



## Comparative Comparison of Policy Making in Nursing Education in Iran, Canada, USA and Nepal

Maryam Nezamzadeh<sup>1</sup>, Morteza Khaghanizadeh<sup>2\*</sup>

1- PhD Student in Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences. Instructor, Department of Critical Care Nursing, Faculty Member, AJA University of Medical Sciences, Tehran. Iran. ORCID: 0000-0002-4466-5819

2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0003-2404-2857

\* **Corresponding author:** Morteza khaghanizadeh, Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**E-mail:** [2014morteza@gmail.com](mailto:2014morteza@gmail.com)

Received: 27 June 2022

Revised: 3 Dec 2022

Accepted: 23 Dec 2022

### Abstract

**Introduction:** Paying attention to efficient policies in the field of nursing education and checking their quality will lead to the institutionalization of an efficient educational system in the field of nursing. For this purpose, a comparative study was conducted in this field with other countries in order to find out the existing strengths and gaps. This study was conducted with the aim of comparative comparison of nursing education policies in Iran, Canada, America, and Nepal.

**Methods:** The present article was carried out with a descriptive-analytical and comparative method in 2022. Searching texts without a time limit with Farsi and English keywords: "Comparative comparison", "policy making", and "nursing education" in sites and databases related to nursing education policy. Google and Google Scholar search engines were used. 25 studies in Farsi or English were included in the study with full access to the text of the article. To make a comparative comparison, Bereday's Brady model was used in 4 stages description, interpretation, contiguity, and comparison.

**Results:** The comparison of the policies of four countries showed that policymaking in Canada on nursing education was responsive according to the needs of the society and in the United States educational policies were based on law and activities. In Nepal, despite the evolution of educational policies, there are still deficiencies in this field. In Iran, the transformation and innovation program in medical science education has been developed with an eye on the future.

**Conclusions:** Based on the results, in order to promote and improve policymaking in the field of nursing education, the development of human resources and the support of the clinical, teaching, and student staff, as well as their participation in the formulation of policies, will increase its effectiveness and implementation capability. Periodic review and identification of required policies based on the needs of society and transfer of knowledge to the hospital by establishing a strong relationship between the nursing schools and hospitals will help the professionalization of the nursing force.

**Key words:** Comparative study, Comparison, Policy making, Nursing education, Iran, USA, Canada, Nepal





## مقایسه تطبیقی سیاستگذاری در آموزش پرستاری ایران، کانادا، آمریکا و نیپال

مریم نظام زاده<sup>۱</sup>، مرتضی خاقانی زاده<sup>۲\*</sup>

۱- دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مربی، گروه پرستاری ویژه، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران. ORCID:.....۰۰۲-۴۴۶۶-۵۸۱۹

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. ORCID:.....۰۰۳-۲۴۰۴-۲۸۵۷

نویسنده مسئول: محمد خاقانی زاده، دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پژوهشکده سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران  
ایمیل: ۲۰۱۴morteza@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۹/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۶

### چکیده

**مقدمه:** توجه به سیاست های کارآمد در حوزه آموزش پرستاری و بررسی کیفیت آن، سبب نهادینه شدن نظام آموزشی کارآمد در حوزه پرستاری خواهد شد. بدین منظور مطالعه ای تطبیقی در این حوزه با سایر کشورها انجام شد تا به نقاط قوت و خلاءهای موجود پی ببریم. این مطالعه با هدف مقایسه تطبیقی سیاستگذاری آموزش پرستاری ایران، کانادا، آمریکا و نیپال انجام شده است.

**روش کار:** مقاله حاضر به صورت تطبیقی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جستجوی متون بدون محدودیت زمانی با کلمات کلیدی فارسی و انگلیسی: "مقایسه تطبیقی" (Comparative Comparison)، "سیاستگذاری" (policy making)، "آموزش پرستاری" (nursing education) در سایت ها و پایگاه های مرتبط با سیاستگذاری برنامه آموزش پرستاری با بهره گیری از موتورهای جستجوگر google , google scholar انجام شد. ۲۵ مطالعه به زبان فارسی یا انگلیسی به صورت دسترسی کامل به متن مقاله وارد مطالعه شدند. برای انجام مقایسه تطبیقی از الگوی Bereday در ۴ مرحله توصیف، تفسیر، همجواری و مقایسه استفاده شد.

**یافته ها:** مقایسه سیاستگذاری های چهار کشور نشان داد که سیاستگذاری در کانادا بر آموزش پرستاری پاسخگو، با توجه به نیاز جامعه و در آمریکا سیاست های آموزشی مبتنی بر قانون و فعالیت محور بوده است. در نیپال با وجود تحول سیاستگذاری های آموزشی اما همچنان نقایصی در این زمینه وجود دارد. در ایران برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی با نگاه به وضعیت آینده تدوین شده است.

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج، به منظور ارتقاء و بهبود سیاستگذاری در حوزه آموزش پرستاری، توسعه نیروی انسانی و حمایت از نیروی بالینی، آموزشی و دانشجویان و همچنین مشارکت آنان در تدوین سیاستگذاری ها، اثر بخشی و قابلیت اجرایی آن را افزایش خواهد داد. بازبینی دوره ای و شناسایی سیاستهای مورد نیاز بر اساس نیاز جامعه و انتقال دانش به بالین با ایجاد ارتباط قوی میان دانشکده های پرستاری و بالین، به حرفه ای شدن نیروی پرستاری کمک خواهد کرد.

**کلیدواژه ها:** مطالعه تطبیقی، مقایسه، سیاستگذاری، آموزش پرستاری، ایران، آمریکا، کانادا، نیپال.

## مقدمه

در قرن ۲۱ تحولات علم پرستاری سبب شده است که مراکز مراقبت بهداشتی، نظام آموزش پرستاری را به سمت تغییرات عمده سوق دهند. به همین سبب مدیران حوزه ی آموزش پرستاری بایستی، استراتژی‌های سیاسی برای حفظ کیفیت برنامه‌های آموزشی، حرکت به سمت برنامه‌های مبتنی بر شایستگی، واقعی‌سازی آموزش عملی بین حرفه‌ای و توجه به کمبود اعضای هیات علمی پرستاری را پیش از گذشته مد نظر قرار دهند [۱]. باید توجه داشت که بخش عمده ای از تأمین و تضمین نیازهای سلامت آحاد مختلف جامعه در گرو نظام سلامتی کارآمد با سرمایه انسانی و ارائه دهندگان ماهر و شایسته در همه سطوح خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی است که تحقق این مهم در گرو ارائه آموزش های با کیفیت پرستاری می باشد [۲]. هدف اصلی آموزش پرستاری انتقال دانش پرستاری و کمک به فراگیران برای دستیابی به موارد ضروری و تخصصی، مرتبط با عملکرد پرستاری است. یک پرستار شایسته با دانش، آموزش و مهارت هایش حرفه ای می گردد که مستلزم خط مشی مناسب در نظام سلامت می باشد [۳] خط مشی سلامت یا سیاستگذاری، اقداماتی است که توسط دولت یا سایر بازیگران اجتماعی برای بهبود سلامت و دستیابی به اهداف خاص مراقبت های بهداشتی انجام می شود [۴].

سازمان جهانی بهداشت، سیاستگذاری برای سلامت عمومی را «قرار دادن سلامت در دستور کار سیاستگذاران در تمام بخش ها و سطوح و همچنین هدایت سیاستگذاران به آگاهی از پیامدهای تصمیمات آنها بر روی سلامتی و پذیرش مسؤولیت در قبال سلامت» تعریف می نماید. این تعریف بر مسؤولیت گسترده کسانی که سکّان هدایت نظام سلامت را در دست می گیرند، تأکید دارد [۵]. Mason و همکاران (۲۰۲۰) سیاست سلامت را ترجیحات دولت با در نظر گرفتن اولویت های بهداشتی و راه های تخصیص منابع به منظور دستیابی به اهداف تعریف می کنند [۶]. بر اساس این تعاریف، سیاستگذاری وظیفه دولت و مدیران بالینی است و روسا و مدیران دانشگاه های پرستاری می توانند نقش مهمی در زمینه سیاستگذاری های آموزش پرستاری داشته باشند، همچنین پایه و اساس پرستاری، عملکرد بالینی پرستاری است که انعکاسی از سیاستهای نظام بهداشتی یک کشور به حساب می آید بنابراین شرکت پرستاران نیز در سیاستگذاری می تواند منجر به بهبود عملکرد پرستاری

و افزایش کیفیت مراقبت از بیماران شود [۷، ۸]. از سویی پرستاران، با ارائه دانش حرفه ای و تجربیات بالینی خود می توانند بر تصمیم گیری های سیاسی موثر باشند [۸]. فرآیند پرستاری، فرآیند حل مشکلات است و پرستاران می توانند دانش و مهارتهای به دست آمده در آموزش اولیه پرستاری و در بالین را همانند فرآیند پرستاری به عرصه سیاستگذاری بیاورند. این آموزش ها ریشه در آموزش دوران دانشجویی دارد. وجود محتوای آموزشی مرتبط با خط مشی سلامت در برنامه های آموزش پرستاری برای آرایه اطلاعات و درک آنها برای سیاستگذاری ضروری به نظر می رسد. سیاستگذاری آموزش پرستاری، فرصتهایی را برای پرستاران فراهم می کند تا موقعیت پرستاران را بهبود بخشند [۹].

بایستی توجه داشت که سیاستگذاری های حوزه بهداشتی در هر کشوری تابع قوانین حاکم بر آن کشور است، اما بررسی های انجام شده در ایران نشان می دهد که این سیاستها با ماهیت رشته همخوانی زیادی ندارند. سیاستها بدون توجه به شرایط ویژه رشته تدوین و ابلاغ می گردد حتی شرایط بالینی و تئوری نیز می تواند ماهیت متفاوتی داشته باشد و سیاستگذاران این حوزه بیشتر به کمیت توجه دارند تا کیفیت آموزش و پژوهش، همچنین نظام سیاستگذاری ایران، غیر متمرکز بوده و از نیروهای متخصص و افراد دست اندرکار این حوزه استفاده نمی کنند [۱۰]. سیاستگذاری در آموزش علوم پزشکی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. با توجه به تجارب ملی و بین المللی، سیاستگذاری های آینده نگارانه در حوزه آموزش علوم پزشکی یکی از الزاماتی است که دولت ها باید به آن توجه کنند؛ چرا که این رویکرد لازمه پاسخگویی به محیط بسیار متغیر در حوزه نظام سلامت است [۱۱]. از آن جایی که سیاستگذاری مناسب در آرایه بهترین مراقبت از بیمار به عنوان یک هدف مشترک تمامی سازمان های خدمات بهداشتی شناخته شده است بنابراین به منظور افزایش کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار پرداختن به حوزه سیاستگذاری آموزش پرستاری ضروری به نظر می رسد [۱۲].

مطالعات تطبیقی می تواند با مقایسه تفاوتها و شباهتها کمک شایانی در ارزشیابی برنامه های آموزشی و سیاستگذاری ها انجام داده و تجارب و موفقیت ها را به اشتراک گذارد [۱۳]. بنابراین روش Bereday می تواند در این زمینه مفید واقع شود. سیاستگذاری در کشورهای آمریکا و کانادا به عنوان پیشگامان در حوزه پرستاری، که سیاستگذاری را از اوایل دهه

دخیل در سیاستگذاری آموزش پرستاری، سیاستهای تدوین شده و نقایص موجود صورت گرفته است.

#### سیاستگذاری آموزش پرستاری در ایران:

آموزش علوم پزشکی در ایران از سال ۱۳۶۴ با ادغام آموزش در ارائه خدمات سلامت و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش علوم پزشکی به این وزارتخانه محول شد، که سیاست های حوزه سلامت در شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت انجام می گیرد. همچنین معاونت پرستاری وزارت بهداشت، مسئولیت اصلی اتخاذ سیاستهای پرستاری بالینی و کمیته برنامه ریزی و ارزیابی نظم و انضباط پرستاری، اتخاذ سیاستهای آموزشی پرستاری را نیز بر عهده دارد. از آن پس تجارب متعددی در سیاستگذاری آموزش علوم پزشکی ایران رقم خورد، که غالباً این تلاش ها، به منظور حل مسایل عاجل در حوزه آموزش بود. این برنامه در صدد حل مشکلات آینده نظام سلامت از مجرای پیاده سازی آموزش پاسخگو و تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای آتی سلامت ایران بود که از زمان تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران، تلاش هایی را در زمینه سیاستگذاری آموزش عالی سلامت صورت داد، به عنوان نمونه یکی از سیاستهای آموزشی مفید سالهای گذشته، در زمان جنگ تحمیلی ایران با عراق توسط این کمیته، تبدیل لیسانس پرستاری به کاردانی پرستاری برای جبران نیاز فوری به پرستار در آن دوران بود [۷، ۱۱].

از دیگر نهادهای مرتبط با سیاستگذاری آموزش پرستاری در ایران، سازمان های مردم نهاد (NGO: non-governmental organization) هستند که می توان آنها را به دو دسته تقسیم کرد. اولین مورد، آنهايي است که به طور کلی از حرفه پرستاران محافظت می کند، از جمله سازمان پرستاری ایران (INO: Iranian nursing organization) و انجمن پرستاری ایران (INA: Iranian nursing association). دومی آنهايي است که در زمینه های خاص مرتبط با پرستاری فعالیت می کنند، از جمله انجمن علمی پرستاری ایران (INSA: Iranian Nursing Scientific Association) و انجمن پرستاری قلب ایران (ICNS: Iranian Cardiac Nurses Society). سازمان پرستاری ایران، شناخته شده ترین سازمان پرستاری غیرانتفاعی در ایران است که در سالهای اخیر برای اصلاح بخش هایی از مسائل گسترده پرستاری در ارتباط با کمبود پرستاری، سازمان دهی مراقبتهای پرستاری در محیطهای بالینی و بهبود مراقبت از بیماران

۱۹۹۰ با اولین برنامه های آموزش رسمی پرستاری آغاز نمودند [۱۵، ۱۴]. و در نپال نیز به عنوان کشوری آسیایی که همزمان با ایران تحولات را در حوزه پرستاری آغاز کرده است و در این راه تغییرات زیادی را پشت سر گذاشته است به عنوان کشورهای مورد مقایسه انتخاب شدند. پرستاری در ایران نیز بخصوص در دوران پس از انقلاب دچار تحولات زیادی شده است. با این تفاسیر تصمیم بر آن شد که در مطالعه ای با روش الگوی Bereday به مقایسه سیاستهای حوزه آموزش پرستاری در ایران با دیگر کشورها پرداخته شود.

#### روش کار

مقاله حاضر با روش تطبیقی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جستجوی متون بدون محدودیت زمانی با کلمات کلیدی فارسی و انگلیسی: «مقایسه تطبیقی» (Comparative Comparison)، «سیاستگذاری» (policy making)، «آموزش پرستاری» (nursing education) در سایت ها و پایگاه های مرتبط با سیاستگذاری برنامه آموزش پرستاری در کشورهای تحت مطالعه با بهره گیری از موتورهای جستجو گر google, google scholar انجام شد و در نهایت ۲۵ منبع در Direct SAGE Journals, ProQuest, Wiley, Research gate, PubMed, Medline Science, برای انجام مقایسه تطبیقی از الگوی Bereday (۱۹۶۴) با چهار مرحله توصیف، تفسیر، همجواری، و مقایسه استفاده شد. در مرحله توصیف، وضعیت سیاستگذاری کشورهای مختلف از منابع مختلف توصیف گردید. در مرحله تفسیر، اطلاعات بدست آمده در مرحله اول، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سپس در مرحله سوم اطلاعات حاصل از مرحله اول و دوم طبقه بندی شده و در کنار همدیگر قرار داده و در نهایت در مرحله چهارم، تشابهات و تفاوت ها مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند [۱۶].

#### یافته ها

در مراحل توصیف و تفسیر با الگوی بردی، سیاستگذاری های حوزه آموزش پرستاری در هر چهار کشور از زمان تاسیس به همراه عوامل مداخله گر، سیاستگذاران در این حوزه و تصمیمات اتخاذ شده و تحولات کلیدی ارایه شده و سپس در جدول ۱ همجواری و مقایسه در زمینه سازمان های

فعالیت نموده است [۷]. همچنین سیاستگذاری در حوزه علم و فناوری، تخصیص منابع برای آموزش، تحقیقات علمی و توسعه فنی انجام می دهند و رسالت آن استفاده از تحقیقات برای حل مشکلات عمومی است اما غالباً با رویکرد واکنشی همراه بوده و به سختی به مرحله اجرایی می رسند [۱۱]. تدوین برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی با نگاه به وضعیت آینده سلامت کشور، بهره برداری از اسناد بالا دستی در پیاده سازی برنامه ها در بستر آمایش سرزمینی، استفاده از نظرات ذینفعان حوزه آموزش در مرحله تدوین این برنامه ها، جلب مشارکت های محیطی در اجرای برنامه ها، استفاده از نتایج پژوهش در آموزش در مراحل تدوین و اجرای برنامه ها، تفکیک اقدامات اجرایی برنامه در سطوح عملیاتی، توجه به استانداردهای بین المللی و برنامه ریزی برای اقدامات در سطح بین المللی و ارزیابی همزمان با اجرا از نقاط قوتی است که با توجه به نظر خبرگان می توان در برنامه تحول و نوآوری در آموزش به آن اشاره کرد. با این وجود هنوز مجموعه ای از مشکلات در سیاستگذاری آموزش پرستاری بخصوص کیفیت نامناسب آموزش، بیکاری و بلا تکلیفی فارغ التحصیلان، فشار کار سنگین پرستاران، کمبود نیروی انسانی ماهر، جهانی شدن، خصوصی سازی، دستمزد ناچیز، بد رفتاری در تعیین شغل، فقدان نظارت و کنترل، آموزش ضمن خدمت نامطلوب، مهاجرت پرستاران و فرار مغزها وجود دارد که بایستی مد نظر سیاستگذاران قرار گیرد [۱۱].

#### سیاستگذاری آموزش پرستاری در کانادا:

آموزش پرستاری کانادا در سطح ملی و بین المللی قرار دارد و قوانین آن در وزارتخانه های بهداشت و آموزش استانی شکل می گیرد. شورای آموزش پرستاری در استان بریتیش کلمبیای کانادا (Nursing Education Council of British Columbia:NECBC) کنسرسیومی متشکل از روسای دانشگاه های پرستاری و نماینده ۲۰ مدرسه پرستاری با بودجه عمومی در سال ۱۹۷۸ تشکیل داد. این شورا از طریق یک شبکه سیاسی با دولت، مدیران بالینی، مقامات بهداشتی، اتحادیه ها، نهادهای نظارتی، وزرا و معاونان وزیر بهداشت و آموزش، بر آموزش دانشجویان و انجمن های پرستاری نظارت دارند. هدف شورا اقدامات مهم در مسائل مربوط به آموزش پرستاری از قبیل توسعه نیروی کار پرستاری، خط مشی های سیاسی مرتبط با آموزش پرستاری پاسخگو و مرتبط با نیاز جامعه بود. تنها مدیران پرستاری در تدوین

سیاستگذاری ها نقش نداشتند بلکه محققان و پژوهشگران نیز با بررسی تاثیر این سیاستها در آموزش بالینی، در تصمیم گیری ها نقش دارند. تمامی استان های کانادا در زمینه آموزش ملی پرستاری از جمله اعتباربخشی دقیق برنامه پرستاری (registered nurse: RN) بر اساس استانداردهای برتر، مشترک هستند. در ضمن، با توجه به عواملی مانند جمعیت شناسی، اپیدمیولوژی، مراقبتهای بهداشتی، استانداردهای ارتقای سلامت و حفظ بهره وری، تعداد پرستاران مورد نیاز در سطح استانی و ملی را پیش بینی می کنند. البته در برهه ای به دنبال سیاستهای مرتبط با کمبود نیروی پرستاری فشارهای شدیدی بر برنامه های آموزش پرستاری برای تربیت سریع تر پرستاران اعمال، و سیاستهای بالینی در کانادا منجر به کاهش تعداد پرستاران و اعضای هیات علمی شد. بنابراین به منظور حفظ برنامه های آموزشی با کیفیت از مدل های نوآوری در آموزش استفاده نمودند. مدل های آموزش بالینی، علاوه بر نقش مربی بالینی، آموزش های بین بخشی و فرصت های آموزش بین حرفه ای در یک محیط یادگیری را با تلفیق بالین و آموزش نشان می دهد. همچنین مقررات و تعهد قانونی حرفه، برای ورود به مرحله بالینی و کسب شایستگی های پایه از جمله داشتن مدرک لیسانس به عنوان حداقل نیاز آموزشی، به منظور توسعه مهارت ها، دانش و نگرش ها در زمینه ی مراقبتهای بالینی و همچنین افزایش فضا برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی در رشته پرستاری تصویب شد. در ضمن منابعی را به توسعه برنامه های آموزش پرستاری برای پیشبرد نوآوری با همکاری مدیران بالینی اختصاص دادند و برای تعریف و تأمین منابع مالی و میزان هیئت علمی مورد نیاز در آموزش پرستاری، تحقیق و ترجمان دانش صورت گرفت تا پرستاران را در بالین برای عملکرد پیشرفته، مدیریت، تدریس و نقش های پژوهشی آماده و با سازمان های ملی و بین المللی آموزش پرستاری آشنا نمایند و با تلاش های تحقیقاتی و سیاستگذاری در راستای منافع آموزش و پژوهش گام بردارند. اعضای شورا با سیاست های آموزشی توانستند علل ریشه ای مشکلات را توضیح و بر سه راه حل تأکید کنند: ۱) استان باید دانشجویان مناسب را در برنامه های مناسب در صندلی مناسب قرار دهد تا موفقیت آن ها را تضمین و از فرسایش آنان جلوگیری شود. ۲) محیط های کاری رضایت بخش و حمایتی سبب می گردد پرستاران در محیط کار بمانند و ایمنی بیمار را تضمین کنند ۳) استان باید

مراتب آموزشی جدید، پرستار لیسانس، وضعیت «پرستار حرفه‌ای» و مسئولیت‌های تخصصی و سرپرستی کارشناس بالینی را بر عهده گرفت. پرستاران حرفه‌ای، معمولاً پس از اتمام تحصیلات تکمیلی پیشرفته، به عنوان سرپرست، مربی یا مدیر بالینی خدمت می‌کردند. در سال ۱۹۵۶ مراکز سیاستگذاری بودجه‌ای را برای آماده‌سازی پرستاران به مریبان، سرپرستان و مدیران خدمات پرستاری اختصاص دادند. از دهه ۱۹۶۰ به دنبال ایجاد استقلال حرفه‌ای بیشتر پرستاران و مریبان بالینی تغییرات عمده‌ای در سیاستگذاری صورت گرفت و مدل‌های جدید یادگیری مبتنی بر مهارت‌های فنی و مراقبت‌ها در بالین بیمار رواج یافت. در سال ۱۹۶۳ مدرسه پرستاری در کالیفرنیا به بخشی از دانشگاه پزشکی (UCLA: University of California, Los Angeles) پیوست. در ابتدا سیاست‌های آموزشی، مبتنی بر قانون و فعالیت محور بود و به شدت به تکرار روشها متکی بود بدین معنی که فعالیت‌های روتین در سیاستها گنجانده می‌شدند و تصمیم بر اساس میزان نیروی کار مورد نیاز و نیازهای مراقبت بهداشتی نبود. تصمیم‌گیری‌ها، مبتنی بر نظریه علمی یا اجتماعی نبود و علیرغم وجود بودجه، سیاستهای گرفته شده در مینه‌سوتا و کالیفرنیا، بصورت محلی اتخاذ می‌شد. موسسات آکادمیک موظف بودند به میزان مورد نیاز جامعه متخصصان مراقبت بهداشتی که مایل به کار در ایالت هستند را تربیت کنند. از آنجایی که دانشکده‌های پرستاری UCLA و دانشگاه مینه‌سوتا به دنبال اصلاح آموزش پرستاری بودند، قانون‌گذاران ایالتی از آنها خواستند تا پرستاران حرفه‌ای‌تری تربیت کنند که بتواند نیازهای رو به رشد مراقبت‌های بهداشتی ایالت‌ها را برآورده کنند. در نتیجه، این دانشکده‌های پرستاری، همراه با سایر مدارس تحت حمایت دولت در سراسر کشور، مکان‌هایی بودند که در آن سیاست‌های فدرال، ایالتی، نهادی و بین حرفه‌ای در ایجاد نیروی کار پرستاری آمریکا و ایجاد سیاست‌های بهداشتی ایالتی اتخاذ می‌شدند. در سال ۱۹۶۴، قانون هفتم خدمات بهداشت عمومی تصویب شد. این قانون بودجه فدرال را برای امکانات آموزشی جدید، «تجربه‌های درسی، توسعه اعضای هیئت علمی و برنامه گسترده کارآموزی پرستاران حرفه‌ای» و دوره آموزشی ۴ ساله برای پرستاری عمومی و سپس دوره تحصیلات تکمیلی برای آموزش‌های تخصصی پیشرفته فراهم کرد. ابتدا تصور می‌شد که حذف برنامه‌های دبیرستانی و به حداقل رسیدن آموزش پزشکان از دلایل

استراتژی‌های متمرکزی را برای اطمینان از تکمیل هیات علمی پرستاری اتخاذ کند. بنابراین تدوین سیاستگذاری و ظهور برنامه‌های ۳ ساله جدید در مؤسسات منتخب، با ظرفیت منحصر به فرد راه‌اندازی شد، تا فرصتی برای ارزیابی دقیق تأثیر این مدل در پرتو این سیاستها فراهم شود [۱]. پس از ارزیابی‌ها در ژوئن ۲۰۱۸ انجمن آموزش برنامه ریزی آموزش پرستاری (NEPC: nursing education planning council) برای سیاستگذاری در حوزه آموزش با نمایندگی مقامات بهداشتی، نهادهای نظارتی و اعضای عمومی تشکیل و برنامه‌هایی را به منظور شناسایی تغییرات مورد نیاز برای بهبود و افزایش کارایی، اثربخشی پایدار آموزش لیسانس RNs و انتقال پرستاران تازه فارغ‌التحصیل (NGNs: Newly Graduated Nurses) به بالین ارائه دادند. این انجمن مدل حاکمیت مشارکتی و تعالی در فرهنگ یادگیری را برای برنامه آموزشی فعلی پرستاری ارائه داد و همکاری مستمر دانشکده‌های پرستاری را برای آموزش مبتنی بر نیازهای بهداشتی و مراقبت آینده به پرستاران بالینی خواستار شد. در این مدل پیشنهادی، فرهنگ یادگیری مستمر ضمن خدمت تقویت شده تا پاسخگوی سیستم بهداشتی و آموزشی پایدار و نیروی کار متعهد باشد و یک ارتباط قوی میان دانشکده‌های پرستاری و بالین برای مدرن‌سازی محیط‌های آموزشی بالینی و همکاری با یکدیگر برای ایجاد ساختارها و حمایت‌های مورد نیاز برای کمک به دانشجویان به منظور انتقال از آموزش به بالین حرفه‌ای بوجود آید [۱۷]. از سویی با توجه به پیشرفت‌های حوزه مجازی و شیوع بیماری‌های همه‌گیر، سیاستهای آموزشی من جمله ارتباطات حرفه‌ای و مناسب در رسانه‌های اجتماعی را نیز به عنوان یک صلاحیت آموزشی در برنامه‌های آموزش پرستاری معرفی نمودند [۱۸]. همچنین سیاستهایی برای پرورش فرهنگ مراقبت دلسوزانه و روحیه عاطفی و مهربانی با قرار دادن حوزه یادگیری عاطفی، تسهیل تفکر و ادغام شاخص‌های مراقبت دلسوزانه در تجربیات یادگیری بالینی را مفید دانستند [۱۹].

#### سیاست‌های آموزش پرستاری در آمریکا:

بعد از جنگ جهانی دوم یکسری از وظایف بالینی به پرستاران عمومی واگذار شد که دوره آموزش بالینی یکساله در مدارس پرستاری را گذرانده بودند. پرستاران حرفه‌ای در دانشگاه‌ها با مدرک لیسانس آموزش می‌دیدند. در کالج‌های محلی آموزش دو ساله برگزار می‌شد. در این سلسله

کاهش کیفیت آموزش پرستاری باشد اما با تشکیل کمیته حمایت از دانشکده پرستاری و بررسی کمیته سیاستگذاری آموزش پرستاری در UCLA به این نتیجه رسیدند که مرکز آموزش پرستاری باید در دانشکده پرستاری و مستقل از سایر رشته ها صورت گیرد [۲۰].

ANA یا انجمن پرستاری آمریکا از سال ۱۸۹۷ شروع به فعالیت کرده و نقش مهمی در سیاستگذاری های حوزه آموزش پرستاری آمریکا به عهده دارد در سالهای گذشته مربیان را کلید حرفه پرستاری و مراقبت های بهداشتی این کشور معرفی کرده است و مواردی از قبیل: حمایت کنگره از مربیان پرستاری، درخواست بودجه برای توسعه نیروی آموزشی در پرستاری، ارائه ابزارهای رایگان کلاس درس، ارائه مائول های مدرس برای آسان تر کردن کار اساتید، ارائه نسخه های نقد رایگان برای برنامه پذیرش دوره های آموزشی را تدوین نموده است [۲۱].

#### سیاستگذاری آموزش پرستاری در نپال:

قبل از سال ۱۹۵۰، نپال با کشورهای توسعه یافته در بخش بهداشت غیرقابل مقایسه بود و دانشگاه و آموزش پزشکی و بهداشتی مناسبی وجود نداشت. بدون امدادگر و فقط تعداد کمی از پزشکان نپالی بدون پرستار کار می کردند. اما به تدریج با تلاش های قوی و مصمم در سال های گذشته، دستاوردهای قابل توجهی در بخش سلامت حاصل شد. از زمان آغاز به کار آموزش پرستاری در سال ۱۹۵۶، به دلیل اصول آموزش ناکارآمد، کمبود پرستار در نپال وجود داشت. بخش پرستاری با رشد تاریخی از سه مقطع: دوره شکل گیری، دوره تحول و دوره جهانی شدن عبور کرده است. آموزش پرستاری تحت وزارت بهداشت (Ministry of Health and Population MoHP) در (Surendra Bhawan Sanepa) در سال ۱۹۵۶ آغاز شد و توسعه الزامات آموزش و پرورش بسیار کندی وجود داشت. آموزش از یک مدرسه آغاز شد و با پردیس های دانشگاهی و کالج های متعدد گسترش پیدا کرد. شورای آموزش فنی و حرفه ای به عنوان نهاد مستقل سیاستگذاری بود. کم کالج های مختلف آموزش پرستاری در حوزه تحصیلات تکمیلی شکل گرفت. آموزش پرستاری تغییرات کمی و کیفی را به طور پیوسته تجربه کرد و تقریباً دو دهه بیشتر طول کشید تا به سمت تخصص در رشته پرستاری پس از فارغ التحصیلی پیش رود. پرستاری از سال ۱۹۹۰ به شغل مورد علاقه در میان زنان نپالی مبدل شد. نپال با پیشرفت روزافزون آموزش

پرستاری و خصوصی سازی سریع آن منجر به عواقب غیر قابل پیش بینی شد. آموزش پرستاری در نپال نیروی انسانی کافی برای آموزش در دولت و همچنین در بخش خصوصی نداشت. اگرچه تربیت نیروی متخصص پرستاری رو به افزایش بود، اما به دلیل عدم سیاستگذاری دولت، آموزش حرفه ای پرستاری با موانع زیادی در سراسر کشور مواجه شد. آموزش پرستاری در نپال با پیشرفت در مهارت های مدیریتی بر عملکردهای آینده در سلامت عمومی متمرکز شد. در این کشور آموزش در ۶ سطح برنامه ریزی شده است: ۱) The auxiliary nurse midwifery (ANM) پرستار کمک ماما ۲) The proficiency certificate level (PCL in nursing) کارکنان با گواهی مهارت پرستاری ۳) Bachelor of science in nursing (B.Sc) کارشناس پرستاری ۴) Post basic bachelor in nursing (PBBN) لیسانس پایه پرستاری ۵) فوق لیسانس ۶) دکتری پرستاری [۳].

به دنبال افزایش نیازهای مردم به پرستاران در سیستم بهداشتی و کاهش فعالیت های دولت در تربیت نیروی پرستار، بخش خصوص توسعه یافت که این امر با چالشهای بسیاری همراه بوده است. یکی از چالشهای مهم ارائه آموزش با کیفیت مطابق با استانداردهای بهینه تعیین شده توسط شورای پرستاری نپال (NNC: Nepal Nursing Council) و دانشگاه ها بود. این یک واقعیت تلخ بود که دانشکده های فنی و غیر تخصصی، بیمارستانها، آزمایشگاه ها، برنامه های بهداشتی را اداره می کنند که تخصص کافی برای اجرای این برنامه ها ندارند. در نتیجه، علم پرستاری نیز به دلیل فقدان قوانین سختگیرانه و خلأهای موجود در سیاستهای حاکم، به تجارت در نپال تبدیل شد. هر سرمایه گذار خصوصی فقط درگیر کسب درآمد و سرمایه گذاری است و آموزش پرستاری را به عنوان یک تجارت سودآور خالص به جای خدمات بهداشت عمومی درمانی می بیند. در نپال، فارغ التحصیلان کارشناسی ارشد در رشته های پرستاری و همچنین فارغ التحصیلان کارشناسی پرستاری در فعالیت های آموزشی در کالج های مختلف پرستاری نپال مشارکت دارند. به دلیل کمبود اعضای هیئت علمی کافی در این رشته، پرستاران تازه فارغ التحصیل کارشناسی پرستاری به صورت پاره وقت و یا تمام وقت نیز در فعالیتهای آموزشی برای دانشجویان مقطع کارشناسی به کار گرفته می شوند. با این شرایط کیفیت آموزشی پرستاران مورد تردید می باشد. یکی دیگر

## مریم نظام زاده و مرتضی خاقانی زاده

قرار گیرد. سطح آموزش پرستاری را می توان با افزایش اعضای هیات علمی، ارزیابی منظم و بررسی دقیق توسعه برنامه درسی پرستاری، ایجاد تعادل در مهاجرت پرستاران، کنترل دقیق تر بر خصوصی سازی بخش پرستاری انجام داد. صدور مجوز، ثبت تا سایر اقدامات استاندارد دولت برای تضمین کیفیت مراقبت ها تسهیل شود. سیاستها باید در عمل به کار گرفته شوند و موانع سیاسی در بخش خدمات مرتفع گردند. همچنین هماهنگی بین سازمان های ذیربط با قوانین و مقررات برای امنیت و یکسان سازی شغلی، اجرا و با جدیت حفظ شوند [۳].

از چالش های نوظهور، تأسیس کالج های پرستاری جدید بدون در نظر گرفتن هزینه و زیرساخت های آموزشی- بالینی، اساتید آموزش دیده و فرآیند پذیرش است. عواملی مانند آموزش ناکافی، مهارت فنی نیروی بهداشت، استقرار نامناسب، مهارت های ناکارآمد، محیط کاری نامناسب و عدم مدیریت مناسب پرسنل از دلایلی بود که بر کیفیت آموزش پرستاری تأثیر داشت. در این مقطع، باید اجرای دقیق قوانین تعیین شده توسط شورای پرستاری و دانشگاه های نپال، نظارت شود تا آموزش پرستاری، به منظور تربیت بیشتر نیروی پرستار به خطر نیفتد و سیاست و قانونگذاری قوی برای آموزش با کیفیت پرستاری در نپال مورد توجه

جدول ۱: همجواری و مقایسه چهار کشور ایران، کانادا، آمریکا و نپال در حوزه سیاستگذاری های آموزش پرستاری

کشور	سازمانهای دخیل در سیاستگذاری آموزش پرستاری	سیاست های تدوین شده	نقایص موجود در سیاستگذاری
ایران	معاونت پرستاری وزارت بهداشت و سازمانهای مردم نهاد [۷، ۱۱]	<ul style="list-style-type: none"> <li>تدوین برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی با نگاه به وضعیت آینده سلامت کشور</li> <li>بهره برداری از اسناد بالادستی در پیاده سازی برنامه ها در بستر آمایش سرزمینی</li> <li>استفاده از نظرات ذینفعان حوزه آموزش در مرحله تدوین این برنامه ها</li> <li>جلب مشارکت های محیطی در اجرای برنامه ها</li> <li>استفاده از نتایج آموزش در پژوهش در مراحل تدوین و اجرای برنامه ها</li> <li>تفکیک اقدامات اجرایی برنامه در سطوح عملیاتی</li> <li>توجه به استانداردهای بین المللی و برنامه ریزی برای اقدامات در سطح بین المللی و ارزیابی همزمان با اجرا</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>آموزش با کیفیت نامناسب</li> <li>بیکاری و بلا تکلیفی، فشار کار سنگین</li> <li>کمبود نیروی انسانی ماهر</li> <li>جهانی شدن</li> <li>خصوصی سازی</li> <li>دستمزد ناچیز</li> <li>بد رفتاری در تعیین شغل</li> <li>فقدان نظارت و کنترل</li> <li>آموزش ضمن خدمت نامطلوب</li> <li>مهاجرت پرستاران و فرار مغزها</li> </ul>
کانادا	<ul style="list-style-type: none"> <li>وزارتخانه های بهداشت و آموزش استانی: از جمله اتحادیه پرستاران بریتیش کلمبیا و اتحادیه کارکنان بهداشت و درمان [۱]</li> <li>انجمن آموزش برنامه ریزی آموزش پرستاری [۱۷]</li> </ul>	<p>مدل های نوآوری در آموزش:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>توسعه نیروی کار پرستاری، خط مشی های سیاسی مرتبط با آموزش پرستاری پاسخگو و مرتبط با نیاز جامعه</li> <li>تحقیق و ترجمان دانش تاثیر این سیاستها در آموزش بالینی توسط محققان</li> <li>تدوین مقررات حرفه های، برای ورود به مرحله بالینی و کسب شایستگیهای پایه از جمله داشتن مدرک لیسانس به عنوان حداقل نیاز آموزشی</li> <li>1- مدل حاکمیت مشارکتی و تعالی در فرهنگ یادگیری:</li> <li>شناسایی تغییرات مورد نیاز برای بهبود و تقویت کارایی، اثربخشی پایدار آموزش لیسانس و انتقال پرستاران تازه فارغ التحصیل به بالین</li> <li>تقویت فرهنگ یادگیری مستمر ضمن خدمت</li> <li>ارتباط قوی میان دانشکده های پرستاری و بالین برای مدرن سازی محیط های آموزشی بالینی و همکاری با یکدیگر برای کمک به دانشجویان و انتقال آنان از آموزش به بالین حرفه ای</li> <li>ارتباطات حرفه ای و مناسب در رسانه های اجتماعی به عنوان یک شایستگی آموزشی در برنامه های آموزش پرستاری</li> <li>سیاستهایی برای پرورش فرهنگ مراقبت دلسوزانه و روحیه عاطفی و مهربانی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>در برهه ای سیاستهای مرتبط با کمبود نیروی پرستاری، منجر به فشارهای شدید بر برنامه های آموزش پرستاری برای تربیت سریع تر پرستاران بدون در نظر گرفتن منابع، در دستور کار قرار گرفت که منجر به ناهماهنگی در آموزش پرستاری شد</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• تصمیم بر اساس میزان نیروی کار مورد نیاز و نیازهای مراقبت بهداشتی نبود. تصمیم گیریه، مبتنی بر نظریه علمی یا اجتماعی نبود و علیرغم وجود بودجه، سیاستهای گرفته شده در مینه سوتا و کالیفرنیا، بصورت محلی اتخاذ میشد.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سیاستهای آموزشی، مبتنی بر قانون و فعالیت محور بود و به شدت به تکرار روشها متکی بود بدین معنی که فعالیتهای روتین در سیاستها گنجانده میشدند</li> <li>• تصویب قانون هفتم خدمات بهداشت عمومی: امکانات آموزشی جدید، «تجربه‌های درسی، توسعه اعضای هیئت علمی و برنامه گسترده کارآموزی پرستاران حرفه‌ای» و دوره آموزشی ۴ ساله برای پرستاری عمومی و سپس دوره تحصیلات تکمیلی برای آموزشهای تخصصی پیشرفته</li> <li>• حمایت کنگره از مربیان پرستاری</li> <li>• درخواست بودجه برای توسعه نیروی آموزشی در پرستاری</li> <li>• ارائه ابزارهای رایگان کلاس درس</li> <li>• ارائه ماژول های مدرس برای آسانتر کردن کار اساتید</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• قانون‌گذاران ایالتی در مینه سوتا و کالیفرنیا بصورت محلی</li> <li>• دانشکده‌های پرستاری، همراه با سایر مدارس تحت حمایت دولت در سراسر کشور [۲۰]</li> <li>• انجمن پرستاری آمریکا [۲۱]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• موانع زیاد آموزش حرفه‌ای پرستاری به علت عدم سیاستگذاری دولت</li> <li>• عدم ارائه آموزش با کیفیت مطابق با استانداردهای بهینه</li> <li>• تربیت پرستاری توسط بخش خصوصی با هدف سرمایه گذاری</li> <li>• کمبود هیات علمی، آموزش ناکافی، مهارت فنی نیروی بهداشت، استقرار نامناسب، مهارت های ناکارآمد، محیط کاری نامناسب و کمبود فرصت برای مدیریت پرسنل</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تغییر آموزش از مدارس به سمت کالج های آموزشی در پرستاری و تحصیلات تکمیلی</li> <li>• پیشرفت در مهارتهای مدیریتی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شورای آموزش فنی و حرفه‌ای به عنوان نهاد مستقل سیاستگذاری</li> <li>• وزارت بهداشت</li> <li>• شورای پرستاری و دانشگاه های نپال [۳]</li> </ul>

## بحث

نگاه به وضعیت آینده تدوین می گردد [۱۱]. در کتاب نقشه جامع پرستاری تا سال ۱۴۰۴ مواردی مانند متناسب سازی تعداد و توزیع پرستاران با نیازهای آمایش سلامت در کشور، تقویت تعامل پرستاری با جامعه، نهادهای سیاستگذاری سلامت، سازمان های مردم نهاد و دستگاه های اجرایی مرتبط و بومی سازی آموزش، پژوهش و مراقبت های پرستاری بر اساس آمایش سرزمینی مورد تاکید قرار گرفته است. همچنین در راستای اهداف کلان سیاسی در این کتاب به بازنگری برنامه های آموزشی دانشگاهی، دوره های آموزش مداوم و حرفه ای - مهارتی پرستاری بر اساس رویکردهای نوین یادگیری و رویکرد «مراقبت جامع و جامعه نگر» در همه سطوح سلامت، برگزاری دوره های الزامی تخصصی کوتاه مدت و حرفه ای - مهارتی پس از اتمام دوره ی کارشناسی بر اساس نیازهای جامعه، فن آوری و علوم نوین، اجرای آموزش مشارکتی و بین حرفه ای با سایر حرفه ها اعم از پزشکی و غیر پزشکی، تعامل نزدیک و موثر سیاستگذاری سلامت در رسانه ها و به ویژه رسانه ی صدا و سیما در جهت توسعه خود مراقبتی، ارتقا و ثبت جایگاه اعضای هیات علمی پرستاری در عرصه های بالینی، اجرای طرح اینترن شپ و منتور شپ جهت دانشجویان ترم ۷ و ۸ پرستاری و اجرای آزمون صلاحیت حرفه ای پرستاری برای اولین بار در مهرماه ۱۳۹۹ تدوین شد [۲۲]. اما

نتایج مقایسه سیاستگذاری ها در بالا به نظر می رسد که سیاستگذاری در کانادا و آمریکا به مراتب از سایر کشورها بهتر می باشد. در کانادا بر آموزش پرستاری پاسخگو به نیاز جامعه و برنامه های آموزشی مبتنی بر مدل های نوآورانه ارایه می گردد. همچنین بر حاکمیت مشارکتی و تعالی در فرهنگ یادگیری مستمر بین آموزش و بالین، همکاری بین بخشی و بین المللی به منظور مراقبت با کیفیت تاکید دارد [۱، ۱۷]. آمریکا نیز بر ایجاد استقلال حرفه ای بیشتر پرستاران، مربیان بالینی و سیاست های آموزشی به صورت محلی و بر اساس یافته های علمی و نتایج حاصل از اجرای سیاست ها اشاره دارد. در ضمن به حمایت از مربیان و تخصیص بودجه برای زیر ساخت های آموزشی و استفاده از ماژول ها اشاره می کند [۲۰]. در نپال، آموزش پرستاری تغییرات کمی و کیفی را به طور پیوسته تجربه کرد و تقریباً دو دهه بیشتر طول کشید تا به سمت تخصصی سازی در رشته پرستاری پیش رود. با این وجود همچنان مشکلاتی در زمینه آموزش با کفایت، از قبیل اداره آموزش توسط مراکز غیر تخصصی، کمبود نیروی هیات علمی و اداره آموزش توسط فارغ التحصیلان و محیط آموزشی نامناسب و تجاری سازی وجود دارد [۳]. در ایران برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی با

آموزشی شکل گرفته باشند [۵].

مدیران آموزشی نیز نیازمند تغییرات عمده در سیاستهای آموزش پرستاری مطابق با پیشرفت های علمی هستند و باید استراتژی های موفق خود را در زمینه حفظ کیفیت آموزش پرستاری و حرکت به سمت برنامه های مبتنی بر شایستگی و آموزش بین حرفه ای با توجه به کمبود اعضای هیات علمی به اشتراک گذارند. در حالی که مربیان پرستاری و سایر مدیران همیشه در مورد سیاستهای مربوطه اتفاق نظر نداشتند، به منظور اجماع نظرات در زمینه سیاستها مستلزم آن است که مدیران تفاوت در نگرش ها را نسبت به برخی از مسائل و راه حل های مربوطه بپذیرند. استراتژی سیاسی آگاهانه لازم است تا مربیان و دانشجویان با مدیران اجرایی، سیاستمداران و سایر سیاستگذاران در تغییر قوانین مشارکت نمایند [۳]. مربیان بالینی باید با مدیران پرستاری فعال در سیاست مرتبط باشند تا نکات ظریف فرآیند سیاستگذاری، مانند مذاکره و مصالحه لازم برای اجرای سیاست را در برنامه درسی بگنجانند [۹]. البته باید در نظر گرفت که مربیانی که خط مشی های سیاسی را آموزش می دهند اغلب مدافع خط مشی ها هستند و نمی توانند به خوبی از این قوانین انتقاد نمایند. اما زمانی که انتقاد به خوبی و بدون غرض ورزی صورت گیرد می تواند اثرات قابل توجهی بر مصرف کنندگان، دولت، سیستم های مراقبت بهداشتی و متخصصان سلامت داشته باشد. از آنجا که اثربخشی سیاست سلامت با دسترسی و ارائه مراقبت های بهداشتی ایمن و با کیفیت مرتبط است، مربیان پرستاری وظیفه دارند محتوای خط مشی سلامت را در برنامه های درسی ادغام کنند [۴].

همچنین باید توجه داشت که نفوذ سیاسی زمانی امکان پذیر است که پرستاران به طور استراتژیک برای تأثیرگذاری بر چارچوب های سیاستی مرتبط در دستور کارهای سیاسی روز قرار بگیرند. از آنجایی که پرستاران اغلب به موقعیت های رسمی قدرت در سازمان ها از جمله دولت دسترسی ندارند، مدیران پرستاری در بالین و آموزش باید یک جبهه متحد را در دستور کار سیاست های کلیدی تشکیل دهند. بنابراین میتوان نتیجه گرفت که مشکل اصلی نبود چارچوبی برای سیاستگذاری در حیطه آموزش پرستاری است با وجود منابع سیاستگذاری اما همچنان خط مشی های سیاستگذاری ساختارمند، برای هدایت سیاست های بنیان گذاری شده برای آموزش بالینی پرستاری به سمت اقدامات اجرایی دیده نمی شود و همچنان وضعیت

بررسی ها حاکی از آن است که سیاستگذاری نظام مراقبت سلامت ایران در ارتباط با حرفه پرستاری ناقص و نامناسب است زیرا فقط برنامه ریزی صورت گرفته و تا عمل راه طولانی در پیش است عواملی مانند عدم گفتمان متقابل بین پرستاری با نهادهای سیاستگذاری، عدم تمایل این نهاد به شناخت پرستاری و عدم دخالت پرستاران بالینی و آموزشی در وضع سیاستگذاری به دلیل تعارض منافع، گسترده بودن خدمات پرستاری، وجود رشته های موازی با پرستاری، عدم تطابق ارائه خدمات با دستمزد و در اولویت نبودن خدمات پرستاری در نظام مراقبتی، در آن موثر می باشد [۲۳].

سازمان جهانی بهداشت (WHO) اظهار می دارد که «سرمایه گذاری نیروی کار سلامت همراه با اقدامات سیاستی صحیح می تواند دستاوردهای اجتماعی-اقتصادی عظیمی را در آموزش با کیفیت، فراهم کند [۱۷]. پرستاران به عنوان مهمترین نیروی کار در حوزه سلامت برای ارائه مراقبت کارآمد، به آموزش مراقبتهای نوین در شرایط تغییر سریع دانش و فن آوری، نیاز دارند. آموزش پرستاران با رویکرد یادگیری مادام العمر، نیاز به حمایت گسترده از طرف سیاستگذاران و برنامه ریزان حوزه بهداشت و درمان، بازنگری و تغییر در برنامه درسی پرستاری، حمایت مدیران در دانشکده ها و سازمان های ارائه دهنده مراقبت سلامت و همکاری بین این مراکز با سیاستگذاران و بدنه های تنظیم کننده قوانین در جامعه دارد [۲۴]. پرستاران، تخصص و توانایی ایجاد تغییر در نظام سلامت را دارند اما اغلب صدایشان شنیده نمی شود و حضور و جایگاه واقعی آنها در جایگاه های کلیدی سیاستگذاری های بهداشتی و پرستاری ضعیف است [۷]. همچنین، در زمینه آموزش پرستاری هدف سیاستگذاری شناسایی فرصتهایی برای حفظ توانایی مربیان پرستاری به منظور حفظ کیفیت آموزش پرستاری و نیروی کار پرستاری در آینده است. روسای دانشگاه های پرستاری می توانند نقش مهمی در سیاستگذاری داشته باشند و زمانی می توانند در این نقش اثر بخش باشند که از موضع قدرت، خط مشی های مرتبط با آموزش های پرستاری را تحلیل نمایند [۱]. در سالهای اخیر، مدیران ارشد نظام سلامت کشور و وزیران مختلف بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر سیاستگذاری هایی تاکید دارند که با توجه به بهترین شواهد و نتایج مطالعات علمی و با توجه به شرایط کشور و دیدگاه صاحب نظران و ذینفعان کلیدی

پرستاران می توانند دستور کار سیاستی را ارائه دهند که آموزش با کیفیت را به نفع ظرفیت منابع انسانی سلامت، سلامت بهینه جمعیت و برابری در سلامت و مراقبت بهداشتی با کیفیت تضمین کند [۸].

با توجه به یافته های تحقیقات به نظر می رسد می توان از نتایج کشورهایمانند کانادا و آمریکا به منظور ایجاد ارتباط بیشتر بین آموزش و بالین و دخیل نمودن پرستاران بالینی و مدیران آموزشی در امر سیاستگذاری الگو گرفت تا به عملیاتی نمودن بیشتر آن و یافتن ایرادات اجرایی آن دست یافت. از محدودیتهای موجود در جمع آوری این یافته ها، دسترسی اندک به مقالات خارجی و داخلی در این حوزه را می توان اشاره نمود.

### نتیجه گیری

ظرفیت های سیاسی در پرستاری برای پیشبرد علایق خود به روابط قوی بین رهبران دانشگاهی پرستاری بستگی دارد که می توانند روابط و ائتلاف هایی را با سازمان ها، دانشجویان و مدیران بالینی به نفع حفظ و توسعه ظرفیت آموزش تئوری و عملی پرستاری ایجاد کنند. ضروری است که دولت به مریدان پرستاری به عنوان منبعی با راه کارهایی موثر برای چالش های موجود در پرستاری نگاه کنند و مدیران آموزش پرستاری خط مشی ها را تعیین کنند و قدرت ایجاد روابطی را داشته باشند که بر سیاستهای کلان اقتصادی و مالی عمومی تأثیر بگذارد اساس چنین اقدامی به بهترین وجه از طریق رویکرد انتقادی در تحلیل سیاست به دست می آید. مریدان پرستاری نیز باید با دیگران همسو شوند تا راه حل هایی را ارائه دهند که به موقع و در دسترس تصمیم گیرندگان باشد و در نهایت به مراقبت با کیفیت ختم شود پیشنهاد می گردد در زمینه حوزه سیاستگذاری های آموزش پرستاری و چالش های مرتبط با آن بخصوص لزوم تاسیس گرایش های جدید مطالعات عمیق تری به صورت کمی و کیفی به عمل آید تا میزان اثر بخشی این سیاستها در تخصصی سازی خدمات پرستاری سنجیده شود تا راهنمایی جهت تصمیمات آتی در این حوزه مهم باشد. همچنین می توان مطالعات میدانی به دنبال مشارکت مدیران آموزشی و دانشجویان در تدوین سیاستگذاری ها و تاثیر آن بر کیفیت خدمات آموزش پرستاری صورت گیرد.

سیاستگذاری ها نیازمند اقدامات عملی تر در این حوزه می باشد. اگر چشم اندازی به وضعیت پرستاری در سال های اخیر داشته باشیم، میتوان نتیجه گرفت اقدامات تا حدودی صورت گرفته اما هنوز کارساز نبوده است به عنوان مثال وضعیت پرستاران سیاستگذار در ایران طی سه دهه اخیر، با تثبیت انجمن های پرستاری ایران به تدریج از جایگاه پراکنده به سمت مشاوره تبدیل شده است و همچنین ارتقاء مشاور وزیر به معاونت پرستاری وزارت بهداشت و تبدیل سمت مشاور به سمت مدیریت ارشد اجرایی دیده می شود. سیاست های آموزشی پرستاری باید به سمت افزودن دوره های آموزش بالینی با در نظر گرفتن مراقبت های پرستاری قابل اجرا و با کیفیت پیش رود. دانش ویژه رشته پرستاری و توانایی های پرستاران باید به سمت پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت هدایت شده و در نهایت جایگاه صحیح پرستاران را در سلامت جامعه نشان دهند [۷]. و برای افزایش نقش پرستاران در سیاستگذاری، حمایت کافی نیز نباید دست کم گرفته شود [۹].

در نهایت، مدیران پرستاری باید با توجه به تغییرات در سیاستهای دولت، مربوط به عملکرد و آموزش پرستاری هوشیار باشند و استراتژی های سیاسی را به نفع مراقبت با کیفیت، نتایج سلامت و ایمنی بیمار و اتفاقات روز برنامه ریزی کنند. ارتباط با مدیران بالینی، دانشجویان و انجمن های پرستاری نیز برای بسیج و اجرای یک دستور کار سیاستی در آموزش پرستاری با کیفیت و مراقبت های بهداشتی ضروری خواهد بود. همچنین یک جهان بینی انتقادی برای سیاست ضروری است، زیرا توجه به «نابرابری، درگیری و قدرت در فرآیند سیاسی» معطوف به فعالیت های انجام شده می شود در یک رویکرد انتقادی از جمله اشتراک دیدگاه ها در مورد قدرت، منافع و ارزشها و در نظر گرفتن گفتمان در اسناد دولتی، مقالات در حوزه پرستاری، داده های جاری مربوط به آماده سازی پرستاران در تحقیقات و انتشارات است. درک گسترده تر، از جمله تغییر در اولویتهای و مدیریت، وضعیت سیاسی و قانونی پرستاری و برابری سلامت در سیاست بین بخشی و عمومی، یک عنصر ضروری در تحلیل خط مشی است. پرستاران باید به دنبال توسعه تحقیقات در حوزه سیاست آموزش پرستاری و استراتژی سیاسی از طریق دسترسی به منابعی مانند رسانه ها و استراتژیست های سیاسی باشند. در این مقطع تاریخی،

## تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان این مقاله بیان نشده است.

## سپاسگزاری

بدینوسیله از تمام محققانی که مقالات آنها در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت، تشکر و قدردانی می گردد.

## References

1. Duncan SM, Thorne S, Van Neste-Kenny J, Tate B. Policy analysis and advocacy in nursing education: The Nursing Education Council of British Columbia framework. *Nurse Education Today*. 2012;32(4):432-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.03.009>
2. Sheikhhichaman M, Soresrafil A, Abolhasanibeigi N, Bazrafshan M, Harati Khalilabad T. Educational policy in the covid-19 epidemic: A justice-oriented perspective. *Journal of Medical Education and Development*. 2021;16(1):77-9. [persian] <https://doi.org/10.18502/jmed.v16i1.6361>
3. Prakash S, Yadav P, Yadav K. Perspectives of developing nursing education in Nepal. *Nurs Care Open Access J*. 2018;5(4):214-20. <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2018.05.00150>
4. Loversidge JM. An evidence-informed health policy model: Adapting evidence-based practice for nursing education and regulation. *Journal of Nursing Regulation*. 2016;7(2):27-33. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(16\)31075-4](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(16)31075-4)
5. Rashidiyan A. Challenges of policy-making and creating coherent structures to help decide on evidence awareness in the country's health system. *Hakim Research Journal*. 2013;16(3):258-61. [persian]
6. Mason DJ, Perez A, McLemore MR, Dickson E. *Policy & Politics in Nursing and Health Care-E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2020.
7. Cheraghi MA, Ghiyasvandian S, Aarabi A. Iranian nurses' status in policymaking for nursing in health system: A qualitative content analysis. *The Open Nursing Journal*. 2015;9:15-24. <https://doi.org/10.2174/1874434601509010015>
8. Lewinski AA, Simmons LA. Nurse knowledge and engagement in health policy making: Findings from a pilot study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2018;49(9):407-15. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180813-06>
9. Gebbie KM, Wakefield M, Kerfoot K. Nursing and health policy. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(3):307-15. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00307.x>
10. Mohammaditabar S, Mohammadi K, Rahnama P, Sepahi V. Opinions of academics of faculty of nursing and midwifery on educational and research policies: A qualitative study. *J Med Edu Dev*. 2018;12(4):260-72. [persian]
11. Pourabbasi A, Kheiry Z, Naghvai Alhosseini SS, Akbari H, Larijani B. Medical education policy making in Iran; A review of 40-years experiences. *Journal of Teb vs Tazkiyeh*. 2019;27(4 ):215-23. [persia]
12. Nasiripour Aa, Maleki Mr, Raeisi P, Javadi M. Organizing and policy-making as a key factor to establish hospital clinical risk management system. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2013;11(2):13-26. [persian]
13. Azimi H, Momeni M, Rezapour Nasrabad R. Comparative study of medical and surgical nursing master's education program in IRAN and USA. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(5):80-94. [persian]
14. Kent-Wilkinson AE. Forensic nursing education in North America: Social factors influencing educational development. *Journal of Forensic Nursing*. 2009;5(2):76-88. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01038.x>
15. Carter N. A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing Leadership*. 2010;23:35-60. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22268>
16. Drake WE. *Comparative Method in Education* by George ZF Bereday, New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1964. Pp. 302. \$5.25. Taylor & Francis; 1965. <https://doi.org/10.1080/00131726509339373>
17. Maclaren J, MacDonald H. Nursing education planning council - final report submitted July 5th, 2019 province of British Columbia - ministry of health nursing education planning council. 2019. Available from: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2019/nepc-final-report-2019/7/5>.
18. Giroux CM, Moreau KA. Nursing students' use of social media in their learning: a case study of a Canadian School of Nursing. *BMC nursing*.

- (2022) 21:195 . <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00977-0>
19. Younas A, Maddigan J. Proposing a policy framework for nursing education for fostering compassion in nursing students: A critical review. *Journal of Advanced Nursing*. 2019;75(8):1621-36. <https://doi.org/10.1111/jan.13946>
20. Tobbell DA. "Coming to grips with the nursing question": the politics of nursing education reform in 1960s America. *Nurs Hist Rev*. 2014;22(1):37-60. <https://doi.org/10.1891/1062-8061.22.37>
21. Ernest Grant. ANA has the educational resources to help you at every step of your career USA1897 [27 March 2022]. Available from: <https://www.nursingworld.org/education-events/faculty-resources/ana-programs/>.
22. Hazrati M. Comprehensive nursing plan of the country on the horizon of 1404: Ministry of Health, Treatment and Medical Education - Deputy of Nursing; 2019. [persian]
23. Yazdani S, Nikravan Mofrad M, Ahmadi S, Zagheri Tafreshi M. An analysis of policies of the Iranian health care system in relation to the nursing profession. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;5(2):211-20. [persian]
24. Mohammadzadeh Zarankesh S, Jafari P, Jamali A, Hosseini M. Context conditions factors for lifelong learning in nursing education. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2019;29(4):357-69. [persian] <https://doi.org/10.29252/iau.29.4.357>