

دانشور پزشکی

بررسی دیدگاه و تجربیات دانشجویان پرستاری در خصوص تمایل بیماران بستری به دریافت مراقبت توسط کارآموزان: اخلاق در آموزش

نویسندگان: اکرم ثناگو^۱، سهیلا کلاتتری^۲، ترانه طاهری^۳، لیلا جویباری^{۴*}

۱. دکترای پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری بهداشت جامعه و روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان
۲. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات علوم آزمایشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان
۴. دکترای پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری کودک و خانواده، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان

E-mail: jouybari@goums.ac.ir

* نویسنده مسئول: لیلا جویباری

چکیده

مقدمه و هدف: مطابق منشور حقوق بیمار نمی توان به صرف آموزشی بودن بیمارستان، روند آموزش یا پژوهش را به بیمار تحمیل کرد. اما برخی شواهد نشان می دهد در بسیاری از موارد، مراقبت از بیمار توسط دانشجویان بدون رضایت و تمایل بیماران صورت می گیرد که این امر یک چالش اساسی در آموزش پزشکی و اخلاق در آموزش بالینی می باشد. هدف از این مطالعه، تبیین دیدگاه و تجربیات دانشجویان علوم پزشکی در خصوص رغبت بیماران به انجام مراقبت توسط کارآموزان در مراکز آموزشی درمانی بوده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه کیفی با ۲۱ نفر از دانشجویان پرستاری بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف، مصاحبه های نیمه ساختار به عمل آمد. ملاک اتمام نمونه گیری اشباع داده ها بوده است. سؤالات در مورد تجربه دانشجویان از چگونگی رغبت بیمار به انجام مراقبت توسط دانشجویان بوده است. مصاحبه ها ضبط، خط به خط دست نویس و مطابق روش آنالیز «تحلیل محتوای مرسوم» کدگذاری، طبقه بندی و تشکیل مفهوم شد.

نتایج: از تحلیل داده ها یک مضمون اصلی «بی اعتمادی» و مضامین فرعی «عدم رعایت حقوق بیمار»، «عدم ایجاد ارتباط مؤثر انسانی با بیمار»، «لزوم آموزش اخلاق در عملکرد بالینی» و «نداشتن صلاحیت و مهارت بالینی» استخراج شد. مشارکت کنندگان در تجربیات مراقبتی خود سعی در جلب اعتماد بیمار داشتند و از طرفی بیماران با نگرانی و بی اعتمادی سعی در اجتناب از مراقبت شدن توسط کارآموزان داشتند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد دانشجویان پرستاری در کارورزی با چالش اخلاقی جلب رضایت بیماران برای مراقبت شدن توسط کارآموزان مواجه اند. به نظر می رسد آموزش علمی، آموزش مهارت های بالینی به منظور رسیدن به صلاحیت حرفه ای نسبی و همچنین دریافت آموزش های اخلاقی به دانشجویان پرستاری برای برخورداری از عملکرد بهتر در بالین کمک نماید.

واژگان کلیدی: اخلاق، آموزش، دانشجوی پرستاری، محیط بالینی، مراقبت از بیمار

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و سوم-شماره ۱۲۳
تیر ۱۳۹۵

دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۱۵
آخرین اصلاح ها: ۱۳۹۵/۰۳/۲۴
پذیرش: ۱۳۹۵/۰۳/۲۹

مقدمه

مهمی از وظایف دانشجویان است. این در حالی است که برخی بیماران خود تمایل به مشارکت در فرایند یادگیری دانشجویان و تعامل اجتماعی و درمانی با آنان دارند (۷). بسیاری از بیمارانی که به دنبال مراقبت‌های تشخیصی، درمانی و مراقبتی هستند در فرایند یاددهی و یادگیری به کار گرفته می‌شوند. این درگیری بر بیمار و مراقبت‌های ارائه‌شده به وی اثرات منفی دارد؛ نظیر به حاشیه کشیده شدن بیمار، عدم ارتباطات مناسب بین بیمار و کادر درمانی، احتمال وقوع آسیب جسمی، احتمال وقوع ناراحتی روحی و احتمال خدشه دار شدن حریم خصوصی بیمار. دانشجوی وظیفه دارد در مواجهه با بیمار خود را معرفی نماید و از بیمار کسب رضایت کند. ممکن است بیمار با دانستن اینکه طرف مقابل وی یک دانشجوی است و در حال تمرین و یادگیری است، از وارد شدن به فرایند آموزش سر باز زده و به دانشجوی اجازه مداخله را ندهد (۸). با این وجود مطالعات نشان داده‌اند که این ارتباط به طور صحیح شکل نگرفته است. اعتماد بیمار به دانشجوی همواره یکی از دغدغه‌های دانشجویان در محیط بالینی می‌باشد که مورد تأکید دانشجویان قرار گرفت و تندخویی و عدم همکاری بیمارانی به عنوان یکی از مشکلات و موانع آموزش بالینی بیان گردید (۹). مؤمنی و همکاران (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود رضایت بیمارانی را از عملکرد دانشجویان و عدم رضایت اندک را به علت عملکرد ضعیف در انجام مهارت‌های بالینی نشان دادند (۱۰). Oda و همکاران (۲۰۱۴) با اجرای مداخلاتی که روی کوریکولوم آموزشی در مدت شش سال انجام دادند به این نتیجه رسیدند که اصلاح کوریکولوم به سمت بیمارمحوری باعث بهبود صلاحیت بالینی دانشجویان و افزایش رضایت بیمارانی شده است (۴).

ایجاد ارتباط صحیح بین دانشجو و بیمار و اهمیت آن در آموزش بالینی و همچنین رعایت حقوق بیمار در راستای فرایند یادگیری و یاددهی بسیار حائز اهمیت است. تاکنون پژوهش‌های اندکی به طور تخصصی در

مسئله آموزش بالینی و آماده‌سازی دانشجویان برای پذیرش نقش‌های مختلف در عرصه‌های متعدد خدمات سلامت از مهم‌ترین فعالیت‌ها و اهداف دانشگاه‌های علوم پزشکی است که در آن فرصتی است تا دانشجو دانش تئوری خود را به مهارت‌های ذهنی روانی و حرکتی متنوعی که برای مراقبت از بیمار ضروری است، تبدیل کند (۱). محیط آموزش بالینی محیطی است که دانشجویان برای اولین بار آن را تجربه می‌کنند؛ بنابراین آشنایی زیادی با آن ندارند. آموزش‌های ارائه‌شده به صورت تئوری و نظری در کلاس‌های درس به طور کامل به موقعیت‌های بالینی انتقال نمی‌یابد. به همین دلیل دانشجو نمی‌تواند به طور کامل آموخته‌های خود را به طور مستقیم بر بالین بیمار به کار گیرد. از طرف دیگر، محدودیت‌های یادگیری در بالین بیمار و توجه به حقوق بیمار باعث گردیده است تا آموزش مهارت‌های بالینی، ارتباطی و ایجاد نگرش در دانشجویان اهمیت ویژه‌ای پیدا کند (۲). تعارض بین اولویت‌های آموزش پزشکی و مراقبت از بیمار و حفظ حرمت بیمار از مشکلات و مسائلی است که در فرایند آموزشی بالینی پیش روست. در آموزش بالینی نیز مثل سایر عرصه‌ها اصول اخلاقی احترام به فرد، سودرسانی، عدالت و عدم زیان‌رساندن به فرد، به عنوان حقوق بیمار باید مدنظر قرار گیرد (۳). حقوق بیمار یکی از محورهای اساسی در تعریف استانداردهای خدمات بالینی به شمار می‌رود و برخاسته از انتظارات بیمار از فرایند مراقبت و درمان می‌باشد. رعایت حقوق بیمار، رضایت بیمار را به دنبال داشته و رضایت بیمار یک چشم‌انداز مفید برای ارزیابی کیفیت آموزش است (۴) که منجر به پیروی وی از دستورات ارائه‌شده گشته که نتیجه رعایت این حقوق در بهبود وضعیت و کنترل بیماری وی کمک‌کننده است (۵). از این رو عدم رضایت بیمار در نهایت، منجر به کاهش اثربخشی خدمات و مراقبت مؤثر از بیمارانی می‌شود (۶). یکی از راه‌های کسب رضایت بیمارانی برقراری ارتباط مناسب بین بیمار و دانشجو می‌باشد که این خود بخش

شرکت دعوت شد. برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های انفرادی تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعات استفاده شد. تحلیل همزمان مصاحبه‌ها نشان داد که پس از مصاحبه با ۲۱ دانشجو، اشباع اطلاعات حاصل شده است.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری گردید. در ابتدای مصاحبه سؤالاتی برای آشنایی بیشتر محقق با مشارکت‌کنندگان و ایجاد جوّ مطمئن و صمیمانه مطرح و سپس سؤالات اختصاصی‌تر در راستای هدف پژوهش، از قبیل موارد ذیل مطرح شد: از تجربیات خود به هنگام مراقبت از بیمار برایمان بگویید. آیا تجربه‌ای در مراقبت از بیماران داشته‌اید که احساس کنید آن‌ها تمایل بیشتری به دریافت مراقبت توسط دانشجویان دارند؟ آیا تجربه‌ای از مراقبت از بیماران داشته‌اید که دال بر آن باشد که بیماران از مراقبت شدن توسط بیماران امتناع می‌ورزند؟ با توجه به پاسخ‌ها، به کرات سؤالات کاوشی، مانند «لطفاً این مورد را بیشتر توضیح دهید» نیز پرسیده شد. در مصاحبه نیمه‌ساختاریافته اگرچه محقق از قبل موضوعات و عناوینی را که برای پوشش دادن به اطلاعات لازم است، تهیه می‌کند، اما همه سؤالات از قبل تهیه نشده‌اند و جریان مصاحبه تا حد زیادی متکی بر سؤالاتی است که خودبه‌خود در تعامل بین مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده پیش می‌آید (۱۲). مدت زمان هر مصاحبه براساس نظر مشارکت‌کنندگان حدود ۴۵ دقیقه تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. البته برای رفع ابهام با بعضی دانشجویان مصاحبه تکمیلی نیز انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از شیوه تحلیل محتوای کیفی لاندمن و گرانهایم (Lundma و Graneheim) استفاده شد که شامل پنج مرحله «مکتوب‌کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام مصاحبه، خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و تعیین محتوای نهفته در داده‌ها» است (۱۱). در مطالعه حاضر هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌ها ضبط

این زمینه انجام شده است؛ اما به‌طورقطع با استفاده از روش‌های کمی نمی‌توان به بررسی عمیق ابعاد این پدیده، به‌ویژه از زاویه تجربیات دست‌اول خود این افراد پرداخت. بنابراین روش‌شناسی آن با الگوی طبیعت‌گرایانه و پژوهش کیفی سازگار می‌باشد. در نتیجه با توجه به اهمیت این موضوع در محیط یادگیری بالینی، در این مطالعه بر آن شدیم تا به تبیین درک دانشجویان پرستاری از تمایل بیماران به مراقبت شدن توسط کارورزان بپردازیم.

روشن‌کار

این مطالعه یک تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتواست که به منظور تبیین تجربیات دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان از تمایل بیماران بستری به دریافت مراقبت از سوی دانشجویان اجرا شده است. تحلیل محتوای کیفی، فرایند درک، تفسیر و مفهوم‌سازی، معانی درونی داده‌های کیفی می‌باشد (۱۱). مشارکت‌کنندگان دانشجویان پرستاری بودند که براساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه، دانشجو بودن در دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گذراندن حداقل چهار ترم تحصیلی و داشتن تجربه کارآموزی در بالین و تمایل برای به اشتراک‌گذاری تجارب بالینی خود بوده است. مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع، شامل ترم تحصیلی متنوع، جنسیت و قومیت وارد مطالعه شدند. ابتدا هدف از پژوهش و نحوه پژوهش و روش مصاحبه برای آنان توضیح داده شد و پس از جلب رضایت برای همکاری، از آن‌ها درخواست گردید تا فرم مشخصات جمعیت‌شناختی را تکمیل نمایند. در ضمن به افراد موردبررسی اطمینان داده شد که همه اطلاعات و متن مصاحبه فقط در اختیار پژوهشگر قرار دارد و آن‌ها می‌توانند در صورت تمایل و در هر مرحله از پژوهش، از مشارکت در آن کناره‌گیری نمایند. برای دعوت از مشارکت‌کنندگان به کلاس درس دانشجویان مراجعه و در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه از آنان برای

اعلام نظر نمایند. همچنین برای اینکه امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود، مراحل تحقیق و روند آن به طور کامل ثبت و گزارش شد.

یافته‌ها

از ۲۱ دانشجو که در این پژوهش مشارکت کردند، میانگین سنی شرکت‌کنندگان $21 \pm 2/43$ سال و ۱۵ نفر آنان زن بودند. از تحلیل داده‌ها یک درون‌مایه اصلی «بی‌اعتمادی بین بیمار و دانشجو» و چهار مضمون فرعی استخراج گردید (جدول شماره ۱).

شده و خطبه‌خط دست‌نویس شدند. برای درک کلی، محتوای گفته‌های مشارکت‌کنندگان چندین مرتبه خوانده شد و واحدهای معنا و کدهای اولیه استخراج و سپس کدها براساس شباهت طبقه‌بندی گردید. در طول مطالعه برای اطمینان از دقت و استحکام داده از روش‌های ایجاد اعتبار و درگیری طولانی مدت محقق با موضوع استفاده شد. بررسی‌کردن یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان (member check) انجام گرفت و بازنگری توسط ناظرین (external check) نیز صورت گرفت. به این صورت که برخی از متن‌های مصاحبه به همراه کدهای استخراجی و طبقات به‌دست‌آمده برای چند ناظر فرستاده شد تا جریان تجزیه و تحلیل را بررسی و دربارهٔ صحت کدگذاری

جدول شماره ۱. درون‌مایه‌های اصلی و فرعی استخراج‌شده از مصاحبه‌ها

| کد | زیر طبقه | طبقه |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| عدم حفظ حریم خصوصی بیمار توسط دانشجو معرفی نکردن خود به عنوان دانشجو در شروع مراقبت نگرفتن رضایت بیمار از استفادهٔ آموزشی عدم رعایت عدالت در مراقبت از بیمار تلاش دانشجو برای حرفه‌ای شدن بدون در نظر گرفتن بیمار حفظ اسرار بیمار و رازداری نداشتن حق انتخاب در مراکز آموزشی درمانی | عدم رعایت حقوق بیمار | عدم اعتمادی بین بیمار و دانشجو |
| معرفی نکردن خود به عنوان دانشجو در شروع مراقبت نداشتن اعتماد به نفس در ایجاد ارتباط با بیمار خستگی دانشجو آشنا نبودن با لهجهٔ بیماران ترس از انتقال بیماری به دانشجو درک ناکافی از نیازها و وضعیت بیمار نداشتن وقت کافی تفاوت جنسی بین بیمار و دانشجو دخالت‌های زیاد همراهان بیمار | عدم ایجاد ارتباط مؤثر انسانی با بیمار | |
| نداشتن قدرت استدلال اخلاقی در موقعیت‌های خاص نداشتن صلاحیت اخلاقی در عملکرد بالینی عدم تشخیص معضلات اخلاقی آشنا نبودن با ارزش‌های اخلاقی حرفه‌ای عدم ایجاد ارتباط مؤثر انسانی با بیمار | لزوم آموزش اخلاق در عملکرد بالینی | |
| نداشتن مهارت‌های لازم در انجام پروسیجرها عدم حمایت مریبان بالین در انجام مراقبت کمبود مریبان با تجربه زیادبودن تعداد دانشجویان تفاوت محیط بالینی با دروس تئوری | نداشتن صلاحیت و مهارت بالینی دانشجو | |

درد نداره و از این جور حرف‌ها اما هیچ وقت نشده که بگویم دانشجوییم چون میدونم برخوردها چه جوریه و نمیذارن کارهاشونو انجام بدم

مشارکت کننده ترم ۶: بستگی به شرایط داره اینکه مثلاً کارهای اورژانسی و کارهایی که نیاز به فوریت داره این جور جاها حتی اخذ رضایت هم از بیمار انجام نمیشه که بیایم خودمونو معرفی کنیم، ولی در اکثر موارد و قانون کلی این هست که بیایم و خودمونو معرفی کنیم و خود من در بخش‌های عادی (جنرال) که مثلاً کارها به صورت اورژانسی انجام نمیشه خودم را معرفی می‌کنم و برای بیمار توضیح میدم که چه کار قراره انجام بدم تا همکاری مریض با من بیشتر بشه چون بدون همکاری بیمار ما نمی‌تونیم به نتیجه برسیم. من خودمو معرفی می‌کنم اعتقاد هم دارم که باید خودمونو معرفی کنیم.

مشارکت کننده ترم ۵: بیماری داشتم که باید سرم نرمال سالین ۵۰۰ را برایش برقرار می‌کردم، خط وریدی نداشت و باید آنژیوکت می‌زدم اما با دیدن اتیکت روی روپوشم منصرف شد و خواست که ادامه ندهم و خیلی ترسیده بود من رفتم و به همراه یکی از پرستاران بخش برگشتم و به بیمارم گفتم که برای اینکه به من اعتماد پیدا کند یکی از پرستاران دیگر کار منو تحت نظر داشته باشه که اگر مشکلی پیش اومد به من کمک کنه با این پیشنهاد من راضی شد و کارش رو به بهترین نحو انجام دادم بدون اینکه بیمارم اذیت بشه ولی توی دلم خالی شده بود که نکنه کارشو درست انجام ندیم و حرفش ثابت بشه ولی در کل اتیکت [دانشجویان] را که اکثر بیمارها می‌بینن باهات همکاری نمی‌کنن و می‌گن که مریبات بیاد کارمو انجام بده... این خیلی بده و من اصلاً دوست ندارم اتیکتم را بزنم ... اعتماد به نفسم را می‌آورد پایین. به خاطر همین الان که کارآموزی بهداشت می‌روم سعی می‌کنم اتیکت نزنم که نفهمن من دانشجوی هستم.

عدم ایجاد ارتباط مؤثر انسانی با بیمار: کدهای استخراج شده حاصل از داده‌های مطالعه در این طبقه

عدم رعایت حقوق بیمار: این طبقه شامل عدم حفظ حریم خصوصی بیمار توسط دانشجو، معرفی نکردن خود به عنوان دانشجو در شروع مراقبت، نگرفتن رضایت بیمار از استفاده آموزشی، عدم رعایت عدالت در مراقبت از بیمار، تلاش دانشجو برای حرفه‌ای شدن بدون در نظر گرفتن بیمار، حفظ اسرار بیمار و رازداری و نداشتن حق انتخاب در مراکز آموزشی درمانی بوده است.

مشارکت کننده ترم ۴: فکر می‌کنم دانشجویها به مریض‌هایی که سطح اجتماعی پایینی دارند مراقبت نمیدن یا با اکره مراقبت میدن، قیافه‌هاشون تغییر میکنه و این خودش باعث میشه دیگه مریض بهش اعتماد نکنه مثلاً یادمه تو بخش اورژانس یه مریض کارتون خواب و از تو جوی آب آورده بودن که اوردوز کرده بود و خیلی بوی بد می‌داد... دانشجویها خیلی با حالت بد پیشش می‌رفتن... بقیه مریض‌ها شاید از اون بو اذیت میشدن اما بیشتر از حالت دانشجویها ناراحت شدن و فکر کنم اعتمادشون به دانشجویها این جوری کم میشه ولی پرسنل اصلاً این طوری نبودن و خیلی عالی از مریض مراقبت کردن و کارهاشو انجام دادن تا بهتر شد....

مشارکت کننده ترم ۵: بیماران میتونن به علت‌های مختلف به دانشجویها اعتماد نکنن، من بهشون حق می‌میدم و دوست ندارن دانشجویها کاراشو انجام بدن چون دانشجویها اصلاً رازدار نیستن و رفتار اخلاقی با مریض ندارن، وقتی یک کیس خاص می‌بینن یا مریضی که مشکلات ویژه‌ای داره هی به هم دیگه نشون میدن و میرن بالا سرش تو استیشن یا با دانشجویهای دیگه تجزیه تحلیل می‌کنن. مثلاً میان از مریض‌های خودکشی بی‌مورد هی شرح حال میگیرن و تا از اتاق بیرون نرفته همه اسرار مریض و برای همدیگه تعریف می‌کنن....

مشارکت کننده ترم ۷: خیلی کم پیش میاد که بگم دانشجو هستم البته من با بیمارم ارتباط برقرار می‌کنم مثلاً فامیلی‌ام را می‌گویم و می‌گویم اومدم کارتتان را انجام بدم و مثلاً می‌گویم زیاد وقتتان را نمی‌گیره و

صلاحیت اخلاقی در عملکرد بالینی، عدم تشخیص معضلات اخلاقی، آشنانبودن با ارزش‌های اخلاقی حرفه‌ای، عدم ایجاد ارتباط مؤثر انسانی با بیمار.

مشارکت کننده ترم ۵: من حتی بلد نیستم تو موقعیت‌های اخلاقی چطور برخورد کنم، حتی مفهوم‌های اخلاقی حرفه‌ای رو که همش تو کتاب‌ها خوندم و اصلاً نمیدونم چیه فقط شنیدم. خب معلومه اگر بلد نباشم تو کار بیمارستان رعایت هم نمی‌کنم در نتیجه بیمار به من اعتماد نمی‌کنه.

مشارکت کننده ترم ۵: مثلاً یادمه یک روز یک بیمار به دوستم فحش داد و به خاطر یک چیز کوچیک من نمی‌دونستم تو همچین موقعیتی چطور برخورد کنم و رفتار درست تو این موقعیت چیه؟!!!!

نداشتن صلاحیت و مهارت بالینی دانشجویان: نداشتن مهارت‌های لازم در انجام پروسیجرها، عدم حمایت مریبان بالینی در انجام مراقبت، کمبود مریبان با تجربه، زیاد بودن تعداد دانشجویان، تفاوت محیط بالینی با دروس تئوری از کدهایی بوده است که در این خصوص استخراج شد.

مشارکت کننده ترم ۷: بیماری داشتم که عمل آپاندکتومی انجام داده بود و در اون شیفت بایستی پانسمانش را عوض می‌کردم، راضی نمی‌شد پانسمانش را عوض کنم، مدام می‌گفت شما هنوز پرستار نشدید و باعث می‌شوید که جای عمل من عفونت کند و بدتر شود می‌گفت که شماها از پس پانسمان بر نمی‌آید و بگذاریم پرستار بخش این کار را کند.

مشارکت کننده ترم ۴: از طرفی می‌شه گفت بیمار حق داره، چون ما در دوره پراتیک خیلی کم آموزش می‌بینیم و آنژیوکت و تزریقات را روی مولاژ انجام می‌دهیم بعد یک‌باره می‌رویم بیمارستان و باید روی بیمار کار انجام بدهیم از این رو بهشون حق می‌دهم حتی اگه خانواده خودم باشند زیاد موافق نیستم که دانشجوی انجام بده چون خودم دیدم و می‌دونم چه جوریه که دانشجوی اصلاً کار بلد نیستن ولی از طرفی ما هم حق داریم بالاخره ما هم باید کار یاد بگیریم.

شامل موارد ذیل بوده است: معرفی نکردن خود به عنوان دانشجوی در شروع مراقبت؛ نداشتن اعتمادبه‌نفس در ایجاد ارتباط با بیمار؛ خستگی دانشجویان؛ آشنانبودن با لهجه بیماران؛ ترس از انتقال بیماری به دانشجویان؛ درک ناکافی از نیازها و وضعیت بیمار؛ نداشتن وقت کافی؛ تفاوت جنسی بین بیمار و دانشجویان؛ دخالت‌های زیاد همراهان بیمار.

مشارکت کننده ترم ۵: ... بعضی وقت‌ها که برای مریض‌های زن می‌خوام کاری انجام بدم یا حتی کار ساده‌ای مثل فشار خونشونو چک کنم، انگار معذب هستن و فکر میکنن من وارد حریم خصوصی‌شون شدم و تمایل ندارن که براشون کاری انجام بدم....

مشارکت کننده ترم ۴: بعضی از بیماران لهجه دارن و ما نمی‌تونیم با آنها ارتباط برقرار کنیم. این باعث میشه بیمار به جورایی تمایل نداره با دانشجویان ارتباط برقرار کنه. به خصوص تو استان گلستان که ما هستیم قومیت‌های زیادی هست مثل ترکمن، فارس، بلوچ، گُرد و ... که هر کدوم اعتقادات خاصی دارن و ما هم دانشجوی اگر از استان دیگه اومده باشیم اصلاً نمی‌تونیم درست برخورد کنیم تا مریض‌ها ناراحت نشن. یادمه یک عصر تو اورژانس کشیک بودم که یک بیمار مرد مسن با قومیت ... با حال بد روی تخت نشسته بود و زانوهایش بغل گرفته بود. اصلاً نمی‌داشت برایش کاری انجام بدم بعداً متوجه شدم ایشون از افراد مذهبی قوم خودشون هستند و نمیذارن خانم‌ها بهشون نزدیک بشن....

مشارکت کننده ترم ۸: بعضی از روزها خیلی خسته‌ام یک جا شب‌کار بودم، صبح باید برم بخش دیگه کشیک بدم. خب معلومه فقط این جور مواقع می‌خوام کارهای بخش و پرستارا تموم شه و به بیمارها اصلاً توجه نمی‌کنم، انگار اونا فقط یک ابزارند متأسفانه، مریض‌ها متوجه میشن و از اونجایی که دانشجوی هستیم به آدم اعتماد نمی‌کنن.

لزوم آموزش اخلاق در عملکرد بالینی: نداشتن قدرت استدلال اخلاقی در موقعیت‌های خاص، نداشتن

حقوق بیمار، نداشتن مهارت و صلاحیت بالینی کارآموز بوده است. ضمن اینکه دانشجویان نیز بر این باور بودند عدم دریافت آموزش درباره اخلاق در بالین، آن‌ها را در برخورد با شرایط چالش‌برانگیز دچار مشکل و تردید به هنگام تصمیم‌گیری و رفتار درست می‌نماید.

یافته‌های حاضر نشان داد رعایت حفظ حریم خصوصی بیماران به‌عنوان یکی از علل ایجاد بی‌اعتمادی بیماران به کارآموزان بوده است. امید و همکاران (۱۳۹۱) معتقدند موقعیت‌های بالینی اساتید و دانشجویان برای انجام معاینات فیزیکی در آموزش بالینی حفظ حریم خصوصی بیمار را تهدید می‌کنند. این در حالی است که در بخش‌های آموزشی درمانی به لحاظ کمبود امکانات، محدودیت برای حفظ حریم خصوصی بیمار وجود دارد در نتیجه بیمار احساس می‌کند که حریم خصوصی آن‌ها با مداخله دانشجو و دسترسی آن‌ها به مدارک پزشکی شکسته می‌شود و در هنگام آموزش معاینات حرمت آنان با در معرض دید بودن بدن خدشه‌دار می‌شود (۸). مطالعات متعددی دال بر عدم رضایت بیماران از حفظ حریم خصوصی در حین انجام مراقبت‌های بالینی و مراقبتی است (۱۳-۱۴-۱۵).

صدازدن بیمار به‌جای شماره تخت، کسب اجازه و درزدن به هنگام ورود به اتاق بیماران، معرفی خود قبل از انجام روش‌های درمانی و توجه به اصول مذهبی و اعتقادی بیماران، همه جزو مواردی است که در بیمارستان رعایت نمی‌شود و باعث بی‌اعتمادی بیماران می‌گردد (۱۶). دانشجویان قبل از هر چیز باید با این مسائل و موازین آشنا باشند تا بتوانند در عملکرد بالینی خود به‌درستی اعمال وظیفه نمایند و شاید بتوانند به‌نوعی حس اعتماد را این‌گونه در بیماران ایجاد نمایند.

ارائه خدمات باید بر پایه نیازهای سلامتی و بدون توجه به نژاد، مذهب، جنس و توانایی پرداخت افراد باشد. توزیع عادلانه منابع باید با در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی مانند افراد ناتوان، پیر و فقیر باشد (۱۷). عدم رعایت عدالت در مراقبت توسط دانشجویان از دیگر موارد ایجادکننده بی‌اعتمادی در بیماران بستری

مشارکت‌کننده ترم ۴: بهتره یه کاری را می‌خواهیم برای مریض انجام بدهیم یکم مهارت خودمان را در نظر بگیریم که این کار را بلدیم یا نه یا اینکه همین‌طور تمرینی می‌خواهیم و نیاز به یادگیری بیشتری داریم، اگه نیاز به یادگیری بیشتری داریم بهتره بگذاریم برای دفعه بعدی چون بازم پیش میاد. مثلاً اوایل تازه شروع کردیم به خون‌گیری، ولی من الان خسته هم شدم پس عجله لازم نیست. اینکه بعضیا میگن باید همون بار اول جسارت به خرج بدهی، به نظر من دیگه این جسارت و شجاعت نیست. باید وقتی شروع کنیم که مهارت کافی را داریم. این جوری هم مریض راضی‌تره هم آدم خودش راحت‌تره.

مشارکت‌کننده ترم ۶: چون گروهی رفته بودیم تو بخش بیمار می‌دانست که ما دانشجو هستیم، تو بخش جراحی زنان بودیم می‌خواستیم پانسمان عوض کنیم بیمار نمی‌گذاشت برایش انجام بدهیم بیمار شکستگی فمور داشت به او گفتم فرقی بین من دانشجو و پرستار بخش نیست. بیمار می‌گفت: «نه نمی‌گذارم». استاد از من حمایت کرد و گفت: «هیچ فرقی بین دانشجو و پرستار نیست». اولش نگذاشت بعد که استاد باهاش صحبت کرد و بهش گفت: «من بالا سرش هستم و نظارت می‌کنم اینها بلدند» بیمار راضی شد. چون خود بیمار پانسمان عوض کردن را می‌دید می‌گفت: «بتادین کم زدید، پرستار بخش بیشتر می‌زد» استاد بهش گفت: «ما می‌خواهیم زخم را ضدعفونی کنیم، نمی‌خواهیم که با بتادین بشوریم.» بعد به خاطر رضایت بیمار بتادین بیشتری ریختیم چون ما دانشجو بودیم می‌خواست یه جوری نشون بده که ما درست انجام ندادیم و گفت من دردم گرفت و....

بحث

تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که تمامی مشارکت‌کنندگان عدم تمایل بیماران برای دریافت مراقبت توسط کارآموزان را ناشی از بی‌اعتمادی بیماران می‌دانستند و این بی‌اعتمادی حاصل از عدم رعایت

فراگیری رویکردهای اخلاقی ارتباط با بیمار می‌گردد (۲۱). در پژوهش حاضر دانشجویان بیان نمودند آموزشی در مورد مباحث اخلاق حرفه‌ای موجود در بالین دریافت نکرده‌اند؛ در نتیجه این امر باعث گردیده که آنان نتوانند با معضلات اخلاقی موجود در بالین روبه‌رو گردند و یا آن را به‌طور صحیح مدیریت کنند. در نهایت تمامی این عوامل روی تمایل بیمار مبنی بر دریافت مراقبت از دانشجو اثر می‌گذارد. از درستکاری و صداقت به‌عنوان ویژگی‌های کلیدی صلاحیت اخلاقی گروه‌های پزشکی در محیط‌های علمی و آموزشی یاد شده است (۲۳). در مطالعه حاضر دانشجویان پرستاری مورد مطالعه اذعان داشتند که نداشتن ارتباط انسانی مؤثر با بیماران از عوامل ایجاد بی‌اعتمادی در آنان می‌باشد و به نحوی این موضوع نشئت گرفته از آموزش ناکامل آنان در این زمینه می‌باشد. امروزه آموزش مهارت‌های ارتباطی جزئی از برنامه‌های آموزش پرستاری در کشورهای پیشرفته است. آماده‌سازی دانشجویان برای تعامل و ایجاد ارتباط سازنده با مددجویان برای حرفه پرستاری ضروری است (۲۴). در واقع امروزه آموزش پزشکی از تخصص‌گرایی و آموزش تئوری محض به‌سوی کسب مهارت‌های انسانی و ارتباطی معطوف شده و این موضوع از متغیرهای مورد قضاوت در تعیین صلاحیت و توانایی پزشکان قلمداد می‌شود (۲۵). مهارت ارتباط با بیمار موجب توفیق در گرفتن اطلاعات کافی از وی، تشخیص صحیح، جلب اطمینان بیمار و در نهایت درمان موفقیت‌آمیز می‌گردد (۲۶). تمامی این مطالعات بیانگر اهمیت آموزش مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان و نهایتاً تأثیر بسزای آن در امر مراقبت از بیمار می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد دانشجویان پرستاری در کارآموزی و کارورزی با چالش اخلاقی جلب رضایت بیماران برای مراقبت‌شدن توسط کارآموزان مواجهند. کارآموزان پرستاری از مهارت‌های بالینی کافی

در مطالعه حاضر بوده است. دانشجویان اظهار داشتند در برخی موارد عدالت را در بین بیماران رعایت نمی‌کردند و این امر خود باعث ایجاد بی‌اعتمادی در بیماران می‌شود. شواهد دیگری نیز نشان دادند که دانشجویان «بُعد عدالت» را در مراقبت از بیماران و به‌عنوان یکی از ابعاد مهم ارزش‌های حرفه‌ای کمتر مورد توجه قرار می‌دهند (۱۸، ۱۹). این مطالعات با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد و نشان‌دهنده اهمیت کم بُعد عدالت در مراقبت از بیماران بستری است. با آموزش مفهوم عدالت در سلامت برای دانشجویان می‌توان الگوی مناسبی جهت دستیابی به عدالت در سلامت در جامعه ارائه نمود.

یکی از مضامین درخصوص بی‌اعتمادی بیماران حاکی از نداشتن مهارت کافی و صلاحیت در عملکرد بالینی کارآموزان بوده است. دانشجویان معتقد بودند کمبود مربیان باتجربه موجب می‌شود تا آنها هم از عملکرد بالینی بالایی برخوردار نباشند. در مطالعه سلیمی و همکاران (۱۳۹۱) دانشجویان اظهار داشتند کمبود صلاحیت و تجربه مربیان و سوء مدیریت مربی از موارد ضعف در آموزش بالینی است (۲۰). نتایج مطالعه مذکور با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. بی‌تجربگی و سوء مدیریت به‌نوعی می‌تواند روی عملکرد دانشجویان تأثیر گذارد. در نتیجه بیماران به‌عنوان ناظران چنین موقعیت‌هایی نوعی عدم تمایل و اطمینان از دانشجویان را نشان می‌دهند.

در سال‌های اخیر با افزایش موارد مشکل اخلاقی، ترویج اخلاق حرفه‌ای در میان دانشجویان علوم پزشکی اهمیت خاصی یافته است (۲۱). در یک بررسی شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند دانشجویان در مدت زمان طولانی‌تری در محیط بالینی می‌توانند موضوعات اخلاقی را دنبال کنند؛ در نتیجه تمرین و تجربه عینی بیشتر در بالین قابل انجام است. ارائه درس اخلاق پزشکی در دوره بالینی ضروری می‌باشد و ارائه آن وظیفه گروه آموزشی می‌باشد (۲۲). مواجهه بیشتر با چالش‌های اخلاقی، موجب تمایل بیشتر دانشجویان به

کارآموزان و کارورزان پرستاری است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بدین وسیله از حمایت‌های کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و همچنین از تمامی دانشجویانی که به محققین اعتماد نمودند و تجربیات خود را به اشتراک گذاردند صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

منابع

1. Tavakoli MR, Khazaei T, Toliyat M, Ghorbani S. The Quality of clinical education from the viewpoints of students and instructors of paramedical and nursing-obstetrics schools of Birjand University of Medical Sciences. Bimonthly official Publication Dederal Daneshvar. 2014; 21 (110): 41-48 [Persian].
2. Khajavi khan J, Seidy Nia M.R, Zorosh Kord M, Peiman H, Saieh Miri K, Hafez A.A. Medical students' attitudes toward the endotracheal intubation in two real methods and the use of mannequins. Journal of School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services 2013; 23(80): 66-73 [Persian].
3. Abdolmaleki M.R, Afshar L, Momeni S. A review of conflict of law students and patients in clinical education. Journal of Medical Ethics 2014; 8(27):115-127 [Persian].
4. Oda Y, Onishi H, Sakemi T, Fujimoto K, Koizumi S. Improvement in medical students' communication and interpersonal skills as evaluated by patient satisfaction questionnaire after curriculum reform. Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition. 2014; 55(1): 72-77.
5. Astaraki P, Mahmoudi G A, Anbari K, Hosseini N. Evaluation of respect for patient's rights from the viewpoint of hospitalized patients in Shohada Ashayer Hospital of Khorramabad city in 2013-2014. YAFTEH 2015; 17(1) :5-14 [Persian].
6. Shakerinia I. Relationship between doctor and patient and that's effect on patient satisfaction with the treatment process. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2009; 2(3): 9-16. [Persian].
7. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to1998. Journal of Advanced Nursing 2001; 33(1): 42-50.
8. Omid A, Adibi P, Bazrafkan L, Johari Z, Shakour M, Yousefi A R. A Review on Some Aspects of Patient' Rights in Clinical Education. Iranian Journal of Medical Education. 2012; 11 (9): 1299-1311[Persian].
9. Azmian A, Motamed N, Usefi MR. Factors facilitating and effective clinical education from the viewpoints of clinical students of Bushehr University of Medical Sciences in 2009. Development of Education Jundishapur 2015; 6(1):8-17 [Persian].
10. Momeni H, Salehi A, Seraji A, Sanagoo A, Karami A, Mirshekari M et al . Patient Satisfaction with the Care Given by Students: a Cross-Sectional Study. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery 2015; 12 (1): 85-93 [Persian].
11. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24(2): 105-12.
12. Sharif F, Jahanpour F, Salsali M, Kaveh MH. Clinical decision making process in last year nursing students: a qualitative study. Iranian Journal of Nursing Research 2010; 5(16): 21-31. [Persian].
13. Aghajani M, Dehghan Nayeri N. Survey of the various aspects of patient privacy in Selected Emergency Department of Tehran University of Medical Sciences. J Medical Ethics and History of Medicine 2008; 2(1):59-69 [Persian].
14. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. Journal of Clinical Nursing 2008; 17(20): 2709-17
15. Rasti R, jahanpour F, Ravanipor M, Hossanee S. Evaluation of Patients' Views about Personal Privacy during Nursing Care. Journal of Zabol University of medical sciences and health services 2014; 6(2): 54-63 [Persian].
16. Jahanpour F, Rasti R. Viewpoints of Nurses and Patients on Paying Respect to the Privacy of Patients in Care. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2014; 24 (111) :34-42 [Persian].
17. Aabasi M, Gooshki A. Ethical issues in human genetics research. Journal of Medical Ethics 2010; 4(1):11-37 [Persian].
18. Michal Rassin RN. Values grading among nursing students—differences between the ethnic groups. Nurse Education Today 2010; 30(5): 458-63.

19. Pourama A, Azizzadeh Forouzi M, Asadabadi A. Professional values from nursing students' perspective in Kerman province: a descriptive study. *International Journal of Medical Education*. 2015; 7 (6): 79-88.[In Persian].
20. Salimi T, Khodayarian M, Rajabioun H, Alimandegari Z, Anticchi M, Javadi S et al. Survey on viewpoints of nursing and midwifery students and their clinical instructors at Faculty of Nursing and Midwifery of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences towards clinical education during 2009-2011. *Journal of Medical Education and Development* 2012; 7(3):67-78 [Persian].
21. Taboli H, Rezaeian M. Development of Medical Ethics Strategies in Rafsanjan University of Medical Sciences. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2010; 9 (3): 195-209 [Persian].
22. Ghias K, Rehmani Lakho G, Asim H, Syed Azam I, Abdul Saeed S. Self-reported attitudes and behaviors of medical students in Pakistan regarding academic misconduct: a cross-sectional study. *BMC Medical Ethics* 2014 15:43.
23. Yosefi M.R, Ghanbar M.R.I, Mohagheghi M.A, Emami Razavi S.H. The Possibility of Including Medical Ethics Courses in the Clinical Training of Medicine Students: Academic Members' Viewpoints. *Strides in Development of Medical Education*. 2012; 9(1): 1-10 [Persian].
24. Mirhaghjou S.N, Nayebi N, Majd Teymouri R, Kazemnejad L.E. Communication skills and related factors within patient by nursing student. *Holistic Nursing And Midwifery Journal* 2015; 25(2):93-101 [Persian].
25. Karimi-Moonagi H, Montazeri R, Amini M, Shakeri M, Yavari M, Khajehdaluee M. et al. The Concurrent Validity of Using Simulated Patient and Real Patient in Communication Skills Assessment of Medical Students. *Strides in Development of Medical Education* 2014; 11 (1) : 65-74 [Persian].
26. Jalalvandi M, Sohrabi M R, Jamali, Taghipoor Zahir A. The Association between Patient-centered Hidden Curriculum and Medical Students' Communication Skills. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 13 (11): 920-930 [Persian].