Journal of Clinical Excellence

Review

Comparative study of nursing education in Iran and Japan

Seyedeh azam Sajadi, Jamileh Mokhtari Nouri[*2], Maryam Nezamzadeh[3]

1. Instructor, Nursing faculty, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Nursing faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Instructor, Nursing faculty, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
*. Corresponding Author: E-mail: Jamilmokhtari@yahoo.com

(Received 28 September 2015; Accepted 15 May 2016)

Abstract

Generation experienced and qualified human resources to provide essential health care is obvious. To achieve this, the nursing education as part of the medical education system of the country, in order to maintain and strengthen the integrity of education and development should be reviewed continuously. Compare different educational systems improve the quality of the Curriculum. The aim of this study was to compare nursing education system in Iran and Japan.
This study was a comparative descriptive and the nursing education system in all levels were compared with Japan. Finding showed that Nursing Japan, in terms of the modern and well-established training all levels of undergraduate nursing and a doctorate from Iran ahead. Unlike Iran, in Japan the entrance to all levels without passing the national test and acceptance criteria, are set by each university independently. Also Nursing education programs in all levels of education as well as the type and number of credits in a variety of basic and specific, while in Iran at all levels about a similar program runs throughout the country. Iran often nursing courses are taught by faculty of nursing, but in Japan often done by phisitions. Clinical Training in Japan by clinical educators who are not affiliated with the School of Nursing and the faculty member, only monitoring clinical training. In terms of social image of nursing and nursing education accreditation, both countries are nearly similar. Since the Iran nursing education Compared with Japan has strengths and weaknesses. Obviously, analyzing these points with regard to the cultural, social, historical, economical background, is useful to solve the problems in Iran nursing education.

Keywords: Comparative Study, Nursing curriculum, nursing education, Iran, Japan.

J Clin Exc 2016; 4(2): In Press (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

بررسی تطبیقی نظام آموزشی مقطع کارشناسی پرستاری در ایران و ژاپن

سیده اعظم سجادی[۱]، جمیله مختاری نوری[۲*]، مریم نظام زاده[۳]

چکیده

پرورش نیروهای پرستاری کارآزموده و شایسته برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی امری ضروری و بدیهی است که لازمه آن ارتقاء کیفیت آموزش است. مقایسه نظام‌های مختلف آموزشی باعث ارتقای محتوی و کیفیت برنامه آموزشی می‌شود. هدف از این تحقیق، مقایسه نظام آموزش مقطع کارشناسی پرستاری در ایران با کشور توسعه‌یافته ژاپن بود. این پژوهش، به روش توصیفی تطبیقی انجام شد و در آن نظام آموزش پرستاری ایران با کشور ژاپن در مقطع کارشناسی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. یافته‌ها حاکی از آن بود که آموزش پرستاری ژاپن، از حیث شروع آموزش مدرن و نیز تأسیس کلیه مقاطع پرستاری از کارشناسی تا دکترا از ایران جلوتر است. برخلاف ایران، در ژاپن ورود به کلیه مقاطع بدون گذراندن آزمون سراسری است و ضوابط پذیرش، توسط هر دانشگاه به‌طور مستقل وضع می‌شود. همچنین برنامه‌های آموزش پرستاری از حیث نوع دروس و تعداد واحدهای دروس پایه و اختصاصی متنوع بوده، در حالی که در ایران در کلیه مقاطع تقریباً یک برنامه مشابه در سراسر کشور اجرا می‌شود. در ایران اغلب دروس تخصصی رشته پرستاری توسط اعضای هیئت‌علمی پرستاری تدریس می‌شود ولی در ژاپن اغلب توسط پزشکان انجام صورت می‌گیرد. آموزش بالینی، در ژاپن بر عهده مربیان بالینی است که وابسته به دانشکده پرستاری نیستند و نقش اعضای هیئت‌علمی، صرفاً نظارت بر آموزش بالینی است. از وجوه افتراقی دیگر می‌توان به ارائه واحد سمینار و پایان‌نامه و نیز برگزاری آزمون RN (Registered Nurse) در کشور ژاپن اشاره نمود. از حیث تصویر اجتماعی پرستاری و اعتباربخشی، دو کشور تقریباً مشابه هم می‌باشند. از آنجایی که برنامه آموزش پرستاری ایران در مقایسه با ژاپن از شباهت‌ها و تفاوت‌هایی برخوردار می‌باشد، بدیهی است تجزیه‌وتحلیل این نقاط با عنایت به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، تاریخی، اقتصادی و ... بر توانایی ما در جهت رفع مشکلات و چالش‌های موجود در آموزش پرستاری بیفزاید.

واژه‌های کلیدی: بررسی تطبیقی، برنامه‌ریزی درسی، آموزش پرستاری، ایران، ژاپن.

مقدمه

دانشگاه‌ها به‌عنوان مهم‌ترین نهادهای آموزشی، مراکز تولیدکننده علم و فرهنگ و همچنین تربیت متخصصان موردنیاز کشور، خلق و تولید دانش جدید و پیشبرد مرزهای علم و دانش مطرح می‌باشند. سه مأموریت اصلی دانشگاه شامل: آموزش، پژوهش و خدمات برای دانشگاه مورد تأکید قرارگرفته است. مأموریت آموزش از اولین مأموریت‌هایی محسوب می‌شود که در بسیاری از کشورهای دنیا بر آن توافق شده است. آموزش فعالیتی هدفمند در جهت ارتقای یادگیری است. وظیفه هر مؤسسه آموزشی، آموزش و رشد دانشجویانی است که به آن وارد می‌شوند.

۱. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران.
۳. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
*نویسنده مسئول: تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، طبقه ششم، دانشکده پرستاری E-mail: Jamilmokhtari@yahoo.com
تاریخ دریافت:۱۳۹۴/۷/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات:۱۳۹۴/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش:۱۳۹۵/۲/۲۶

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

در نظام آموزش دانشگاهی منظور از آموزش ایجاد تغییرات مناسب و روزافزون در محصول این سیستم یعنی دانش‌آموختگان است(۱).

نظام آموزش عالی دارای دو بعد کمی و کیفی است و لازمه توسعه پایدار و همه‌جانبه این نظام، رشد متعادل و متوازن در این ابعاد است. توجه به رشد کمی و غفلت از رشد کیفی، پیامدهای ناگواری نظیر افت تحصیلی، وابستگی علمی، عدم خلاقیت و کارآفرینی، فرار مغزها و تولید ضعیف علم را برای این نظام در پی دارد. نظام آموزشی در تربیت نیروی انسانی متخصص و موردنیاز جامعه که بتواند حرکت جامعه را به‌سوی توسعه همگانی تسریع بخشد، از اهمیت بالایی برخوردار است(۲). در همین راستا بررسی نارسایی‌ها، نقاط ضعف و قوت، تشخیص فرصت‌ها و تهدیدها و تلاش برای بهبود وضع مطلوب و کسب جایگاه برتر از اهم وظایف سازمان‌ها ازجمله دانشگاه‌ها است(۳).

آموزش علوم پزشکی بخشی از نظام آموزش عالی است که با حیات انسان‌ها سروکار دارد و سلامت جامعه در گرو کیفیت آموزش این دانشگاه‌ها است. دراین‌بین پرستاری از حرف پیچیده علوم پزشکی است که در صورت عدم طراحی برنامه‌های مناسب و با کیفیت آموزشی، خسارات جبران‌ناپذیری بر سلامت جامعه، اعتبار علمی دانشگاه و دانش‌آموختگان وارد می‌کند(۲)؛ بنابراین دانشکده‌های پرستاری، به‌عنوان بخشی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، باید به سمت تضمین کیفیت، ارزیابی مداوم و ارتقا حرکت کنند(۴). در همین راستا سازمان‌های مراقبت بهداشتی از قبیل سازمان بهداشت جهانی خواستار ارتقای استانداردها برای پرستاران دانش آموخته جدید نسبت به دانش آموختگان گذشته است؛ زیرا نیازهای زندگی در دنیای پرشتاب امروز، نیاز به شکل دادن، تحولات و نوآوری‌های آموزشی به‌ویژه در سطح آموزش دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی است و برنامه درسی پرستاری نیز از این قاعده مستثنی نیست(۱).

بررسی تاریخ تحول نظام‌های آموزشی جهان نشان می‌دهد که برای تحقق این امر، بیشتر کشورهای پیشرو از مطالعات و پژوهش‌های تطبیقی در زمینهٔ آموزش و پرورش بهره گرفته‌اند به‌طوری‌که آموزش و پرورش تطبیقی به یکی از پویاترین رشته‌های علمی مورد توجه دانشمندان حوزه‌های گوناگون علوم، دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان آموزشی مبدل شده و از آن به‌عنوان شرط لازم برای طراحی نظام‌های آموزشی نوین خویش نام می‌برند، درحالی‌که در کشور ما به‌عکس روند جهانی، این رشته علمی کمتر مورد بحث و پژوهش محققان قرار گرفته است(۵).

نظام آموزشی و برنامه درسی یکی از مهم‌ترین ابزارها جهت تغییرات همه‌جانبه اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی است اما بایستی توجه نمود که این برنامه با نیازهای جامعه مطابقت داشته باشد(۶). رسالت آموزش و پرورش تطبیقی این است که به تفاوت‌ها و شباهت‌های نظام‌های گوناگون آموزشی پی برده و دلایل موفقیت و ناکامی نظام‌ها، مشخص‌شده و از تجارب آنان در پیشبرد و توسعه نظام آموزشی استفاده نمود(۷).

تقریباً در کلیه جوامع، مسائل و هدف‌های آموزشی به همدیگر شباهت دارند، ولی روش‌ها و برنامه‌ریزی‌های مورد استفاده در امر آموزش علوم و حل مشکلات مرتبط، با سنت‌ها و فرهنگ‌های هر یک از جوامع ارتباط پیدا می‌کند(۹،۸). در همین راستا ژاپن از کشورهای توسعه‌یافته و مطرح از حیث آموزش عالی در سطح جهان است که در ابتدا دانش و مهارت پرستاری را از کشورهای توسعه‌یافته غربی وارد کرد اما دلیل موفقیت در زمینهٔ آموزش آن بود که توانست دانش خود را با آداب‌ورسوم و فرهنگ حاکم بر کشور بومی‌سازی نماید. ژاپن یک کشور توسعه‌یافته در زمینهٔ بهداشت و سبک زندگی است(۱۰).

بنابراین می‌توان به مدد استفاده از تجارب ملل پیشرو در زمینه‌های مختلف آموزشی، با در نظر گرفتن بافت فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی ایران، در جهت

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

رفع دشواری‌های موجود در نظام آموزش عالی و بهبود برنامه‌های درسی گام برداشت، بنابراین این مطالعه باهدف شناسایی و مقایسه برنامه آموزش کارشناسی پرستاری در ایران و ژاپن انجام شده است.

روش مطالعه

پژوهش حاضر به شیوه توصیفی - تطبیقی و با استفاده از روش معروف جرج اف بردی انجام شد. بررسی تطبیقی عملی است که در آن دو یا چند پدیده در کنار هم قرار می‌گیرند و وجوه اختلاف و تشابه آنها تجزیه‌وتحلیل می‌شود(۹،۸). روش جرج بردی شامل چهار مرحله توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه می‌باشد. بر این اساس، ابتدا تاریخچه و وضعیت موجود آموزش پرستاری در مقطع کارشناسی در ایران بررسی شد. در ادامه، همین وضعیت در دانشگاه ژاپن مورد مطالعه قرار گرفت. سپس وجوه اشتراک و افتراق این برنامه‌ها مورد مقایسه قرار گرفتند. از آنجایی که عوامل مختلف فرهنگی و اجتماعی بر پایه‌ریزی سیستم‌های آموزشی متفاوت، مؤثر است، بنابراین شناخت بافت مورد مطالعه از اهمیت زیادی برخوردار است. به همین دلیل در این مطالعه، مشخصات سیستم بهداشتی درمانی دو کشور نیز به‌طور مختصر مورد بررسی قرار گرفت. براساس روش مطالعه، ابتدا تاریخچه و وضعیت موجود آموزش پرستاری در مقطع کارشناسی در ایران بررسی شد. در ادامه، همین وضعیت در دانشگاه ژاپن مورد مطالعه قرار گرفت. سپس وجوه اشتراک و افتراق این برنامه‌ها مورد مقایسه قرار گرفتند.

برای دستیابی به اطلاعات موردنیاز در این پژوهش یک جستجوی گسترده از متون انگلیسی و فارسی‌زبان در بین سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۰ انجام شد. جستجوی الکترونیکی با استفاده از داده پایگاه‌های فارسی و انگلیسی CINAHL، Science Direct، Pub Med، Google Schoolar، Iran Medex، SID، Magiran و Noormags صورت پذیرفت. در ابتدا، یک جستجوی گسترده با استفاده از واژه‌هایی مانند پرستاری، پرستار، آموزش پرستاری، کوریکولوم، برنامه درسی، ژاپن و ایران انجام شد و کلیه مقالات مرتبط وارد مطالعه شدند. همچنین در این مطالعه سایت وزارت بهداشت ایران، وزارت علوم و انجمن پرستاری ژاپن و نیز سایت دو دانشگاه معتبر در ژاپن یعنی دانشگاه چیبا و اویتا، هم مورد استفاده قرار گرفت. در ادامه داده‌های موردنظر گردآوری، طبقه‌بندی و مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مقاله در ابتدا به‌طور اختصار موقعیت‌شناسی، وضعیت اجتماعی پرستاری و سیر تدریجی آموزش پرستاری در دو کشور بررسی و مقایسه شد. پس از آن نظام آموزش تئوری و بالینی دوره کارشناسی پرستاری و نحوه اعتباربخشی آموزش دو کشور توصیف و مقایسه شدند.

موقعیت‌شناسی ایران و ضرورت‌های پرستاری در سیستم بهداشتی درمانی

ایران کشوری بزرگ در جنوب غرب آسیا، با وسعت بیش از ۱/۶۴ میلیون کیلومتر است. این کشور از سی استان تشکیل‌شده که از تنوع زیادی در زمینهٔ توسعه اقتصادی و اجتماعی برخوردار است(۱۱). طبق آخرین آمارهای سرشماری کشور کل جمعیت ایران در سال ۱۳۹۰، در حدود هفتادوپنج میلیون نفر با امید به زندگی هفتادودو سال است همچنین طبق این یافته‌ها درصد جمعیت سالمند و کودکان زیر ۵ سال که دو گروه حساس در سیستم بهداشتی می‌باشند رو به افزایش است(۱۳،۱۲). بیش از ۹۸ درصد از جمعیت ایران مسلمان و حدود دوسوم آنان کمتر از ۳۰ سال هستند(۱۴).

مطالعات نشان می‌دهد که جمعیت جهان در حال سالمند شدن است و پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان جهان به یک و نیم میلیارد نفر در سال ۲۰۲۵ و بیش از ۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ برسد همچنین بررسی‌ها حاکی از افزایش شیوع بیماری‌های مزمن به دنبال افزایش جمعیت سالمندی در ایران است. این امر اهمیت غربالگری و

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

شناسایی سریع بیماری را نشان می‌دهد. سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌تواند با ارائه درمان به‌موقع به کاهش عوارض طولانی‌مدت و هزینه تحمیل‌شده کمک کند و خط مقدم در این سیستم پیشرفته مراقبت بهداشتی وجود پرستاران شایسته است(۱۵،۱۴).

در ایران پرستاران نقش مهمی در سیستم خدمات درمانی دارند، اگرچه آن‌ها از وضعیت خود در این سیستم خشنود نیستند. تحقیقاتی که در ایران انجام‌شده، نشانگر پیامدهای این مشکل، ازجمله نارضایتی پرستاران، فقدان انگیزه و افت کیفیت خدمات پرستاری است که درنهایت منجر به نارضایتی بیمار می‌شود(۱۶). همچنین ورود به دانشگاه منوط به شرکت در آزمون رقابتی ملی است و داوطلبین با توجه به رتبه کسب‌شده در این آزمون به انتخاب رشته مبادرت می‌ورزند. در این شرایط عموماً افرادی که رتبه پایین‌تری را کسب نموده‌اند، انتخاب محدودتری دارند و اغلب رشته‌هایی از قبیل پرستاری را بدون انگیزه و علاقه خاص و برخی هم از روی اکراه انتخاب می‌نمایند(۱۱). یکی دیگر از چالش‌های پرستاران ایرانی، موقعیت اجتماعی ضعیف آنان است. هنوز هم بسیاری از افراد گمان می‌کنند که پرستاران، در حد دستیاران پزشک هستند(۱۴). وجود چنین شرایطی موجب کاهش اعتبار این حرفه در ایران و کمبود شدید نیروی پرستار شده است(۱۷،۱۴،۱۱)؛ بنابراین سرمایه‌گذاری‌های مناسب در جذب نیروی کارآمد و با انگیزه مانند اطمینان از آینده شغلی، ادامه تحصیل و ایجاد رشته‌های تخصصی در این رشته می‌تواند بستری مناسب برای توسعه هویت حرفه‌ای پرستاری فراهم نماید(۱۸).

موقعیت‌شناسی ژاپن و ضرورت‌های پرستاری در سیستم بهداشتی درمانی

ژاپن وسعتی بالغ بر ۳۷۷ هزار کیلومتر مترمربع متشکل از ۴۷ استان، چهار جزیره بزرگ و هزاران جزایر کوچک دارد(۱۹). کل جمعیت ژاپن در سال ۲۰۱۳، در حدود ۱۲۷ میلیون نفر و امید به زندگی در این کشور ۸۰ سال است(۱۲).

ژاپن کشوری توسعه‌یافته است. از آب، هوا و توپوگرافی متنوع برخوردار است و مردم آن در مقایسه با سایر همسایگان آسیایی، از زندگی با استاندارد بالا و سلامت خوب لذت می‌برند. ژاپن دارای بالاترین نرخ طول عمر در جهان است(۱۰). آیین رایج در این کشور، بودیسم است. در سال ۲۰۰۵، نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر، ۲۰/۲ درصد بوده که این رقم در سال ۲۰۵۵ به ۴۰/۵ درصد خواهد رسید. در مقابل نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال از ۱۳/۸ درصد در سال ۲۰۰۵ به ۸/۴ درصد در سال ۲۰۵۵ کاهش خواهد یافت؛ بنابراین ژاپن در آینده به‌صورت یک جامعه سالمند با کودکان کم ظاهر خواهد شد(۲۰). تا حدی که پیش‌بینی می‌شود جمعیت این کشور به ۹۵ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ برسد. کاهش نرخ تولد، با کاهش نیروی کار جوان همراه است(۲۱). از طرفی شیوع بالای بیماری‌های مزمن با افزایش سن و افزایش تعداد افراد سالمند منجر به افزایش تقاضا برای خدمات مراقبت بهداشتی و نیز افزایش هزینه‌های آن می‌شود.

گرچه ژاپن تا به حال یک برنامه مراقبت بهداشتی ملی نسبتاً مقرون‌به‌صرفه، داشته است، لیکن این افزایش شدید در تعداد سالمندان و نیاز آنان برای خدمات مراقبت بهداشتی، موجب سقوط سیستم مراقبت بهداشتی، در آینده‌ای نزدیک می‌شود. همچنین افزایش تعداد افراد مسن نیز به معنی افزایش نرخ مرگ‌ومیر در جامعه است. به‌طوری‌که میزان مرگ‌ومیر در سی سال آینده در ژاپن به ۱۷۰ درصد خواهد رسید(۲۲).

در همین راستا سالمندی و شیوع بیماری‌های مزمن به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی، تأثیر شگرفی را بر مراقبت‌های بهداشتی و عملکردهای پرستاران خواهد گذاشت و بنابراین یکی از دغدغه‌های مربیان پرستاری، آماده کردن نسل آینده پرستاران برای مواجهه با این شرایط است(۱۰). اگرچه ژاپن یکی از بزرگ‌ترین نیروی کار پرستاری در جهان است ولی در حال حاضر با کمبود مزمن پرستاری مواجه شده است و این وضعیت در سال‌های آینده شدیدتر خواهد شد.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

افزایش سن جمعیت و کاهش موالید ازیک‌طرف و از طرفی عدم انعطاف‌پذیری و دسترسی به کار پاره‌وقت برای پرستاران و همچنین کمبود منابع مراقبت از کودکان مادران شاغل، آنان مجبور کرده تا در خانه بمانند. از سویی بسیاری از مردان ژاپنی هنوز هم تمایلی به اشتغال همسران خود ندارند و تعداد قابل‌توجهی از پرستاران متأهل به دلیل وجود برخی از ایده‌های فرهنگی، حرفه خود را برای انجام مسئولیت‌های خانوادگی ترک می‌کنند(۲۳،۱۰). حرفه پرستاری در ژاپن تحت تأثیر تابع بودن زنان در این جامعه قرارگرفته و منجر به ایجاد یک تصویر ضعیف از پرستاری در این کشور شده است. درک عمومی از پرستاران در جامعه، به‌عنوان افرادی مستقل از پزشکان و برخوردار از مهارت‌های منحصربه‌فرد، منعکس نشده است. در نظر آنان، پرستاران به‌عنوان زیردستان پزشکان درک شده‌اند(۲۴). هرچند پرستاران برخوردار از مدارج علمی بالاتر، استقلال بیشتری را نسبت به پرستاران RN دارند(۲۳). بر طبق مقاله انجمن پرستاری آمریکا کار پرستاری در ژاپن، با استفاده از اصطلاحات منفی مانند؛ سخت، کثیف، خطرناک، حقوق و دستمزد کم، کم بودن تعطیلات، حداقل شانس ازدواج و تشکیل خانواده توصیف‌شده که مبین وجود تصویر ضعیف از این حرفه، در ژاپن است(۲۴،۲۳)؛ بنابراین اگرچه ژاپن یکی از ابرقدرت‌های جهان مدرن است، لیکن آداب، رسوم، سنت و آیین بودیسم در این کشور بر روی شیوه‌های مراقبت بهداشتی پرستاران، تأثیرگذار بوده است. همچنین آموزش پرستاری ژاپن نیز بیش از آن‌که تحت تأثیر آموزش و مهارت‌های واردشده از غرب توسعه‌یافته باشد، از همگونی فرهنگی و اخلاقی منحصربه‌فرد خود، تأثیر پذیرفته است(۱۰).

جدول شماره ۱: مقایسه کشور ایران و ژاپن از حیث موقعیت‌شناسی و ضرورت‌های پرستاری در سیستم بهداشتی درمانی

جمعیت و وسعت	ژاپن از حیث وسعت کوچک‌تر، اما دارای جمعیت و استان‌های بیشتری است.
دین	کاملاً متفاوت. ژاپنی‌ها اکثراً بودائی و ایرانی‌ها مسلمان‌اند.
وضعیت بهداشتی	ژاپن از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار است.
چالش‌های بهداشتی	افزایش جمعیت سالمند و شیوع بیماری‌های مزمن از چالش‌های بهداشتی دو کشور است.
موقعیت اجتماعی پرستاری	تصویر اجتماعی ضعیف پرستاری و کمبود شدید نیروی پرستار در هر دو کشور وجود دارد (۲۳،۱۴،۱۰).

جدول شماره ۲: مقایسه سیر تدریجی آموزش عالی پرستاری ایران (۱۱، ۲۵، ۲۶، ۲۷) و ژاپن (۱۰، ۲۴، ۲۴، ۲۹)

تأسیس اولین مدرسه پرستاری	ایران	ژاپن	تفاوت به سال
	۱۹۱۵	۱۸۸۵	۳۰
لیسانس پرستاری	۱۹۷۵	۱۹۴۸	۲۷
کاردانی پرستاری	۱۹۸۲	۱۹۵۷	۲۵
کارشناسی ارشد پرستاری	۱۹۸۷	۱۹۸۰	۷
دکترای پرستاری	۱۹۹۵	۱۹۸۸	۷
کارشناسی ارشد حرفه‌ای	۲۰۰۴	۲۰۰۸	۴
تعداد دانشکده			
ایران در سال ۲۰۱۳		ژاپن در سال ۲۰۱۰	
۱۶۰		۱۹۳	

هر دو کشور دارای دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی می‌باشند.
آموزش پرستاری در هر دو کشور، متأثر از جنگ بوده است.

کارشناسی پرستاری ایران

در ایران، برنامه کارشناسی پرستاری، اولین سطح آموزش دانشگاهی محسوب می‌شود و طی این دوره تنها راه رسیدن به پرستار ثبت‌شده حرفه‌ای است. برنامه کارشناسی چهارساله متمرکز بر پرورش فارغ‌التحصیلانی است که پرستاران عمومی هستند و به‌منزله ستون فقرات نظام آموزش پرستار در ایران است(۱۱).

هدف از برنامه آموزش کارشناسی پرستاری، پرورش پرستاران متخصص، برخوردار از دانش نظری و مهارت‌های عملی برای ارائه مراقبت‌های پرستاری در بالاترین سطح از ایمنی و کیفیت است(۲۵). با توجه به تعداد زیاد متقاضیان ورود به دانشگاه‌های ایران، متقاضیان کلیه رشته‌ها از جمله رشته‌های پزشکی و وابسته به آن

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

بایستی، پس از اتمام دوره دبیرستان، در آزمون ملی ورودی آموزش عالی شرکت کنند. این آزمون دارای نمره قبولی مشخصی نیست و متقاضیانی که رتبه بالاتری را کسب می‌نمایند از شانس بیشتری در انتخاب رشته موردعلاقه خود برخوردارند. عموماً کسانی که رتبه‌های بالاتری را کسب می‌نمایند، رشته‌های برخوردار از موقعیت اجتماعی بالاتر از قبیل پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی را انتخاب می‌نمایند و افرادی که رتبه پایین‌تری را کسب نموده‌اند، انتخاب محدودتری دارند و اغلب رشته‌هایی از قبیل پرستاری را بدون انگیزه و علاقه خاص انتخاب می‌نمایند(۱۱). مطالعات نشان داده اگرچه میزان انگیزه در بدو ورود دانشجویان پرستاری در حد متوسط بوده اما در طول تحصیل انگیزه درونی کاهش چشمگیری می‌یابد(۳۰). همچنین بیشترین انگیزه در انتخاب این رشته را فرصتی برای کسب مدارک عالی تحصیلی و سپس محتوای علمی رشته پرستاری و کسب موقعیت شغلی را به‌عنوان اولویت‌های بعدی، بوده است(۳۱).

با گشایش اولین آموزشگاه پرستاری در سال ۱۲۹۴ در شهر ارومیه توسط مبلغین مذهبی آغاز گردید. پذیرش داوطلبان دارای مدرک سوم متوسطه و به‌صورت دوره سه‌ساله به تربیت پرستار مبادرت نمود. در سال ۱۳۳۷ طبق اساسنامه آموزشگاه‌های پرستاری مصوب شورای عالی فرهنگ، مقرر شد داوطلبان با مدرک کامل متوسطه، دوره تحصیل سه سال را گذرانده و ارزش آن معادل لیسانس پرستاری محسوب شود. برنامه تحصیلی مدارس عالی پرستاری با رعایت معیارهای شورای بین‌المللی پرستاران و سازمان بهداشت جهانی تنظیم و به تصویب شورای عالی فرهنگ رسید. در این برنامه علاوه بر دروس اختصاصی و فنی دروس علوم رفتاری و اجتماعی نیز گنجانده شد(۲۷).

در سال ۱۳۴۴ اولین دوره آموزش چهارساله پرستاری با تأسیس انستیتو عالی پرستاری فیروزگر آغاز شد و در وزارت علوم کلیه مراکز آموزش عالی پرستاری موظف به ارائه دوره چهارساله با برنامه متمرکز شدند. در سال ۱۳۵۹ با تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی برنامه‌ریزی متمرکز پرستاری توسط این شاخه با استفاده از نظرات صاحب‌نظران و ایجاد دانشکده‌های پرستاری و مامایی، صورت گرفت. در سال ۱۳۶۵، با تشکیل وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، آموزش پرستاری در جهت فلسفه جامعه‌گرا، جامعه‌نگر و افزایش کیفیت آموزش پرستاری توسعه فراوان یافت(۳۲).

برنامه درسی پرستاری در سراسر ایران توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تصویب‌شده است. این برنامه ارسال ۲۰۱۴ مجدداً مورد ارزیابی و تجدیدنظر قرار گرفته است. بر طبق این برنامه، مجموع واحدهای آموزشی کارشناسی پرستاری ۱۳۰ واحد است که شامل ۲۲ واحد عمومی، ۱۵ واحد پایه و ۹۳ واحد اختصاصی است. هر واحد نظری معادل ۱۷ ساعت، هر واحد عملی و آزمایشگاهی معدل ۳۴ ساعت و هر واحد کارآموزی معادل ۵۱ ساعت است. همچنین دانشجویان سال آخر کارشناسی پرستاری، دوره کارورزی در عرصه را می‌گذرانند(۲۷).

از لحاظ سیستم هزینه تحصیل، دو نوع سیستم دولتی و غیردولتی وجود دارد. یک سیستم از طریق بخش دولتی است که وابسته و تحت نظارت وزارت بهداشت است. سیستم بخش دولتی فرصت‌های برابر را برای همه، صرف‌نظر از دارایی و سطح درآمد، برای تحصیل در یک دانشگاه ایرانی فراهم می‌کند. در بخش دولتی، آموزش پرستاری همانند سایر رشته‌ها رایگان است. اگرچه هزینه تهیه کتاب و سایر هزینه‌ها برعهده دانشجو است. آنان همچنین از کمک‌هزینه‌های مالی به‌صورت دریافت وام از صندوق رفاه دانشجویی با بازپرداخت آن پس از فراغت از تحصیل استفاده می‌کنند. سیستم دوم ازلحاظ هزینه، سیستم غیردولتی به نام دانشگاه آزاد است که در سراسر کشور ارائه می‌شود. تعداد زیادی دانشکده پرستاری غیردولتی در ایران وجود دارد و تعداد دانشجویان پرستاری که در این دانشگاه‌ها تحصیل می‌کنند، بیش از

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

دانشجویان دانشگاه‌های دولتی است. محیط آموزشی دانشجویان در دوره کارشناسی شامل کلاس، بیمارستان، جامعه و سایر محیط‌ها است(۱۱).

محتوای موضوع برنامه به سه دسته اصلی شامل علوم پایه، عمومی و تخصصی تقسیم می‌شوند. واحد پایه مانند آناتومی، فیزیولوژی، فارماکولوژی واحد و واحدهای عمومی شامل ادبیات و دروس مذهبی به‌گونه‌ای طراحی‌شده که موجب بهبود مهارت عمومی در دانشجویان پرستاری شود. هر یک از واحدها توسط یک فرد متخصص در آن حیطه تدریس می‌شود. دروس تخصصی شامل پنج حوزه اصلی داخلی جراحی، مامایی، کودکان، بهداشت روان و پرستاری بهداشت جامعه است. فارغ‌التحصیلان کارشناسی پرستاری، به‌طور خودکار و بدون شرکت در آزمون ملی، پرستار ثبت‌شده، تلقی می‌شوند و از آنجایی که تحت آموزش عمومی پرستاری قرارگرفته‌اند، واجد شرایط برای کار در کلیه بخش‌های بیمارستان هستند. اگرچه برنامه‌های آموزش مداوم برای پرستاران، ارائه‌شده و آنان به‌طور سالانه توسط مدیران خود مورد ارزیابی قرار می‌گیرند(۲۷،۱۱).

کارشناسی پرستاری ژاپن

دوره‌های مختلف آموزش پرستاری در ژاپن وجود دارد. عمده‌ترین نوع آن، آموزش چهارساله پرستاری در کالج‌ها و دانشگاه‌ها، دوره سه‌ساله در آموزشکده‌ها و مدارس پرستاری و پس از فارغ‌التحصیلی از دبیرستان است. دوره‌های ارائه‌شده توسط کالج‌ها، دانشکده‌ها و آموزشکده‌ها در حوزه وزارت آموزش، فرهنگ، ورزش، علوم و فناوری قرار دارند و مدارس آموزش پرستاری در حوزه وزارت بهداشت، رفاه و کار قرار دارد(۳۳،۲۸). دانشگاه‌های پرستاری طیف وسیع‌تری از کلاس‌های آموزش عمومی را ارائه می‌نمایند و آموزش با شیوه سخت‌گیرانه‌تری ارائه می‌شود. آموزش در دانشگاه‌های پرستاری به‌گونه‌ای است که دانشجویان قادر به تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی در حین حضور در مجموعه‌های پزشکی باشند(۲۳). به‌طورکلی، برنامه آموزش کارشناسی پرستاری با موازنه یادگیری دقیق علمی و تجارب بالینی ویژه، منجر به توانمندی و ارتقاء در مهارت‌های بالینی، مدیریت مراقبت از بیمار، تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری می‌شود(۳۴).

به دلیل کمبود مربیان پرستاری مجرب، اغلب، پزشکان در دانشگاه‌ها به‌عنوان مدرسان پرستاری تدریس می‌کنند. دانشجویانی که در مدارس تحصیل می‌کنند، همان درجه‌ای را دریافت می‌کنند که فارغ‌التحصیلان دانشگاه دریافت کرده‌اند. هرچند دانشجویان فارغ‌التحصیل از این مراکز فرصتی برای تبدیل‌شدن به پرستار ماما و یا پرستار بهداشت عمومی را ندارند. در مؤسسات آموزشی غیردانشگاهی، بسیاری از واحدهای آموزشی عمومی ارائه نمی‌شود؛ بنابراین بیشتر بر جنبه‌های عملی پرستاری تأکید می‌شود. ولی در مراکز دانشگاهی، برنامه آموزشی بیشتر متمرکز بر کوریکولوم است(۲۳). از آنجایی که کوریکولوم پرستاری در کشورها متأثر از شرایط بهداشتی‌شان است. در ژاپن نیز در کوریکولوم آموزش پرستاری، بر بیماری‌های مزمن و سالمندشناسی تأکید شده است(۳۳).

سیاست‌های آموزشی ملی ژاپن اجازه می‌دهد دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها، آموزشکده‌ها و مدارس پرستاری، در کلیه مقاطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا به‌طور مستقل به جذب دانشجو بپردازند؛ بنابراین استانداردهای پذیرش هر موسسه متفاوت و متنوع است. این استانداردها شامل آزمون‌های فردی مربوط به موسسه، مقالات، مصاحبه‌ها، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، معدل دبیرستان، توصیه‌نامه‌ها و نمرات کسب‌شده در آزمون برگزارشده توسط مرکز ملی آزمون‌های ورودی دانشگاه است. در این آزمون، به ارزیابی دانش آموزان در زمینه‌های ریاضیات، علوم، زبان ژاپنی، زبان خارجی، جغرافیا، تاریخ و علوم اجتماعی پرداخته می‌شود. دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها و آموزشکده‌ها می‌توانند از نتایج این آزمون و همچنین معیارهای پذیرش مربوط به خود، برای ارزیابی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

توانـایی‌هـای داوطلبـان اسـتفاده نماینـد(۱۹). در ژاپـن دانشـگاه‌هـا شـامل سـه گـروه ملـی، عمـومی، خصوصـی مـی‌باشـند. مؤسسـین ایـن دانشـگاه‌هـا بـه ترتیـب، دولـت، نهادهای عمومی محلی و شرکت‌های آموزشی مـی‌باشـند. هدف از تأسیس دانشـگاه‌هـای ملـی در تمـام اسـتان‌هـای ژاپن، توسعه متوازن آموزش عـالی ژاپـن و پـژوهش‌هـای دانشگاهی است؛ و به‌عنوان مراکز تحقیقاتی محلـی ایفـای نقش می‌کننـد. دانشـگاه‌هـای عمـومی نقـش مهمـی را در فراهم آوردن فرصت‌های آموزش عالی برای مردم محلـی و به‌عنوان مراکز فکری و فرهنگـی در جامعـه محلـی ایفـا کرده است. دسته سوم، دانشگاه‌های خصوصی هستند کـه حدود ۸۰ درصـد از همـه دانشـگاه‌هـای ژاپـن را بـه خـود اختصـاص داده و حـدود ۸۰ درصـد از تمـام دانشـجویان ژاپنی در این دانشگاه‌ها تحصیل می‌کنند و از نظر کیفی و کمی تا حد زیادی به توسعه آمـوزش عـالی ژاپـن کمـک کرده است. دولت ژاپن بـا اعطـای یارانـه‌هـای آموزشـی، اعطـای وام، تسـهیلات مالیـاتی و حمایـت شـرکت‌هـای آموزشی، به کاهش بار مالی تحمیل‌شده به دانشجویان این نوع دانشـگاه، کمـک مـی‌کننـد(۲۹). تقـویم آموزشـی در آمـوزش عـالی ژاپـن بـه‌صـورت ترمـی اسـت. هـر سـال تحصیلی از دو نیمسال تشکیل‌شده است(۳۵). تعداد واحـد آموزشی در مدارس پرستاری ۹۷ واحد اسـت. طـول دوره سه‌ساله با بـیش از ۳۰۰۰ سـاعت تئـوری و آمـوزش عملـی است. هر موسسه تعداد ساعت کـلاس را مطـابق بـا تعـداد واحد تعیین می‌کند. طبـق دسـتورالعمل برنامـه درسـی هـر واحد درسـی نظـری معـادل ۳۰-۱۵ سـاعت، عملـی معـادل ۴۵-۳۰ ساعت و آمـوزش بـالینی معـادل ۴۵ سـاعت اسـت. پرستاران فارغ‌التحصیل از این مدارس، مجـوز شـرکت در آزمون دولتـی کـه توسـط وزارت بهداشـت، رفـاه و کـار برگـزار مـی‌شـود را داشـته و در صـورت قبـولی در ایـن آزمـون، بـه آنـان مـدرک لیسـانس پرسـتار RN تعلـق می‌گیرد(۲۳). همان‌طور که قبلاً ذکر شد تعـداد واحـدهای آموزش پرستاری در سطح دانشـگاهی نسـبت بـه مـدارس ژاپـن بیشـتر اسـت. مجمـوع واحـدهای مقطـع کارشناسـی پرستاری در سطح دانشـگاهی ژاپـن ۱۲۴ واحـد اسـت کـه شامل ۳۱ واحد پایه، ۶۷ واحد تخصصی و ۲۶ واحد عمومی اسـت. واحـدهای تخصصـی شـامل اصـول پرسـتاری، پرسـتاری مـادر و نـوزاد، پرسـتاری سـالمندان، روان پرستاری، ویزیت پرستاری، پـژوهش پرسـتاری، آمـوزش پرستاری، پرستاری اطفال، پرستاری بزرگ‌سال، پرسـتاری جامعـه و مـدیریت پرسـتاری اسـت. دروس پایـه شـامل آنـاتومی، فیزیولـوژی، تغذیـه، فارمـاکولوژی، پـاتولوژی، ایمونولوژی، میکروبیولوژی، علوم سلامت، علوم انسانی و آموزش بین حرفـه‌ای اسـت. دروس عمـومی شـامل زبـان خـارجی، فنـاوری اطلاعـات، ورزش و مطالعـات عمـومی اسـت(۳۶). مرحلـه نهـایی برنامـه آمـوزش کارشناسـی پرسـتاری، پـروژه پایـان‌نامـه اسـت. در قسـمتی از فراینـد پژوهش، دانشجویان باید به مطالعـه متـون اصـلی بـه زبـان انگلیسی بپردازنـد و سـمینارها بـه‌صـورت شـفاهی ارائـه و گزارش شـود. درنهایـت دانشـجویان بایـد نتـایج پـژوهش خـود را در قالـب پایـان‌نامـه کارشناسـی بـرای ارزیـابی گردآوری و ارائه نمایند(۳۴).

فارغ‌التحصیلان مقطع کارشناسی هماننـد فـارغ‌التحصـیلان مدارس پرستاری، بایستی در آزمون RN شرکت نمایند.

در مجموع سه روش برای دریافت مجوز RN وجود دارد: در اولین روش، فرد بایستی بعـد از اتمـام دوره دبیرسـتان، وارد دانشگاه شده، دوره کارشناسی پرستاری را گذرانـده یا وارد آموزشکده‌هـا شـده و یـک دوره سـه‌سـاله را طـی نماید و یا این‌کـه در مـدارس پرسـتاری، دوره سـه‌سـاله را بگذراند. همه ایـن افـراد بایـد پـس از فـارغ‌التحصـیلی در آزمـون ملـی شـرکت نماینـد. کسـانی کـه در دانشـگاه تحصـیل کـرده‌انـد نسـبت بـه افـرادی کـه در مدرسـه تحصیل کرده‌اند، از امتیازات مختصری برخوردارند. آن‌ها می‌تواننـد در آزمـون ملـی شـرکت نماینـد و مجـوز RN، پرستار بهداشت عمومی و یا پرستار ماما را اخذ نمایند. در رشته‌های مامایی و پرسـتاری بهداشـت عمـومی، دانشـجو پـس از طـی یـک دوره یـک‌سـاله در زمینـهٔ مـوردنظر در دانشگاه پرستاری و گذراندن امتحان ملی، می‌تواند به یک

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

پرستار RN تبدیل شود. هنگامی که پرستاری آزمون ملی را با موفقیت پشت سر بگذارد، این گواهی برای همیشه خواهد بود و نیازی به تمدید ندارد(۲۳).

این آزمون شامل ۳۰ سؤال ضروری و ۱۵۰ سؤال عمومی و ۶۰ سؤال بالینی است. سؤالات بالینی شامل ارزیابی توانایی پرستار در درک و قضاوت موقعیت‌هایی که در بیمارستان با آن مواجه می‌شوند. در این سؤالات، اطلاعاتی در مورد بیمار از جمله علائم، وضعیت جسمی و روحی، سن، جنس و زمینه جامعه‌شناختی برای پاسخ به سؤالات داده می‌شود. حوزه سؤال‌ها به ساختار و عملکرد بدن انسان(آناتومی، فیزیولوژی، بیوشیمی، علوم تغذیه)، مکانیسم بیماری‌ها و ارتقاء بهبودی(پاتولوژی، فارماکولوژی، میکروبیولوژی)، سیستم‌های تأمین اجتماعی و سلامت مردم (بهداشت عمومی، رفاه اجتماعی، قوانین مرتبط)، اصول پرستاری، پرستاری در مراکز ارائه خدمات طولانی‌مدت، پرستاری بزرگ‌سالان، پرستاری سالمندان، پرستاری بهداشت، پرستاری مادر و روان پرستاری است. تمام سؤالات چندگزینه‌ای می‌باشند. دانشجویان باید به هر ۳۰ سؤال ضروری پاسخ صحیح بدهند. به عبارتی پاسخ غلط به سؤالات ضروری، منجر به مردودی از امتحان خواهد شد(۳۳).

مقایسه آموزش نظری کارشناسی پرستاری در دو کشور ایران و ژاپن

در ایران ورود به دانشگاه، منوط به قبولی در آزمون سراسری است ولی در ژاپن، افراد بدون شرکت در آزمون سراسری و طبق ضوابط منحصر به هر دانشگاه، پذیرفته می‌شوند.

در ایران نیازی به ارائه رزومه و توصیه‌نامه در مقطع کارشناسی نیست و فقط دانشگاه‌هایی که متعلق به سازمان‌های خاص می‌باشند به برگزاری مصاحبه نیز برای پذیرش دانشجو اقدام می‌کنند. ولی در ژاپن بر ارائه مدارک و شرکت در مصاحبه دانشگاهی، تأکید می‌شود.

در هر دو کشور سیستم هزینه مشابه است و برخوردار از دانشگاه‌های دولتی و خصوصی می‌باشند.

- در هر دو کشور یک سال تحصیلی از دونیم سال تشکیل‌شده است.
- اهداف آموزشی کارشناسی، در دو کشور تقریباً مشابه است.
- تعداد واحدهای کارشناسی در ایران(۱۳۰ واحد) و ژاپن(۱۲۴ واحد) تقریباً مشابه است.
- تعداد واحدهای تخصصی در ژاپن ۶۷ واحد و در ایران ۹۳ واحد است.
- در کوریکولوم هر دو کشور دروس تخصصی، عمومی و اختیاری گنجانده‌شده است.
- در ایران آزمون ملی RN برگزار نمی‌شود.
- دانشجویان ایرانی در مقطع کارشناسی پایان‌نامه ندارند ولی در ژاپن واحد پایان‌نامه دارند.
- در ژاپن هر واحد درسی نظری معادل ۳۰-۱۵ ساعت، عملی معادل ۴۵-۳۰ ساعت و آموزش بالینی معادل ۴۵ ساعت است. در حالی که در ایران هر واحد نظری ۱۷ ساعت، عملی ۳۴ ساعت و آموزش بالینی ۵۱ ساعت است.
- برخلاف ایران، در ژاپن، دانشجویان به ارائه سمینار و پایان‌نامه می‌پردازند.
- در ایران اکثر دروس تخصصی آموزش پرستاری توسط اعضای هیئت‌علمی پرستاری تدریس می‌شود ولی در ژاپن، توسط پزشکان تدریس می‌شود.

آموزش بالینی پرستاری در ایران

آموزش بالینی با هدف ایجاد تغییر در دانشجو برای مراقبت‌های بالینی انجام می‌گیرد و دانشجو در پایان دوره قادر باشند دانش نظری خود را به مهارت‌های ذهنی، روانی و حرکتی تبدیل نماید(۳۷). آموزش بالینی در پرستاری برای ادغام دروس تئوری و فعالیت بالینی، حیاتی است. دانش بالینی دانشجویان پرستاری، تفکر انتقادی و اعتمادبه‌نفس در تصمیم‌گیری را می‌توان از طریق به‌کارگیری دانش کسب‌شده در بالین افزایش داد(۳۸)؛

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

بنابراین آموزش بالینی از نقش مهمی در شکل‌گیری هویت حرفه‌ای در آموزش پرستاری برخوردار است و به عبارتی قلب آموزش پرستاری است یعنی اگر آموزش تئوری به مهارت بالینی تبدیل نشود در اصل آموزشی رخ نداده است(۴۰،۳۹). تقریباً ۵۰ درصد زمان تحصیل دانشجویان در دانشکده‌های پرستاری ایران، به آموزش بالینی اختصاص دارد(۳۹،۳۷). در طی آموزش بالینی، دانشجویان فرصت تجربه کار با بیماران را در بخش‌های مختلف، از جمله مراقبت‌های ویژه و بخش‌های تخصصی را می‌یابند. آموزش بالینی دانشجویان در مراقبت از بیمار بر اساس فرایند پرستاری است و شیوه موردی به‌خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه، به‌عنوان یک استراتژی تدریس به کارگرفته شده در این زمینه است. روند آموزش در این دوره، از ساده به دشوار است. دانشجویان در محیط بالینی تحت نظارت و راهنمایی مستقیم مربیان خود در طی سه سال اول دانشجویی و در سال آخر تحت راهنمایی مستقیم کارکنان پرستاری و نظارت مربیان خود می‌باشند(۱۴).

برنامه آموزش بالینی در مقطع کارشناسی پرستاری در طی سه سال اول به این صورت است که در سال اول به آموزش مراقبت‌های اولیه پرستاری، در سال دوم به مراقبت داخلی جراحی و در سال سوم به مراقبت بهداشت جامعه و بهداشت روان پرداخته می‌شود. در سال چهارم دانشجویان به‌طور تمام‌وقت به کارورزی اشتغال دارند. این کارورزی طوری طراحی‌شده که موجب افزایش اعتمادبه‌نفس دانشجویان و آشنایی آنان با محیط کار واقعی و نیز ارتقاء مهارت‌های مدیریت زمان شود(۱۱). نتایج یک مطالعه مروری گسترده در ایران نشان داد که آموزش بالینی دانشجویان پرستاری با چالش‌های زیادی روبرو است که منجر به عدم دستیابی به توانمندی لازم می‌شود. چالش‌های مرتبط با محیط بالینی در این مطالعه شامل کمبود فضای آموزشی مناسب در بیمارستان و عدم تناسب بین تعداد دانشجو با تعداد بیماران است(۴۱).

آموزش بالینی پرستاری در ژاپن

در ژاپن اعضای هیئت‌علمی دانشگاه و بیمارستان‌های دانشگاهی، مربیان، مربیان پرستاری بالینی و پرستاران در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری دخالت دارند؛ که دراین‌بین، مربیان بالینی از نقش مهمی در آموزش بالینی دانشجویان برخوردارند. مربی بالینی، پرستاری با بیش از ۵ سال سابقه بالینی است که ۲۴۰ ساعت جلسات آموزشی برگزار شده توسط انجمن پرستاری ژاپن را گذرانده است. هدف از این جلسات آموزشی کسب درک درست از تمرین بالینی در آموزش پرستاری و نیز یادگیری دانش و مهارت‌های لازم در تدریس مؤثر بالینی است. آموزش بالینی در بخش‌های بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه انجام می‌شود. به‌طور کلی در ژاپن، آموزش بالینی دانشجویان توسط مربیان بالینی و با حداقل دخالت اعضای هیئت‌علمی انجام می‌شود. اعضای هیئت‌علمی وابسته به دانشگاه بوده و تدریس به دانشجویان را در دانشکده‌ها به عهده‌دارند و صرفاً بر عملکرد بالینی دانشجویان نظارت می‌کنند(۳۸).

تقریباً در نیمی از مؤسسات آموزش پرستاری ژاپن، آموزش بالینی دانشجویان در بیمارستان تأسیس‌شده توسط همان سازمان، مانند دانشگاه‌ها، مؤسسات دولتی و مراکز مراقبت‌های بهداشتی انجام می‌شود. نیم دیگری از مؤسسات، در بیمارستان‌های مناسبی که پذیرای دانشجویان پرستاری می‌باشند، به آموزش بالینی دانشجویان خود می‌پردازند. ازآنجایی‌که مراقبت هم‌زمان بیش از یک بیمار، به‌ندرت توسط یک دانشجو اتفاق می‌افتد؛ بنابراین، آن‌ها تجربه کمی در مدیریت وظایف و مسئولیت‌های پیچیده کسب می‌کنند(۳۸،۲۰). تجارب بالینی در دوره کارشناسی، از سال اول آغازشده و هر سال بر طول، مدت و تنوع آن افزوده می‌شود. تجارب بالینی در سال اول و دوم بیشتر بر اصول پرستاری معطوف می‌شود. در ترم دوم سال آخر، به دانشجویان در مدت هشت هفته تلفیق مطالب مربوط به اصول آموزش پرستاری و آموزش پرستاری بالینی، ارائه می‌شود تا بتوانند در مهارت‌های

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

موردنیاز برای ارائه مراقبت، به تسلط دست یابند. این دوره هشت‌هفته‌ای، شامل تمرین کارگروهی و فعالیت‌های ایفای نقش بر پایه مطالعه موردی از خدمات پرستاری و پزشکی است(۳۴).

مقایسه آموزش بالینی پرستاری در دو کشور ایران و ژاپن

آموزش بالینی در ایران توسط اعضای هیئت‌علمی دانشکده‌ها و مدرسین حق‌التدریس صورت می‌گیرد ولی در ژاپن نقش اعضای هیئت‌علمی صرفاً نظارت بر آموزش بالینی است.

در ژاپن پرستارانی می‌توانند به آموزش بالینی دانشجو بپردازند که در دوره‌های آموزشی نظام پرستاری شرکت کنند ولی در ایران این شرط وجود ندارد.

در هر دو کشور، آموزش بالینی در بیمارستان‌های وابسته و یا غیر وابسته به دانشگاه انجام می‌شود.

در هر دو کشور مشکل عدم تناسب بین تعداد دانشجویان پرستاری و بیماران و نیز عدم دستیابی دانشجویان به کارآمدی و توانمندی مناسب وجود دارد.

اعتباربخشی آموزش پرستاری در ایران

اعتباربخشی یک واژه تقریباً جدیدی است که اخیراً توسط مؤسسات آموزشی ایران، به‌خصوص در علوم پزشکی مطرح‌شده است و به‌عنوان یک روش پایدار برای تضمین بهبود کیفیت آموزش در سطوح مختلف است که منجر به بهبود ارائه خدمات بهداشتی می‌شود اعتباربخشی به فرایند کنترل و اطمینان از کیفیت در آموزش عالی اطلاق می‌گردد که با آن می‌توان موسسه یا برنامه‌های آن را به‌منظور حصول اطمینان از احراز کمینه استانداردهای قابل‌پذیرش بررسی و تصدیق کرد و از تصویب و به رسمیت شناختن و گواهی عملکرد خبر می‌دهد. دانشکده‌ها و مدارس پرستاری، به‌عنوان بخشی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، باید به سمت تضمین کیفیت، ارزیابی مداوم و ارتقا، حرکت کنند(۴). دانشکده‌های پرستاری به‌عنوان بخشی از نظام آموزش علوم پزشکی کشور، باید به‌منظور حفظ و تقویت تمامیت آموزشی و توسعه مداوم مورد ارزشیابی قرار بگیرند. چراکه این مؤسسات، باید نیروهای انسانی کارآزموده و با کیفیت مطلوب را برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تربیت کنند. از این رو، کیفیت آموزش و پژوهش، به‌ویژه در این حیطه که به‌طور مستقیم با سلامتی انسان‌ها سروکار دارد، باید مورد ارزیابی قرار گرفته و به‌طور مستمر بهبود یابد(۳۹).

در همین راستا پروژه اعتباربخشی در جمهوری اسلامی، به‌عنوان یک پروژه ملی تحت حمایت معاونت آموزش وزارت بهداشت از سال ۲۰۰۵-۲۰۰۱ انجام شد. در این پروژه اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران در ده حوزه چشم‌انداز و اهداف، مدیریت، منابع و تسهیلات، آموزش کارکنان، آموزش مداوم فارغ‌التحصیلان، اعضای هیئت‌علمی، خدمات دانشجویی، پژوهش، آموزش به دانشجو و آموزش بالینی تعیین شد(۴۲). در ایران، دولت از طریق مجموعه‌ای از برنامه‌های آموزشی، تنظیم‌کننده آموزش پرستاری و سایر رشته‌های بهداشتی است. شورای پرستاری وزارت بهداشت، استانداردهای ملی برنامه آموزش پرستاری برای کل کشور را تعیین می‌کند. این برنامه شامل اهداف، حیطه و محتوای آموزش پرستاری است و کلیه دانشکده‌های پرستاری کشور ملزم به رعایت آن می‌باشند(۱۱) همچنین برد پرستاری ایران، بر مدارج کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترای پرستاری نظارت و کنترل می‌نماید و مسئول اجرای اعتباربخشی دانشکده‌های پرستاری است(۱۴).

اعتباربخشی آموزش پرستاری در ژاپن

در ژاپن، سیستم تضمین کیفیت و اعتباربخشی در سال ۲۰۰۴ به‌عنوان یک طرح جدید ملی برای توسعه بیشتر آموزش عالی ژاپن معرفی شد. این‌یک طرح که شامل ارزیابی درونی و بیرونی است، اجباری بوده و هر ۷ سال یک‌بار توسط وزارت علوم انجام می‌شود. این اعتباربخشی، در سطح دانشگاه به‌عنوان یک کل انجام‌شده

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

و گروه‌های درون دانشگاه ازجمله گروه‌های پرستاری به‌طور جداگانه موردبررسی قرار نمی‌گیرند(۴۴،۴۳).

اعتباربخشی در این کشور در ده حوزه رسالت و اهداف، ساختار آموزشی و پژوهشی، اعضای هیئت‌علمی و ساختار هیئت‌علمی، برنامه‌های آموزشی(آموزش و پیامدها)، پذیرش دانشجو، خدمات دانشجویی، محیط آموزشی و پژوهشی، همکاری اجتماعی و مشارکت اجتماعی، مدیریت و امور مالی و تضمین کیفیت داخلی است. نتایج ارزیابی‌های انجام‌شده از سال ۲۰۰۹ – ۲۰۰۴، کمتر از یک درصد از دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، تائید نشدند که نشان‌گر دقیق نبودن کافی ارزیابی‌های انجام‌گرفته در ارتباط با تضمین کیفیت مؤسسات موجود است(۴۳).

مقایسه وضعیت اعتباربخشی آموزشی در دو کشور ایران و ژاپن

از حیث سابقه اعتباربخشی دو کشور مشابه‌اند.

در هر دو کشور فرایند اعتباربخشی مشتمل بر دو مرحله ارزیابی درونی و بیرونی انجام می‌شود.

در هر دو کشور، اعتباربخشی دارای حوزه‌های ده‌گانه است که وجه افتراق آن‌ها وجود حوزه مجزای آموزش بالینی در سیستم اعتباربخشی ایران و حوزه مجزای همکاری و مشارکت‌های اجتماعی در سیستم اعتباربخشی ژاپن است.

بحث

در این مطالعه شباهت‌ها و تفاوت‌های سیستم نظام آموزش پرستاری ژاپن و ایران مورد مقایسه قرار گرفت. از حیث آغاز مدرنیزه شدن آموزش پرستاری و نیز آموزش‌های دانشگاهی در مقاطع کاردانی و کارشناسی، ژاپن به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای از ایران جلوتر است. ولی در مقاطع تحصیلات تکمیلی و تعداد دانشکده‌های پرستاری به نسبت جمعیت کشور ایران، فاصله بین دو کشور به‌مراتب کمتر می‌شود. اگرچه یکی از شاخص‌های توسعه انسانی دسترسی مردم به آموزش، اعم از آموزش عمومی و آموزش عالی است و توسعه کمّی آموزش عالی ایران در دوران بعد از انقلاب اسلامی یک دستاورد مهم تلقی می‌شود، اما علی‌رغم همه این موفقیت‌ها نباید ازنظر دور داشت که سیاست‌های توسعه کمّی، سایر ارکان نظام آموزش عالی را تحت‌الشعاع خود قرار داده و آموزش عالی ایران را با چالش‌هایی مواجه کرده است؛ بنابراین برای تداوم این دستاوردها و دستیابی به توسعه پایدار در زمینه‌های علمی، توجه به ارتقای کیفیت ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است(۴۵). در همین راستا رشد کمّی دوره‌های آموزش پرستاری، نباید به قیمت کاهش کیفیت آموزش تمام و سبب شود فارغ‌التحصیلان نتوانند عملکرد و کارایی مناسب و مورد انتظاری را به دست آورند(۲۶).

عمده تفاوت فاحش در آموزش بالینی دو کشور آن است که در ایران آموزش بالینی توسط اعضای هیئت‌علمی دانشکده‌ها صورت می‌گیرد که اگرچه یک نقطه قوت محسوب می‌شود، ولی نتایج یک مقاله مروری وسیع مبین آن بوده که سابقه کاری پایین مربیان در حیطه بالین، کمبود مربیان و برخورد ناشایست پرستاران بالینی با مربیان، از چالش‌های آموزش بالینی پرستاری در ایران است(۴۱). درحالی‌که در ژاپن آموزش بالینی توسط پرستاران بالینی انجام می‌شود که دوره آموزشی مرتبط را گذرانده باشند. این در حالی است که در دانشکده‌های پرستاری ایران، به دلیل کمبود عضو هیئت‌علمی از فارغ‌التحصیلان و حتی دانشجویان این مقطع برای آموزش بالینی دانشجویان استفاده می‌شود که مجوز خاصی برای تدریس ندارند. به نظر می‌رسد برای حل این مشکل و از طرفی کاهش فاصله بین آموزش بالین، استخدام اعضای هیئت‌علمی بالینی تا حد زیادی راهگشا باشد. وجوه افتراق عمده در مقطع کارشناسی شامل نحوه پذیرش دانشجو، تدریس دروس تخصصی پرستاری توسط اعضای هیئت‌علمی پرستاری در ایران، ارائه واحد سمینار و پایان‌نامه و نیز برگزاری آزمون RN در کشور ژاپن است.

سازمان بهداشت جهانی، ارزیابی و ارتقاء صلاحیت پرستاران را دو اصل اساسی جهت تضمین کیفیت معرفی کرده است. با توجه به این مسئله می‌توان ادعا کرد که

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

تضمین کیفیت مراقبت‌ها و کسب اطمینان از صلاحیت بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و سایر مؤسسات مراقبتی، دغدغه اصلی نظام‌های ارائه‌دهنده مراقبت و نقطه تمرکز آن‌هاست(۴۶). دراین‌بین پرستاران تازه‌کار به‌عنوان بخشی از نیروی انسانی در مراکز درمانی نیازمند مراقبت و توجه خاص بوده و ارزیابی صلاحیت بالینی آنمان نقش مهمی در مدیریت فرایند ارائه مراقبت و تعیین نیازهای آموزشی آنان دارد(۴۷). در همین راستا به نظر می‌رسد عدم برگزاری آزمون RN که برای تعیین صلاحیت حرفه‌ای در بسیاری از کشورها برگزار می‌شود، در سیستم پرستاری ایران هم باید مدنظر قرار بگیرد.

به‌طور طبیعی انتظار می‌رود که خدمات نظام سلامت مبتنی بر شواهد، روش‌ها و تصمیم‌گیری‌های علمی باشد. باوجود این بسیاری از اقدامات پزشکی و مراقبتی، تنها بر روندهای سنتی، حدس‌ها و فرضیات کاری، مهارت‌های فردی و مشاهدات غیر سازمان‌یافته بالینی مبتنی هستند. در حالی که کشورهای پیشرفته می‌کوشند، حرفه پرستاری را بر شواهد تحقیقی بنا نهند، برخی از محققین فاصله تئوری و عمل و فقدان مراقبت مبتنی بر شواهد را از مشکلات عمده پرستاری در ایران دانسته‌اند(۴۷). مراقبت مبتنی بر شواهد ترکیب نتایج تحقیقات با مهارت‌های مراقبتی تعریف می‌شود. نتایج یک مطالعه نظام‌مند در مراقبت مبتنی بر شواهد ایران نشان داد عدم تسلط به روش تحقیق یکی از مهم‌ترین موانع عملکرد مبتنی بر شواهد است(۴۹). با در نظر گرفتن این مسئله، به نظر می‌رسد افزودن واحدهایی از جمله سمینار و پایان‌نامه در ارتقاء عملکرد پژوهشی پرستاران فارغ‌التحصیل مؤثر باشد. برخلاف ژاپن که در هیچ‌یک از مقاطع دانشگاهی، آزمون سراسری برگزار نمی‌شود، ولی تحصیل در دانشگاه‌های ایران منوط به شرکت در آزمون ملی است. اگرچه این روش، معقولانه و واقع‌بینانه است ولی موجب برخی از مشکلات می‌شود. ازجمله ورود دانشجویانی که اغلب اطلاعات کمی از حرفه پرستاری دارند و تعدادی از آن‌ها با اکراه وارد رشته پرستاری شده‌اند و عده‌ای هم از تحصیل در این رشته انصراف می‌دهند؛ که این امر موجب کاهش انگیزه برای حفظ صلاحیت حرفه‌ای می‌شود(۱۴،۱۱). در ارتباط با سیستم اعتباربخشی، فرآیند اعتباربخشی در هر دو کشور مشتمل بر دو مرحله ارزیابی درونی و بیرونی انجام می‌شود، هرچند تفاوت‌های مختصری در حوزه‌های ارزیابی وجود دارد. نتایج ارزیابی‌های انجام‌شده از سال ۲۰۰۹ – ۲۰۰۴، در ژاپن نشان داده که کمتر از یک درصد از دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها در این بازه زمانی، تائید نشدند که نشان‌گر دقیق نبودن کافی ارزیابی‌های انجام‌گرفته در ارتباط با تضمین کیفیت مؤسسات موجود است(۴۳)؛ اما در مطالعات ایرانی، نویسندگان مطالعه حاضر به مطالعه‌ای دست نیافتند که در آن دقت و صحت اعتباربخشی آموزش عالی در ایران بررسی‌شده باشد.

نتیجه‌گیری

نیروی انسانی پایه و اساس نظام‌های بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند و پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات سلامت را تشکیل می‌دهند و توانمندی آن‌ها نقش مهمی در تحقق رسالت نظام سلامت ایفا می‌کند. لازمه این امر دست‌یابی به یک نظام آموزشی برتر، کارآمد و پیشرفته است به‌طوری‌که قادر باشد فارغ‌التحصیلان متبحر و توانمندی را با توجه به ویژگی‌های عصر کنونی به جامعه تحویل دهد. در این میان برنامه درسی به‌عنوان یکی از حوزه‌های شاخص در بین حوزه‌های وابسته به دانش تعلیم و تربیت شناخته‌شده است. برنامه‌های آموزشی و درسی باید نحوی ساماندهی شوند که موجب شکوفایی استعدادها و پرورش روحیه علمی و کاوشگری، آفرینندگی و خلاقیت در دانشجویان شود. در این راستا استفاده از تجربیات کشورهای موفق و بومی‌سازی آن، بی‌تردید از نقش مهمی برخوردار است. مقایسه نظام آموزش پرستاری ایران در مقابل ژاپن نشان داد که نظام آموزشی کشور ما دارای نقاط ضعف و قوت است. به نظر می‌رسد استفاده از تجارب این کشور و بومی‌سازی آن، در جهت اعتلای سیستم آموزش پرستاری ایران کمک‌کننده باشد.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

References

1. Farajzadeh Z, Rakhsh Khosid M, Izadpanah A, Saadatjoo S. Factors affecting quality of education from the viewpoint of graduated nurses working in Birjand hospitals, 2012. Modern care journal. 2014; 11(3):196-202.
2. Jafari Asl M, Chehrzed M, 3Shafipour S, Ghanbari A. Quality of Educational Services from ViewPoint's of Nursing and Midwifery Students of Guilan University Based on Servqual Model. Research in Medical Education. 2014; 6(1):50-58.
3. Rahmani R, Fathi K. Evaluation of Quality inhigher education. Bimonthly of Education Strategies in Medical Sciences. 2008; 1(1): 28-39.
4. Naseri N, Salehi Sh. Accreditation of Nursing Education in Iran: Documenting the Process. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2007; 12(4): 136-138.
5. Madandar Arani A, Abbasi P. A second look at comparative education and its mission. Journal of Education. 2007; 23(2):101-126.
6. Tamjid Tash E, Moalal Chobgholo MA. A comparative study of the process of citizenship education in primary school education, Islamic Republic of Iran, Japan. Social science studies. 2014; 11(40): 18-32.
7. Yasini P. Comparison Study of Comparative Education, Iran and Japan(secondary school). Master's Thesis. Faculty of Psychology and Social Sciences, Department of Educational Sciences, Islamic Azad University.2012;. 1-323.
8. Jafari harandi R. mir shah jafari S.E, Liaghatdar M.J. A comparative survey on the goal element of science education curriculum in Iran and selected countries. Journal of Education. 2013; 19(2): 87-106.
9. Nabatchian F, Einollahi N, Abbasi S, Gharib M, Zarebavani M. Comparative Study Of Laboratory Sciences Bachelor Degree Program In Iran And Several Countries. payavard. 2015; 9(1):1-16.
10. Turals S, Ito M S, Nakao F. Issues and challenges in nursing and nursing education in Japan. Nurse Education in Practice. 2008; 8: 1–4.
11. Tabari Khomeiran R, Deans C. Nursing education in Iran: Past, present, and Future. Nurse Education Today. 2007; 27: 708–714.
12. Available from: http://www.who.int/countries/jpn, Iran/en./. Accessed: 20 jounary 2016.
13. Available from: http://amar.org.ir/census/1390/. Accessed: 5 March, 2016.
14. Farsi Z, Dehghan – Nayeri N, Negarandeh R,Broomand S. Nursing profession in Iran: An overview of opportunities and challenges. Japan Journal of Nursing Science. 2010; 7(1): 9-18.
15. Nanbakhsh F, Mohaddesi H, Amirai A, Haji shafiha M, Broomand F, Bahadori F, et al. The effect of health education on elderly weomen life quality. payavard. 2011; 5(1):47-57.
16. Rahimaghaee, F, Dehghan Nayeri N, Mohammadi E, Iranian Nurses´ Perceptions of Their Professional Growth and Development. The Online Journal of Issues in Nursing. 2010; 16: 1.
17. Professional nursing in Iran: an overview of its historical and sociocultural frameworkAN Nasrabadi, JG Lipson, A Emami. Journal of Professional Nursing. 2004; 20(6): 396-402.
18. Dalir Z, Shojaeian Z, Khodabandehlu Z. Survey on the Motivation of Nursing and Midwifery Students toward Their Field of Study Selection. nursing research. 2011;16(20):44-51.
19. Chiang-Hanisko L, Ross R, Boonyanurak P, Ozawa M, Chiang L. Pathways to Progress in Nursing: Understanding Career Patterns in Japan, Taiwan, and Thailand OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2008; 13(3): 4.
20. Department of International Affairs Japanese Nursing Association. Nursing in Japan. 2011;Accessible on: URL: http://www.nurse.or.jp/jna/english/.
21. Fukuda H, Miyauchi S, Tonai M, Ono M, Magilvy J.K, Murashima S. The first nurse practitioner graduate programme in Japan. International Nursing Review. 2014; 61 (4):487-490.
22. Masaki H, Nagae H, Teshima M, Shigeko I. Nursing Leadership in a Rapidly Aging Society: Implications of"The Future of Nursing" Report in

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

Japan. Nursing Research and Practice. 2012; 201:4.
23. Nursing in Japan. Accessible on: https://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_in_Japan.
24. Primomo, J. Nursing Around the World: Japan - Preparing for the Century of the Elderly. Online Journal of Issues in Nursing. 2000; 5(2): 2.
25. Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Saadat S, Negarandeh R, Ahmadi F. Professors' view on the appropriate postgraduate degree in nursing education: A comparative study in two different sociocultural societies and literature review International Journal of Medical Reviews. 2014; 1(1); 13 -23.
26. Mangeli M, Roudi Rashtabadi O, Sabzevari S, Nouhi E. Quality Assessment of Nursing Doctoral Education from the Viewpoints of lecturers and Students/Graduates. Strides Dev Med Educ. 2015; 12(1): 249-265.
27. Khodabandeloo Z, Shojaeiyan Z, Dalir Z. Evaluation of nursing and midwifery students' motivation to choose their field of study - Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad 1387. Nursing Research. 2011; 6(20): 44 - 51.
28. Abedian C, Shah Hosseini Z. Factors affecting the motivation of nursing students choose their field of study (a cross-sectional study). Family Health journal. 2012; 1(3):26-32.
29. Ministery of health and medical education of Iran. Available from http://www.behdasht.gov.ir/.
30. Azarmi S, Farsi Z. Nursing History of Nursing with an overview of the history of the Islamic Republic of Iran. Nursing Journal of the army.2012; 11(1):37-43.
31. Department of International Affairs Japanese Nursing Association. Available from:http://www.nurse.or.jp/jna/english/ Nursing Japanese association. 2011.
32. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology of Japan. Higher Education in Japan. Accessible on:http://www.mext.go.jp/english/highered/__icsFiles/afieldfile/2012/06/19/1302653_1.pdf.
33. Nugraha S, Tanaka M, Efendi F. A Comparative Study of Nursing Educational System in Indonesia and Japan. Jurnal Ners. 2008; 3(2):1-11.
34. Oita University of Nursing and Health Sciences. Available from: http://www.oitanhs.ac.jp/English/index.html.
35. Masters Degree in Japan -Postgraduate Programs in Japan. Available from: http://www.studyabroad18.com/articles/.
36. Graduate School of Nursing, Chiba University. Available from: http://www.chibau.ac.jp/e/education/graduate/nursing.html.
37. Delaram M. Clinical Education from the Viewpoints of Nursing and Midwifery Students in Shahrekord University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2006; 6(2): 129-134.
38. Taniyama M, Kai I, akahashi M. Differences and commonalities in difficulties faced by clinical nursing educators and faculty in Japan: a qualitative cross-sectional study. BMC Nursing. 2012;11:21.
39. Shirazi M, Alhani F, Akbari L, Samiei Sibani F, Babaei M, Heidari F. Assessment of the condition of clinical education from the viewpoints of undergraduate nursing students: presentation of problem-oriented stretagies. Nursing education. 2013; 2(2): 30-38.
40. Naseri N, Salehi Sh. Khalifezadeh A. Proposing clinical nursing education standards in Iran. IJNMR. 2009; 14(2): 71-76.
41. Rassouli M, Zagheri Tafreshi M, Esmaeil M. Journal of Clinical Excellence. Challenges in clinical nursing education in Iran and strategies. 2014; 2(1):11-22.
42. Yousefy A, Changiz T, Yamani N, Zahrai R.H, Ehsanpour S. Developing a holistic accreditation system for medical universities of the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal. 2009;15(3): 747- 756.
43. Gregg M.F, Sanada H, Yamamoto A, Yamamoto-Mitani N. Quality in Doctoral Nursing Education in Japan. Advances in Nursing Doctoral Education & Research. 2013; 2(4): 2-8.
44. Nagata S, Gregg M.F, Miki Y, Arimoto A, Murashima S, Kim M. Evaluation of doctoral nursing education in Japan by students, graduates, and faculty: A comparative study based on a cross-sectional questionnaire survey. Nurse Education Today. 2012; 32(4): 361–367.
45. Tofighi Darian J. Necessity to improve the quality of higher education in Iran. Journal of industry and university. 2009; 5(6): 5-10.
46. Bahreini M, Ahmadi F, Shahamat S, Behzadi S. The Impact of Professional Portfolio on Nurses' Clinical

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

Competence. Strides Dev Med Educ. 2012; 8(2):107-114.
47. Namadi-Vosoughi M, Tazakkori Z, Habibi A, Abotalebi-Daryasari G, Kazemzadeh R. Assessing Nursing Graduates′ Clinical Competency from the Viewpoints of Graduates and Head Nurses. Journal ofhealth and care. 2014; 16(1):66-73.
48. Adib-Hajbaghery M. Factors Influencing Evidence-Based Nursing: A Qualitative Study. IJN. 2006; 19(47):17-33.
49. Ghojazadeh M, Azami-Aghdash S, Naghavi-Behzad M. Evidence-based care in Iran: A Systematic Review. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2014; 21(2):142-159.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

سؤالات

۱- مهم‌ترین مأموریت آموزش عالی کشور چیست؟

الف) آموزش

ب) پژوهش

ج) استعدادیابی

د) رشد فناوری

۲- در کدام مقاطع دانشگاهی پرستاری، ژاپن به‌مراتب از ایران جلوتر است؟

الف) کاردانی و کارشناسی

ب) کارشناسی و کارشناسی ارشد

ج) کارشناسی ارشد و دکترا

د) کاردانی و کارشناسی ارشد

۳- کدام عبارت ذیل در مقایسه آموزش پرستاری ایران و ژاپن صحیح است؟

الف) اختلاف‌زمانی بین دو کشور از حیث تأسیس تحصیلات تکمیلی پرستاری، نسبت به مقاطع کاردانی و کارشناسی بیشتر است.

ب) از حیث اولین مدرسه پرستاری، ایران جلوتر از ژان می‌باشد.

ج) آموزش پرستاری هر دو کشور تحت تأثیر جنگ بوده است.

د) تعداد دانشکده‌های پرستاری ایران از ژاپن بیشتر است.

۴- در کدام‌یک از گزینه‌های زیر، دو کشور در مقطع کارشناسی بیشترین تفاوت را باهم دارند؟

الف) اهداف آموزشی

ب) تعداد واحدها

ج) واحد پایان‌نامه

د) واحد عملی

۵- تفاوت عمده در احراز شرایط برای اشتغال به کار در حرفه پرستاری بین دو کشور کدام مورد ذیل می‌باشد؟

الف) معدل کارشناسی

ب) موفقیت در آزمون RN

ج) موفقیت در آزمون شفاهی مؤسسات

د) فعالیت‌های آموزشی پژوهشی

۶- آموزش بالینی کارشناسی پرستاری در کشور ژاپن توسط کدام گروه ذیل انجام می‌شود؟

الف) پزشکان حیات علمی

ب) پرستاران تائید شده توسط نظام پرستاری

ج) پرستاران هیئت‌علمی

د) پرستاران حرفه‌ای

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]

۷- کدام‌یک از چالش‌های زیر در آموزش بالینی هر دو کشور به‌طور مشابه وجود دارد؟

الف) عدم تناسب بین تعداد دانشجو و بیمار

ب) عدم تناسب بین تعداد دانشجو و مربی

ج) عدم تناسب بین ساعات آموزش نظری و عملی

د) عدم تناسب بین محتوای آموزش نظری و عملی

۸- تفاوت دو کشور از حیث اعتباربخشی آموزشی در چیست؟

الف) سابقه

ب) تکرار

ج) مراحل

د) حوزه

۹- شرط ورود به مؤسسات آموزش عالی کشور ژاپن کدام مورد ذیل می‌باشد؟

الف) پذیرفته شدن در آزمون سراسری

ب) ارائه رزومه

ج) ضوابط مختص به هر دانشگاه

د) معدل دیپلم

۱۰- چالش بهداشتی مشترک بین دو کشور ایران و ژاپن چیست؟

الف) افزایش تعداد سالمندان

ب) نرخ مرگ‌ومیر کودکان

ج) آسیب‌های اجتماعی

د) افزایش بی‌رویه جمعیت

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-02]