

نظریه پردازی بر فرآیند انتقال دانش نظری به حوزه عمل در پرستاری: رویکرد گراند تئوری

دکتر محمدعلی چراغی*

دریافت: ۸۸/۹/۳، پذیرش: ۸۹/۴/۳

چکیده:

مقدمه و هدف: انتقال دانش یکی از دغدغه های اصلی تمام نظام های آکادمیک از جمله پرستاری است. نظام هایی موفق قلمداد می شوند که بتوانند پارادایم های تئوریک خود را به نسخه های موفق و قابل تجویز عملی در آورند. هدف این پژوهش نظریه پردازی بر فرآیند انتقال دانش نظری به حوزه عمل در پرستاری بوده است.

روش کار: این پژوهش از نوع کیفی و به روش گراند تئوری با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف و مصاحبه عمیق و باز نیمه ساختارمند انفرادی با ۲۹ نفر و چندین جلسه مشاهده مشارکتی انجام شد. نمونه گیری نظری، مبتنی بر روند استخراج متغیرها و شکل گیری نظریه، با استفاده از تکنیک "پارادایم کدگذاری" اشتراوس و کوربین و روش تحلیل مقایسه ای مداوم، تجزیه و تحلیل داده ها انجام گردید.

نتایج: از داده های این تحقیق، از مجموع ۹۸۵ کد اولیه، پس از چندین بار تقلیل و ادغام جهت رسیدن به تراکم مفهومی، ۵۰۰ مورد برجسب مفهومی با بار مفهومی گسترده تر استخراج گردید که نهایتاً چهارمضمون یا درونمایه اصلی جنبه روانشناختی انتقال دانش، ساختار رفتار بالینی، پارادوکس پارادایمی دانش و عمل؛ و واگرایی سازمانی در پرستاری از محتوای مستتر در آنها استخراج شد. گسست متقابل تئوری - عمل / عمل - تئوری، متغیر مرکزی و دارای مرجعیت و محوریت لازم در بین داده ها بود. در واقع این گسست هم مشکل اجتماعی پایه و در عین حال فرایند اجتماعی پایه این مطالعه را نیز به صورت گسست بین اندیشه و رفتار در پرستاری تشکیل داده است.

نتیجه نهایی: پیوست مطلوب بین تئوری - عمل / عمل - تئوری در چهار ستون اصلی پرستاری یعنی آموزش، پژوهش، مدیریت و بالین راهکار اصلی موفقیت است. پی آیند فرآیند گسسته انتقال دانش در پرستاری، تداوم ثنویت گرایی مخرب بین آموزش و بالین پرستاری و به مخاطره افتادن جایگاه و پایگاه علمی رشته خواهد بود که در قسمت های مختلف این پژوهش نیز مورد تاکید بوده است.

کلید واژه ها: انتقال دانش پرستاری / پژوهش کیفی / گسست تئوری و عمل / گراند تئوری

مقدمه:

تقسیم بندی می کنند (۱). حیطه نظری به تبیین خردورزی و حکمت نهفته در حیطه عملی پرداخته و امور انتزاعی یک رشته همچون غایتها، مفاهیم، متاپارادایم، پارادایم، مشکلات ریشه ای و فلسفی آن را مورد مذاقه و کنکاش قرار می دهد که در واقع دانش انتزاعی نام می گیرد. در دهه های اخیر؛ این بخش، مبتنی بر علوم رفتاری، علوم انسانی، کلیت گرایی متناسب با تغییرات

هر نظام یا رشته علمی، در بر گیرنده یک سری ویژگیهای پیکره دانش منحصر به خود می باشد که بر اساس آن نیز، دنیای خاص مربوط به فعالیتهای یادگیری در آن شکل می گیرد. دانشمندان پرستاری، پرستاری را ترکیبی از دو شاخه کلی علم و هنر در قالب نظام آکادمیک (حیطه نظری) و نظام حرفه ای (حیطه عملی)

* استادیار گروه پرستاری و عضو مرکز مراقبت های مادر و کودک دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی همدان

(cheraghiali2000@yahoo.com)

این تلاطم، حاصل یکسری از مباحثات و منازعاتی است که به طور طبیعی از منظر دیدگاه‌های آموزشی، حرفه‌ای و مدیریتی نشأت گرفته و نهایتاً منتج به گسست بین تئوری و عمل در حرفه‌ی پرستاری نیز شده است (۷). در کشور ما نیز به نظر میرسد که این عدم ارتباط وجود داشته باشد که به نوبه خود شاید یکی از علل تاثیر گذار بر روند انتقال دانش پرستاری به حیطه‌های عملی نیز باشد. در این رابطه، پژوهشگران ارتباط محیط، بالین و دانشکده را ناهماهنگ دانستند (۸). سؤال این است که ساختار این ناهماهنگی چگونه بوده و از چه مؤلفه‌هایی برخوردار می‌باشد؟

این در حالی است که با وجود اینکه غالب مطالعات انجام شده در کشور نیز به وجود گسست بین تئوری و عمل در پرستاری اشاره کرده‌اند ولی چگونگی فرآیند انتقال دانش نظری به حیطه‌های عملی را به صورت کلان و با دیدگاهی مبتنی بر پایه‌های فلسفی و پارادایمی مورد مذاقه قرار نداده و الگویی نیز برای آن مطرح نکرده‌اند. از طرف دیگر، پر واضح است که تنظیم یک یا چند پرسشنامه در قالب سئوالات بسته نیز نخواهد توانست پاسخگوی درک چگونگی فرآیند انتقال دانش به حیطه‌های عملی پرستاری باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که پژوهش‌های کیفی، نقش مؤثرتری در روشن سازی حیطه‌های ابهام آمیز و ناشناخته داشته باشد (۵). زیرا، این پژوهش‌ها کارایی ویژه‌ای در پاسخ به سئوالاتی دارند که حاوی تفاسیر و ذهنیات انسان بوده و بهترین روش برای توصیف تجربیات زندگی و فرآیندهای اجتماعی اساسی موجود در آنها هستند. در پرتو این پژوهش‌ها محقق به دیدگاهی روشن در باره‌ی پدیده‌ها دست می‌یابد که می‌تواند مبنایی برای ارائه راهکارهای بدیع، روشن بینانه و مفید فراهم سازد (استرابت و کارپینتر ۲۰۰۳، ص ۱). از این رو، محقق بر آن است تا با استفاده از روش گراند تئوری (Grounded Theory) به تبیین فرآیند چگونگی انتقال دانش به حیطه‌های عملی پرستاری و نظریه پردازی برآن بپردازد. در حال حاضر، نظریه‌ای منسجم متناسب با شرایط بومی در پرستاری کشور ما وجود ندارد تا به تبیین و نظریه پردازی فرآیند انتقال دانش به گونه‌ای

پارادایمیک فلسفی بوده است. حیطه عملی در پی پرداختن به حیطه‌های کارکردی و عملی یک رشته است و در واقع برآیندهای رفتاری رشته را در پایه‌های اصلی مرتبط با آن از قبیل مدیریت، حیطه خدمات بالینی، آموزش و تحقیق به گونه‌ای به عینیت در می‌آورد که تداعی کننده‌ی پایه‌های فلسفی و انتزاعی رشته باشد (۲). مطابق نظر فلکسنر داشتن پایه‌های علمی و استدلالی منسجم؛ از زیر ساختهای اصلی حرفه‌ای شدن می‌باشد. براین اساس، پس از جنگ جهانی دوم؛ بستر اجتماعی خوبی برای پذیرش وجه دانشگاهی و علمی شدن پرستاری فراهم شد (۱).

در ایران، به جهت جوابگو نبودن آموزش پرستاری سنتی در قبال نیازهای سلامت جامعه و پیشرفت تکنولوژی و به دنبال چالشی که در این زمینه مشهود بود؛ برنامه‌های تحت عنوان انتقال آموزش پرستاری سنتی به آموزش عالی طراحی و به اجرا درآمد ولی متأسفانه بعد از گذشت چندین سال، مطالعات پرستاری نشان از عدم موفقیت آموزش پرستاری در مواردی از جمله ضعف شایستگی و توانمندی‌های دانش‌آموختگان پرستاری در زمینه تبلور دانش نظری در حوزه عملی بوده‌اند (۳). در این رابطه، برخی از پژوهشگران روش‌های آماده سازی دانشجویان پرستاری را برای گذر موفق از دانشکده به شرایط بالین، ناموفق ارزیابی نموده و معتقدند در سال‌های اخیر، خلاء بین تئوری و عمل، باعث بحران در مراقبت پرستاری شده و همین امر، خدمات پرستاری را با انتقاداتی مواجه ساخته است (۴، ۵). سؤال این است که دلایل زمینه‌ای این ضعف شایستگی و توانمندی‌های دانش‌آموختگان پرستاری چیست؟ و چه بخشی از این فرآیند، مربوط به نوع کارکرد فرآیند انتقال دانش به حیطه‌های عملی است؟

در کشورهای پیشرفته نیز این دغدغه‌ها وجود دارد. به نظر برخی از پژوهشگران بخشی از علت گسست بین تئوری و عمل، ناشی از گذر از حالت خدماتی بودن پرستاری به یک مدل آموزشی می‌باشد (۶) و اینکه، پرستاری، در حال تجربه پدیدار "تلاطم یا (Turbulence)" است که ناشی از عملکرد نیروهای مختلف جهت، سریع و غیر قابل پیش بینی در دستگاه‌های خرد و کلان می‌باشد.

فرآیندهای نهفته در پس تعاملات اجتماعی تأکید دارد به عنوان روش مناسب برای مطالعه، استفاده شد.

جامعه‌ی پژوهش شامل رده‌های مختلف پرستاران (دانشجویان در عرصه، پرستاران بالینی، رده‌های مدیریت پرستاری و مدرسان پرستاری)، پزشکان و بیماران در واحدهای درمانی و آموزشی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. در این مطالعه، ۲۹ نفر، نمونه‌های پژوهش را تشکیل دادند. ابتدا با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، ۲۱ نفر از پرستاران در رده‌های مختلف مورد مصاحبه قرار گرفتند. سپس بر اساس داده‌های حاصل از تحقیق، طبقات، ویژگی‌های خاص پدیدار شده در هر کدام از طبقات و نیاز به اشباع در درون طبقات، نمونه‌گیری نظری از ۸ مورد دیگر نیز صورت گرفت. همچنین از روش مشاهده مشارکتی نیز برای تکمیل داده‌ها استفاده شد. محیط این پژوهش را دانشکده پرستاری و مامایی تهران (شامل مصاحبه در اتاق کار پژوهشگر در دانشکده با توافق مصاحبه‌شوندگان، اتاق کار اعضای هیات علمی، کلاس درس تئوری دانشجویان، کارآموزی و اتاق پراتیک)؛ بیمارستان‌های امام خمینی و شریعتی، دفاتر پرستاری بیمارستان و دانشگاه، دفاتر کار مدیران ارشد بخش آموزش و بالین در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظام پرستاری تشکیل دادند. محقق نمونه‌های مورد نظر را یافته و پس از کسب توافق لازم جهت انجام مصاحبه و شرکت در مطالعه به مصاحبه‌ی یا مشاهده مشارکتی در شرایط طبیعی اقدام نمود.

روش اصلی برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختارمند فردی (Semi-structured In-depth Individual Interview) بود. با توجه به عوامل محیطی، میزان تحمل، اطلاعات و تمایل شرکت‌کنندگان؛ تمامی مصاحبه‌ها در یک جلسه و تنها در دو مورد در دو جلسه انجام شد. مصاحبه‌ها با استفاده از دستگاه ضبط صوت مخصوص (Voice Recorder) ضبط شده و بلافاصله پس از اتمام مصاحبه، کلمه به کلمه از نوار پیاده شد. اصل مصاحبه در محل امن نگهداری شده، تجزیه

پرداخته باشد که شرایط حاکم بر بستر دو حوزه‌ی دانشگاهی و عرصه‌ی عملی را در یک نگاه کلان تر و با دید نظریه علمی مورد کنکاش قرار داده باشد. همچنین پژوهشی نیز با این رویکرد صورت نگرفته و هیچیک از مقالات و گزارشات موجود نیز سؤال تحقیق را بدین شکل مطرح نکرده‌اند. اغلب مطالعات به صورت کمی انجام شده است که تنها به بخش‌های کوچکی از موضوع پرداخته‌اند و کیفیت درک فرایند چگونگی انتقال دانش به حیطه‌های عملی پرستاری و نظریه پردازی بر آن را مطرح نکرده‌اند و به نظر می‌رسد این مطالعه به پر کردن این شکاف و خلاء کمک خواهد کرد. سؤال اساسی این است که فرآیند انتقال دانش نظری به حیطه‌های عملی پرستاری چگونه است؟

از آنجایی که گراند تئوری یک رویکرد فرآیند مداری (Process-oriented Approach) است تا یک رویکرد محصول مدار؛ در پی پیدا کردن تغییری است که در طی زمان حاصل آمده و اجازه می‌دهد تا شرکت‌کنندگان در مطالعه به بیان داستان به همان شکلی که دیده‌اند بپردازند (۹). به علاوه، زمانی که در مورد پدیده‌ای، هیچ دانشی نداریم و یا دانش مربوط به آن پدیدار و فرآیند آن کم است؛ روش گراند تئوری، روش مناسبی می‌باشد (۱۰). انتخاب روش گراند تئوری برای این مطالعه نیز بر اساس سنخیت سؤال پژوهش، احساس دریافت جامع‌ترین پاسخ، قابلیت اجرا و سهولت با این روش بوده است. لذا پژوهشگر مناسب دید که در قالب گراند تئوری، به بررسی فرآیند مربوط به چگونگی انتقال دانش نظری به حیطه‌های عملی پرستاری بپردازد و سپس با استفاده از متغیرها، درونمایه‌ها (Themes) و مفاهیم استخراج شده از داده‌ها به طراحی نظریه حد وسط (Mid-range Theory) در خصوص چگونگی فرآیند انتقال دانش به حوزه عمل پرستاری بپردازد.

روش کار:

هدف این مطالعه، تبیین فرآیند انتقال دانش به حیطه‌ی عمل در پرستاری و نظریه پردازی در مورد آن بود. در این پژوهش از روش گراند تئوری با نسخه‌ی اشتراوس و کوربین که با تحلیلی سیستماتیک به کشف

مداوم، تحلیل هم زمان داده ها و مقایسه‌ی مداوم داده ها و طبقات از نظر تشابه و تفاوت‌ها، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه ها و پیگیری موارد مورد اختلاف در خصوص تذهیب کدها از طریق پست الکترونیکی و یا حضوری و تمرکز بر روی موضوع در محیط های مربوطه و بازنگری ناظرین در دستیابی به داده های حقیقی استفاده شد.

نظارت خارجی همچنین راهی برای ارزیابی همسانی (Dependability) بود؛ به این معنی که داده‌ها را به پژوهشگری که ارتباطی با پژوهش نداشته دادیم تا ببینیم آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد؟ آیا او نیز از این داده‌ها همین نتیجه را می‌گیرد؟ وقتی که گزارشات و دست نوشته‌ها و یادداشتهای پژوهش به پژوهشگر دیگری داده شد یافته‌های مشابهی استخراج می‌گردید و موارد مورد اختلاف مورد بازنگری دقیقتر واقع می‌شد تا بدین وسیله تعیین با عینیت داده‌ها نیز تأمین گردد. جهت تأمین انتقال پذیری (Transferability) و تناسب (Fitness) یا قابلیت تعمیم نتایج حاصله به سایر گروهها و محیط‌های مشابه؛ نتایج پژوهش در اختیار تعدادی از پرسنل پرستاری درمان، دانشجویان در عرصه و اعضاء هیات علمی که در پژوهش حاضر مشارکت کننده نبوده‌اند، قرار گرفت تا انتقال پذیری و تناسب آن نیز بررسی شود. حاصل این روند، ضمن تأیید یافته‌ها، ارائه یک سری تجربیات و دیدگاههای تکمیلی بود که در فرآیند تحلیلی داده‌ها به کار گرفته شد. بازنگری ناظرین شامل استفاده از نظرات تکمیلی همکاران، مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، اساتید و همکاران آشنا به تحقیق کیفی بوده است. با تمرین احساس پاسخ‌گویی، خلاقیت و حساسیت پژوهشگر در روند پژوهش سعی در رعایت معیار مقبولیت پژوهشگر به عنوان یک جزء اساسی در تحقیق کیفی شده است که نظارت اساتید همکار روش تحقیق کیفی در این مهم نیز نقش اساسی داشته است.

نتایج :

مجموعاً ۲۹ نفر به عنوان مشارکت کننده از رده‌های مختلف پرستاری مورد مصاحبه قرار گرفتند که مشخصات آنها در جدول ۱ به صورت ذیل بیان شده است.

و تحلیل و کد گذاری اولیه داده های هر مصاحبه قبل از مصاحبه بعدی صورت می‌گرفت. در کل، ۱۷۴۰ دقیقه مصاحبه انجام و مورد تحلیل دقیق قرار گرفت. همچنین برای تکمیل داده ها و بررسی ابعاد مختلف پدیده‌ی مورد بررسی در شرایط طبیعی؛ علاوه بر مصاحبه، از مشاهده مشارکتی (Participant Observation) نیز استفاده شد. استفاده از تکنیک مقایسه‌ی مداوم (Constant Comparison) بین داده‌ها، طبقات نوظهور و مفروضات مستخرج از یادآور نویسی ها (Memoing) و یادداشت های در عرصه (Field Notes) به پژوهشگر جهت دهی می‌کرد تا فرآیند نمونه گیری نظری را تا اشباع داده ها در هر طبقه ادامه دهد.

روش تجزیه و تحلیل در این پژوهش، روش کدگذاری سه مرحله ای باز، محوری و انتخابی اشتراوس و کوربین به عنوان رویکرد پایه به همراه الگوی عملیاتی تعدیل شده‌ی ایوز که یک الگوی ترکیبی با پایه‌ی تحلیل اشتراوس و کوربین است (۱۱) به عنوان چارچوب عملی هدایت تجزیه و تحلیل مورد کاربرد بوده است. البته در این مطالعه، برخی از قسمت‌ها از قبیل شرایط علی و مداخله‌ای، مورد تلطیف و تعدیل پژوهشگر قرار گرفت و تحت عنوان شرایط درزیر طبقات آمد.

برای تأمین روایی و پایایی مطالعه از صحت سنجی، ریگور (Rigor) یا استحکام داده ها استفاده شد که بدین منظور تأکید بر نوشتن یادآورهای متعدد، نمونه‌گیری نظری، دقت در کدگذاری و دسته بندی می‌شد. همچنین تأکید بر مقایسات بین و میان داده ها جهت تقویت صحت سطح دقت (Accuracy) و تنوع (Diversity) می‌شد. برای اینکه قابلیت تعمیم تئوری خلق شده به بستر و زمینه‌ی تحت مطالعه مناسب تر باشد نمونه گیری نظری با حداکثر تنوع نیز انجام شد که تنوع نمونه های مطالعه گواه این مسئله می باشد (۱۲). پژوهشگر با دقت در انتخاب مطلعین کلیدی، تلفیق روش‌های گردآوری داده‌ها از قبیل استفاده از مصاحبه‌ی عمیق، یادداشت در عرصه، یادآور نویسی، بررسی مکتوبات رشته در خصوص موقعیت تحت مطالعه و تلفیق زمانی در مشاهدات مشارکتی مثل انجام مشاهدات بیمارستانی در شیفت‌های صبح و عصر استفاده سعی در تأمین روایی داده ها نمود. همچنین از بررسی

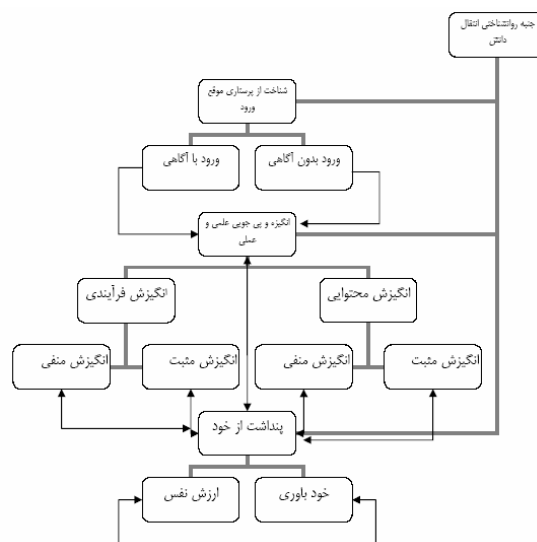
جدول ۱: خصوصیات فردی مشارکت کنندگان در پژوهش

مدرک تحصیلی	جنس		سوابق خدمت (سال = س؛ ماه = م) X±SD	سن (سال) X±SD	مشارکت کنندگان
	مرد	زن			
دکتر	-	۷	سال چهارم	۲۲/۸±۳/۵	دانشجویان در عرصه
فوق لیسانس	-	۲	۱۳/۶±۲/۵ (م)	۲۵/۶±۱/۵	پرستار طرحی
لیسانس	-	۱	۱۴/۵±۱/۲ (س)	۳۹±۱/۴ (س)	پرستار با سابقه
-	-	۲	۲۴/۵±۶/۳ (س)	۵۱±۴/۲ (س)	سوپروایزر
-	۲	۴	۲۹/۲۵±۱۷/۵ (س)	۵۴/۲±۱۴/۴ (س)	مدیر ارشد پرستاری
-	+	۳	۲۰±۵/۴ (س)	۴۶/۱۶±۳/۷ (س)	مدرس پرستاری
-	-	۱	۱۳ (س)	۴۱	پزشک
-	-	۱	-	۴۶/۵±۱۲ (س)	بیمار

رشته به دلیل ضعف معیارهای ورودی به رشته موجب ورود افراد بدون انگیزش لازم به حرفه شده است که از احساس پنداشت از خود مثبتی برخوردار نیستند. پی‌آیند این سیکل معیوب، زمینه سازی در عدم پی‌جویی لازم در پوشش مسئولیت‌های حرفه‌ای در چهار پایه‌ی اصلی پرستاری یعنی آموزش؛ خدمات پرستاری؛ مدیریت و پژوهش می‌شود. از جمله شرایط علی و مداخله‌ای مؤثر در این سیکل معیوب عبارت از عدم شناخت از رشته؛ نبود سیستم مشاوره‌ی حرفه‌ای کارآمد در بدو ورود؛ عدم تخصصی بودن کار پرستاری؛ عدم واقعیت‌گرایی و بستر زاد بودن آموزش‌های نظری و عملی؛ عدم انگیزش محتوایی و فرآیندی از قبیل عدم جذابیت خود رشته برای ورودی‌ها، عدم تأمین مالی لازم، پایگاه اجتماعی نامناسب رشته؛ پنداشت از خود منفی ناشی از عدم ارتباطات بین فردی و سازمانی دانش محور، عملکرد نامناسب الگوهای نقش در آموزش و بالین، عملکرد معیوب مدیریت پرستاری، عدم حفظ کرامت انسانی پرستاران، عدم قدرت و ضمانت اجرایی در پیاده کردن ایده‌ها در عمل به علت سیستم پزشک سالار، حاکمیت سیکل ارشدیت سنتی روتین محور بوده است. عمل مبتنی بر دانش به عنوان یک پی‌آیند مورد انتظار از رشته در گرو سیاست‌گذاری کارآمد در جهت رفع این موانع می‌باشد. کارآمدی این سیاست‌ها نیز به نوبه‌ی خود در گرو ایجاد هماهنگی تنگاتنگ بین چهار پایه و اساس پرستاری در دانش و عمل میسر می‌باشد.

همچنین پس از طی مراحل سیزده گانه تحلیلی ایوز به استخراج چهار درونمایه اصلی شامل جنبه‌ی روانشناختی انتقال دانش؛ ساختار رفتار بالینی؛ پارادوکس پارادایمی دانش و عمل؛ واگرایی سازمانی در پرستاری به همراه متغیر مرکزی گسست تئوری و عمل و شکل ارتباطات متعامل بین درونمایه‌ها با متغیر مرکزی مورد تحلیل قرار گرفت. حال به تفکیک به تشریح هر درونمایه پرداخته می‌شود تا چگونگی فرآیند انتقال دانش مشخص گردد.

جنبه‌ی روانشناختی انتقال دانش



شکل ۱: روابط مفهومی در درونمایه جنبه روانشناختی انتقال دانش

میکرو تئوری یا فرضیه‌های منتج از تحلیل گراند تئوری در این درونمایه نشان داد که عدم شناخت از ماهیت کار

مراقبت‌های پرستاری روزانه‌ی بخش نیز به عنوان یک پی‌آیند، تحت تأثیر شرایط علی و مداخله‌ای همچون عدم کاربرد رویکردهای نوگرا (فرآیند پرستاری، کار موردی، تیمی ...)؛ عدم تفاوت بین کار پرستار و بهیار؛ عدم ارتباط مستقیم با بیمار به علت حجم کاری بالا (کارهای مرتبط و نامرتب)؛ عدم تناسب بین نسبت پرستار و بیمار؛ حاکمیت ارشدیت سنتی در ارائه‌ی مراقبت؛ ضعف در مدیریت برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت بوده است. استراتژی غالب نزد افراد بازیگر در عرصه؛ به صورت شکل‌گیری خود فردی و اجتماعی هم‌رنگ با ارزش‌های بستر یعنی روتین محوری و عدم روز آمد بودن می‌باشد. این شرایط، فرآیند انتقال دانش و استفاده از آن را در حوزه‌ی عملی با نارسایی مواجه ساخته است.

استفاده از شیوه‌های آموزشی کارآمد نوگرا توسط مربیان متخصص و کارآمد علمی و عملی (به عنوان واکنش فعال در پاسخ به پدیده‌ی انتقال دانش) با تسهیل فضای یادگیری بالینی؛ تقویت ارتباطات بین فردی در پرستاری بین عوامل آموزشی (مربی، دانشجو) و عوامل بالینی (پرستار و پزشک)؛ ارتقاء خود باوری و کسب مهارت‌های علمی و عملی ارتباط مستقیمی دارد. همچنین، ارتباط مستقیم هم‌افزای ضعیفی بین کاربرد رویکردهای نوگرا در آموزش بالینی و مراقبت روزانه‌ی بخش به دلیل عدم فراگیر بودن این رویکردها دیده می‌شود. بر عکس، روتین محوری سنت گرا در بخش بالینی بر روی آموزش بالینی اثر مستقیم و شدیدتری داشته و باعث نهادینه شدن این رویکردها در بین عوامل آموزشی (مربیان و دانشجویان) شده است.

در درونمایه‌ی پارادوکس پارادایمی دانش و عمل نیز به جهت اینکه مهم‌ترین خصیصه‌ای که در محتوای زیرگروه‌های این طبقه دیده می‌شد نشانگر وجود یک حالت عدم ارتباط منطقی بین پایه‌های نظری با رفتارهای خروجی در هر زیرگروه بود، این نام تعلق گرفت. منظور از دانش از دیدگاه و تجربه‌ی مشارکت کنندگان عبارت از مجموعه‌ای از علوم پزشکی، روانشناسی، جامعه‌شناسی در قالب علم، فن و هنر تعریف گردید. مراقبت به عنوان مرکزیت

از طرف دیگر بین این درونمایه و درونمایه‌ی ساختار رفتار بالینی نیز ارتباط متعامل دو طرفه وجود داشت. این ارتباط یک ارتباط مستقیمی بود. بدین معنا که، چون بُعد منفی جنبه‌ی روانشناختی غلبه‌ی بیشتری داشت و پی‌آیند آن نیز به صورت عدم پی‌جویی لازم برای پوشش دانش و مهارت‌های لازم در رشته توسط عوامل حرفه یعنی پرستاران بود؛ با حالت غالب در درونمایه‌ی ساختار رفتار بالینی نیز یعنی روتین محوری سنت گرا دارای ارتباط مستقیم دو طرفه بود. منظور از ساختار رفتار بالینی در این مطالعه از نظر مشارکت کنندگان، عبارت از مجموعه‌ی کنش‌ها و واکنش‌هایی که از یک فرد پرستار در ابعاد خدمات پرستاری؛ آموزشی؛ پژوهشی و مدیریتی در حوزه‌ی عملی سر می‌زند. اگر این کنش‌ها و واکنش‌ها مبتنی بر دانش محوری بوده‌اند تحت عنوان رفتارهای نوگرا خوانده شده و اگر بدون مبنای دانش محوری و تنها بر اساس یک روال ثابت، روتین و در عین حال اولیه بوده‌اند، تحت عنوان رفتار بالینی سنت گرا خوانده شده‌اند.

میکرو تئوری یا فرضیه‌های منتج از تحلیل گراند تئوری در این بخش نشان داد که غالب بودن رویکردهای فانکشنال در آموزش بالینی به عنوان یک پی‌آیند با شرایط علی و مداخله‌ای همچون ناکارآمدی مربیان بالینی به جهت نداشتن تخصص و مهارت‌های علمی و عملی لازم در حوزه‌ی کاری؛ عدم درگیری فعال و مستقیم مربیان در کار با بیمار؛ عدم کاربرد فرآیند پرستاری به صورت عملی؛ ضعف در آموزش‌های عملی در خصوص مراقبت‌های روحی و روانی؛ ذهنیت‌گرایی در آموزش؛ پیروی از رویکردهای روتین محور سنتی بخش به علت حاکمیت ارشدیت سنتی در بخش، موقعیتی را فراهم کرده است تا دانش نظری حاصل از آموزه‌های دانشگاهی امکان انتقال و استفاده در حوزه‌ی عملی را نداشته باشد. استراتژی غالب نزد مربیان در آموزش بالینی به صورت پیرو بودن از رویکردهای روتین محور بخش می‌باشد. به بیان دیگر، واکنش‌ها در قبال پدیده‌ی مورد نظر به صورت واکنش‌های غیر فعال می‌باشد (۱۳، ۱۴).

روتین محوری سنت گرای فانکشنال در ارائه‌ی

پارادوکس محتوایی غیر بستر زاد در آموزش‌های نظری، پی‌آیندی همچون ابهام ادراکی از پرستاری، دانش پرستاری و پرستار و ابهام پارادایمی را به دنبال دارد. رویکردهای تعلیمی پرستاری محور و سلامت محور به جای پزشکی محور یا بیماری محور با کسب دانش ویژه‌ی پرستاری ارتباطی مستقیم می‌تواند داشته باشد. رویکردهای یاددهی - یادگیری و تدریس بیماری محور رابطه‌ای مستقیم با غالب شدن پارادایم بیومدیكال در حوزه‌ی آموزشی و پارادایم پیش تکنوکراتیک در حوزه‌ی عملی دارد. رویکردهای یاددهی - یادگیری معلم محور به صورت سخنرانی بر رویکردهای نوگرا مبتنی بر فعالیتهای فکری فعال غلبه داشته و غلبه‌ی این رویکردها با ناکارمندی کاربرد دانش در حوزه‌ی عملی ارتباط مستقیم دارد. علیرغم کم رنگ بودن رویکردهای یاددهی - یادگیری مبتنی بر واقعیت‌گرایی در آموزش؛ رابطه‌ای مستقیم بین این رویکردها همچون آموزش مبتنی بر تجربیات عینی با پیوست تئوری و عمل وجود دارد.

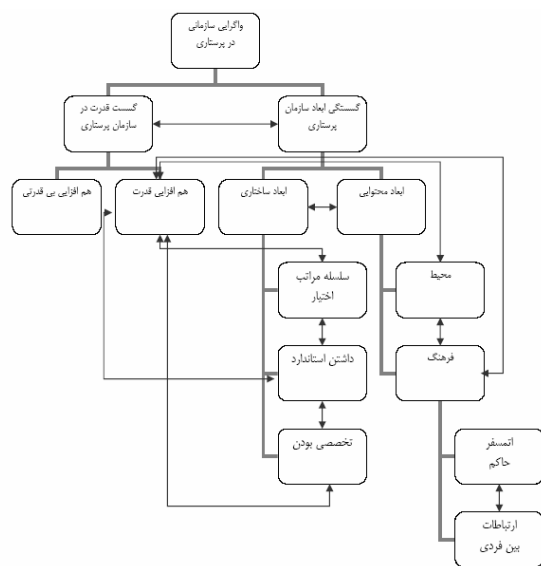
همچنین تحلیل منتج از روابط درونی درونمایه‌ی دیگر یعنی واگرایی سازمانی (شکل ۲)، نشان از گسست محوری در چهار پایه‌ی پرستاری مذکور در سطور پیشین بود.

دانش پرستاری به روشنی مورد تأکید قرار نگرفته و یک حالت ابهام ادراکی بر آن مترتب بوده است.

میکرو تئوری‌ها و فرضیه‌های حاصل از تحلیل در این درونمایه نشان داد که: ارتباطات متعاملی میان برنامه‌ی آموزشی ناکارآمد با عواملی همچون نقصان دانش کاربردی؛ ضعف علمی و عملی فارغ‌التحصیلان؛ ناهماهنگی بین دانشگاه و بالین؛ جو سازمانی غیر حمایتی بین آموزش و درمان؛ عدم ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری و مخدوش شدن چهره‌ی حقیقی پرستاری وجود دارد. همچنین ارتباط مستقیم و دو طرفه‌ای نیز بین برنامه‌ی آموزشی ناکارآمد و گسست تئوری و عمل وجود دارد.

گسست تئوری - عمل متأثر از عدم تعادل بین حجم واحدهای تئوری و عملی؛ عدم امکانات و تجهیزات پراتیکی مطلوب در بیمارستان؛ عدم درگیری فعال اساتید و دانشجویان تحصیلات تکمیلی در بالین می‌باشد.

گسست عمل - تئوری متأثر از شرایط علی و مداخله‌ای از قبیل جدایی بین آموزش و درمان؛ عدم وجود سیاستهای راهبردی دانشکده در قبال مشکلات بالین؛ ضعف مدیریت نیروی انسانی متعامل بین آموزش و درمان؛ ضعف امکانات و تجهیزات؛ عدم انگیزه‌ی مالی پرسنل؛ عدم وجود رویکردهای ارتقاء علمی پرسنل (مثل تسهیل جهت ورود به تحصیلات تکمیلی)؛ عدم تعریف ارتباطات قانونمند برای مسئولیت‌های دوسویه بین آموزش و درمان؛ عدم وجود سیاست‌های راهبردی در بالین برای ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری؛ ساختارهای فرهنگی و اجتماعی پزشک سالار؛ عدم پرداختن به ابعاد دیگر پرستاری همچون توانبخشی و مراقبت‌های تخصصی با ماهیت پرستاری کلیت‌گرا؛ سیستم معیوب خدمات پزشکی؛ نامأنوس بودن پرسنل با منابع دانش نظری؛ عدم وجود ارتباطات علمی فراگیر بین پرسنل با مربیان و پزشکان؛ عدم آشنایی کامل بالینی کاران با پژوهش؛ انتزاعی بودن پژوهش‌های دانشگاهی پرستاری و عدم کاربرد آنها در بالین می‌باشد که موجبات عدم امکان انتقال دانش به حوزه‌ی عملی را فراهم آورده و پی‌آیندی به صورت تداوم جریان روتین محور سنت گرا در مراقبت‌های پرستاری را بدنبال داشته است.



شکل ۲: محتوی و روابط درونی در دورنمایه‌ی واگرایی سازمانی در پرستاری

مربی به علت نگاه تافته‌ی جدا بافته‌ی متقابل همراه با عدم وجود ارتباط حمایتی قابل توجه بین بخشی در پرستاری؛ عدم ارتباط علمی فراگیر پرسنل پرستاری و پزشکان بخاطر اختلافات حرفه‌ای؛ برخوردهای نامناسب بین اساتید پزشکی و پرستاران؛ عدم استقبال از شرکت دانشجویان پرستاری در راندهای پزشکی بدلیل تضاد حرفه‌ای؛ عدم وجود ارتباط علمی بین پزشک، دانشجویان پزشکی، مربی و دانشجویان پرستاری؛ کم بودن ارتباط علمی بین پزشک و پرستار؛ نیاز به آموزش ارتباطات بین فردی به پرسنل طرحی بدلیل وجود مشکل در این خصوص؛ عدم وجود جلسات مشترک نظام پرستاری با هیات بُرد پرستاری و دانشکده‌ها، زمینه‌ی تسهیل دانش محوری در عمل پرستاری را با نارسایی و مشکل روبرو ساخته است.

ابعاد ساختاری سازمان در قالب سلسله مراتب اختیار، داشتن استاندارد و تخصصی بودن از شرایط مطلوبی جهت دانش محوری در عمل برخوردار نبوده است (۱۵). همچنین، سلسله مراتب اختیار ناکارآمد متأثر از شرایط علی و مداخله‌ای همچون عدم توجه به شایسته‌سالاری علمی در انتخاب مدیران پرستاری؛ عدم عملکرد مطلوب هرم سازمانی پرستاری در بیمارستان؛ مدیریت تمرکز گرا و عدم استقلال کاری دانشگاهها؛ عدم توجه به شایسته‌محوری در انتخاب مدیران گروه دانشکده؛ عدم توجه به مدیریت نیروی انسانی؛ انتخاب سرپرستاران بخش‌ها توسط مترون بر اساس مشورت با سوپروایزرین؛ عدم تدوین شرح وظایف روشن برای رده‌های مختلف پرستاری بوده است.

ناکارآمدی بُعد استاندارد در ابعاد ساختاری سازمان پرستاری نیز متأثر از شرایط علی و مداخله‌ای همچون حجم کاری روتین بالا؛ عدم تناسب بین نسبت بیمار و پرستار؛ عدم توجه به ارائه مراقبت‌های استاندارد در بالین؛ عدم اجرای استاندارد آموزش به بیمار در بخش؛ عدم جایگزینی مناسب نیروهای خروجی و باز نشسته در پرستاری بالین؛ سیاست‌گذاری نادرست برنامه‌ی نسبت پزشک و پرستار به بیمار؛ شرایط محیطی نامناسب در بخش به علت ازدحام تخت‌ها بوده است که با پی‌آیندهایی همچون روتین محوری برای پوشش کارهای اولیه‌ی بیمار

میکرو تئوری‌ها و فرضیه‌های این درونمایه نشان داد که عدم شناخت متقابل از خواست‌ها، نقاط قوت و ضعف همدیگر بین حوزه‌ی آموزشی و بالینی پرستاری به عنوان بازار و محیط یکدیگر در سایه‌ی فرهنگ سازمانی غیرحمایتی بین آموزش و درمان ناشی از ارشدیت محوری سنتی پرستاری در کنار سیستم پزشک سالار درمان همراه با چارت سازمانی واگرا بین آموزش و درمان در پرستاری؛ زمینه جدایی بیشتر، عدم انسجام حرفه‌ای ناشی از فرهنگ سازمانی غیر حمایتی در جهت کسب قدرت دانش محور را بوجود آورده است. هم‌افزایی دانش محوری در ابعاد ساختاری و محتوایی سازمان پرستاری؛ زمینه ساز هم‌افزایی قدرت مبتنی بر دانش محوری در سازمان پرستاری در سایه‌ی چارت سازمانی همگرای دانش محور، قابل تحقق می‌باشد.

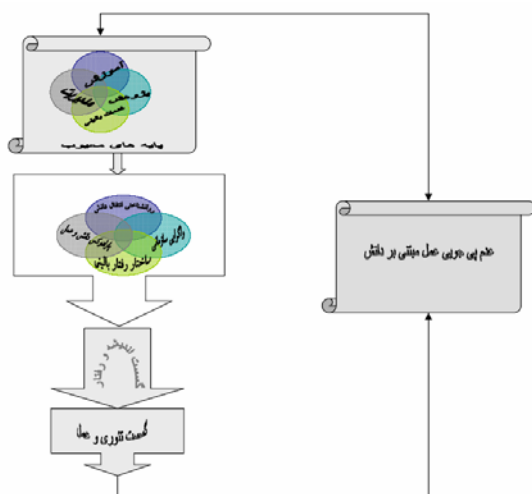
عدم روابط بین فردی و بین بخشی در پرستاری با محدودیت در انتقال دانش و تجربیات بین آموزش و بالین ارتباط مستقیم و دو طرفه دارد. ناپایداری محیط سازمان پرستاری متأثر از شرایط علی و مداخله‌ای همچون قطع ارتباط دانشکده با فارغ التحصیلان؛ عدم هماهنگی بین برنامه‌های پزشکی و پرستاری در دانشگاه و درمان؛ آموزش دانشکده‌ای بدون توجه به نیازمندی‌های واقعی محیط عمل؛ عدم ارتباط قانونمند بین آموزش و بالین در پرستاری؛ فرهنگ پزشک‌سالاری در بخش درمان و آموزش پزشکی و تمرکز بر درمان بوده که زمینه‌ی انتقال دانش را با نارسایی مواجه می‌سازد.

اتم‌سفر حاکم، متأثر از شرایط علی و مداخله‌ای همچون عدم وجود باور و حمایت متقابل بین پرستاران؛ عدم توجه مدیریت به خواست پرسنل پرستاری؛ نگاه نازل به پرستاری در نتیجه‌ی عوامل فرهنگی مرتبط به جامعه‌ی پزشک‌سالار؛ برخورد تحکم‌آمیز با پرسنل طرحی توسط پرسنل ارشد؛ جو حمایتی شدید در گروه پزشکی در قبال بروز اشتباه در قیاس با پرستاری؛ برخورد نامطلوب با دانشجو در صورت بروز اشتباه از سوی مربی و پرسنل، زمینه‌ی ارتباطات دانش محور را مخدوش نموده است.

روابط بین فردی حاکم در سازمان پرستاری متأثر از شرایط علی و مداخله‌ای همچون عدم ارتباط بین پرسنل و

ارتباطات بین نظام پرستاری با دفاتر پرستاری و دانشگاهها؛ تلاش برای قرار گیری کارشناسان دفتر پرستاری وزارتخانه در کمیته های تصمیم ساز بهداشت و درمان انگاشته شده است.

بنابراین داده‌ها حکایت از جدایی دو محیط بالینی و آموزشی در سازمان پرستاری به عنوان بازارهای متقابل داشت. سازمانی موفق می‌باشد که خدمات و محصولات خود را بتواند بر اساس نیازهای بازار مربوط به خود تنظیم، ارتقاء و توسعه بدهد. به عبارت دیگر، بقاء هر سازمانی منوط به شناخت نیازمندی‌ها و خصوصیات بازار خود و تولید محصولاتی متناسب با خواست بازار و محیط خود می‌باشد (دفت، ۱۳۷۴). بنابراین، گسست بین اندیشه و رفتار به عنوان فرآیند روانی اجتماعی پایه در این مطالعه تشکیل و نتیجه‌ی این فرآیند نیز به صورت گسست تئوری و عمل به عنوان مشکل اجتماعی پایه ظهور پیدا کرد. این مشکل اجتماعی پایه، همان طبقه‌ی مرکزی مطالعه نیز به عنوان طبقه محوری تبیین کننده‌ی فرآیند معیوب انتقال دانش به عمل در پرستاری بود. نتیجه‌ی نهایی این گسست بین تئوری و عمل، نارسایی در دانش محور بودن عمل پرستاری بوده است (شکل ۳). بنابراین به نظر می‌رسد که دانش محوری در پرستاری تنها در گرو پیوست بین تئوری و عمل در چهار پایه‌ی اصلی پرستاری در سایه‌ی همگرایی سازمانی دانش محور محقق خواهد شد.



شکل ۳: فرآیند ایجاد گسست بین تئوری و عمل و نارسایی در فرآیند پی جویی عمل مبتنی بر دانش محوری

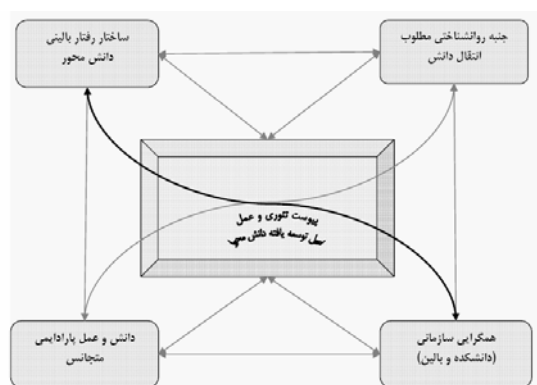
و عدم انجام مراقبت استاندارد همراه بوده است. ناکارآمدی تخصصی بودن سازمان پرستاری هم متأثر از شرایط علی و مداخله‌ای از قبیل اطلاعات علمی و عملی پایین اکثریت مربیان بالینی به علت تخصصی نبودن حیطه‌ی کاری؛ تخصصی نشدن پرستاری در بالین؛ ضعف در دوره‌های تحصیلات تکمیلی کاربردی در کشور؛ سیاست‌های غیر جامع برد پرستاری در خصوص شرایط ورودی‌ها به تحصیلات تکمیلی از بالینی کاران؛ عدم سطح بندی خدمات پرستاری در بالین بوده است.

کسب قدرت در پرستاری با دانش محور شدن سازمان پرستاری رابطه‌ای مستقیم و متعامل دارد. شرایط علی و مداخله‌ای بی قدرتی در سازمان پرستاری ناشی از مواردی همچون عدم وجود ارتباط حمایتی بین بخشی در پرستاری؛ ضعف مدیران ارشد پرستاری در سیاست-گزاریه‌های کلان؛ عدم شایسته سالاری علمی در انتخاب مدیران؛ چارت سازمانی نامشخص و ابهام در حوزه‌ی اختیارات متعامل آموزش و بالین؛ موازی بودن اقدامات بین بخشی در کل پرستاری؛ محدودیت قدرت پرستاری توسط سیستم پزشکی سالار؛ محدودیت حیطه‌ی های فعالیت پرستار توسط سیستم پزشکی سالار؛ زیرگروه پزشکی بودن سیستم پرستاری درمان (عدم ارتباط پرستاری درمان و دانشگاه...); عدم همکاری مطلوب دانشگاه با نظام پرستاری در بهبود امور پرستاری؛ نوپایی نظام پرستاری در تدوین استانداردها؛ عدم وجود ارتباط دانشکده‌های پرستاری با دفتر پرستاری وزارتخانه؛ عدم وجود جلسات دوره‌ای دانشکده با دفتر پرستاری دانشگاه در سطح مدیریت؛ مجری بودن دفتر پرستاری دانشگاه به جای سیاست‌گزار در امور پرستاری و قدرت تصمیم‌گیری بر اساس سابقه سالاری بوده است.

عوامل و شرایط کنونی هم افزای قدرت در پرستاری در قالب مواردی همچون تقویت دوره‌های تحصیلات تکمیلی کاربردی در کشور؛ افزایش فعالیت‌های رسانه‌ای برای ارتقاء جایگاه پرستاری در سطح جامعه توسط نظام پرستاری؛ قرار گرفتن نماینده‌ی نظام پرستاری در هیات تخلفات گروه پزشکی با پیگیری‌های لازم؛ پیگیری بهبود

بحث و نتیجه گیری:

بنابراین، انتقال دانش نظری به عمل در پرستاری، حاصل تعامل و ارتباط متقابل میان متغیرهای مربوط به سطوح اداری - ارتباطی و فنی مدیریت انتقال دانش نظری به عمل می‌باشد. به عبارت دیگر، پرستاران دو حوزه دانشگاه و عملی، در شرایطی احساس دانش محوری در عمل یا عمل توسعه یافته‌ی دانش محور خواهند کرد که ضمن برخورداری از جنبه روانشناختی مطلوب در دانش محوری؛ شاهد پیگیری رفتار بالینی دانش محور و انطباق پارادایمی دانش و عمل در درون سازمانی باشند که در پی ایجاد همگرایی در کارکرد راهبردی مربوط به تسهیل فرآیند انتقال دانش در حوزه های دانشگاهی و بالینی می‌باشد (شکل ۴).



شکل (۴): رابطه‌ی متقابل پیوست تئوری و عمل با همگرایی سازمانی، دانش و عمل پارادایمی متجانس، رفتار بالینی دانش محور و جنبه‌ی روانشناختی مطلوب انتقال دانش

این کارکرد راهبردی معطوف به تسهیل زمینه‌ی انطباق تئوری و عمل در چهار پایه‌ی اصلی پرستاری یعنی تعلیم و تربیت؛ پژوهش؛ مدیریت و خدمات پرستاری خواهد بود. در سایه‌ی این همگرایی سازمانی راهبردی معطوف به تسهیل فرآیند انتقال دانش؛ شرایطی ایجاد خواهد شد که:

- ورودی‌های سیستم پرستاری (شامل دانشجو، هیات علمی، پرستار) از یک حالت جنبه‌ی روانشناختی مطلوب برخوردار بوده و در واقع با شناخت کامل، انگیزه‌ی لازم و پنداشت از خود مطلوب وارد رشته خواهند شد.

خروجی های سیستم نیز مطلوب هر دو حوزه‌ی دانشگاهی و بالینی خواهد بود. در واقع، خواست ذی نفعان، پاسخ مطلوبی به دنبال خواهد داشت.

- ساختار رفتار بالینی طی یک فرآیند دینامیک مبتنی بر توسعه‌ی دانش محوری در عمل از یک حالت روتین محور سنت گرا به سوی رفتارهای دانش محور نوگرا متمایل خواهد شد. وحدت رویه در آموزش بالینی مربیان و عمل دانش محور پرستاران بالین به عنوان الگوهای آموزشی و بالینی از ملزومات مهم می‌باشد. تعریف یک فرآیندی مناسب برای تبادل تجربیات و دانش بین حوزه‌ی دانشگاهی و بالین در جهت داشتن مربیان کارآمد بالینی و پرستاران کارآمد دانش محور؛ راه تحقق این فرآیند دینامیک است. احساس مکمل یکدیگر بودن بین حوزه‌ی دانشگاهی و بالینی در جهت عمل توسعه یافته‌ی دانش محور حرفه‌ای از پی‌آیندهای مناسب آن خواهد بود.

- پارادوکس پارادایمی دانش و عمل با محوریت بسترزاد کردن دانش کاربردی مورد نیاز پرستاران منطبق با نیازهای نوپدید در حوزه‌ی سلامت مورد باز تعریف های دوره‌ای قرار گرفته و منجر به پیوست هر چه بیشتر تئوری - عمل و عمل - تئوری خواهد شد. پارادوکس‌زدایی پارادایمی بین دانش و عمل نیز باعث انطباق هر چه بیشتر حیطه های یادگیری یعنی آگاهی، نگرش و عملکرد در چهار پایه اصلی پرستاری در رسیدن به عمل توسعه یافته-ی دانش محور حرفه‌ای در پرستاری خواهد شد.

از این رو، تحقق عمل توسعه یافته‌ی دانش محور حرفه‌ای با طراحی ساختار سازمانی متشکل از نظام حرفه‌ای و آکادمیک همگرا از نظر کارکرد راهبردی در خصوص تسهیل فرآیند انتقال دانش امکان پذیر می‌باشد. اگر این ساختار به گونه‌ای طراحی شود که زمینه‌ی همگرایی سازمانی ارتقاء یابد و چهار پایه‌ی اصلی پرستاری در حوزه های نظری و عملی در ارتباطی تنگاتنگ و هماهنگ با همدیگر قرار گیرند؛ باعث تسهیل انتقال دانش به عمل و در واقع توسعه‌ی دانش محوری در عمل حرفه‌ای پرستاران خواهد شد. بدین وسیله، پرستاران دانشگاهی و بالینی خود را حرفه‌ای یافته و قادر خواهند

6. Lathlean, J., & Vaughan B (eds). *Unifying nursing practice and theory*. Oxford: Butterworth Heinemann Ltd, 1994.
 7. Stark S, Peggy C, Ian S. Minding the gap: some theory-practice disjunction in nursing education research. *Nurse Education Today* 2000; 20: 155-163.
 8. Salehi S, Abedi H, Alipour L, Najafipour Sh., Fatehi N. [Comparison gap between theoretical teachings and nursing clinical services with it's influencing factors from students, lecturers, and nursing clinical staffs' perspectives]. *Iranian Journal of Medical Education* 2002; 3(1): 42-49. (Persian)
 9. Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. *Nursing Standard* 1998;12(52): 47-50.
 10. Cutcliffe JR. Methodological issues in grounded theory. *Journal of advanced Nursing* 2000; 31(6): 1476-1484.
 11. Eaves YD. A Synthesis technique for grounded theory data analysis. *J Adv Nurs* 2001;35:654-663.
 12. Jeon, YH. The application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scand J Car Sci* 2004; 18, 249- 256.
 13. Cheraghi MA, Salsali M, Ahmadi F. Iranian nurses' perceptions of theoretical knowledge transfer into clinical practice: A grounded theory approach. *Nursing and Health Sciences* 2007; 9: 212-220.
 14. Cheraghi MA, Salasli M, Ahmadi F. Factors influencing the clinical preparation of BS nursing student interns in Iran. *Inter J Nurs Prac* 2008; 14: 26-33.
 15. Cheraghi MA, Salsali M, Ahmadi F. Organizational factors influencing knowledge transfer into practice in Iranian nursing context: A grounded theory approach. *Inter J Nurs Prac* 2009; 15: 426-436.
- Cheraghi MA, Salsali M, Ahmadi F. Perception and exploring of transfer and utilization of nursing knowledge in practice with introducing a model. Doctorate thesis. Tehran University of Medical Sciences. Faculty of Nursing and Midwifery. 2006. (Persian)

بود تا توانمندی‌های حرفه‌ای خود را در راه مراقبت با کیفیت به عرصه‌ی عمل در آورده و به نحو مطلوب به تحقق رسالت نظام سلامت که حفظ و ارتقاء سلامت جامعه می‌باشد، کمک نمایند.

سپاسگزاری:

این مطالعه در قالب یک طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی صورت گرفته است که هزینه طرح توسط معاونت محترم تحقیقات و فن آوری آن دانشگاه تأمین گردیده و از برخی امکانات فنی متدولوژیک جهت تنظیم مقاله در مرکز تحقیقات مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی همدان استفاده شده است. بدین وسیله از تمامی مشارکت کنندگان و مسئولین حمایت کننده از طرح پژوهشی فوق کمال امتنان و سپاسگزاری را می‌نماید.

منابع:

1. Kenney JW. *Philosophical and theoretical perspective for advanced nursing practice*. 3rd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers Inc, 2002.
2. Meleis, AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Co, 1991.
3. Zamazadeh V, Parsayekta Z, Fathiazar A, Valizadeh L. [Clinical educator role of nursing lecturers: a qualitative study]. *Iranian Journal of Medical Education* 2002; 6(1): 29-34. (Persian)
4. Adib Hajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. [Clinical decision making: A way to professional empowerment in nursing]. *Iranian Journal of Medical Education* 2002; 10(1): 3-12. (Persian)
5. Adib Hajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. [Exploring the concept of power in nursing and developing of a professional empowerment model]. Nursing Doctorate thesis. Tehran University of Medical Sciences. Faculty of Nursing and Midwifery, 2003. (Persian)