

شالوده صلاحیت بالینی دانشجویان پرستاری در کارآموزی عرصه و ارائه‌ی مراقبت‌های انسانی بیمار محور

نویسندگان:

مینا جوزی^۱، زهره ونکی^{۱*}، عیسی محمدی^۱

۱- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 2, Number 4, Winter 2014

چکیده:

مقدمه: کسب صلاحیت بالینی برای ارائه‌ی مراقبت به بیماران، هدف اصلی آموزش دانشجویان پرستاری محسوب می‌گردد؛ به ویژه در دوره‌ی کارآموزی عرصه، که آخرین دوره‌ی آموزش لیسانس پرستاری در ایران محسوب می‌گردد و دانشجویان برای ورود به مرحله‌ی بالینی به عنوان پرستاران تازه کار آماده می‌شوند. هدف از این پژوهش؛ تبیین ابعاد صلاحیت بالینی دانشجویان پرستاری در این دوره می‌باشد.

روش کار: در این تحقیق کیفی، از روش تحلیل محتوایی از نوع متعارف استفاده گردید. ۱۶ نفر از دانشجویان، مربیان و پرسنل با تجربه در آموزش بالینی دوره‌ی عرصه از دانشگاه‌های مختلف کشور، پس از رعایت ملاحظات اخلاقی، مورد مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختاری قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده، پس از ضبط و نسخه برداری با نرم افزار «Maxqda2007» بررسی شده و مضامین به صورت استقرایی بر اساس مراحل ۷ گانه، آنالیز محتوایی از نوع قراردادی ارزیابی شدند.

یافته‌ها: طی تحلیل داده‌ها یک درون مایه‌ی اصلی (مراقبت انسانی بیمار محور) و ۴ طبقه، شامل: داشتن نگاه انسانی به بیمار، ارتباط با بیمار و خانواده، ارائه‌ی مراقبت علمی بر اساس نیازها و شرایط بیمار و حفظ ایمنی بیمار مشخص شدند.

نتیجه گیری: توصیه می‌شود؛ در دوره‌ی عرصه به عنوان آخرین زمان آموزش، دانشجویان تدابیر خاصی در جهت کسب صلاحیت ارائه‌ی مراقبت انسانی بیمار محور را به دست آورند.

واژگان کلیدی: صلاحیت، اخلاق، مراقبت بیمار محور، آنالیز محتوا، دانشجوی پرستاری

J Educ Ethics Nurs 2014;2(4):51-9

مقدمه:

امروزه محیط مراقبت پرستاری، نیاز به پرستاری دارد که بتواند به طور مستقل در یک سطح باصلاحیت کار کند و این در حالی است که پرستاران شاغل و مدیران در مورد عملکرد فارغ-التحصیلان جدید ابراز نگرانی می‌کنند. بنابراین اولین چالش کاری، برای اطمینان یافتن از این که صلاحیت در دانشجویان ایجاد شده؛ زمانی است که آنان در شرف فارغ التحصیلی هستند و دانشکده باید صلاحیت آنها را مورد تأیید قرار دهد [۴]. در کشور ایران این مرحله، همان دوره‌ی عرصه است. دوره‌ی عرصه در رشته‌ی پرستاری در ایران، یکی از بخش‌های عمده‌ی آموزش پرستاری را تشکیل می‌دهد و در برنامه ریزی-

صلاحیت، مفهوم پیچیده‌ای است که به عنوان بازده نهایی هر سیستم آموزشی، دربرگیرنده‌ی حیطه‌های مختلف یادگیری است [۱]. صلاحیت پرستاری، طیف وسیعی از دانش، عملکرد و توانایی‌ها را در زمینه‌های مختلف بالینی مانند: مهارت‌های تکنیکی و ارتباطی، دانش، استدلال بالینی، عواطف و ارزشها در بر می‌گیرد [۲]. جوامع حق دارند؛ انتظار دریافت مراقبت سلامتی ایمن و با صلاحیت داشته باشند [۳]. برای برآورده ساختن این انتظار، پرستاران باید از نظر حرفه‌ای با صلاحیت باشند.

* نویسنده مسئول، نشانی: تهران- اتوبان شهید چمران- پل نصر - دانشگاه تربیت مدرس

پست الکترونیک: Vanaki_z@modares.ac.ir

تلفن تماس: ۰۲۱۸۲۸۸۳۸۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۰

و... استفاده شود. این دانشجویان از افرادی بودند که دوره ی عرصه را به اتمام رسانده بودند و مریمان نیز، سابقه ی متفاوت آموزش بالینی عرصه را در بخش های مختلف بالینی (اطفال، مدیریت، داخلی، جراحی، زنان، و...) داشتند (از یک سال تا ۱۱ سال). از آن جا که در سیستم آموزشی ایران، علاوه بر؛ اعضای هیأت علمی دانشگاهها، پرسنل بالینی و دانشجویان ارشد پرستاری نیز در آموزش دوره ی عرصه به عنوان مربی بالینی نقش دارند، سعی شد؛ از گروه های مختلف مریمان استفاده شود. قبل از شروع مصاحبه، علاوه بر هماهنگی قبلی صورت گرفته، مصاحبه کننده مجدداً خود را معرفی و با بیان اهداف تحقیق واطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات، از شرکت کننده برای ضبط مصاحبه اجازه می گرفت. مصاحبه ها در مکانی آرام و در محیطی غیررسمی و صمیمانه انجام شد و بین ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه با میانگین ۷۰ دقیقه طول می کشید. تعدادی از سوالات کلی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شدند که نیاز به پاسخی روشن و آشکار داشت که مسأله را به خوبی تفسیر کند. با توجه به پاسخ های شرکت کنندگان، سوالات بعدی از آنها پرسیده شد. سؤال اصلی تحقیق از مریمان عبارت بود از: "بر اساس تجارب شما دانشجویان در دوره ی عرصه چه صلاحیت های بالینی را کسب می کنند؟" و از دانشجویان: در دوره ی عرصه چه صلاحیت هایی را کسب نمودید؟" که با سوالات بعدی بر اساس پاسخ شرکت کنندگان ادامه می یافت. همه ی مصاحبه ها توسط دستگاه دیجیتالی ضبط شده و در اولین فرصت به حافظه ی کامپیوتر منتقل گردید و با استفاده از نرم افزار « Maxqda2007 » مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پژوهشگران در این روش، در به کارگیری طبقاتی که از قبل تعیین شده؛ اجتناب کرده و به منظور دستیابی به اطلاعات دقیق و معتبر از یک روش سیستماتیک و شفاف جهت پردازش داده ها استفاده نمودند [۱۱]. مراحل طی شده در این پژوهش عبارتند از: مرتب کردن داده ها، تصمیم گیری در خصوص واحد تجزیه و تحلیل، طراحی جهت توسعه ی کدها و طبقات، کدگذاری بر اساس نمونه ی متن، کدگذاری تمام متن، رسیدن به ثبات در کدگذاری، نتیجه گیری درباره ی داده های کدگذاری شده و گزارش روش ها و یافته ها، که در قالب این مقاله ارائه می گردد [۱۲]. متن نسخه برداری شده ی مصاحبه ها، پس از چندین بار مرور، به کوچک ترین واحدهای معنایی تشکیل دهنده تقسیم شدند. بازخوانی و حرکت چرخشی بین کدها، ادامه یافت تا زمانی که کدها بر اساس تشابه معنایی در زیر طبقات و طبقه ها جایگزین شوند و در نهایت همه ی طبقات و زیرطبقات آنها به اشباع برسد. منظور از اشباع داده ها، حالتی است که دیگر هیچ اطلاعات جدیدی از داده ها ارزیابی نمی شود و طبقات با توجه

های آموزشی مورد توجه ویژه می باشد. دانشجویان پس از گذراندن کلیه واحدهای نظری و کارآموزی های بالینی در بخش های مختلف در سه سال ابتدایی دوره ی کارشناسی پرستاری، در دوره ی عرصه، مجدداً کارآموزی کلیه ی بخش های بالینی را در قالب ۲۴ واحد در سال چهارم، تحت نظارت مستقیم یا غیرمستقیم مربی و با همکاری پرسنل بالینی و سرپرستاران، طی کرده و پس از آن می توانند به عنوان فارغ التحصیل کارشناسی پرستاری وارد محیط کار بالینی شوند.

دستیابی کامل فارغ التحصیلان به صلاحیت های حرفه ای در واقع بازده نهایی و محصول یک سیستم آموزشی است [۱]. اما متأسفانه نتایج تحقیقات نشان می دهد که حتی دانشجویان آگاه و بااطلاع نیز بر بالین بیمار دچار تردید می شوند و نمی توانند مسئولیت مراقبت از بیمار را به خوبی بر عهده بگیرند [۵]. در واقع توانمندی های بالینی کسب شده، توسط دانشجویان با وضعیت مطلوب فاصله دارد و آنان مهارت ها و توانایی های لازم را در پایان آموزش خود کسب نکرده اند [۱]. با توجه به تحقیقات انجام شده، در ایران به دلایل متعدد؛ میزان دستیابی به صلاحیت های حرفه ای توسط دانشجویان کافی نمی باشد [۶، ۸]. بنابراین مشخص کردن ابعاد صلاحیت دانشجویان در بالین و به ویژه در مقطع کارآموزی عرصه، به عنوان آخرین دوره ی آموزشی کارشناسی پرستاری در ایران، می تواند جهت انجام برنامه ریزی های آموزشی برای تربیت پرستاران باصلاحیت راهگشا باشد. هدف از این پژوهش، تعیین ابعاد صلاحیت بالینی دانشجویان پرستاری در دوره ی کارآموزی عرصه می باشد.

روش کار:

این پژوهش به روش تحلیل محتوای کیفی طراحی گردید. ابتدا شرکت کنندگان به روش نمونه گیری هدفمند؛ که شیوه ی مناسبی برای نمونه گیری در تحقیقات کیفی است، انتخاب شدند. در این روش محققان به دنبال افرادی بودند که دارای تجربه ی کافی از موضوع مورد تحقیق باشند و توان بیان و تمایل به شرکت در پژوهش را داشته باشند [۹]. بنابراین سعی شد، تا از افراد مختلف در زمینه ی آموزش بالینی دوره ی کارآموزی عرصه استفاده گردد. بنابراین گروه مورد پژوهش شامل ۱۶ نفر بودند (۱۰ دانشجوی پرستاری، ۵ مربی بالینی پرستاری و ۱ مسئول برنامه ریزی بالینی) که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و پس از کسب رضایت، مورد مصاحبه ی عمیق نیمه ساختاری با سوالات روشن و آشکار قرار گرفتند [۱۰]. سعی شد؛ از دانشگاهها و بیمارستان های مختلف ایران (اهواز، لار، بوشهر، تهران، بابل، اصفهان، نجف آباد، شهرکرد، مهاباد

خواسته های او، مراقبت بیمارمحوری را ارائه می دهد که در آن برآورده ساختن نیازهای جسمی و روانی بیمار، در کنار حفظ ایمنی و حریم و خلوت او، نقش محوری را دارد.

این که دانشجو بتواند؛ فرایند ارتباط با بیمار را به خوبی درک کرده و با جلب اعتماد بیمار، ارتباط خود را با بیمار به پایان برساند؛ یکی از محوری ترین مواردی است که شرکت کنندگان به آن توجه دارند:

S9: "یاد گرفته بودیم که چه جوری باید سؤال پرسیم؛ مثلاً آگه می خواستیم، آموزش بهش بدیم یا عادات تغذیه شو پرسیم، دیگه سؤالات تابلو نمی پرسیدیم؛ مثلاً اون چیزهایی که دیگه بیمار خسته می شه چند بار باید این سؤالاتو جواب بده. دیگه این چیزها رو یاد گرفته بودیم."

S5: "اول که سلام می کردم و خودمو معرفی می کردم، بعد هم سابقه ی بیماری شو می پرسیدم و اینکه چه مشکلی برای بیمار پیش اومده که وارد بیمارستان شده، بعد کم کم بیمار شروع می کرد به صحبت کردن و بیشتر سؤالاتی که در مورد درمان و بیماریش داشت از من می پرسید و وقتی می دید من می تونم جوابشو بدم بهم اعتماد می کرد."

داشتن دیدگاه انسانیت به بیمار و همچنین در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان، باید برای دانشجویان از اهمیت بسیاری برخوردار باشد:

S9: "سعی می کردیم بیمار رو به عنوان یه انسان در نظر بگیریم و اینو عملی انجامش می دادیم، مثلاً وقتی که می رفتیم بالای سر مریض، مریض می خواست بره وضو بگیره نماز بخونه منتظر می موندیم تا مریضمون وضو بگیره، نمازشم بخونه. خانم مسنی هم بود؛ بعد بیاد دوباره سر جاش می که آرام بشه بعد حالا آگه قراره بریم «assess» بگیریم، اون موقع دیگه بریم بگیریم فشار و اجباری روشن نمی داشتیم من یادمه که خودمون به این چیزها اهمیت می دادیم."

مربیان تلاش می کنند؛ این توانمندی را در دانشجو ایجاد کنند که او بتواند بیمار را به عنوان یکی از اعضای خانواده اش تصور کند و نحوه ی برخورد با بیمار را بر همان اساس انتخاب نماید:

M1: "من به دانشجو گفتم: چرا کار انجام ندادی یا مثلاً کم گذاشتی برای مریض، بعدش می گم شما خودتونو بزارید جای مریض، فرض کن خودت، پدرت، مادرت، خواهرت، برادرت نشستید رو این تخت مریضید رو این تخت."

توجه دادن دانشجو به فرهنگ بیمار و آن چه او براساس فرهنگش برای مراقبت ترجیح می دهد؛ از مواردی است که مربیان به آن دقت می کنند:

M1.2: "تو بحث تزریقات یا ارائه ی مراقبت، بعضی فرهنگها مثلاً آگه بیمار مذکره دوست داره که یه فرد مذکر خدمات بهش

به حداکثر ویژگی های ممکن خود، تکامل پیدا کرده اند [۱۰]. در پژوهش حاضر، در مصاحبه ی شانزدهم، داده ها و طبقات به دست آمده از آنها به حد اشباع رسید.

برای اطمینان از استحکام و اعتبار داده ها، زمانی را (۱۶ ماه) برای جمع آوری داده ها و آنالیز هم زمان داده ها برای ایجاد ارتباط مناسب، درک حقیقی داده ها و عمیق تر پرداختن به آنها اختصاص داده شد. با استفاده از جلب اطمینان و اعتماد شرکت کنندگان، محقق سعی کرد؛ درست بودن داده های به دست آمده را افزایش دهد. جهت افزایش اعتبار، کدهای ارزیابی شده توسط دو نفر از شرکت کنندگان بازبینی شد. علاوه بر آن، از دو نفر از متخصصین در تحقیقات کیفی خواسته شد؛ داده های خام، کدهای اولیه و طبقات دریافتی را مورد بررسی قرار دهند (تلفیق محقق). با جمع آوری داده ها از شرکت کنندگان مختلف، نمونه گیری با حداکثر تغییر استفاده شد. همسانی و قابلیت تأیید یافته ها از طریق کنارهم قراردادن داده های به دست آمده از مصاحبه ها، یادداشت ها در عرصه و در نهایت دستیابی به اشباع داده ها حاصل شد [۹-۱۰].

ملاحظات اخلاقی:

این پژوهش، پس از تصویب در شورای پژوهش و کمیته ی اخلاق دانشکده ی علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس و نیز کسب مجوز از دانشگاه های علوم پزشکی و سپس دانشکده های پرستاری و بیمارستان های در این عرصه صورت گرفت.

اطلاعات لازم در مورد هدف پژوهش و روش کار، به شرکت کنندگان ارائه گردید و اطمینان داده شد؛ که کلیه ی اطلاعات آنان محرمانه و بدون نام می باشد. جهت ضبط صدا، رضایت آگاهانه به صورت کتبی و شفاهی از شرکت کنندگان گرفته شد. همچنین به آنها گفته شد که در صورت تمایل می توانند؛ در هر زمان از پژوهش خارج شوند، هر چند هیچ کدام از آنها پژوهش را ترک نکردند.

یافته ها:

شرکت کنندگان در پژوهش، به بیان تجربه های خویش در زمینه ی صلاحیت بالینی دانشجوی پرستاری عرصه پرداختند. بر اساس توصیفات دقیق و عمیق شرکت کنندگان و بررسی تحلیل داده ها یک درون مایه ی اصلی و ۴ طبقه، شامل: داشتن نگاه انسانی به بیمار، ارتباط با بیمار و خانواده، ارائه ی مراقبت علمی بر اساس نیازها و شرایط بیمار و حفظ ایمنی بیمار پدیدار گشت.

بر اساس تجربیات شرکت کنندگان، دانشجوی پرستاری عرصه، با در نظر گرفتن بیمار؛ به عنوان یک انسان با تمام نیازها و

P1: " دیده ایم که (دانشجو) به میزش، در رابطه با مشکل میزش بهش آموزش می ده."

یکی دیگر از مواردی که به اعتقاد شرکت کنندگان از اجزای مراقبت بیمار محور محسوب می شود، اجرای عینی فرایند پرستاری در مراقبت از بیماران است:

M5: " فرایند پرستاری که به ما کمک می کنه بتونیم چیزهایی رو که خوندم در عمل، در بالین میزش به کار بیندیم. من سعی می کنم این دید رو به دانشجویام منتقل کنم که فرایند پرستاری یه کار لوکس که فقط توی کتابها میاد نیست."

اجرای فرایند پرستاری بر بالین بیمار، توسط دانشجوی پرستاری عرصه، مورد توجه شرکت کنندگان قرار دارد. از طریق اجرای فرایند پرستاری، دانشجو می تواند شناخت بیشتری از بیمارش کسب کند:

P1: " بعضی هاشون (فرایند پرستاری را) اجرا می کنند... اول صبح که میان شرح حال می گیرند از میزش ... خیلی خوبه. چون اول صبح که میاد، باید اول میزش شو بشناسه یعنی همون شرح حالی که از میزش می گیره. خوب دیگه هم میزش شو شناخت پیدا می کنه، می فهمه میزش چه مشکلی داره ولی اگه بر اساس فرایند هم کار نکنه، نه. نمی دونه چه مشکلی داره."

مربیان توجه دارند که دانشجوی پرستاری عرصه، در طراحی و اجرای مستقل برنامه ی مراقبتی علمی برای بیمارش، بر اساس فرایند پرستاری، توانمندی لازم را کسب نماید:

M1.2: " دانشجو که تو مرحله ی کارآموزی در عرصه است بتونه یه برنامه مراقبتی خوب بر اساس فرایند پرستاری برای بیمارش اجرا بکنه، یعنی این سواد و این دانش رو کسب کرده باشه که بتونه بدون اینکه نیاز داشته باشه به مربی، جایی که نیاز داشته باشه فرض کنید یه کتابی رو که خونده، پاسش کرده، کارآموزیش هم رفته، الان بتونه برای همون بیمار یه برنامه ی مراقبتی، خودش بنویسه، طراحی بکنه یا فرایند پرستاری خیلی خوب برای بیمارش، خودش اجرا بکنه، ارزشیابی کنه... من خودم اینو از دانشجویام می خواستم."

حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز مشکلات احتمالی، از جمله پیشگیری از سقوط بیمار، از جمله صلاحیت هایی است که یک دانشجوی پرستاری عرصه به آن توجه می نماید:

S9: " اولین چیزی که به ما یاد دادند، امنیت بیمار بود و این مسأله خیلی مورد توجه قرار می گرفت؛ مثلاً این که «bed side» نرده ی کنار تخت بالا باشه."

بده یا بالعکس اگه بیمار زنه دوست داره که یه مراقبت کننده زن ازش مراقبت کنه. شاید بعضی فرهنگها براشون مهم نباشه، ولی بعضی فرهنگها این خیلی مهمه... من رو این موارد خیلی حساس بودم."

S9: " با توجه به تجربه ای که خودم داشتم خیلی هاشون از میزها دوست نداشتند بچه های پسرمون برند ازشون حتی «IV line» بگیرند خب گوش می کردند بچه ها، دخترامونو می فرستادیم مراقبت شونو انجام بدنند یا مثلاً یه آقای روحانی هم بود که نمی خواست مراقبت شو دانشجوی دختر انجام بده حتی مراقبت هایی که تماس احتیاج نداشت، کلاً یه نرس آقا می خواست. اون هم همین طور چند روزی که ما می رفتیم یکی از پسرها رو برای این آقا در نظر می گرفتیم."

مربیان شرکت کننده تلاش می کردند؛ دانشجو را نسبت به حفظ حریم شخصی بیمارش آگاه سازند:

M2.2: " «privacy» میزش رو خیلی اهمیت می دادم حتی اگه میزش خواب بود. همیشه می گفتم ... که برای «privacy» میزش ارزش قائل بشین."

در طراحی و اجرای برنامه ی مراقبتی بیماران، دانشجوی پرستاری عرصه، تلاش می نماید؛ تا شرایط و نیازهای خاص بیمارانش را در نظر گرفته و بر اساس آن مطابق با مراحل فرایند پرستاری، برنامه ریزی و اقدام نماید:

S9: " پیرزن بی سواد بود ... که بچه ها می رفتند؛ بالای سرش، آموزش می دادند که غذای پروتئین دار بخور و از واژه هایی استفاده می کردند که اصلاً متوجه نمی شد ... فرداش همون دانشجو اومد، آموزش رژیم غذایی شو داد چون توی برنامه ریزی فرایند پرستاری مون هم بود، دیگه که مثلاً عدم آگاهی از رژیم غذایی بود ما باید برنامه ریزی می کردیم که در مورد رژیم غذایی بهش آموزش بدیم."

شرایط عاطفی روانی بیماران نیز جهت برنامه ریزی های مراقبتی آنها در نظر گرفته می شود:

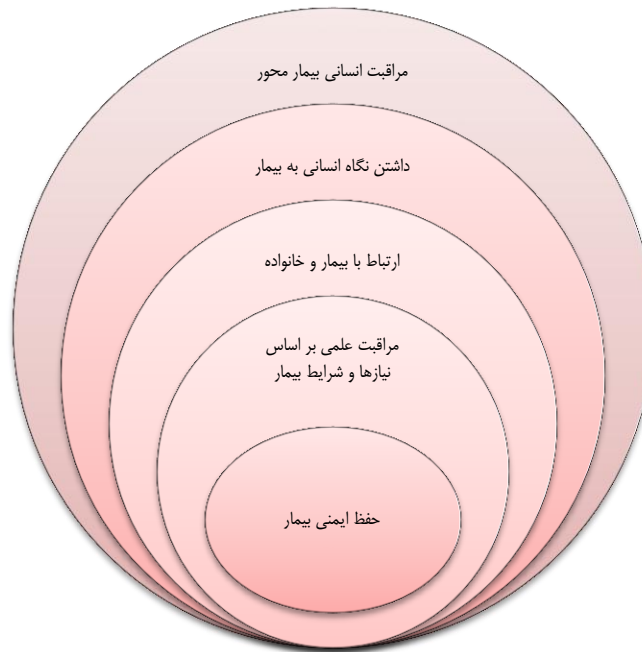
S9: " ما توی برنامه ریزی مراقبتی مون هم زمان با نیازهای جسمی شون به عاطفی شون هم توجه می کردیم ... واقعاً ما مرحله به مرحله برنامه ریزی مون، بر اساس وضعیت میزهامون عوض می شد."

دانشجویان پرستاری عرصه، به صورت عملی به بیماران یا خانواده شان در مورد مسائل مختلفی که به آن نیاز دارند آموزش می دادند:

M1.2: " می گفتم تو این فرصت ده تا دوازده، حداقل نیم ساعت با بیمارتون باشید؛ راجع به بیماریش باهاش صحبت کنید بهش آموزش بدید."

جدول شماره ی ۱- طبقات و زیرطبقات تشکیل دهنده ی تم مراقبت انسانی بیمار محور

زیرطبقات	طبقات
رعایت آداب ارتباط- جلب اعتماد بیمار و خانواده- توجه به نکات فرهنگی در ارتباط .	ارتباط با بیمار و خانواده
احاطه داشتن بر برنامه های مراقبتی بیمار- مراقبت از بیمار به عنوان یک انسان- حفظ حریم و خلوت بیمار	داشتن نگاه انسانی به بیمار
بررسی و شناخت نیازها و شرایط خاص بیمار- تشخیص پرستاری- تعیین اهداف و برنامه ریزی بر اساس نیازهای خاص بیمار و خانواده- اجرای برنامه های مراقبتی- ارزشیابی فرایندها.	ارائه ی مراقبت علمی بر اساس نیازها و شرایط بیمار
پیشگیری از بروز مشکلات احتمالی- پیشگیری از سقوط بیمار- پیشگیری از خطاهای دارویی.	حفظ ایمنی بیمار



نمودار شماره ی ۱- ابعاد صلاحیت بالینی دانشجویان پرستاری عرصه

بحث:

که افراد و دغدغه های آنها را در مرکز قرار داده و به آنها کمک می کند تا انتخابی آگاهانه در مورد درمان شان داشته باشند" [۱۴].

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان بر لزوم توجه به بیمار، خانواده و نگرانیها و دغدغه های آنها تأکید داشتند و سعی می- کردند؛ در برقراری ارتباط با بیمار و برآورده ساختن نیازهای او همواره به نیازها و شرایط خاص بیمار توجه کنند. «مراقبت شخص محور» مراقبتی است که ارزش های انسانی و مراقبت هالیستیک نیز آن را مورد تأیید قرار دهد و از طریق نگرشها و رفتارهایی مثل همدلی، تعهد به در دسترس بودن، فراهم کردن نیازهای جسمی، کار با اعتقادات و ارزش های بیمار و شرکت در تصمیم گیری به اجرا در می آید [۱۵]. شرکت کنندگان در پژوهش، تجربه ی همدلی با بیمار و توجه به اعتقادات و ارزش های بیمار را در کنار تلاش خویش، برای برطرف کردن

یافته های این پژوهش نشان دادند که شالوده ی اصلی صلاحیت بالینی دانشجویان پرستاری عرصه، ارائه ی مراقبت انسانی یا همان "بیمارمحوری" می باشد که ابعادی مانند: ارتباط با بیمار و خانواده، داشتن نگاه انسانی به بیمار، ارائه ی مراقبت علمی بر اساس نیازها و شرایط بیمار و حفظ ایمنی بیمار را در بر می گیرد. بیمارمحور بودن، یک ارزش اخلاقی و اساسی برای پرستاری محسوب می گردد که با رضایت بیمار و فرد ارائه دهنده ی مراقبت، فرایندهای سلامتی بهتر، کیفیت بالاتر مراقبت و ارائه ی مراقبت سلامتی مؤثرتر مرتبط می باشد [۱۳]. «مراقبت بیمارمحور» به مراقبتی اطلاق می شود که با خواسته ها و نیازها بیماران هماهنگ است. ارائه ی مراقبت به "شخص"، هسته ی عملکرد پرستاری است که بیان می کند؛ پرستاران و پرسنل پرستاری، مراقبتی را ارائه و ارتقاء می دهند

نیازهای خاص جسمی و روحی بیماران و حتی خانواده‌های‌شان را عنوان کردند.

ارائه‌ی مراقبت شخص محور، نیاز به تثبیت یک رابطه‌ی مراقبتی؛ مبتنی بر احترام متقابل و دانش مشارکتی دارد [۱۶].

همان گونه که شرکت کنندگان در این پژوهش عنوان کرده‌اند؛ برقراری ارتباط دلسوزانه با جلب اعتماد بیمار و مراقبت از بیمار به عنوان یک انسان، یکی از ابعاد نشان دهنده‌ی صلاحیت بالینی در دانشجویان پرستاری عرصه می باشد. از سوی دیگر آنها بر ارائه‌ی مراقبت علمی بر اساس شرایط و نیازهای بیمار تأکید کردند که بیانگر اهمیت کاربرد روش های علمی همانند: استفاده از فرایند پرستاری در مراقبت از بیمار می باشد.

در مرور مقالاتی که McCormack و همکاران در سال ۲۰۱۱ انجام دادند؛ به این نتیجه رسیدند که ابعاد اصلی مراقبت شخص محور بر پایه‌ی تبادل اطلاعات، تقویت ارتباطات شفابخش، شناسایی و پاسخ به احساسات، تصمیم گیری و قادر ساختن بیمار به خودمراقبتی می باشد [۱۷].

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر بر اساس تجربه‌ی خویش بیان کردند؛ دانشجویی دارای صلاحیت است که قادر باشد با بیمارش ارتباط مناسبی برقرار کند و پس از جلب اعتماد بیمار، با توجه به شرایط و خواسته‌های وی، برنامه‌های مراقبتی به کار گیرد. همان گونه که Morrison and Burnard در کتاب شان بیان کردند "مراقبت و برقراری ارتباط، پیوندی ناگسستنی دارند. شما نمی توانید امیدوار باشید به طور مؤثری ارتباط برقرار می کنید، اگر از بیمار با تمام توانتان مراقبت نمی کنید" [۱۸].

از دیدگاه واتسون؛ مراقبت انسانی ۴ ضرورت دارد: احترام به هویت و ارزش هر شخص، شناخت پاسخ منحصر به فرد شخص به بیماری، حمایت از استقلال فرد و کمک به شخص برای رسیدن به حداکثر ظرفیتش [۱۹].

در پژوهش حاضر، شرکت کنندگان بنابر تجربه‌ی خویش، به رعایت مسائلی چون احترام گذاشتن به هویت بیمار و لزوم احاطه داشتن بر کلیه‌ی مراقبت‌های بیمار به عنوان علائم نشان دهنده؛ داشتن نگاه انسانی و اخلاقی اشاره نموده‌اند. آنها حتی بر لزوم حفظ حریم بیمار به عنوان یک نیاز انسانی تأکید داشتند که در مطالعات کمی به این مسأله اشاره شده است.

مسأله‌ی دیگری که در پژوهش حاضر بر آن تأکید گردید؛ شرکت دادن بیمار و خانواده‌ی آنها در جریان تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و اجرای مداخلات پرستاری است. تصمیم‌گیری گروهی، بخش مهمی از فرایند شخص محور است و در حقیقت همان مذاکره کردن است که تنها وقتی امکان پذیر است که بیماران و خانواده‌هایشان در مورد مسائل مختلف مرتبط با

بیماری و روش‌های مراقبتی درمانی شان کاملاً آگاه باشند [۲۰].

مداخلات پرستاری بیمارمحور، یک حس احترام و خوش بینی را در بیماران ایجاد می کند، به آنها اجازه می دهد؛ یک ارتباط محترمانه تر با پرستاران داشته باشد و احساس امید را در مورد اثربخشی درمان تقویت می کند [۲۱]. همچنین وقتی پرستار، آرزوها و نیازهای بیماران را ارزیابی کرده و اصول مراقبت بیمارمحور را در ارتباط به کار می برد، کیفیت زندگی افزایش می یابد [۲۱] و بیماران احساس رضایت بیشتری را با تجربه‌ی مراقبت سلامتی دارند [۲۲]. از سوی دیگر کاربرد این ارزشها، رضایت شغلی و پیشرفت شخصی پرستار را به دنبال دارد [۲۳]. در پژوهش حاضر نیز برقراری ارتباط صمیمانه‌ی دانشجویان با بیماران و تلاش آنها در جهت رفع نیازها و خواسته‌های بیماران باعث ایجاد احساس رضایت عمیقی در دانشجویان و بیماران می شد و این نتیجه‌ی لذت بخش، باعث تداوم این ارتباط یا به بیان یکی از شرکت کنندگان، "دل به دل دادن" دانشجویان و بیماران می گردید.

محدودیت های مطالعه:

شاید وابسته بودن نتایج پژوهش به شرایط مکانی و زمانی از محدودیت‌های این پژوهش محسوب شود. بنابراین نتایج این مطالعه قدرت تعمیم بخشی ندارد.

نتیجه گیری:

بدیهی است که ارائه‌ی مراقبت انسانی و یا شخص محور، یک چالش است و حتی موقعی که پرستاران رویکرد بیمارمحور را مفید دانسته و در عملکرد پرستاری شان ضروری می دانند، با مشکلاتی در حفظ این رفتارها در طول مراقبت روبه رو می‌شوند [۲۴-۲۵]. در پژوهش حاضر نیز شرکت کنندگان به وفور با این مسأله روبه رو شدند؛ آن گونه که به دلیل دانشجو بودن مشکلاتی بیش از پرسنل بالینی را تجربه کردند.

بعضی مطالعات نشان دادند که پرستاران اغلب به خوبی با بیماران ارتباط برقرار نمی کنند و رویکرد آنها اغلب ابزاری است که بر روتین‌ها و پروسیجرها بیشتر متمرکز است، تا بررسی و شناخت و مراقبت بیمار به صورت فردی [۲۴]. در تحقیقی که توسط Bloster و Manias ۲۰۱۰ انجام شد، پرستاران استفاده‌ی مؤثر خود را از رویکرد بیمارمحوری، بیش از حدی که در واقع انجام می دادند، برآورد کردند [۲۶]. در مقالات، شواهدی از وجود این فاصله در مورد مراقبت بیمارمحور بین دانشجویان پرستاری نیز وجود دارد [۱۳].

از آنجا که آموزش بالینی به ویژه در دوره ی عرصه، یکی از بخش های بسیار مهم آموزش پرستاری می باشد و در این مرحله دانشجویان برای ورود به حرفه ی پرستاری آماده می شوند. از سوی دیگر وظیفه ی اصلی آموزش در دوره ی عرصه، بر عهده ی مربیان است و پیشنهاد می گردد؛ برنامه ای بدون برای آماده سازی و بهسازی مربیان عرصه و ارتقای سطح علمی و آموزشی آنها در خصوص مراقبت انسانی و یا بیمارمحور، مد نظر مسئولین و مدیران آموزش پرستاری قرار گیرد.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش، گزارش بخشی از پایان نامه ی دکتری تخصصی پرستاری مصوب دانشکده ی علوم پزشکی در دانشگاه تربیت مدرس می باشد؛ که بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی آن دانشگاه، به دلیل حمایت مالی و از شرکت کنندگان محترم به دلیل همکاری در این پژوهش اعلام می دارند.

این در حالی است که دانشجویان به خاطر وقت بیشتری که با بیماران می گذرانند؛ بهتر از پرستاران قادرند از بیمارشان مراقبت فردی به عمل بیاورند [۲۷].

متأسفانه بعضی مطالعات نشان دادند که دانشجویان به طور مداوم فقط بر پروسیجرها و روتین ها به طور صحیح تمرکز می کنند و به برآوردن نیازها و نگرانی های بیمار اهمیت کمتری می دهند [۲۸]. در حالی که بر اساس مقالات متعدد ارائه شده، توسط لنبورگ در مورد صلاحیت های مورد نیاز دانشجویان پرستاری در قالب مدل «COPA» از یک دانشجوی پرستاری انتظار می رود؛ دارای مهارت بررسی و مداخله، برقراری ارتباط و مراقبت انسانی باشد [۲۹].

شاید یک دلیل احتمالی این باشد که آموزش پرستاری کمتر روی ارزش های مراقبت بیمارمحور تمرکز می کند و آمادگی و آموزش ناکافی در مورد صلاحیت های شخص محور ارائه می دهد. بنابراین یکی از وظایف مهم مدارس پرستاری باید توسعه ی آگاهی دانشجویان در مورد نحوه ی انجام مراقبت بیمارمحور به طور دائم و پیوسته باشد [۱۳].

References:

1. Parsa Yekta Z, Ramezani Badr F, Khatooni A. Nursing studens' concerns about their clinical competencies and level of attachment to them. *Nurs Res* 2007; 1(3): 7-14. (Persian)
2. Dolan G. Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? *J Clin Nurs* 2003; 12: 132-41.
3. Tabari Khomeiran R, Parsa Yekta Z, Kiger AM, Ahmadi F. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *Int Nurs Rev* 2006; 53: 66-72.
4. Sportsman S. Competency education and validation in the United States: what should nurses know? *Nurs Forum* 2010; 45(3):140-9.
5. Aein F, Alhani F, Anoosheh M. The experiences of nursing students, instructors and hospital administrators of nursing clerkship. *Iran J of Med Educ* 2009; 9(3): 191-9.
6. Motovaselyan M. Self-evaluation of basic clinical skills in nursing students before internship period. *Shahid Sadoughi Yazd J* 2008; 15(5): 232. (Persian)
7. Vahidi R, Danesh Khah N, Araks M, Koshavar H, Mohammadpour AA. Nursing Students' and Instructors' Viewpoints Regarding Professional Abilities of Students in Internship Program at Tabriz University of Medical Science. *Iran J Med Educ* 2006; 6(2): 107-12. (Persian)
8. ShamsiKhani S, Anbary Z. Assessment of nursing educator`s views about professional abilities of nursing students in internship period in medical sciences university of Arak 2008; 15(5): 137. (Persian)
9. Streubert SH, Carpenter RD. *Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative* 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Williams Wilkins; 2007.
10. Polit D, Beck C. *Essential of nursing research: method, appraisal and utilization*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2010.
11. Spannagel C, Michaela G, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in User-Program interaction research. *Forum Qual Soc Res* 2005; 6(2): 1-15.
12. Zhang Y, Wildemuth B. Qualitative analysis of content. Application of social research methods to questions in information and library science 2009. Accessed Jan 12, 2014. Available from: http://www.ils.unc.edu/~yanz/content_analysis.pdf.
13. Grilo AM, Santos MC, Rita JS, Gomes AI. Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centeredness. *Nurse Educ Today*. Accessed Jan 14, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.02>.
14. Manley K, Hills VM, S. Person-centred care: principles of nursing practice. *Nurs Stand* 2011; 25(31): 35-7.
15. McCormack B, Dewing J, McCance T. Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(2): 3.

16. Koloroutis M. Relationship-based care: a model for transforming practice. Minneapolis: Creative Health Care Manag; 2004.
17. McCormack LA, Treimanb K, Rupert D, Williams-Piehot P, Nadler E, Arora NK, et al. Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature review and the development of a systematic approach. *Soc Sci Med* 2011; 72: 1085-95.
18. Morrinson P, Burnard P. Caring and communicating: the interpersonal relationship in nursing. Exeter: Learning Matters Ltd; 1997.
19. Watson J. Nursing: human science and human care. a theory of nursing. Ontario: Jones Bartlett Publ; 1999.
20. McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract* 2003; 9(3): 202-9.
21. Radwin I, Cabral H, Wilkes G. Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Res Nurs Health* 2009; 32(1): 4-17.
22. Wanzer M, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Commun* 2004; 16(3): 363-84.
23. Vand den Pol-Grevelink A, Jukema J, Smiths C. Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *Int J Geriatric Psychiatry* 2012; 27(3): 219-29.
24. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs* 2004; 13 (1): 41.
25. West E, Barron D, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centered care: time, tools and training. *J Clin Nurs* 2005; 14(4): 435-43.
26. Bolster D, Manias E. Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(2): 154-65.
27. Jones SH. Nursing students' perceptions of working with staff nurses. Montana: Montana State Univ; 2010.
28. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. *J Adv Nurs* 2001; 33(1): 42-50.
29. Lenburg C, Klein C, Abdr-rahman V, Spencer T, Boyer S. THE COPA MODEL: a comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nurs Educ Perspect* 2009; 30(5): 312-7.

The essence of nursing student`s clinical competency in Internship period: Humanistic patient-centered care

Jouzi M¹, Vanaki Z¹, Mohammadi E¹

Received:10/6/2013

Accepted:14/1/2014

1. Dept of Nursing, SCHOOL of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Journal of Ethics in Education, Volume 2, Number 4, Winter 2014

J Educ Ethics Nurs 2014;2(4):51-9

Abstract

Introduction:

The essential goal of the nursing education is acquiring the clinical competency for safe care delivery to patients, especially in the internship period, the final phase of nursing education, that students are prepared for entry to clinic as newly graduated nurses. This study aimed to determine the nursing student`s competencies during the internship period.

Materials and Methods:

In this qualitative study, conventional content analysis was used.16 persons from different universities that participated to clinical education in internship period, interviewed semi-structured. Obtained data from participants was recorded and analyzed by Maxqda2007 software and themes were extracted inductively by 7-steps content analysis method.

Results:

During data analysis, one essential theme (humanistic patient-centered care) and 4 categories were developed: "humanistic view to patient, communication with patient and family, scientific care based on the patient needs and patient safety"

Conclusion:

We suggest that Special programs be taken in order to acquire humanistic patient-centered care competency in the internship period as the final time for the nursing students education.

Key words: competency, ethics, patient-centered care, content analysis, nursing student