انجام و در تمامی مراحل تحقیق همکاری و از نظرات ایشان استفاده کردم و اساتید ارجمند و همکاران ارزشمند که نظرات ارزشمندشان در انجام این تحقیق راه‌گشا بوده و نهایت همکاری را داشته‌اند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نمایم.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

References

[1] Ravani Pour M, Vanaki Z, Afsar L, Azemian A. The standards of professionalism in nursing: the nursing instructors' experiences. *Evidence Based Care* 2014; 4(1): 27-40.

[2] Benner P. Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness. (eds.) Sage Publications. 1994.

[3] Gobo G, Mauceri S. Constructing survey data: an interactional approach. Sage Publications. 2014.

[4] Hamiti M, Reka B, Imeri F. The Impact Of Computer Components In Enhancing The Quality Of Teaching And Learning Process In Universities. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015; 191: 2422-6.

[5] Negricea CI, Edu T, Avram EM. Establishing influence of specific academic quality on student satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 116(1): 4430-5.

[6] Hubackova S. Factors influencing the quality of teaching and the foreign language knowledge. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015; 197: 1952-6.

[7] Yanhua C, Watson R. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Educ. Today* 2011; 31(8): 832-6.

[8] Garside JR, Nhemachena JZ. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Educ Today* 2013; 33(5): 541-5.

[9] Harvey, Sarah, and Claire D. Uren. Collaborative learning: Application of the mentorship model for adult nursing students in the acute placement setting. *Nurse Educ Today* 2019; 74: 38-40.

[10] Al-Fraihat D, Joy M, Sinclair J. Evaluating E-learning systems success: An empirical study. *Comput Human Behav* 2020; 102: 67-86.

[11] Drost EA. Validity and Reliability in Social Science Research. Education Research & Perspectives 2011; 38(1): 105-123

[12] Cerny BA, Kaiser HF. A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

correlation matrices. *Multivariate Behav Res* 1977; 12(1): 43-7.

[13] Hooman HA, Understanding the scientific method in behavioral sciences Parsa Publications. 2012.

[14] Hennessey B. Intrinsic motivation and creativity in the classroom. *Nurturing creativity in the Classroom* 2017; 2: 227-64.

[15] Sanagoo A, Nomali M, Jouybari L. Explanation of educational equity among Medical Sciences students: evaluation of Medical Sciences students opinions and experiences. *Future Med Educ* 2011; 4(3): 39-44. [Farsi]

[16] Osma I, Radid M. Analysis of the Students' Judgments on the Quality of Teaching Received: Case of Chemistry Students at the Faculty of Sciences Ben M'sik. *Procedia Soc Behav Sci* 2015; 197: 2223-8.

[17] Carson JA, Petrella JK, Yingling V, Marshall MR, Jenny O, Sherwood JJ. Undergraduate Research in Kinesiology: Examples to Enhance Student Outcomes. *Kinesiol Rev* 2018; 7(4): 305-13.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]

Factors Affecting the Quality of Clinical Education from the Perspective of Teachers and Learners of Saveh Hospitals in 2019: A Descriptive Study

S. M. Mortazavi[1], Gh. Sharifirad[2], A.A. Khoshgoftar Moghaddam [3]

Received: 16/07/2020 Sent for Revision: 27/07/2020 Received Revised Manuscript: 24/10/2020 Accepted: 26/10/2020

Background and Objectives: Clinical education is a link between the theoretical content of medical students and the provision of clinical services to patients. This study evaluates various factors affecting clinical education and factors affecting the quality of education identified by instructors and learners, to help improve the quality of education by improving processes.

Materials and Methods: This research was conducted in two ways: qualitative and quantitative. In the qualitative stage, 20 experts were interviewed. From the obtained information, a researcher-made questionnaire was created and after confirming the reliability and validity, was distributed among 198 clinical students in the fields of nursing, operating room and anesthesia in Saveh hospitals in 2019, who were passing clinical training course, and the professors of Saveh University of Medical Sciences. Qualitative stage information was analyzed by MAXQDA software version 10 and quantitative stage information was analyzed by SPSS software version 23. The results were analyzed by factor analysis.

Results: The results showed that 23 factors are involved in improving educational processes. Among the 17 factors regarding the shortages and educational needs, one of the most important factors was the shortage of the training room in the wards with 45.8%. Regarding the results and consequences of improving educational processes, the most important factor was patient satisfaction with 59.2%, having the most completely agreed opinion.

Conclusion: The main factors in the quality assessment model include improving educational processes, results and consequences of improving the educational process, lack of specialized manpower, lack of space and facilities and equipment, and proper educational evaluation.

Key words: Quality, Clinical education, Process

Funding: The costs of this study were paid for by the author.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Saveh University of Medical Sciences has agreed with this research by letter No. 127/44.

How to cite this article: Mortazavi SM, Sharifira Gh, Khoshgoftar Moghaddam AA. Factors Affecting the Quality of Clinical Education from the Perspective of Teachers and Learners of Saveh Hospitals in 2019: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 19 (9): 909-24. [Farsi]

1- PhD Student, Dept., of Educational Management, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran, ORCID: 0000-0001-8143-7260
2- Prof., Dept. of Social Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran, ORCID: 0000-0001-9955-2566
(Corresponding Author) Tel: (025) 32800301, Fax: (025) 32800303, E-mail: dr.sharifirad@gmail.com
3- Prof., Dept. of Educational Sciences, Farhangian University, Qom, Iran, ORCID: 0000-0003-0641-1284

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.9.5.4]
[DOI: 10.29252/jrums.19.9.909]