

تجربیات دانشجویان، مربیان و مسؤولین پرستاری بیمارستان از کارآموزی در عرصه دانشجویان پرستاری

فرشته آیین، فاطمه الحانی*، منیره انوشه

چکیده

مقدمه: اغلب مطالعات انجام گرفته در مورد آموزش بالینی دانشجویان پرستاری به صورت کمی انجام شده است. به منظور بررسی عمیق تر آموزش کارآموزی در عرصه دانشجویان پرستاری و درک عمیق تر تجربیات آنان، این مطالعه در پی بررسی تجربیات دانشجویان، مربیان و مسؤولین پرستاری بیمارستان از کارآموزی در عرصه دانشجویان پرستاری انجام گرفته است.

روش‌ها: در یک مطالعه کیفی، از ۸ دانشجوی پرستاری که در پایان دوره کارآموزی در عرصه قرار داشتند، چهار پرستار کارشناس مسؤول بخش، یک سوپروایزر آموزشی و دو مربی ناظر، مصاحبه نیمه ساختار یافته به عمل آمد و از روش تجزیه و تحلیل کیفی (آنالیز محتوا) استفاده شد.

نتایج: شش متغیر اصلی در مطالعه حاضر به دست آمد که شامل ضعف آمادگی دانشجویان برای ورود به کارآموزی در عرصه، نامطلوب بودن نحوه ارزشیابی دانشجویان، ضعف ارتباط دانشکده و بیمارستان، برنامه‌ریزی مطلوب شیفت‌های کارآموزی در عرصه، ضعف آموزش بالینی و تأثیرات کارورزی بر روند کاری بیمارستان و بیماران بود.

نتیجه‌گیری: با عنایت به یافته‌های پژوهش، لازم است مسؤولین آموزش پرستاری برای رفع مشکلات موجود، بالاخص ضعف ارتباطات دانشکده و بیمارستان، و تبدیل بیمارستان‌های آموزشی به فضاهای مناسب آموزشی به منظور تحقق بیشتر اهداف آموزش بالینی دوره پرستاری تلاش بیشتری به کار بندند.

واژه‌های کلیدی: آموزش بالینی، پرستاری، پژوهش کیفی، موانع کارآموزی در عرصه، دانشجوی پرستاری.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / پاییز ۱۳۸۸؛ ۹(۳): ۱۹۱ تا ۲۰۰.

مقدمه

پرستاری رشته‌ای از علوم پزشکی است که با جان انسان‌ها سر و کار دارد و هر چه دانش‌آموختگان آن دارای زمینه علمی بیشتری باشند، بهتر می‌توانند به جامعه خود خدمت کنند. در این میان، چگونگی کسب علم

و مهارتی که منجر به یادگیری عمیق و بادوام شده و قابلیت انتقال به محیط خارج از آموزشگاه‌های پرستاری را داشته باشد، از دیرباز مورد توجه طراحان و برنامه‌ریزان آموزش پرستاری بوده است (۱).

آموزش بالینی پرستاری جزء حیاتی برنامه درسی این رشته است. دوره‌های کارآموزی و کارورزی در شکل‌دهی مهارت‌های اساسی و توانمندی‌های حرفه‌ای دانشجویان پرستاری نقش اساسی دارند (۲).

طرح کارآموزی در عرصه به عنوان یک نوآوری در ساختار آموزش پرستاری با هدف ارتقای کیفیت آموزش پرستاری و ارائه خدمات بالینی و فراهم نمودن زمینه جامع‌نگری و جامعه‌نگری در پرستاری، در سال ۱۳۷۱ به

* نویسنده مسؤول: دکتر فاطمه الحانی (دانشیار) گروه پرستاری دانشگاه تربیت

مدرس، تهران. alhani_f@modares.ac.ir

فرشته آیین، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و دانشجوی دکترای آموزش پرستاری (fereshtehaein@yahoo.com)، و دکتر منیره انوشه، دانشیار گروه پرستاری (anoosheh@modares.ac.ir) دانشگاه تربیت مدرس تهران.

این مقاله در تاریخ ۱۹/۱۱/۸۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۲۷/۷/۸۷ اصلاح شده و در تاریخ ۲۵/۶/۸۸ پذیرش گردیده است.

درگیر اجرای این بخش از آموزش بالینی دانشجویان هستند، مورد بررسی قرار داده است، این مطالعه برای بررسی تجربیات دانشجویان، مربیان و مسؤولین پرستاری بیمارستان از کارآموزی در عرصه دانشجویان پرستاری با رویکرد کیفی انجام گردید.

روش‌ها

این بررسی یک پژوهش کیفی از نوع آنالیز محتوا است که به منظور تعیین تجربیات دانشجویان، مربیان و مسؤولین پرستاری بیمارستان از کارآموزی در عرصه دانشجویان پرستاری انجام شده است. نحوه ارائه کارآموزی در عرصه در دانشکده محل تحقیق بدین شکل است که دانشجویان در ترم هشتم، کل واحدهای کارآموزی در عرصه به تعداد ۱۶ واحد را در بخش‌های داخلی، جراحی، کودکان، نوزادان، اورژانس، زنان، اعصاب، آی سی یو، سی سی یو و قلب را اخذ می‌نمایند. گروه‌بندی دانشجویان در بخش‌های مختلف و برنامه شیفت‌های ماهیانه توسط دانشکده انجام می‌گیرد، بطوری که ۵۰ درصد شیفت‌های هر واحد کارآموزی در عرصه در صبح و ۵۰ درصد آن در عصر توزیع می‌شود. هر ماه یک مربی از دانشکده به عنوان ناظر و تسهیل‌کننده، مسؤولیت نظارت بر کلیه دانشجویان کارورز را بر عهده دارد. دانشجویان با هماهنگی سرپرستار بخش و بر طبق شرح وظایف تعیین شده توسط دانشکده در بخش فعالیت می‌کنند. ارزشیابی دانشجویان در انتهای هر ماه به صورت مشترک توسط مربی ناظر (۵ نمره) و مسؤولین بخش‌ها (۱۵ نمره) انجام می‌گیرد.

جامعه پژوهش حاضر را افرادی تشکیل داده‌اند که مستقیماً پدیده را تجربه کرده (دانشجویان) و افرادی که غیر مستقیم در آموزش دانشجویان شرکت داشته‌اند (مربیان و مسؤولین پرستاری بیمارستان).

بدین ترتیب مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۴ نفر سرپرستار بخش‌های مختلف و یک سوپروایزر آموزشی با مدرک کارشناسی پرستاری، دو نفر مربیان ناظر بر کارآموزی در عرصه با مدارک کارشناسی ارشد پرستاری و ۸ نفر دانشجوی پرستاری کارشناسی پیوسته که در پایان دوره کارآموزی در عرصه بسر می‌بردند، انجام گردید. با توجه به اینکه در این دوره کارورزی فقط دو نفر از مربیان دانشکده به عنوان مربیان اصلی بر روند کارورزی نظارت داشتند، بنابراین، تجربیات این دو نفر مورد بررسی قرار گرفت. مصاحبه با دانشجویان به

اجرا در آمد. کارآموزی در عرصه، بخشی از برنامه آموزش پرستاری است که به منظور ایجاد موقعیت‌های مناسب برای افزایش مهارت در کاربرد دانش پرستاری در عرصه، در راستای اعتلای قدرت ابتکار و استقلال فراگیر، با رعایت اصل مهم نظارت درآموزش جامعه‌نگر و حفظ امنیت مددجو و خانواده می‌باشد بطوری که دانشجو بتواند تدابیر پرستاری لازم را در جهت ارتقا و تأمین سلامت مددجو، خانواده و جامعه بکار گیرد. در ساختارهای اجرایی این دوره، نظارت به عهده مربی بالینی و مربی مشاور است.

شیوه آموزش به صورت بکارگیری فرایند پرستاری و مراقبت در منزل و تأکید بر سطوح پیشگیری و آموزش به مددجو و خانواده است. هر دانشجو باید بتواند پنج بیمار یا مددجو را تحت مراقبت خود قرار دهد. وظیفه مربیان علاوه بر فعالیت آموزشی مصوب، ایجاد حس استقلال و تصمیم‌گیری و افزایش قدرت ابتکار در فراگیران در عرصه‌های مختلف می‌باشد و دانشجویان نیز باید در این راستا وظایف خود را انجام دهند (۳). در واقع، می‌توان گفت که هدف این دوره آموزشی، ارتقای کیفیت خدمات پرستاری در جامعه و تأمین سلامت جامعه بوده است. از این رو، اهمیت و جایگاه آن در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری مشخص می‌شود. علی‌رغم این موضوع، مطالعات مختلف، مشکلاتی از قبیل نبودن شرح وظایف مشخص برای دانشجویان و مربیان، عدم تناسب و هماهنگی بین مطالب دریافت شده و کاربرد آن در بالین، کمبود امکانات رفاهی و آموزشی، افت سطح علمی دانشجویان، یادگیری روش‌های غیر علمی و غلط، نداشتن فرصت کافی برای انجام پروسیجرهای پرستاری و کمبود وقت مشاورین در پاسخ به نیازهای آموزشی دانشجویان را در کارآموزی در عرصه گزارش کرده‌اند (۴ تا ۶). از آنجا که اکثر مطالعات پیش‌گفت مربوط به سال ۱۳۷۹ می‌باشد و بررسی دوره‌ای، اولین گام ضروری در حل این مشکلات است، و از طرفی، مطالعه‌ای کیفی به منظور درک عمیق تجربیات دانشجویان و مربیان کمتر انجام شده و علاوه بر این، در پژوهش‌های کمتری دیدگاه‌ها و تجربیات سرپرستاران بخش‌ها و سوپروایزران آموزشی بیمارستان، که شدیداً

لازم را ندارند اما برای ورود به بخش‌های دیگر، به عنوان کارورز از آمادگی لازم برخوردار هستند.

سوپروایزر آموزشی: «بعضی دانشجویان برای بخش‌های ویژه نباید معرفی شوند. هنوز کار بلد نیستند. مرتب سرپرستاران این بخش‌ها شکایت می‌کنند که چرا کار بلد نیستند نباید الآن می‌آمدند».

همچنین دانشجویان نیز به عدم احساس آمادگی برای ورود به کارورزی در بخش‌های تخصصی، به دلیل کوتاه بودن دوره کارآموزی بالینی آن اشاره کردند.

دانشجو ۷: «برای بعضی بخش‌ها بلد بودیم باید چه کار کنیم مثلاً بخش داخلی، چون کاراشون خیلی تخصصی نیستند اما بعضی بخش‌های دیگه کارآموزیشون باید بیشتر باشد. ما هنوز هیچی بلد نشدیم می‌گن برید کارورزی».

مشکل مهم دیگری که توسط دانشجویان بیان شد، عدم دریافت یک راهنمای بالینی مکتوب مشتمل بر اهداف آموزشی هر کارآموزی در عرصه به همراه شرح وظایف دانشجوی بود.

دانشجو ۴: «یک مشکل ما همینکه که خودمون اهداف را نوشته نداریم. ما برای دروس تئوری و حتی اکثر کارآموزی‌ها اهداف یادگیری داشتیم که روز اول بهمون می‌دادند اما برای کارآموزی در عرصه این طوری نداشتیم شاید اگر مکتوب می‌دادند اهداف چیه و چه کار باید بکنیم خیلی بهتر مسیرمون را می‌فهمیدیم».

متغیر دوم، ارزشیابی دانشجوی بود. بطوری که مربیان ناظر اظهار کردند که در روند فعلی، مربی ناظر، فرصت انجام نظارت مستقیم و غیر مستقیم بر دانشجویان را ندارد و عملاً قادر به انجام هیچ گونه ارزشیابی از دانشجویان نمی‌باشد.

ناظر ۱: «به ما اضافه بر واحدهای موظف، کارورزی هم می‌دن، جزو واحدهای موظف هم حساب نمی‌شه، برای همین فقط می‌رسیم حضور و غیاب کنیم. آموزش که اصلاً نمی‌تونیم بدیم چون فرصتش نیست و آن لحظه که دانشجو نیاز به آموزش داره تو بیمارستان نیستیم برای همین نمی‌تونیم از ارزشیابی دانشجویان دفاع کنیم».

همچنین از نظر کلیه واحدهای مورد پژوهش، فرم ارزشیابی فعلی بسیار کلی است و نمی‌تواند معیار دقیقی برای سنجش عملکرد دانشجویان طی کارآموزی در

صورت گروهی «گروه متمرکز» (focus group) در دو گروه ۴ نفره انجام شد و برای اعتبار دادن یافته‌ها یک مشاهده‌گر خارجی (external observer) در جلسات مصاحبه گروه متمرکز نیز حضور داشت. مصاحبه با سایر نمونه‌های پژوهش به صورت انفرادی انجام گردید. تمامی مصاحبه‌ها در بیمارستان و در زمان آزاد نمونه‌ها انجام گرفت. هنگامی شمار نمونه‌ها به اتمام رسید که اشباع اطلاعات حاصل شد، به این معنی که ادامه مصاحبه و گردآوری اطلاعات، داده‌ها و کدهای جدید درخور توجهی را به دنبال نداشت.

برای اطمینان از اعتبار داده‌ها، کدهای استخراج شده مجدداً به شرکت‌کنندگان برگردانده شد (member check) و مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر آن، از بازنگری توسط فرد متخصص (expert review) نیز استفاده گردید. به این صورت که یافته‌ها، آنالیز و نتیجه‌گیری در اختیار محقق دیگری که هم با کارورزی و هم تحقیق کیفی آشنا بود، قرارگرفت و فرایند کار تأیید شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف از انجام تحقیق برای کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده شد و بنا به درخواست آنان، نام محل پژوهش محرمانه باقی ماند. نام شرکت‌کنندگان محرمانه تلقی و فرایند اعتبار دادن با کدگذاری جایگزین گردید.

پرسش کلی مصاحبه، سؤال کلی در خصوص تجربه شرکت‌کنندگان از کارآموزی در عرصه بود و محور سؤالات مصاحبه بر محاسن، معایب و موانع موجود قرار گرفت.

نتایج

بر اساس تحلیل ۳۰۰ کد سطح اول به دست آمده از آنالیز مصاحبه‌ها، شش متغیر اساسی مشخص شد که عبارتند از: ضعف آمادگی دانشجویان برای ورود به کارآموزی در عرصه، نامطلوب بودن ارزشیابی دانشجوی، ضعف ارتباط دانشکده و بیمارستان، برنامه‌ریزی مطلوب شیفت‌های کارآموزی در عرصه، ضعف آموزش بالینی و تأثیرات کارورزی بر روند کاری بیمارستان و بیماران.

اولین متغیر آمادگی دانشجویان برای ورود به کارآموزی در عرصه بود بطوری که سوپروایزر بالینی معتقد بود که میزان آمادگی دانشجویان نسبت به بخش متفاوت است زیرا دانشجویان برای گذراندن کارورزی در بخش‌های ویژه آی سی یو و سی سی یو، و دیالیز آمادگی

عرصه فراهم نماید و تمام جوانب تئوری و مهارت‌های عملی را در بر نمی‌گیرد. علاوه بر این، مسئولین بخش‌ها بر عدم آگاهی از نحوه تکمیل فرم‌های ارزشیابی و عدم صرف وقت و دقت لازم برای تکمیل آنها اذعان داشتند. دانشجویان نیز اظهار کردند در اکثر موارد بین نمره کارورزی و میزان فعالیت دانشجوی در بخش تناسبی وجود ندارد.

دانشجو ۱: «یه فرم ارزشیابی که همه مون دیدیمش، آن قدر کلیه که اصلاً نمی‌تونه خوب ارزشیابی کنه، اصلاً مهارت‌ها داخلش نیست، حتی می‌تونم بگم فرق دانشجوی خوب و بد مشخص نمی‌شه».

دانشجو ۵: «اصلاً نمره‌ای که سرپرستار می‌ده در اکثر مواقع با دانشجو نمی‌خونه، یه دانشجو خیلی فعاله اما نمرش می‌شه ۱۶، یه دانشجو می‌دونی می‌بینی کار نمی‌کنه می‌گیره ۱۸ یا ۱۹، آدم حرصش می‌گیره. ما اصلاً این نمره‌ها را قبول نداریم».

سرپرستار ۳: «اصلاً نمی‌شه خوب دانشجو را ارزشیابی کرد. البته فرم‌های ارزشیابی خیلی کلیه و اختصاصی مهارت‌های بخش را نیآورده یه نمره می‌دیم اونو تو این ماش پخش می‌کنیم اما واقعاً نمی‌دونیم چه جوری باید اینها رو ارزشیابی کنیم این یک بازآموزی یا یک توجیه حسابی می‌خواد باید یه فکری برای ارزشیابیشون کرد».

متغیر سوم، ارتباط دانشکده با بیمارستان بود. در این حیطة، حمایت ناکافی دانشکده از برنامه‌های آموزشی کارآموزی در عرصه، نظارت نامناسب از سوی دانشکده و بهره‌گیری غیر آموزشی از دانشجویان توسط بیمارستان، مطلع نساختن مسئولین آموزشی بیمارستان از تغییرات جدید در روند ارائه کارآموزی در عرصه، در اختیار نگذاشتن شرح وظایف کارورزان و مسئولین بیمارستان در ارتباط با کارورزی، مواردی بود که سوپروایزر آموزشی بیمارستان و مسئولین بخش‌ها به آن اشاره کردند.

سوپروایزر آموزشی: «دانشکده خیلی با ما راه نمی‌یاد، برنامه‌ریزی را که خودشون می‌کنند، شیفت‌ها رو هم خودشون تعیین می‌کنند بعد هم دانشجو تو بیمارستان‌ها می‌شه نه شرح وظایف مکتوب بهمون می‌دن نه از تغییر

ساعات کارورزی‌ها مطلع می‌شیم، یه ناظر می‌یاد که برنامه‌ها رو می‌ده، دانشجو رو حضور و غیاب می‌کنه».

همچنین عدم توجیه مناسب مسئولین بخش‌ها و سوپر- وایزرهای بالینی بیمارستان در خصوص وظایف دانشجویان کارورز، برخورد نامناسب از قبیل عدم پذیرش دانشجو به عنوان عضوی از تیم پرستاری بخش، عدم همکاری با وی و عدم رعایت احترام توسط برخی مسئولین و پرسنل پرستاری از جمله مشکلاتی بود که تمامی دانشجویان به آن اذعان داشتند.

دانشجو ۶: «پرسنل خیلی خوب نمی‌دونن یا نمی‌خوان بدونن هدف از کارورزی چیه. انگار براشون جانینتاده دانشجو پادوی بخش نیست، وقتی هم کاری رو بلد نیستیم به جای اینکه توضیح بدن ترجیح می‌دن خودشون انجام بدن، باهامون راه نمیان».

دانشجو ۲: «پرسنل گاهی خوب و درست با ما حرف نمی‌زدند تو کارورزی، چون مربی همیشه تو بیمارستان نبود، بعضی‌هاشون هر جور دلشون می‌خواست با ما حرف می‌زدند، انگار ما نوکر بخشیم نه دانشجو یا یه عضوی از خودشون».

مورد دیگری که تمامی واحدهای مورد پژوهش به آن اشاره کردند، ناکافی بودن یک ناظر برای کل دانشجویان بود.

دانشجو ۳: «چیزی که مسلمه اینه که ناظر الان به کاری بیشتر از این نمی‌رسه، ما توقع نداریم با این وقت کم و بخش زیاد به ما آموزش هم بدن، باید تعدادشون رو بیشتر کنن، مثلاً ۲ تا بخش یه ناظر».

سرپرستار ۱: «دانشکده باید بیشتر از این به کارورزی اهمیت بده، بچه‌ها باید آموزش ببینند اما هیچکس نیست که به دانشجو آموزش بده، ناظرشون که فقط حضور و غیاب می‌کنه و مشکلات دیگه‌شون رو رفع می‌کنه، هر وقت هم که میاد چون یکی بیشتر نیست دائماً دانشجویها باهاش کار دارن، یه ناظر کمه حداقل هر ۴ بخش یکی می‌خواد».

متغیر چهارم، ماهیت برنامه‌ریزی کارآموزی در عرصه دانشجویان بود. از دیدگاه دانشجویان برنامه‌ریزی ماهیانه شیفت‌های دانشجویان در اکثر موارد به دلخواه و انعطاف-

پذیر در موارد ضروری است.

دانشجو ۲: «می‌تونستیم برنامه‌مون رو خودمون تنظیم کنیم، مثل کارآموزی نبود که یه برنامه فیکس داشته باشه، اکثراً برنامه پیشنهادی خودمون اجرا می‌شد. می‌تونستیم اگه شیفیتی مشکل داشتیم عوض کنیم، سخت نمی‌گرفتند، ناظمون درک می‌کرد».

از دیدگاه سوپروایزر آموزشی و مسؤولین بخش‌ها، یک مشکل عمده در برنامه‌ریزی کنونی، عدم هماهنگی با مسؤولین بخش‌ها در خصوص روزهای شلوغ و پرکار هر بخش و توزیع دانشجویان در این روزها بود چرا که بسیاری از شیفت‌های شلوغ بیمارستان فاقد کارورز می‌باشد.

سرپرستار ۲: «دانشکده با ما در مورد روزهای شلوغ بخش هماهنگ نیستند، یه روز ۲ تا کارورز داریم ۱۰ تا مریض یه روزهایی ۳۰ تا مریض داریم یا کارورز نداریم یا یکی داریم، این جوری دانشجوی خیلی از فرصت‌های یادگیری رو از دست می‌ده، ما که همیشه تو بخش همه مهارت‌ها رو نداریم».

متغیر پنجم، ضعف آموزش بالینی در طی دوره کارورزی بود. عدم ارائه آموزش بالینی از طرف مربی ناظر، عدم مسؤولیت‌پذیری اکثریت پرسنل پرستاری در آموزش به دانشجویان، بدآموزی و الگوپذیری منفی ناشی از مشاهده اعمال حرفه‌ای نامناسب برخی از پرستاران، عمیق‌تر شدن شکاف بین تئوری و بالینی به دلیل آموزشی نبودن بیمارستان‌ها، ناکافی بودن امکانات لازم آموزشی، محدود بودن تعداد و نوع بیماری‌های مختلف در بخش‌ها و در نتیجه عدم امکان پیاده کردن بخش زیادی از آموخته‌های تئوری در بالین و همچنین عدم دسترسی به منابع علمی مورد نیاز در مواقع لزوم در بیمارستان، از مشکلاتی بود که دانشجویان بدان اشاره کردند.

دانشجو ۴: «در اکثر مواقع، آموزشی در کار نیست، راستش رو بگم، بعضی چیزهای درستی هم که یاد گرفتیم تو کارآموزی در عرصه یادمون رفت یا غلطش رو یاد گرفتیم، پرسنل اغلبشون حس نمی‌کنند باید به ما آموزش بدن، شایدم وظیفه‌شون نیست».

دانشجو ۲: «خیلی از کارها بهمون نمی‌افتاد، چون

مریضش کم بود، کتابخانه بیمارستان رو هم بردند معاونت پژوهشی نمی‌تونیم و درست هم نیست با روپوش بیمارستان بریم اونجا، گاهی تو بخش نیاز به مطلب خاصی داریم».

از نظر سرپرستاران بخش‌ها، در صورتی که پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستان، نقش مربی را بطور رسمی ایفا نمایند، فوایدی از قبیل افزایش عزت نفس و هویت حرفه‌ای، تلاش در جهت ارتقای سطح علمی خود، ارائه آموزش‌های لازم به دانشجویان و مسؤولیت‌پذیری در قبول آن، بهبود ارتباط بین دانشکده و بیمارستان و در نتیجه، پذیرش بهتر دانشجویان توسط پرسنل بیمارستان را در پی خواهد داشت.

سرپرستار ۲: «الآن که دانشجوی آموزش نمی‌بینه، لااقل اگه پرستاران بخش‌ها به عنوان مسؤول رسماً باشند می‌تونند آموزش رو بهتر کنند، خود پرستارها هم انگیزه پیدا می‌کردند اسم مربی که روشن بزارن حرفه‌شون رو بیشتر دوست دارن، مسلماً با حالت بهتری می‌گن ما با دانشکده همکاری می‌کنیم، سعی می‌کنند مطالب جدید رو بخونند، فکر نکنند مثل الآن آموزش وظیفه‌شون نیست».

دانشجویان راغب نبودند بخاطر آموزش علمی و عملی، کارآموزی در عرصه به شکل کارآموزی بالینی با حضور مربی و در گروه‌های ۸ تا ۱۰ نفره در هر بخش برگزار گردد، زیرا بدین سان، از طرفی فرصت تمرین مهارت‌ها برای فرد فرد دانشجویان و امکان برقراری ارتباط با پرسنل پرستاری بطور مستقیم و بی‌واسطه و فعالیت به عنوان یک عضو واقعی از تیم پرستاری و کسب استقلال و اعتماد به نفس، که از نقاط قوت اصلی کارآموزی در عرصه است، از بین خواهد رفت.

دانشجو ۶: «ما تو کارآموزی‌ها هم خیلی از کارها بهمون نمی‌افتاد چون مریضش کم بود تعداد ما هم زیاد بود، حالا اگه بخواد کارورزی هم همونطور باشه که خیلی بد می‌شه، الآن ما تو هر بخش می‌ریم کارآموز هم دارن، اونوقت تصورش رو بکنین می‌شه دو گروه ۱۰ نفره، اونوقت به هیچ کدوممون کار نمی‌رسه، کارآموزی‌ها هم خراب می‌شه، دیگه مستقل کار کردن که شاید تنها حسن کارورزیه از دست می‌ره».

متغیر دیگر، تأثیر حضور دانشجویان کارورز در روند

حق بیمار ضایع می‌گردد.

سرپرستار ۱: «دانشجویان برای ما نیروی کمکی هستند خصوصاً شیفت‌هایی که کمبود داریم، بیشتر بالای سر مریض هستند و مشکلاتش رو می‌فهمند و جوابگویی مریضند، اما گاهی هم کار را غلط انجام می‌دهند که مریض‌ها شاکی می‌شوند، وسایل را هم خیلی خراب می‌کنند، ما مجبوریم بنویسیم به حساب بیمار، اگر دانشگاه قبول می‌کرد برای دانشجو وسیله بخره و بزاره تو بیمارستان به مریض هم اجحاف نمی‌شد، ما هم سختمون نبود به دانشجو کار بدیم، اگه به برانول خراب بشه مریض بیچاره باید پولش را بده».

بحث

همان گونه که بیان شد، عدم آمادگی دانشجویان برای ورود به کارآموزی در عرصه، یکی از متغیرهایی است که در پژوهش حاضر به دست آمده است. در پژوهشی، نداشتن مهارت بالینی مورد نیاز را یکی از عوامل استرس‌زای آموزش بالینی برای دانشجویان پرستاری برشمرده‌اند (۷). در مطالعه‌ای نیز نشان داده‌اند که ارائه راهنمای بالینی مشتمل بر اهداف رفتاری کارآموزی، مقررات بخش، وظایف دانشجو و مربی، چگونگی ارزشیابی و منابع درسی مورد نیاز به دانشجویان در ابتدای شروع کارآموزی بالینی سبب افزایش رضایت دانشجویان در استفاده از وقت، درک بهتر مسئولیت‌های شغلی و وظایف آینده، یادگیری بهتر مهارت‌های بالینی مربوط به بخش، استفاده از دانش تئوری در عمل و... شده است (۸). تمرین کافی مهارت‌های پیش‌بالینی، از فاکتورهای مؤثر در یادگیری دانشجویان در محیط‌های کارآموزی و کارورزی برشمرده شده است (۹).

عدم رضایت واحدهای مورد پژوهش از نحوه ارزشیابی دانشجویان، از یافته‌های دیگر این بررسی بود که با نتایج مطالعات دیگران تأیید شد (۲، ۷، ۱۰ و ۱۱).

مطلوب نبودن ارتباط دانشکده و بیمارستان از یافته‌های این مطالعه بود. در این ارتباط نیز یافته‌های دیگران حاکی از استرس‌زا بودن تماس دانشجویان با کادر درمانی و آموزشی محیط‌های کارورزی، بی‌احترامی

کاری بیمارستان و بیماران بود. برگزاری کارآموزی در عرصه فوایدی نظیر کاهش بار کاری پرسنل و رفع کمبود نیروی انسانی در بعضی شیفت‌های بیمارستان را دارد، اما گاهی عدم هماهنگی بین دانشجو و پرسنل پرستاری سبب دوباره کاری و اختلال در کار بخش می‌شود. در همین ارتباط، دانشجویان نیز به بروز اختلال در کار بخش، به دلیل سرگردانی دانشجو ناشی از عدم پذیرش توسط پرسنل پرستاری بخش، اذعان داشتند.

دانشجو ۳: «بعضی پرسنل گاهی جواب ما را نمی‌دن، به چیزی می‌پرسیم راهنمایی نمی‌کنند، بعد کار رو که اشتباه انجام دادیم مجبورن برن درستش کنن، گاهی تکلیف خودمون رو نمی‌دونیم».

علاوه بر آن، از دید مسؤولین بخش‌ها، نامشخص بودن مسؤول اصلی دانشجویان یکی از مشکلات اصلی در این رابطه است بدین معنی که در صورت بروز اشتباه توسط دانشجو، مسؤول اصلی پاسخ‌گو نامعلوم است و همین امر سبب می‌شود تا مسؤولین بخش‌ها ترجیحاً از دانشجویان در انجام مهارت‌های ساده پرستاری نظیر کنترل علائم حیاتی استفاده نمایند.

سرپرستار ۱: «کی اینجا مسؤول کارورزه؟ من، پرسنل، ناظر که خیلی کم می‌بینیمش، سوپروایزر، کی؟ در مورد مریضا خیلی از کارها را نمی‌تونیم به دانشجو بدیم، اگه اشتباه کنه من باید جواب بدم، پس بهتره کارهای معمول مثل کنترل V.S یا بعضی از داروها رو بدیم دانشجو انجام بده، لاقلاً اشتباه کمتره، ما به اندازه کافی در دسر داریم امتیازی هم که برامون نداره».

همچنین مسؤولین بخش‌ها فرصت بیشتر دانشجویان برای برقراری ارتباط با بیماران را موجب شناسایی دقیق‌تر و موشکافانه مشکلات بیمار و پاسخ به آنها می‌دانند. اما از طرفی، عدم مهارت کافی در انجام بسیاری رویه‌های پرستاری سبب بی‌اعتمادی بیمار، نارضایتی وی و گاهی شکایت از پرسنل پرستاری بخش می‌شود. از سوی دیگر، عدم مهارت دانشجو سبب استفاده بیشتر از وسائل مصرفی نظیر برانول و... شده که دانشکده هیچ‌گونه مسؤولیتی نسبت به جایگزین کردن آن تقبل نمی‌نماید و به ناچار همگی در صورت حساب بیمار درج می‌شود که به نوعی

محول کردن مهارت‌های پیچیده پرستاری به دانشجویان می‌شود که تحقق اهداف یادگیری کارآموزی در عرصه را با مشکل مواجه می‌نماید. در گزارشات دیگران نیز نامشخص بودن مسئول اصلی آموزش به دانشجویان و پذیرش عواقب اعمال آنان، به عنوان یکی از مشکلات آموزش بالین دانشجویان پرستاری آورده شده است (۲۰). در همین زمینه، مطالعات نشان داده‌اند که پذیرش نقش مربی توسط پرستاران کارشناس بیمارستان فوایدی نظیر انتقال آموزش دو طرفه بین دانشجویان و آنها، رضایت فردی، توسعه حرفه‌ای و یادگیری همیشگی، پذیرش دانشجویان به عنوان عضوی از تیم پرستاری، فراهم آوردن مدل نقش مناسب برای دانشجویان، بهبود ارتباط بیمارستان با دانشکده به دلیل نیاز به تماس پرستاران با اعضای هیأت علمی دانشکده و افزایش اعتماد به نفس در دانشجویان داشته است (۲۱).

از آنجا که پرستاری یک رشته مبتنی بر عملکرد (practice-based discipline) است، آموزش بالینی بخش اصلی برنامه درسی است و هدف از آن، کسب مهارت، ادغام تئوری در بالین، اجرا و بکارگیری مهارت‌های حل مسأله، توسعه مهارت‌های بین فردی، یاددهی هنجارهای رسمی و غیر رسمی حرفه به دانشجویان از طریق فرایند اجتماعی شدن حرفه‌ای و از این قبیل است (۱۶). بنابراین، یک محیط حمایتی، نقش مهمی در انتقال یادگیری در محیط‌های بالینی دارد. حال با توجه به این اهداف و با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر، لازم است مسئولین آموزش پرستاری برای ایجاد هماهنگی بیشتر بین دانشکده و بیمارستان، با اتخاذ راه‌های تعاملی و مشارکتی از قبیل تشکیل تیم‌های یادگیری بالینی (۲۲)، یادگیری مبتنی بر خدمات (۲۰ و ۲۱) و مدل‌های دیگر نظیر مدل تسهیل‌کننده و مدل بخش‌های بالینی آموزشی (۱۰ و ۲۲) و تبدیل بیمارستان‌ها به فضاهای مناسب آموزشی به منظور تحقق هر چه بیشتر اهداف آموزش بالینی دوره پرستاری تلاش بیشتری مبذول دارند.

نتیجه‌گیری

مهم‌ترین مشکلات موجود در کارآموزی در عرصه،

پرسنل پرستاری بخش به دانشجویان و سرگردانی دانشجویان در بخش بوده است (۷). بی‌احترامی پرسنل به دانشجویان و عدم حمایت مربی از دانشجو در مواقع لزوم، و مجبور شدن به انجام وظایف پرسنل بخش، از مشکلاتی بوده است که دانشجویان در مطالعات قبلی نیز بدان اشاره کرده‌اند (۲، ۳، ۹، ۱۰ تا ۱۳). در حالی که یک محیط بالینی مثبت به عنوان یک عامل تأثیرگذار در موفقیت آموزش بالینی، بطور عمده به همکاری پرسنل پرستاری در محیط‌های بالینی، جو مطلوب و پذیرفتن دانشجویان پرستاری به عنوان همکاران جوان‌تر در تعاملات وابسته است (۱۴).

یافته دیگر بررسی حاضر ناکافی بودن یک ناظر برای کل دانشجویان بود. در این ارتباط دیگران هم دریافته‌اند که استفاده از یک مربی، حتی برای هر ۳ تا ۴ بخش و ۸ دانشجو در روش مدل تسهیل‌کننده (facilitation model) می‌تواند سبب شود مربی از نظر جغرافیایی با تأمین نیازهای یادگیری دانشجویان و کفایت نظارت و سرپرستی آنها دچار مشکل شود (۳، ۱۵ و ۱۶).

مطالعه حاضر به عدم ارائه آموزش بالینی از طرف مربی ناظر، عدم مسؤلیت‌پذیری پرستاران و مسئولین بخش‌ها نسبت به آموزش دانشجویان، الگوپذیری منفی ناشی از مشاهده اعمال حرفه‌ای نامناسب برخی از پرسنل پرستاری، عمیق‌تر شدن شکاف بین تئوری و بالین به دلیل آموزشی نبودن بیمارستان‌ها اشاره داشت. در صورتی که کارآموزی‌های بالینی باید فرصت تجربه پرستاری را در دنیای واقعی برای دانشجویان فراهم کرده و آنها را قادر سازد تا تئوری را در عمل پیاده نمایند و به همین دلیل، موفقیت برنامه آموزش پرستاری بطور عمده وابسته به مؤثر بودن تجربه بالینی دانشجویان می‌باشد (۱۷ و ۱۸).

در مطالعات دیگران نیز، عدم تطابق بین آموخته‌های تئوری با بالین، آموزشی نبودن بیمارستان و عدم وجود امکانات، تجهیزات و منابع آموزشی در بخش‌های بیمارستان از مشکلات آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان بوده است (۲، ۱۱، ۷، ۱۹).

از طرفی، نامشخص بودن مسئول اصلی پاسخگو به اشتباهات دانشجویان سبب امتناع مسئولین بخش‌ها از

طرفه با هدف اثربخشی کارآموزی در عرصه و سرمایه‌گذاری مؤثرتر دانشکده بر آموزش این دوره می‌تواند راهگشای افزایش کیفیت آن باشد.

عدم مشارکت مؤثر و ارتباط مناسب دانشکده و بیمارستان، همچنین آموزشی نبودن بیمارستان از حیث فضا، پرسنل و امکانات آموزشی است. بنابراین، از بین بردن شکاف بین دانشکده و بیمارستان برای تلاش دو

منابع

1. Monjezbi F, Nikbakht A, Samiee S. [Using the educational experience of the nursing students in the last term in the clinical education of the first term students]. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; (Suppl 10): 44-45. [Persian]
2. Barimnejad L, Azarkerdar A, Hajiamiri P, Rasooly F. [The investigation of the point of view of nursing students in term five and afterward about affective factors on the development of clinical education]. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; (Suppl 10): 64-65. [Persian]
3. Dehghani H, Dehghani Kh, Fallahzadeh H. [The educational problems of clinical field training based on nursing teachers and last year nursing students view points]. *Iranian Journal of Medical Education* 2005; 1(5): 24-33. [Persian]
4. Anoshe M, Niknami SH, Faghihzade S. [Barresiye moghadamatiye amoozeshe bolough dar dokhtarane javan: yek pazhoohesh keifi]. *Andishe & Raftar* 2003; 9(2): 64-70. [Persian]
5. Nasiri M. [Nursing educators and students attitude about the effective factors on nursing clinical skill learning in Birjand city 2003]. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; (Suppl 10): 35-36. [Persian]
6. Khadivzade T, Salari P. [Mizane rezayatmandiye daneshjooyane mamaei az eraeye rahnamaye amoozeshe balini dorehaye karamoozi va karamoozi dar arse]. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; (Suppl 10): 30. [Persian]
7. Papp L, Markkanen M, Von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: Student's nurses perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Educ Today*. 2003; 23(4): 262-8.
8. Nehls N, Rather M, Guyette M. The preceptor model of clinical instruction: the lived experiences of students, preceptors and faculty-of-record. *J Nurs Educ* 1997 May; 36(5): 220-7.
9. Perry C. A community health practicum model for baccalaureate nursing students. *Home Care Provid*. 1998; 3(2): 105-10.
10. Rahimi A, Ahmadi F. [The obstacles and improving strategies of clinical education from the viewpoints of clinical instructors in Tehran's nursing schools]. *Iranian Journal of Medical Education* 2005; 5(2): 73-80. [Persian]
11. Khadivzade T, Farzi F. [The investigation of the weaknesses and strengths of clinical education from the viewpoints of nursing and midwifery students in Mashad in 2003]. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; (Suppl 10): 67. [Persian]
12. Ghiasvandian SH. [Barrasiye taasire modele hamkare amoozeshe balini (CTA) bar kefiyate amoozeshe balini be daneshjooyane parastari]. *Teb va Tazkiye* 2004; 52: 10-18. [Persian]
13. Fasihi T, Soltani K, Tahami A, Mohammad Alizade S. [Viewpoints of medical students about the quality of clinical education]. *The Journal of Qazvin Univ* 2004; (Suppl 30): 4-9. [Persian]
14. Elliott M. Clinical education: a challenging component of undergraduate nursing education. *Contemp Nurse* 2002; 12(1): 69-77.
15. Pearcey P, Elliott B. Students impressions of clinical nursing. *Nurse Educ Today* 2004; 24(5): 382-7.
16. Lambert V, Glacken M. Clinical education facilitators and post-registration paediatric student nurses perceptions of the role of the clinical education facilitator. *Nurse Educ Today* 2006; 26(5): 358-66.
17. Henderson A, Twentyman M, Heel A, Lloyd B. Student's perception of the psycho-social clinical learning environment: an evaluation of placement models. *Nurse Educ Today* 2006; 26(7): 564-71.
18. Jackson D, Mannix J. Clinical nurses as teachers: insights from students in the first semester of study. *J Clin Nurs* 2001 Mar; 10(2): 270-7.
19. Yaghobi T, Nazari R. [Comparing nursing students viewpoint with the lecturers, about lack of harmony between academic learning and its applications in worlcplace]. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; (Suppl 10): 53-54. [Persian]

20. Warren BJ, Donaldson R, Whaley M. Service learning: an adjunct to therapeutic communication and critical thinking skills for baccalaureate nursing students. *J Nurs Educ* 2005; 44(3): 147.
21. Laforêt-Fliesser Y, Ward-Griffin C, Beynon C. Self-efficacy of preceptors in the community: a partnership between service and education. *Nurse Educ Today* 1999; 19(1): 41-52.
22. Dickson C, Walker J, Bourgeois J. Facilitating undergraduate nurses clinical practicum: the lived experience of clinical facilitators. *Nurse Education Today* 2006; 26(5): 416-22.

The Experiences of Nursing Students, Instructors, and Hospital Administrators of Nursing Clerkship

Aein F, Alhani F, Anoosheh M.

Abstract

Introduction: Most studies concerning clinical education of nursing students have been performed qualitatively. This study was performed to more deeply investigate the students' education at nursing clerkship and explore the experiences of nursing students, instructors, and hospital administrators from the clinical education of nursing students.

Methods: In a qualitative study a semi-structured interview was done with 8 nursing students at the end of clerkship, four nurses working as ward administrators, an education supervisor, and two supervising instructors. Qualitative content analysis was employed for analyzing the data.

Results: Six central variables were realized (emerged) including lack of readiness for entering into clinical learning environment, undesirability of student assessment process, lack of advantageous relationship between the nursing school and the hospital, ideal planning for clerkship shifts, deficiency in clinical education, and the effects of clerkship on hospital and patients' affairs.

Conclusion: According to the findings of the study, it is necessary for the nursing administrators to place more effort to resolve the present problems specially the relationship between the nursing school and the hospital, and to renovate hospital into a favorable learning space to meet educational goals of nursing clerkship

Keywords: Clinical education, Nursing, Qualitative research, Qualitative study, Obstacles in clerkship, Nursing student.

Addresses

Fereshteh Aein, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, PhD Student of Nursing Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

E-mail: fereshtehaein@yahoo.com

Corresponding Author: Fatemeh Alhani, Associate Professor, Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Jalal Ale Ahmad Ave., Tehran, Iran. E-mail: Alhani_f@modares.ac.ir

Monireh Anoosheh, Associate Professor, Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: anoosheh@modares.ac.ir

Source: Iranian Journal of Medical Education 2009 Aut; 9(3): 191-199.