تجارب دانشجویان پرستاری از کارورزی با برنامه Mentorship: یک مطالعه کیفی

حشمت حیدری[۱]، عزیز کامران[۲]، راضیه محمدی[۳]، رضا حسین آبادی[۱]

چکیده

مقدمه: آموزش بالینی، بخشی اساسی از دوره آموزش پرستاری می‌باشد و متأسفانه هنوز یک برنامه آموزشی مناسب که انتظارات دانشجویان پرستاری را برآورده نماید، تنظیم و اجرا نشده است. این مطالعه به صورت کیفی و با هدف، تعیین تجارب دانشجویان پرستاری از کارورزی با برنامه منتورشیپ (Mentorship) اجرا گردید.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع آنالیز درون مایه‌ای بود که جامعه آماری آن را ۱۶ نفر از دانشجویان ترم آخر دانشکده پرستاری دانشگاه خرم آباد تشکیل می‌دادند. این دانشجویان در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ تحصیل می‌کردند و کارورزی خود را با برنامه Mentorship گذرانده بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و نیمه ساختاردار استفاده شد. مدت مصاحبه از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود و مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه یافت. سرانجام داده‌ها با کدگذاری در سه سطح یک، دو و سه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با بررسی مصاحبه‌ها، ۵۹ کد مفهوم اولیه به دست آمد و با توجه به ماهیت مفاهیم به دو طبقه مزایا و معایب تقسیم شدند. از پنج درون‌مایه فرعی در طبقه مزایا، دو مورد (مشارکت در مراقبت و بهبود کیفیت) تحت عوامل مربوط به آموزش و ۳ مورد (رضایت دانشجو، توان و مهارت دانشجو و توان مربی) تحت عوامل فردی قرار گرفت. در طبقه معایب برنامه، از شش درون‌مایه فرعی، دو مورد (پرسنل و مربی) تحت عوامل مدیریت و سه مورد (انضباط آموزشی، طرح درس و محدودیت وقت) تحت عوامل آموزشی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: همان طور که از نظرات مشخص است، این برنامه دارای نقاط قوت و ضعفی بود. طبقاتی که از داده‌های این مطالعه ایجاد شد همگی در راستای ایجاد ساختار آموزشی مناسب برای یادگیری مطلوب دانشجویان و بهبود ارایه خدمات به جامعه قابل استفاده بود.

واژه‌های کلیدی: پرستاری، منتورشیپ (Mentorship)، آموزش بالینی، مطالعه کیفی

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۱/۱/۲۰ *پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲۳*

مقدمه

آموزش پرستاری، زیربنایی برای تأمین نیروی انسانی کارامد جهت رفع نیاز جامعه می‌باشد (۲، ۱) و آموزش بالینی، بخشی اساسی از دوره آموزش پرستاری است (۵-۳). در آموزش بالینی، دانشجویان با حضور بر بالین بیمار تجربیاتی را کسب نموده و ذهن خود را برای کار در این موقعیت آماده می‌کنند (۷، ۶). بنابراین آموزش بالینی بخش اساسی و مهم آموزش پرستاری است که بدون آن، تربیت پرستاران کارامد و شایسته هدفی دور از دسترس بوده و هر گونه بحث در مورد آموزش دانشجویان پرستاری بدون توجه به حیطه بالینی و

۱- مربی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲- دانشجوی دکتری، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: a_kamranyen@yahoo.com

۳- کارشناس، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

www.mui.ac.ir

ویژگی‌های آن، کامل نخواهد بود (۸).

تجربه بالینی همیشه یک بخش مکمل و مهم از آموزش پرستاری است که دانشجویان پرستاری را آماده می‌کند تا بتوانند به همان خوبی که اصول بالینی را می‌دانند، در عمل هم بتوانند انجام دهند (۹). ارزش آموزش بالینی ایده‌آل در پیشرفت فردی، حرفه‌ای و نیز مهارت‌های بالینی پرستاری غیر قابل انکار است و دانشجویان پرستاری، آموزش بالینی را مهم‌ترین بخش آموزشی خود می‌دانند و بیشترین مشکلات و نارضایتی‌ها را در ارتباط با آن مطرح می‌کنند (۱۰).

اما فراهم کردن تجارب باکیفیت برای توسعه شایستگی دانشجویان، یکی از مشکلات آموزش بالینی است و در بیشتر مواقع، دانشجویان آگاه و بااطلاع نیز بر بالین بیمار دچار سرگشتگی شده و نمی‌توانند مستقل عمل کنند و مسؤولیت مراقبت بیمار را بر عهده بگیرند (۱۱). دلایل متفاوتی مانند ناهماهنگی بین دروس نظری و کار بالینی و مشخص نبودن اهداف کارآموزی برای این مسأله ذکر شده است (۱۲).

در مطالعه ضیغمی و همکاران عواملی مانند مشخص نبودن شرح وظایف دانشجو در بخش، عدم شناخت جامعه و بیماران از حرفه پرستاری، عدم هماهنگی بین آموخته‌های نظری و کارهای عملی، انجام مراقبت‌های اولیه توسط دانشجو، عدم استفاده از فرایند پرستاری در مراقبت‌ها و نبود امکانات رفاهی برای دانشجویان از مهم‌ترین مشکلات آموزش بالینی ذکر شده است (۱۲) و در مطالعه‌ای دیگر تجارب دانشجویان از آموزش بالینی شامل فاصله بین آموزش و بالین، اضطراب در محیط درمانی، ترس از اشتباه و ارزشیابی توسط استاد بوده است (۸).

در هر یک از مطالعات، جنبه‌ای از مشکلات آموزش بالینی بیان شده است و توافق کاملی در مورد عوامل اثرگذار وجود ندارد. بر خلاف تأکید روزافزون بر آموزش بالینی اثربخش، معیارهای اثربخشی آموزش به وضوح تعریف نشده‌اند یا قابل اعتماد نیستند (۱۳).

پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر در مورد آموزش بالینی انجام شده است، نشان می‌دهد که هنوز یک برنامه آموزشی مناسب که انتظارات دانشجویان پرستاری را برآورده نماید، تنظیم و اجرا نشده است (۱) و برنامه‌ریزی برای آموزش به ویژه آموزش بالینی همواره از دغدغه‌های مسؤولین و مربیان می‌باشد؛ چرا که ضعف در برنامه‌ریزی آموزش بالینی در نهایت باعث ضعف مهارت‌های بالینی فارغ التحصیلان و کاهش کارایی و اثربخشی نظام آموزشی و کیفیت ارایه خدمات در جامعه خواهد شد (۱۴، ۲).

در سال‌های اخیر توجه زیادی به Mentoring در پرستاری شده است و استفاده از آن را به عنوان یک روش جهت جلوگیری از اضطراب و سردرگمی، ارتقای یادگیری فعال، ایجاد محیط مناسب برای یادگیری، اعتماد به نفس، افزایش تعاملات بین دانشجویان (۱۷-۱۵)، حمایت روحی، رضایت از دوره و خشنودی پرسنل (۱۸) معرفی می‌کنند و بیان می‌شود که این برنامه فاصله تئوری و عمل را پر کرده و باعث شکوفایی تفکر بحرانی در دانشجویان و غنی‌سازی توان حرفه‌ای، بهبود کیفیت مراقبت از بیمار و اعتماد به نفس پرستاران می‌شود (۱۹).

بر خلاف این که مطالعات زیادی روی یادگیری بالینی و کارآموزی در بخش‌های بیمارستانی انجام شده است، اما تحقیقات کیفی در رابطه با تجارب و ادراک دانشجویان پرستاری از کارورزی با برنامه Mentorship در جستجوی بانک‌های اطلاعاتی فارسی کشور یافت نشد. هر چند پژوهشی کمی (۱۶) به صورت موردی از این برنامه وجود داشت.

با توجه به اهمیت آموزش بالینی در تربیت نیروهای کار آزموده پرستاری و اهمیت بررسی ادراک و تجارب دانشجویان در رابطه با این برنامه و با عنایت به این که تجارب افراد مورد پژوهش از یک پدیده را فقط می‌توان به روش کیفی سنجید (۲۱، ۲۰)؛ پژوهش حاضر در قالب یک مطالعه کیفی با هدف درک تجارب و نظرات دانشجویان ترم آخر پرستاری که کارورزی خود را با روش Mentorship تجربه کرده بودند، صورت گرفت.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع آنالیز درون مایه‌ای (Thematic analysis) بود. تحلیل درون مایه‌ای روشی است

www.mui.ac.ir

که به درک مفاهیم پیدا و ناپیدای تعابیر کمک می‌کند (۲۲، ۲). نمونه‌گیری از بین دانشجویان ترم آخر دانشکده پرستاری خرم آباد در نیم‌سال دوم سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ که کارورزی خود را با برنامه Mentorship گذرانده و متمایل به بحث در ارتباط با تجارب خود نسبت به این دوره بودند، انجام شد. این روش برای اولین بار در دانشکده پرستاری خرم آباد اجرا شد.

دانشجویان ۲ ماه از کارورزی خود را با این برنامه و باقی‌مانده را با روش معمول کارورزی همانند سال‌های قبل طی کردند. افراد شرکت کننده در پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که این روش در متون برای پژوهش‌های کیفی مناسب عنوان شده است (۲۰). برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و نیمه ساختاردار (Semi structural) استفاده شد. این نوع مصاحبه، به دلیل عمیق بودن و قابل انعطاف بودن، خاص پژوهش‌های کیفی است (۲۰).

محور سؤالات در مصاحبه، شامل چگونگی گذراندن دوره کارورزی بود. مصاحبه‌های انجام شده با اجازه شرکت کنندگان ضبط و سپس کلیه مصاحبه‌های ضبط شده به صورت کلمه به کلمه دست‌نویس گردید و پس از آن چندین بار متن‌های دست نوشته خوانده شد و در مرحله بعد کدهای اولیه (جملات یا مفاهیم اصلی) استخراج گردید. کدهای اولیه که مربوط به هم بودند و می‌توانستند موضوعات بالقوه را تشکیل دهند در یک گروه قرار گرفته و هر یک از این موضوعات مرور شده و با گفته‌های مشارکت کنندگان تطابق داده شد. در مرحله بعد اصلاح و تعریف نهایی روی هر قسمت انجام گرفت.

مدت مصاحبه از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی Data saturation ادامه یافت؛ بدین معنی که در مصاحبه‌ها اطلاعات تازه‌ای توسط دانشجویان ارایه نمی‌شد. بر این اساس، ۱۶ دانشجو انتخاب و وارد مطالعه شدند. برای شرکت در مطالعه از دانشجویان رضایت آگاهانه اخذ و اطمینان لازم در مورد حفظ گمنامی و محرمانه بودن اطلاعات آنان داده شد. دانشجویان هر زمانی در طول مطالعه حق کناره‌گیری داشتند.

به منظور تبیین صحت و استحکام داده‌ها -که به نوعی مشابه روایی و پایایی پژوهش‌های کمی است- با استفاده از عینیت‌پذیری که از ویژگی‌های پژوهش‌های کیفی است، با بررسی مستمر داده‌های مطالعه، زمان کافی برای ارتباط مناسب داده‌ها اختصاص یافت (Engagement) و در روش جمع‌آوری داده‌ها از تلفیق (Triangulation) استفاده شد، سپس دست نوشته‌ها توسط مشارکت کنندگان در پژوهش (Member check) بازنگری و تأیید شده و در نهایت از شیوه کنترل توسط ۲ نفر متخصص (Peer check) در زمینه تحقیق کیفی استفاده و توافق نظر بر کدهای انتخابی و طبقه‌بندی موضوعات به دست آمد و سرانجام داده‌ها با کدگذاری سطح یک، دو و سه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این روش در مطالعات با انجام سه سطح کدگذاری توصیه شده است (۲۳، ۲).

یافته‌ها

شرکت کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۱۶ نفر دانشجوی پرستاری ترم آخر بودند که ۹ نفر از شرکت کنندگان زن و ۷ نفر را مرد تشکیل می‌دادند و میانگین سنی آن‌ها ۱/۴ ± ۲۲/۲ سال بود. با بررسی مصاحبه‌ها، ۵۹ کد مفهوم اولیه به دست آمد که با توجه به ماهیت مفاهیم به دو طبقه مزایا و معایب تقسیم شدند.

از پنج درون‌مایه فرعی در طبقه مزایا (جدول ۱) دو مورد (مشارکت در مراقبت و بهبود کیفیت) تحت عوامل مربوط به آموزش و ۳ مورد (رضایت دانشجو، توان و مهارت دانشجو و توان مربی) تحت عوامل فردی قرار گرفت. در طبقه معایب برنامه (جدول ۲) از شش درون‌مایه فرعی، دو مورد (پرسنل و مربی) تحت عوامل مدیریت و سه مورد (انضباط آموزشی، طرح درس و محدودیت وقت) تحت عوامل آموزشی قرار گرفتند.

۱-درون‌مایه‌های فرعی طبقه مزایا

الف. مشارکت در مراقبت که شامل شاخص‌های انجام همه فرایندهای درمان بیمار از پذیرش تا ترخیص، نوشتن گزارش پرستاری، ویزیت همراه پزشک، کاردکس کردن، تحویل گرفتن و تحویل دادن بیمار به نوبت‌های کاری قبل و بعد، پیگیری کارهای بیمار، ارایه آموزش‌های لازم به

www.mui.ac.ir

بیماران، مشاهده و انجام فرایندهای خاص و حضور و مشارکت در راند پرستاری و پزشکی بود. نقل قول از دانشجوی ۱ «بر خلاف کارآموزی‌های قبلی، در این طرح ما به تنهایی تمام کارهای بیماران خود را انجام می‌دادیم و در نهایت باید بیمار را به بخش تحویل می‌دادیم» و نقل قول از دانشجوی ۹ «در این طرح علاوه بر کارهای معمول بیماران، بدون این که اجبار مربی باشد در بخش به دنبال انجام کارهای بیمارانی بودم که در کارآموزی‌های قبلی یا ندیده بودم یا آن که به علت تعداد زیاد دانشجویان فرصت انجام آن برای ما پیش نیامده بود».

ب. بهبود کیفیت که شامل شاخص‌های دوام بیشتر یادگیری‌ها، عمیق‌تر بودن مطالب، ارایه مراقبت بر اساس فرم استاندارد فرایند پرستاری، بالا بودن کیفیت کنفرانس درون‌بخشی و بحث‌های گروهی، تطبیق تئوری و عمل، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و تفکر و الزام درونی به مطالعه کامل بیماری‌های بیماران بستری در هر بخش بود. نقل قول از دانشجوی ۱ «وقتی بیمار به ما تحویل داده می‌شد برای مراقبت باید تمام مطالب مربوط به بیماری و فرایند مراقبت پرستاری را مطالعه می‌کردیم. برای مثال در بخش عفونی وقتی با بیمار لوپوس اریتماتوز برخورد کردم و پرونده وی و کتاب‌ها را خواندم در حین تحویل دادن بیمار احساس می‌کردم مطالب این بیماری به خوبی در ذهنم مانده است».

جدول ۱: طبقه مزایا (درون‌مایه اصلی، درون‌مایه فرعی و شاخص‌ها)

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	شاخص‌ها
عوامل آموزشی بالینی	مشارکت در مراقبت	انجام کلیه فرایندهای درمان بیمار از پذیرش تا ترخیص، نوشتن گزارش پرستاری، ویزیت همراه پزشک، کاردکس کردن، تحویل گرفتن و تحویل دادن بیمار به نوبت‌های کاری قبل و بعد، پیگیری کارهای بیمار، ارایه آموزش‌های لازم به بیماران، مشاهده و انجام فرایندهای درمانی خاص، حضور و مشارکت در راند پرستاری و پزشکی
	بهبود کیفیت	دوام بیشتر یادگیری‌ها، عمیق‌تر بودن مطالب، ارایه مراقبت بر اساس فرم استاندارد فرایند پرستاری، بالا بودن کیفیت کنفرانس درون‌بخشی و بحث‌های گروهی، تطبیق تئوری و عمل، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و تفکر و الزام درونی به مطالعه کامل بیماری‌های بیماران بستری در هر بخش
عوامل فردی	رضایت دانشجو	افزایش اعتماد به نفس، طراحی خیلی خوب، استقلال، احساس عدم کنترل، کاهش استرس ورود به محیط کار، آشنایی با فرایند مدیریت بیمار و بخش و آشنایی با جو درون سازمانی پرستاران در محیط بالین
	توان و مهارت دانشجو	افزایش مهارت بالینی، افزایش مهارت برقراری ارتباط با پرسنل و بیمار، جلب اطمینان و اعتماد بیماران به علت استمرار ارتباط با آن‌ها، افزایش مهارت ارتباط با پزشک و هماهنگی و سرعت عمل بیشتر در انجام مراقبت
	توان مربی (منتور)	برخورد مناسب مربی، انعطاف‌پذیری بالا، حل مشکلات دانشجو، جوابگویی دقیق به سؤالات، ارایه تذکرات مفید در بخش‌ها، داشتن تجربه بالینی بالا و داشتن اطلاعات تئوری و بالینی به روز

www.mui.ac.ir

جدول ۲: طبقه معایب (درون‌مایه اصلی، درون‌مایه فرعی و شاخص‌ها)

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی	شاخص‌ها
عوامل مدیریتی	نقش پرسنل	رفتار نامناسب پرسنل، رفتار نامناسب سرپرستار، عدم احترام به دانشجو، عدم پذیرش دانشجو به عنوان تیم پرستاری، بی‌اعتمادی به دانشجو
	نقش مربی	عدم حمایت کافی از دانشجو، عدم نفوذ روی پرسنل در بخش‌ها، عدم جوابگویی به برخی سؤالات و عدم نظارت کافی روی عملکرد دانشجویان
	انضباط آموزشی	عدم انضباط حضور ورود و خروج دانشجویان، عدم تقسیم کار، بلاتکلیفی دانشجو در برخی بخش‌ها، بی‌مسؤولیتی و رها بودن دانشجویان و عدم انضباط کاری
عوامل آموزشی	طرح درس و قوانین آموزشی	مشخص نبودن شرح وظایف دانشجو، نبود طرح درس، آشنا نبودن سرپرستار و پرسنل به وظایف
	محدودیت وقت	عدم کفایت زمان در برخی بخش‌ها، عدم وجود زمان و فرصت برای شرکت در کنفرانس‌ها، محدودیت زمانی و نظم کنفرانس‌ها
	ارزشیابی	مشخص نبودن قسمت ارزشیابی برای دانشجو، ارزشیابی سلیقه‌ای بخش، ارزشیابی نامشخص مربی

ج. رضایت دانشجو که شامل شاخص‌های افزایش اعتماد به نفس، طراحی خیلی خوب، استقلال، احساس عدم کنترل، کاهش استرس برای ورود به محیط کار و آشنایی با فرایند مدیریت بیمار و بخش بود. نقل قول از دانشجوی ۱۲ «طرح خیلی خوبی بود، به ویژه برای من که حتی جلوی دوستانم قادر به صحبت درباره بعضی موضوعات نبودم، اجرای این طرح باعث شد اعتماد به نفسم افزایش پیدا کند». نقل قول از دانشجوی ۱۵ «برای افرادی که تجربه کار دانشجویی نداشتند، خیلی خوب بود. حالا من دیگر استرسی برای ورود به طرح پرستاری ندارم».

د. توان و مهارت بالینی که شامل شاخص‌های افزایش مهارت بالینی، افزایش مهارت برقراری ارتباط با پرسنل و بیمار و پزشک و هماهنگی و سرعت عمل بیشتر در انجام مراقبت بود. نقل قول از دانشجوی ۱۱ «زمانی که کارآموزی با مربی داشتیم مهارت آن چنانی پیدا نکردم، اما در این طرح درست مانند پرسنل عمل می‌کردیم و احساس می‌کنم مهارت بالینی‌ام خیلی بالا رفته است».

ه. توان مربی (منتور) که شامل شاخص‌های برخورد مناسب مربی (منتور)، انعطاف‌پذیری بالا، حل مشکلات دانشجو، جوابگویی دقیق به سؤالات و ارایه تذکرات مفید در بخش‌ها بود. نقل قول از دانشجوی ۲ «با وجود تعداد گروه‌ها و کارورزی در بخش‌های دیگر، بسیار انعطاف‌پذیر و پیگیر سؤالات بچه‌ها بودند. به دانشجو استرس وارد نمی‌کرد و بیشتر اوقات تذکرات به جایی می‌دادند».

۲-درون مایه‌ها در طبقه معایب که شامل دو دسته مدیریتی و آموزش می‌باشد.

الف. نقش پرسنل که شامل شاخص‌های رفتار نامناسب پرسنل، رفتار نامناسب سرپرستار، عدم احترام به دانشجو و عدم شناسایی دانشجو به عنوان تیم پرستاری بود. نقل قول از دانشجوی ۳ «این طرح برای سرپرستار تعریف نشده بود و به این دلیل مشکلات زیادی داشتیم، برای مثال انتظار داشتند تمام کارهای بخش را ما انجام دهیم و با وجودی که تمام کارهای بیماران را خودمان انجام می‌دادیم باز هم راضی نبودند و به دانشجو اعتماد نمی‌کردند». نقل قول از دانشجوی ۱۰ «گاهی مجبور به کارهایی می‌شدیم که وظیفه ما نبود، به

www.mui.ac.ir

عنوان مثال ما را مجبور می‌کردند که علایم حیاتی تمام بیماران بخش را بگیریم و آن‌ها را ترسیم کنیم. برای برخی از پرسنل و مسؤولین بخش‌ها سخت بود که ما داخل ایستگاه پرستاری بنشینیم یا از اتاق استراحت آن‌ها جهت نوشیدن چای استفاده کنیم».

ب. نقش مربی که شامل شاخص‌های عدم حمایت کافی از دانشجو، عدم نفوذ روی پرسنل در بخش‌ها، عدم جوابگویی به برخی سؤالات و عدم نظارت کافی روی عملکرد دانشجویان بود. نقل قول از دانشجوی ۶ «مربیان با پرسنل و مسؤولین بخش‌ها بسیار کنار می‌آمدند و به همان اندازه از دانشجو طرفداری نمی‌کردند. در کارآموزی با طرح قبلی مربی تمام وقت در کنار ما بود و اگر مشکلی پیش می‌آمد سعی در حل و طرفداری از دانشجو داشت». نقل قول از دانشجوی ۱۰ «دانشجویان در برخی بخش‌ها از سوی پرسنل پذیرش نمی‌شدند که تصور می‌کنم به دلیل عدم آشنایی پرسنل با مربی و ضعف ایشان در برقراری ارتباط مناسب با پرسنل ایجاد شده بود و ما حمایت لازم را از مربی دریافت نمی‌کردیم».

ج. انضباط آموزشی که شامل شاخص‌های عدم انضباط در حضور و ورود و خروج دانشجویان، عدم تقسیم کار، بلاتکلیفی دانشجو در برخی بخش‌ها، بی‌مسؤولیتی و رها بودن دانشجویان و عدم انضباط کاری بود. نقل قول از دانشجوی ۱۳ «برخی دانشجویان از عدم حضور مربی سوء استفاده کرده و بیشتر اوقات در اتاق استراحت و یا جاهای دیگر بودند و یا برای کارشناسی ارشد درس می‌خواندند. این دانشجویان مسؤولیت‌پذیر نبودند».

د. طرح درس و قوانین آموزشی که شامل شاخص‌های مشخص نبودن شرح وظایف دانشجو، نبود طرح درس و آشنا نبودن سرپرستار و پرسنل به وظایف بود. نقل قول از دانشجوی ۱۰ «مشخص نبودن حدود و وظایف پرسنل در این طرح در کنار این جمله مربی که می‌گفت "دانشجویان در این بخش در اختیار شما هستند" باعث تشدید مشکلات می‌شد» و نقل قول از دانشجوی ۷ «در روزهای شروع، در بخش‌ها مشکلات زیادی پیش می‌آمد؛ چرا که مسؤولین بخش‌ها در جریان طرح نبودند، وظایف بچه‌ها مشخص نبود و اطلاعات کافی برای انجام وظایف وجود نداشت».

ه. محدودیت وقت که شامل شاخص‌های عدم کفایت زمان در برخی بخش‌ها، عدم وجود زمان و فرصت برای شرکت در کنفرانس‌ها و محدودیت زمانی و نظم کنفرانس‌ها بود. نقل قول از دانشجوی ۳ «نتوانستیم وقت زیادی را در کنفرانس‌های درون‌بخشی صرف کنیم؛ چرا که زمان اندک بود و باید مربی به بقیه گروه‌ها هم رسیدگی می‌کرد». نقل قول از دانشجوی ۴ «گاهی وقت‌ها به دلیل این که مجبور به مراقبت پرستاری بودیم، فرصت شرکت در کنفرانس‌ها را نداشتیم و در بخش‌هایی مثل اورژانس بستری زمان کارورزی خیلی کم بود و تا زمانی که ما به مرز آمادگی برسیم، تمام شد».

و. به طور تقریبی تمامی دانشجویان به ارزشیابی اشاره داشتند که شامل شاخص‌های مشخص نبودن قسمت ارزشیابی برای دانشجو، ارزشیابی سلیقه‌ای بخش و ارزشیابی نامشخص مربی بود. نقل قول از دانشجوی ۱۰ «ارزیابی دقیق نبود و بهتر بود که ارزیابی‌ها بر اساس قسمت‌های از پیش اعلام شده باشند و دانشجو و پرسنل و مربی در جریان امور باشند. ما متوجه چگونگی ارزشیابی خود نشدیم، به عنوان مثال در بخش اورژانس با مسؤول بخش هیچ برخوردی نداشتیم و آن‌ها ما را نمی‌شناختند و در نهایت نمرات بچه‌ها با هم بسیار متفاوت بود». نقل قول از دانشجوی ۱۱ «قسمت‌های ارزشیابی معلوم نبود، افرادی که حضور منظم و مناسبی نداشتند، نمره‌هایی مثل ما گرفتند». نقل قول از دانشجوی ۶ «به نظر می‌رسید که شیوه ارزشیابی مناسب نبود. این که بیشتر نمره در اختیار مسؤول بخش باشد خوب نیست؛ چرا که مسؤولین برخی بخش‌ها به دلیل شلوغی و ازدحام کاری به ارزشیابی دانشجوها توجهی نشان ندادند و نظارت کافی بر انجام کارها نداشتند».

بحث

عرصه بالینی در حرفه پرستاری به عنوان یک محیط مهم برای یادگیری پرستاران محسوب می‌شود؛ چرا که نارسایی در فراهم نمودن امکان کسب یادگیری مناسب و مرتبط در عمل نه تنها برای دانشجویان، بلکه برای برنامه آموزشی و حرفه

www.mui.ac.ir

پرستاری عواقب ناخوشایندی به دنبال دارد (۲۴). مسؤولین و برنامه‌ریزان حرفه پرستاری برای برنامه‌ریزی و طراحی راهکارهای مناسب یادگیری مطلوب دانشجویان این حرفه به اطلاعات مبتنی بر شواهد و تحقیق نیاز دارند (۲۵).

نتایج این مطالعه نشان داد که این برنامه دارای مزایا و معایبی است و چنین استنباط می‌شود که این موارد ارتباط مستقیمی با عملکرد سیستم آموزشی، مربی و پرسنل بیمارستانی و در سطحی بالاتر با مدیریت آموزشی و درمانی دارد.

مشارکت بیشتر در مراقبت بیماران یکی از مزایای این برنامه بود. در آموزش بالینی باید انتخاب تجربیات به شیوه‌ای باشد که امکان تشریک مساعی و مشارکت جمعی با درگیر کردن متغیرهای تأثیرگذار در حیطه بالینی، دستیابی به اهداف مورد نظر را برای دانشجو فراهم نماید تا بتواند مراقبت از بیمار را به نحو احسن انجام دهد (۲۶).

یکی از راه‌های اصلاح این کمبود، طراحی دوره‌های آموزش بالینی بر اساس الگوهای یادگیری پیشرفته در این حیطه است. از آن جا که پرستاری یک علم است، بنابراین در آموزش این حرفه لازم است دانشجویان تئوری‌های پرستاری را در عمل به کار گیرند (۲۷).

در این برنامه توان مربی از دیگر نقاطی بود که اکثریت دانشجویان به آن اشاره کردند، اما مهارت مربیان بالینی در محیط‌های آموزشی متفاوت است و به طبع عملکرد متفاوتی گزارش می‌شود و نظر به این که کسب این گونه مهارت‌ها و اطلاعات از طریق محیط آموزشی و به وسیله مربیان آگاه به امور آموزش پرستاری صورت می‌گیرد؛ وجود مربیان مطلع، باسواد و ماهر برای این گونه تأثیرپذیری مورد نیاز است؛ چرا که نقش مربی به تنهایی آموزش مهارت بالینی نیست، بلکه پرورش مهارت تفکر نیز هست. تفکر انتقادی جزء اساسی و مکمل حرفه پرستاری است (۲۸).

Nahas و همکاران مهم‌ترین عامل اثربخشی مربی را کفایت بالینی و سپس ارتباط خوب او را با دانشجو معرفی کردند (۲۹) و ثناگو و جویباری از دانش و مهارت بالینی، ارتباط صحیح، مدیریت آموزشی، نقش حمایتی، اصول اخلاقی و اعتبار شخصی به عنوان معیارهای مربی بالینی شایسته نام می‌برند (۳۰).

بهبود کیفیت یادگیری در این برنامه که با شاخص‌هایی نظیر دوام یادگیری، عمقی بودن آن و افزایش قدرت تصمیم‌گیری توسط دانشجویان اشاره شد، از دیگر مزایایی بود که به طبع هر سیستم آموزشی در بالین و حتی تئوریک به آن نیازمند است. به خصوص فعالیت‌های پرستاری که مستلزم به کارگیری تفکر انتقادی در چهارچوب فرایند پرستاری است. با استفاده از این مهارت، تصمیم‌گیری‌های بالینی در جهت رفع نیازهای مددجویان و تعیین بهترین عملکرد به نحو مطلوب صورت می‌گیرد (۲۴)، اما اسلامی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ۹۴ درصد دانشجویان ترم آخر پرستاری از توانایی تفکر انتقادی ضعیفی برخوردار هستند (۳۱).

اما از معایب برنامه، نقش پرسنل بود که توسط بسیاری از دانشجویان مطرح شد. رفتار نامناسب و عدم پذیرش دانشجو در بخش از شکایات دانشجویان در این زمینه بود که به طور قطع آموزش بالینی را خدشه‌دار می‌کند. این مورد تنها در این برنامه مطرح نبوده است و بعضی مطالعات نقش اعضای تیم بهداشتی را منفی عنوان کرده و از نظر دانشجویان، پرسنل پرستاری و پزشکی با آنان همکاری مناسبی نداشتند و مربیان برخورد نامناسب پرسنل با دانشجو را مانع آموزش بالینی دانسته‌اند (۲۸).

در حالی که بهره‌گیری و پررنگ‌تر کردن نقش پرسنل بالینی به عنوان همکار آموزش بالینی در مقایسه با روش سنتی، کفایت و مقبولیت بالاتری در نظر دانشجویان و مربی و دانشکده داشته است (۲۸)، اما عدم همکاری پرسنل با مربی و دانشجو، عدم هماهنگی بیمارستان‌ها با برنامه‌های آموزشی، نداشتن امکانات و تسهیلات مناسب، عدم ارتباط مناسب از سوی پزشکان، سرپرستاران و پرسنل با دانشجو به عنوان مهم‌ترین مشکلات آموزش بالینی در مطالعه فصیحی هرندی و همکاران ذکر شده است (۳۲).

در مطالعه حاضر، دانشجویان مورد مطالعه اذعان داشتند که ارزشیابی‌های انجام گرفته بر اساس قسمت‌های اعلام نشده‌ای صورت گرفته و برخی دانشجویان اعلام کردند که ارزشیابی‌ها جنبه سوگیری داشته و با پیشینه ذهنی عملکرد

www.mui.ac.ir

دانشجو ارزیابی شده است. در این زمینه ضیغمی و همکاران در مطالعه خود به واقعی نبودن ارزشیابی دانشجویان اشاره می‌کنند و آن را یکی از دلایل ایجاد سرگشتگی آنان می‌دانند (۱۲). ارزشیابی منطقی و بدون سوگیری و منطبق با اهداف درس و با تکیه بر رفع اشتباهات می‌تواند باعث ارتقای عملکرد بالینی دانشجویان شود.

برای فعال‌سازی دانشجویان و رشد تفکر انتقادی، به کارگیری یک نظام ارزشیابی مؤثر می‌تواند مفید باشد. در مطالعه حاضر دانشجویان به فقدان یک نظام ارزشیابی مؤثر اشاره نمودند. نتایج مطالعه خدیوزاده و فرخی با هدف تعیین نقاط ضعف و قوت آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان نشان داد که اکثریت دانشجویان از روش‌های ارزشیابی بالینی رضایت نداشته و خواستار تجدید نظر مربیان در این زمینه بودند (۱۴).

شواهد بیانگر آن است که اکثریت مربیان از معیارهای ارزشیابی بالینی به درستی مطلع نیستند. به همین جهت آشنایی مربیان پرستاری با روش‌های ارزشیابی بالینی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد و لازم است در صورت عدم آشنایی آنان با ارزشیابی بالینی، دوره‌های آموزشی در جهت این مهم برگزار گردد (۳۳).

دانشجویان در این مطالعه از عدم حمایت مربی و عدم نفوذ او روی پرسنل یاد کردند که در مطالعه صالحیان و آرمات نیز دانشجویان عدم حمایت مربی را از علل دلسردی خود دانستند (۳۴). در یک مطالعه دیگر نیز عدم حمایت مربی از دانشجویان به عنوان یکی از مشکلات عمده بالینی در محیط‌های آموزشی مطرح شده است (۳۵). شاید یکی از دلایل این موضوع، عدم هماهنگی درون‌بخشی بین معاونت‌ها در سیستم آموزشی باشد که باید برای تأمین نیروی کارامد و برنامه‌ریزی مناسب در این راستا اقدامات مناسب انجام گیرد.

از معایب دیگر برنامه، مشخص نبودن وظایف دانشجویان به ویژه در آغاز دوره از دیدگاه آنان بود و همچنین عدم آشنایی پرسنل به شرح وظایف خود که از مشکلات آموزشی بالینی این طرح بود. این مشکل در مطالعات با روش دیگر کارورزی نیز گزارش شده است. ضیغمی و همکاران مهم‌ترین مشکل آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان را مشخص نبودن شرح وظایف دانشجو و ناهماهنگی بین آموخته‌های نظری و کارهای عملی معرفی می‌کنند (۱۲)، بنابراین شاید بتوان چنین قضاوت کرد که وقتی دانشجویان در دوره بالینی قرار می‌گیرند، انتظار برنامه‌ریزی دقیق و هدایت تمام مدت دارند که این موضوع به نظر می‌رسد با روش‌های آموزشی برای ایجاد تفکر انتقادی در دانشجو همخوانی ندارد.

نتیجه‌گیری

طبقاتی که از داده‌های این مطالعه ایجاد شد همگی در راستای ایجاد ساختار آموزشی مناسب برای یادگیری مطلوب دانشجویان و بهبود ارایه خدمات به جامعه است. از آن جایی که مشکلات و موانع موجود در زمینه آموزش بالینی مربوط به حیطه‌ها و عوامل مختلفی می‌باشد، به نظر می‌رسد کاهش یا بهبود این چالش‌ها مستلزم همکاری مربی، پرسنل بالینی، مدیران آموزشی، سرپرستاران، مدیران پرستاری، مسؤولان برنامه‌ریزی آموزشی و سایر مسؤولین رده بالای مدیریتی باشد. بهبود مشکلات و موانع موجود با همکاری مربیان، پرسنل بالینی، مدیران رده‌های مختلف پرستاری و سایر مسؤولین مربوط در جهت بررسی، شناخت و برنامه‌ریزی امکان‌پذیر است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی پرستاران و دانشجویان پرستاری که در این پژوهش مشارکت کردند، کمال تشکر را داریم.

References

1. Bahadoran P, Salami G. The relationship between expectations of the practical unit of nursing of maternity and newborn health and the rate of fulfilled expectations by nursing. Iran J Nurs Midwifery Res 2002; 7(3). [In Persian].
2. Khademalhoseini SM, Alhani F, Anoosheh M. Pathology of clinical training in nursing students of intensive care unit: A qualitative study. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2009; 2(2): 81-6. [In Persian].

www.mui.ac.ir

3. Taleghani F, Rafiee GH. Studied active period of clinical education of nursing students in Rafsanjan Medical University in 2001 [Project]. Rafsanjan, Iran: Rafsanjan University of Medical Sciences; 2001. p. 48. [In Persian].
4. Shahbazi L, Salimi T. Attitudes of nursing and midwifery students on clinical status. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2000; 2(8): 97-103. [In Persian].
5. Addis G, Karadag A. An evaluation of nurses' clinical teaching role in Turkey. Nurse Educ Today 2003; 23(1): 27-33.
6. Ahmadinejad Z, Ziaei V, Moravveji AR. Study satisfaction interns of Tehran University of Medical Sciences of quality clinical education using standard forms of measurement of job satisfaction. J Med Educ 2002; 4(8): 5-8. [In Persian].
7. Dunn SV, Burnett P. The development of a clinical learning environment scale. J Adv Nurs 1995; 22(6): 1166-73.
8. Shahrokhi K. Identify the stressors first training. Proceedings of the 1st conference on midwifery and nursing education; 1995 Jul 12-14; Hamadan, Iran. p. 20. [In Persian].
9. Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. BMC Nurs 2005; 4: 6. [In Persian].
10. Peirce AG. Preceptorial students' view of their clinical experience. J Nurs Educ 1991; 30(6): 244-50.
11. Abegglen J, O'Neill CC. Critical thinking in nursing: classroom tactics that work. J Nurs Educ 1997; 36(10): 452-8.
12. Zaighami R, Faseleh M, Jahanmiri SH, Ghodsbin F. Nursing student's viewpoints about the problems of clinical teaching. J Qazvin Univ Med Sci 2004; 8(1): 51-5. [In Persian].
13. Alavi M, Abedi HA. Nursing students' experiences from effective clinical education. J Sabzevar Univ Med Sci 2006; 13(3): 127-33. [In Persian].
14. Khadivzadeh T, Farrokhi F. Study strengths and weakness of clinical education of students on daily and night periods of nursing and midwifery Mashhad in 2003. Iranian J Med Educ 2005; 10(1): 67-8. [In Persian].
15. Bean KB. Mentoring. Gastroenterology Nursing 2005; 28(4): 275-6.
16. Yaghobian M, Salmeh F, Yaghobi T. Effect of mentorship program on the stressors in the nursing students during their clinical practice. J Mazandaran Univ Med Sci 2008; 18(66): 42-50. [In Persian].
17. Sprengel AD, Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. Nurse Educ 2004; 29(6): 246-50.
18. Rose GL, Rukstalis MR, Schuckit MA. Informal mentoring between faculty and medical students. Acad Med 2005; 80(4): 344-8.
19. Jarjoura J. On mentorship putting the. Spotlight on practice: News you can use. RNAO 2003; 2(3): 1-3.
20. Mahmoudirad G, Alhani F, Anousheh M. Nursing Students' and Instructors' Experience about Nursing Fundamental Course: A Qualitative Study. Iran J Med Educ 2009; 8(2): 293-303.
21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3(2): 77-101.
22. Manen M. Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. New York, NY: SUNY Press; 1990.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-12.
24. Heravi M, Rejeh N, Anoosheh M, Alhani F. Nursing students. Comprehension of Community Health Nursing Training in Field: A Qualitative Research. Iran J Med Educ 2011; 11(5): 526-38. [In Persian].
25. Barnard AG, Dunn SV. Issues in the organization and structure of clinical education for undergraduate nursing programs. J Nurs Educ 1994; 33(9): 420-2.
26. Kaplow R, Hardin SR. Title Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; 2007.
27. Alspach J, American Association of Critical-Care Nurses. Core curriculum for critical care nursing. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
28. Rahimi A, Ahmadi F. The Obstacles and Improving Strategies of Clinical Education from the Viewpoints of Clinical Instructors in Tehran's Nursing Schools. Iran J Med Educ 2005; 5(2): 73-81. [In Persian].
29. Nahas VL, Nour V, al-Nobani M. Jordanian undergraduate nursing students' perceptions of effective clinical teachers. Nurse Educ Today 1999; 19(8): 639-48.
30. Sanago A, Juybari L. Characteristics of a proper clinical trainer. Iran J Med Educ 2003; 3(10): 28.

www.mui.ac.ir

31. Islami A, Shekarabi R, Behbahani N, Jamshidi R. Critical thinking ability in nursing students and clinical nurses. Iran J Nurs 2004; 17(39): 15-29. [In Persian].
32. Fasihiharandi T, Soltani Arabshahi SK, Tahami SA, Mohammadalizadeh S. Viewpoints of medical students about the quality of clinical education. J Qazvin Univ Med Sci 2004; 8(30): 4-9. [In Persian].
33. Yektatalab SH, Najafi Pour S. The investigation of knowledge of nursing educators in Jahrom medical sciences faculty of clinical evaluation. Iran J Med Educ 2003; 3(10): 93-4. [In Persian].
34. Salehian M, Armat MR. Qualitative survey on nursing students experience in clinical education. J North Khorasan Univ Med Sci 2009; 1(2-3): 57-63. [In Persian].
35. Farnia F. Productivity in the clinical education from point of nursing and midwifery students. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2000; 8(2): 68-72.

www.mui.ac.ir

The Experiences of Nursing Students of the Mentorship Program: a Qualitative Study

Heshmat Heydari[1], Aziz Kamran[2], Razieh Mohammady[3], Reza Hosseinabadi[1]

Abstract

Background: clinical education is an essential part of nursing education, but unfortunately an appropriate program which can meet the expectations of the students has not been planned and executed. The aim of this qualitative study was to determine the experiences of nursing students of the Mentorship Program.

Methods: This was a qualitative and theme analysis study, in which sixteen nursing students were selected and interviewed. Data were collected with semi-structural and in-depth interviewing, and interviewing was continued until data saturation. All interviews were written on a paper and were analyzed in three levels.

Findings: By analyzing the data, we found 59 primary themes that were divided into two categories of strengths and weaknesses. Of the five sub-themes of the strengths category, two (participation in care, and quality improvement) were factors related to education and three (student satisfaction, abilities and skills of students, and abilities of the lecturer) were related to individual factors. Of the six sub-themes of the weaknesses category, two (staff, and lecturer) were of the management factors and three (discipline, lesson plan, time limitation) were education factors.

Conclusion: As it is suggested by the comments, this program had some strengths and weaknesses. Findings of this study are applicable to improving the clinical education of nursing students, their services in the society.

Keywords: Nursing, Mentorship, Clinical Education, Qualitative Study

1- Lecturer, School of Nursing, University of Lorestan, Khorram Abad, Iran
2- PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Auther) Email: a_kamranyen@yahoo.com
3- BSc, School of Nursing, University of Qom, Qom, Iran