JEEN
مجله آموزش و اخلاق در پرستاری
دوره چهاردهم، شماره یک و دو، بهار و تابستان۱۴۰۴، صفحات: ۳۱-۳۹
https://ethic.jums.ac.ir

مقاله پژوهشی

رفتارهای غیرمدنی مخل فرایند یاددهی – یادگیری در محیط بالین از دیدگاه اساتید و دانشجویان پرستاری: یک مطالعهٔ کیفی – توصیفی

نویسندگان:
فریبا حقانی[۱]، صدیقه فرضی*[۲]

۱- گروه آموزش پزشکی مجازی، دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، تهران، ایران، گروه آموزش پزشکی، مرکز توسعه آموزش، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- گروه آموزش پزشکی مجازی، دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، تهران ، ایران، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.14, No.1&2, Spring & Summer 2025

چکیده:

مقدمه: رفتارهای غیرمدنی بالینی اشاره به بی‌ادبی دارد که در محیط‌های بالینی اتفاق می‌افتد. رفتارهای غیرمدنی، به صورت رفتارهای غیرمحترمانه ظاهر می‌شوند که قصد آسیب رساندن به فرد را ندارند. این رفتارها دارای تأثیرات منفی بر فرایند یاددهی – یادگیری، تعاملات، رضایت شغلی، سلامت جسمی، روانی، ایمنی و مراقبت از بیماران هستند. پژوهش حاضر، با هدف بررسی دیدگاه اساتید و دانشجویان پرستاری از رفتارهای مخل یاددهی – یادگیری به عنوان رفتارهای غیرمدنی در بالین انجام شده است.

روش کار: این پژوهش، با استفاده از روش توصیفی – کیفی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۴۰۳) انجام شد. ۲۷ دانشجو و ۵ نفر از اساتید پرستاری به روش نمونه‌گیری هدفمند، با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبهٔ عمیق نیمه ساختاریافتهٔ فردی جمع‌آوری و جهت استحکام داده‌ها از چهار معیار لینکلن و گوبا استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل محتوای کیفی لوندمن و گرینهایم به‌کار برده شد.

یافته‌ها: شرکت‌کنندگان در مطالعهٔ حاضر، شامل ۲۷ دانشجو و ۵ استاد بودند. محدودهٔ سنی دانشجویان پرستاری و اساتید به ترتیب (۲۴-۱۹) و (۵۵-۳۷) سال بود. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، طبقهٔ اصلی، رفتارهای غیرمدنی مخل یاددهی – یادگیری با پنج زیرطبقه: «تحمیل امور مراقبتی از سوی پرستار»، «در دسترس نبودن استاد در محیط بالینی جهت هدایت فراگیر» ، «کم توجهی استاد به ویژگی‌ها و شرایط جسمی فراگیر» ، « تدوین فعالیت‌های یادگیری غیرمنطبق با اهداف آموزشی دوره» و «مخدوش کردن تصویر حرفهٔ پرستاری در فراگیر» پدیدار شد.

نتیجه‌گیری: جهت پیشگیری از رفتارهای مخل فرآیند یاددهی – یادگیری در محیط بالین، از جانب اعضای تیم سلامت به ویژه پرستاران و همچنین اساتید و دانشجویان پرستاری باید، این رفتارها که مصادیق رفتارهای غیرمدنی در محیط بالین هستند به اطلاع فراگیران، اساتید و کارکنان مراقبت سلامت رسانیده شود. علاوه بر این، تدوین و اطلاع رسانی پروتکل و مقررات مربوط به مدیریت چنین رفتارهایی در محیط بالین، جهت پیشگیری از وقوع مجدد، ارتقای فرآیند یاددهی – یادگیری، بهبود کیفیت مراقبت ارائه شده و ایمنی بیمار ضروری است.

واژگان کلیدی: غیرمدنی، پرستاری، یاددهی، یادگیری

J Educ Ethics Nurs 2025;14(1&2):31-39

مقدمه

آموزش بالینی، بخش اساسی کوریکولوم پرستاری بوده و حدود ۵۰ درصد از زمان کوریکولوم آموزش پرستاری را به خود اختصاص می‌دهد. یکی از خصوصیات اصلی پرستاری به عنوان یک علم و حرفه این است که آموزش آن به ارتباط تنگاتنگ

* نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
تلفن تماس: ۰۹۱۶۶۶۱۱۲۰۵ پست الکترونیک:Sedighehfarzi@nm.mui.ac.ir
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۲۶ تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۱۲/۱۹

حیطهٔ تئوری با قسمت بالینی نیازمند می‌باشد؛ یعنی پرستاری به صرف تئوری یا بالینی، به تنهایی آموخته نمی‌شود. هدف آموزش بالینی، کسب و توسعهٔ مهارت‌های حرفه‌ای به منظور فراهم ساختن شرایط مناسب، جهت استفاده در مراقبت بالینی می‌باشد. دانشجویان در این مرحله با یادگیری فعالیت‌های بالینی، تجارب بالینی لازم را کسب و به سوی پیوند تئوری با بالین، هدایت می شوند تا با تفکر نقادانه به حل مشکلات پیچیدهٔ مراقبت سلامت و ارائه مراقبت ایمن بپردازند(۱).

محیط بالینی را می‌توان به عنوان مکانی که در آن فرایندهای یادگیری از طریق فعالیت‌های طبیعی مرتبط با رفتار یا فرهنگ محیط انجام می‌شود، توصیف کرد که تعاملات اجتماعی جزء لاینفک آن محسوب می‌شود(۲). محیط بالین، برای آماده شدن دانشجوی پرستاری به پرستار شدن اهمیت دارد و رفتارهای غیرمدنی می‌تواند، تجربهٔ عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد(۳). کلارک و اسپرینگر، رفتار غیرمدنی را به عنوان گفتار یا اقدامات نامطلوب، همراه با بی‌ادبی تعریف می‌کنند که ممکن است از اظهارات توهین‌آمیز و سوءاستفاده تا رفتارهای انفجاری و خشونت‌آمیز متغیر باشد(۴). چنین رفتارهایی سبب ایجاد دیسترس سایکولوژیک یا فیزیولوژیک در افراد درگیر در آن می‌شود. در صورتی که این رفتارها مورد بی‌توجهی قرار گیرند، شرایط تهدید کننده‌ای ایجاد شده که نوعی، بیماری صدمات موقت یا دائم را در افراد به وجود می‌آورند(۵). دانشجویان پرستاری در طول کارآموزی بالینی در محیط بالینی، با پرستاران به صورت تنگاتنگ در تعامل هستند و این نقش مهمی در روند اجتماعی شدن آن‌ها در حرفهٔ پرستاری ایفا می‌کند؛ اگرچه پرستاران اغلب این موضوع را نادیده می‌گیرند(۶).

محیط بالینی می‌تواند، از طریق نفوذ در فرهنگ محل کار، به طور مثبت یا منفی در فرایند یاددهی – یادگیری و بر دانشجویان پرستاری تأثیر بگذارد(۲). دانشجویان پرستاری اغلب گزارش کردند که در محیط آموزشی بالینی خود با بی‌ادبی روبه‌رو شدند(۳). با توجه به اینکه اولین گام در کاهش و کنترل رفتارهای ناشایست، شناسایی و تحلیل آن‌ها بوده است؛ بنابراین مطالعهٔ حاضر، کیفی – توصیفی و با هدف شناسایی رفتارهای مخل فرآیند یاددهی – یادگیری به عنوان رفتارهای غیرمدنی در بالین از دیدگاه دانشجویان و اساتید پرستاری، انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع کیفی – توصیفی در سال ۱۴۰۳ انجام شد. مطالعهٔ مورد بررسی، بخشی از نتایج پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد آموزش پزشکی بوده است. شرکت‌کنندگان از دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان شامل اساتید و دانشجویان پرستاری بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. پژوهشگران سعی کردند، افرادی را که اطلاعات یا تجربیات ارزشمند مرتبط با پدیدهٔ مورد مطالعه داشتند، شناسایی و انتخاب کنند(۷). معیارهای ورود شامل دانشجویان مقطع کارشناسی پرستاری، اساتید پرستاری که تجربهٔ حداقل یک ترم حضور در کارآموزی بالینی را داشتند و علاقمند به شرکت در پژوهش و بیان تجارب بودند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته جمع‌آوری شد. زمان و مکان مصاحبه با نظر شرکت‌کنندگان تعیین گردید. به طور متوسط، مصاحبه‌ها ۴۵-۳۰ دقیقه طول کشید. پژوهشگر، مصاحبه را با یک سؤال کلی « ممکن است تجربهٔ یک روز کارآموزی خود را برای من تعریف کنید؟» ، «بروز چه رفتارهایی در استاد، دانشجو و یا سایر افراد در محیط بالین شما را ناراحت می‌کند؟» شروع و سپس سؤالات بعدی، براساس پاسخ‌های قبلی هدایت گردید.

انتخاب و نمونه‌گیری شرکت‌کنندگان تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مراحل رویکرد تحلیل محتوای کیفی لوندمن و گرینهام شامل: تصمیم‌گیری در مورد سطح تحلیل محتوا، انتخاب واحد تحلیل، انتخاب واحدهای معنایی، تولید واحدهای معنایی فشرده، تولید کدها و طبقات انجام شد(۸). نسخه‌های دقیقی از مصاحبه‌های ضبط شده ایجاد و تمام نسخه‌ها، جهت دستیابی به یک حس مشترک، با ادراک شرکت‌کنندگان بررسی شد. ابتدا، تمام واحدهای معنی (جملات یا پاراگراف‌هایی که بر اساس اظهارات شرکت‌کنندگان استخراج شده بودند)گزینش و سپس کدهایی (کلمات شرکت‌کنندگان به صورت انتزاعی‌تر) به آن واحدهای معنایی کاهش یافته اختصاص داده شد. سرانجام، کدهای مشابه با یک فرایند استقرایی از طریق مقایسه، انعکاس و تفسیر مداوم به طبقه و زیرطبقات، مورد تقسیم‌بندی قرار گرفتند(۹). نمونه‌ای از روند تحلیل داده‌ها در جدول ۱ ، ارائه شده است.

جدول۱. نمونه ای از چگونگی تحلیل داده‌ها

بیانات مشارکت کنندگان و واحد معنایی	واحد معنایی فشرده	کد	زیرطبقه	طبقه
استاد به هر یک از ما ۱ الی ۲ بیمار می‌ده در حالی که من هنوز به راحتی نمی‌تونم همهٔ امور مراقبتی بیمارم را انجام بدم. خیلی وقت‌ها پیش میاد پرستار بخش به من یا سایر دانشجوها می‌گه کار بیمارای دیگه رو انجام بدیم. علایم حیاتی بگیریم، نمونه گیری کنیم، تعویض پانسمان انجام بدیم و یا داورهای بیمار رو بدیم و این فشار زیادی به ما وارد می‌کنه چون هنوز اون قدر ماهر نیستیم که بتونیم با سرعت انجام بدیم.	درخواست انجام امور مراقبتی سایر بیماران از جانب پرستار، علی‌رغم توانایی نسبی دانشجو در انجام مراقبت‌های محول شده توسط استاد	درخواست انجام امور مراقبتی سایر بیماران از جانب پرستار	تحمیل امور مراقبتی از سوی پرستار	رفتارهای مخل فرایند یاددهی – یادگیری

در این مطالعه از چهار معیار لینکلن و گوبا (۱۹۸۱)، یعنی تأییدپذیری، اعتبار، قابلیت اطمینان و قابلیت انتقال جهت استحکام داده‌ها استفاده شد(۱۰). جهت افزایش تأییدپذیری، فعالیت‌های مختلف پژوهش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، به نحوی که امکان ممیزی را فراهم ساخت، ارائه گردید. به منظور اطمینان از اعتبار تأیید اطلاعات توسط مشارکت‌کنندگان و بازبینی توسط همکاران استفاده گردید(۹). کدهای استخراج شده و نتایج، جهت تأیید همخوانی بین کدها و تجارب مشارکت‌کنندگان، در اختیار آنان قرار داده شد. علاوه بر این، کدها و طبقات حاصل نیز در اختیار همکاران قرار گرفت. از طریق مشارکت پژوهشگران در تجزیه و تحلیل داده‌ها، به قابلیت وابستگی دست یافته شد. با انتخاب شرکت‌کنندگان مختلف از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی مانند: سن، جنس، سابقهٔ کار و ترم تحصیلی تلاش گردید تا قابلیت انتقال یافته‌های مطالعه افزایش یابد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه شامل ۲۷ دانشجو (۱۸ زن، ۹ مرد، ۲ دانشجوی سال دوم، ۱۲ دانشجوی سال دوم، ۹ نفر سال سوم و ۴ نفر سال چهارم) و ۵ استاد (۳ زن و۲ مرد، با سابقهٔ کار ۲۰–۱۱ سال) بودند. محدودهٔ سنی دانشجویان پرستاری و اساتید به ترتیب (۲۴–۱۹) و (۵۵–۳۷) سال بود. (جدول ۲) پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، طبقهٔ اصلی رفتارهای غیرمدنی مخل فرایند یاددهی – یادگیری با پنج زیر طبقه: « تحمیل امور مراقبتی از سوی پرستار» ،«در دسترس نبودن استاد در محیط بالینی جهت هدایت فراگیر»، «کم توجهی استاد به ویژگی‌ها و شرایط جسمی فراگیر»، «تدوین فعالیت‌های یادگیری غیرمنطبق با اهداف آموزشی دوره» و «مخدوش کردن تصویر حرفهٔ پرستاری در فراگیر»(جدول ۳) آشکار گردید.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

شمارهٔ مشارکت‌کننده	جنس	سن(سال)	دانشجو/استاد	ترم تحصیلی	سابقه کار(سال)
۱	زن	۲۰	دانشجو	۳	
۲	زن	۲۱	دانشجو	۴	
۳	زن	۲۲	دانشجو	۴	
۴	زن	۲۲	دانشجو	۵	
۵	مرد	۲۳	دانشجو	۵	
۶	مرد	۲۳	دانشجو	۶	
۷	زن	۲۲	دانشجو	۵	
۸	زن	۲۰	دانشجو	۳	
۹	زن	۲۲	دانشجو	۷	
۱۰	زن	۴۲	استاد	–	۱۷
۱۱	مرد	۲۴	دانشجو	۸	
۱۲	زن	۲۱	دانشجو	۳	
۱۳	مرد	۲۲	دانشجو	۴	
۱۴	مرد	۲۰	دانشجو	۳	

شمارهٔ مشارکت‌کننده	جنس	سن(سال)	دانشجو/استاد	ترم تحصیلی	سابقه کار(سال)
۱۵	زن	۲۲	دانشجو	۵	
۱۶	زن	۲۱	دانشجو	۴	
۱۷	زن	۲۰	دانشجو	۳	
۱۸	مرد	۵۵	استاد	–	۲۰
۱۹	مرد	۳۸	استاد	–	۱۱
۲۰	زن	۲۱	دانشجو	۴	
۲۱	زن	۲۱	دانشجو	۳	
۲۲	زن	۲۲	دانشجو	۶	
۲۳	مرد	۲۳	دانشجو	۷	
۲۴	مرد	۲۳	دانشجو	۸	
۲۵	زن	۲۰	دانشجو	۶	
۲۶	مرد	۲۳	دانشجو	۶	
۲۷	زن	۲۰	دانشجو	۴	
۲۸	زن	۲۱	دانشجو	۴	
۲۹	زن	۱۹	دانشجو	۳	
۳۰	مرد	۲۳	دانشجو	۶	
۳۱	زن	۳۷	استاد		۱۳
۳۲	زن	۳۹	استاد		۱۵

جدول۳. طبقه و زیرطبقات مستخرج از مصاحبه‌ها

طبقه	زیرطبقات
رفتارهای غیرمدنی مخل فرایند یاددهی – یادگیری	تحمیل امور مراقبتی از سوی پرستار در دسترس نبودن استاد در محیط بالینی جهت هدایت فراگیر کم توجهی استاد به ویژگی‌ها و شرایط جسمی فراگیر تدوین فعالیت‌های یادگیری غیرمنطبق با اهداف آموزشی دوره مخدوش کردن تصویر حرفهٔ پرستاری در فراگیر

طبقهٔ اصلی: رفتارهای غیر مدنی مخل فرایند یاددهی – یادگیری

پرستاری، یک حرفه و رشتهٔ عملکردی است؛ بنابراین عملکرد بالینی فراگیران، مهم‌تر از چیزی است که در کلاس درس ارائه شده‌اند. آموزش بالینی در محیط یادگیری بالینی، فرصت‌هایی برای تجارب زندگی واقعی و انتقال دانش، در موقعیت عملکردی مهیا ساختند. تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد، رفتارهای متعددی از طرف استاد بالینی و ارائه دهندگان مراقبت سلامت، موجب اختلال در فرایند آموزش بالینی شده است.

زیرطبقات

تحمیل امور مراقبتی از سوی پرستار

فراگیران در محیط بالینی در معرض به کارگیری دانش، آزمون تئوری‌ها و یادگیری مهارت‌ها قرار دارند؛ اگرچه فعالیت‌های معمول دانشجویان پرستاری، تمرکز بر مراقبت از بیمار است؛ اما یادگیری الزاماً در طی ارائه مراقبت اتفاق نخواهد افتاد؛ بنابراین فعالیت اصلی فراگیر در محیط یادگیری بالینی باید، براساس یادگیری باشد نه مراقبت کردن. مشارکت کنندگان بیان داشتند، پرستاران انتظار دارند که دانشجوی پرستاری امور مراقبتی سایر بیماران بخش را نیز انجام دهند.

در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اذعان داشت:

«استاد به هر یک از ما ۱ الی ۲ بیمار می‌ده؛ در حالی که من هنوز به راحتی نمی‌تونم همهٔ امور مراقبتی بیمارم را انجام بدم. خیلی وقت‌ها پیش میاد، پرستار بخش به من یا سایر دانشجوها می‌گه کار بیمارای دیگه رو انجام بدیم. علایم حیاتی بگیریم، نمونه گیری کنیم، تعویض پانسمان انجام بدیم و یا داروهای بیمار رو بدیم و این فشار زیادی به ما وارد می‌کنه؛ چون هنوز اون قدر

ماهر نیستیم که بتونیم با سرعت انجام بدیم.» (مشارکت‌کنندۀ شمارۀ ۱)

مشارکت‌کنندۀ دیگری چنین بیان کرد:

«*ما که وارد بخش می‌شیم، پرستارها خیلی از کارشون رو به دانشجوهای ما واگذار می‌کنن و این ما رو تحت فشار قرار می‌ده. احساس بدی به آدم دست می‌ده. چیزی مثل بیگاری کشیدن، از مسئولیت شونه خالی کردن پرستار را به ما تلقین می‌کنه. در واقع آموزش رها می‌شه و به چشم نیروی کار به ما نگاه می شه ...*»(مشارکت‌کنندۀ شمارۀ ۳۱)

دانشجو به علت عدم کسب مهارت‌های لازم، قادر به انجام تمام امور مراقبتی بیماران نیست و تحمیل امور مراقبتی بیشتر از جانب پرستاران، موجب استرس در دانشجوی پرستاری شده است. دانشجو از یک طرف امور محوله توسط استاد را انجام نداده، از طرفی نگران امور مراقبتی درخواستی پرستاران و ترس از آسیب به بیمار را دارند. در چنین شرایطی حس ماهر نبودن و ناتوانی به دانشجو القا شده و می‌تواند فرایند یادگیری را دچار اختلال کند.

در دسترس نبودن استاد در محیط بالینی جهت هدایت فراگیر

جهت آموزش بالینی اثربخش استاد، باید نظارت و هدایت کافی و دقیق بر عملکرد دانشجویان داشته باشند تا فرایند یادگیری تسهیل و کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار نیز تضمین شود. این در حالی است که تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد، در مواردی آن‌ها به استاد دسترسی ندارند و به تنهایی ارائه مراقبت را عهده‌دار هستند.

مشارکت‌کننده‌ای ذکر کرد:

«*بعضی اساتید، بدون اینکه نظارت داشته باشن، اجازه می‌دن دانشجو بره کار بالینی انجام بده. نظارت کم باعث شد، من خیلی چیزها مثلاً توجهات دارویی قبل از دارو دادن را یاد نگرفتم. بعد که اومدم ترم سوم و استاد ازم خواست که کارهایی که لازمه قبل از دارو دادن را انجام بدم، چیزی نمی‌دونستم؛ چون به ما گفته نشده بود و ما در بخش رها بودیم. ترم دوم، آدم استرس زیادی داره، تازه اومده، نگرانه به بیمار آسیب بزنه و اینکه ما را در بخش رها می‌کرد و آخر شیفت می‌اومد و فقط می‌خواست، گزارشی از فعالیت‌هایی که انجام دادیم را بهش بگیم درست نبود.* » (مشارکت‌کنندۀ شمارۀ ۶)

تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد، نظارت بالینی ناکافی و عدم دسترسی به استاد می‌تواند، موجب اختلال در روند یادگیری، از دست رفتن فرصت‌های یادگیری، تشدید ترس، نگرانی فراگیران و تهدید ایمنی بیمار شود.

کم توجهی استاد به ویژگی‌ها و وضعیت جسمی فراگیر

برای تسهیل فرایند آموزش بالینی، استاد پرستاری باید خصوصیات فردی فراگیران را بررسی و در برنامه‌ریزی آموزشی لحاظ کند تا یادگیری اثربخش ایجاد شود. تجارب مشارکت-کنندگان نشان داد، در مواردی استاد پرستاری، بدون توجه به خصوصیات فردی فراگیران، اقدام به آموزش کردند.

مشارکت‌کننده‌ای اذعان داشت:

«*هر کسی خصوصیت خاص به خودش رو داره. آدما با هم فرق دارن، اخلاق شون با هم فرق داره. سرعت یادگیری شون با هم فرق داره. بعضی اساتید متوجه این موضوعات نیستن و توقع دارن همه سریع یاد بگیرن. خیلی وقت‌ها استاد ما را با دوران دانشجویی خودش و تلاش‌های خودش مقایسه می‌کنه و این درست نیست. ما فقط ناامید می‌شیم از خودمون.* » (مشارکت کنندۀ شمارۀ ۲۷)

علاوه بر این، استاد باید آمادگی فراگیر از نظر جسمی و روانی را قبل از فرایند آموزش، مورد بررسی قرار دهد. مشارکت‌کننده ای در این زمینه بیان کرد:

«*یه روز توی کارآموزی شرایط جسمی‌ام اصلاً مناسب نبود. رفتم پیش استاد و مشکلم را مطرح کردم. استاد از قضا بیماری که به من داد خیلی هم پرکار بود از صبح تا ظهر خیلی اذیت شدم. رگ‌گیری، پانسمان، دارودهی و ...کل کارهای بیمار را انجام دادم؛ در حالی که درد داشتم. استاد اصلاً به مشکل من توجهی نکرد و این خیلی منو ناراحت کرد. واقعاً اذیت شدم. بعد از کارآموزی رفتم دکتر و برام استعلاجی نوشت؛ در حالی که استاد اصلاً شرایط منو درک نکرد و به مشکل جسمی من توجهی نداشت..*» (مشارکت-کنندۀ شمارۀ ۱۶)

مشارکت‌کنندۀ دیگری چنین ذکر کرد:

بینی‌ام را تازه عمل کرده بودم. هنوز تامپون داشت. کارآموزی هم بودم. اصرار استاد این بود من باید بر بالین بیمار ایستاده باشم و اجازه نشستن ندارم. من بعداً متوجه شدم، پانکراتیت هم شده بودم و از شدت درد، توان ایستادن نداشتم. به استاد گفتم اجازه بدین چند دقیقه بشینم، حالم خوب نیست. استاد گفت: می‌تونی بری خونه و امروز را برایت غیبت محسوب می‌کنم؛ در حالی که ساعت ۱۱ بود و کم‌تر از یک ساعت از کارآموزی باقی مونده بود. بهشون گفتم: استاد، این همه توی بخش بودم شما می‌گین غیبت؟ ایشون گفتند: به من ربطی ندارد، اگر مشکل داری باید نامه از پزشک معالج می‌گرفتی و برای امروزت هم باید از پزشک معتمد، نامه بیاری. خب! من که تو بخش بودم. جالب اینجاست هنوز بخیه روی بینی ام بود تامپون هم داشتم و پانکراتیت هم شده بودم و استاد اصرار به ایستادن در بالین بیمار داشت. یکی از بدترین روزهای زندگی من بود... » (مشارکت‌کنندۀ شمارۀ ۲۴)

فراگیران از نظر سبک و سرعت یادگیری متفاوت هستند؛ یعنی از طرفی تفاوت‌های نسلی نیز وجود دارد؛ بنابراین بی‌توجهی استاد پرستاری به خصوصیات فردی فراگیران، موجب احساسات منفی از قبیل به درد نخور بودن در آنان می‌شوند. علاوه بر این، نادیده گرفتن وضعیت جسمی فراگیران، موجب القای دید ابزاری به فراگیر، نادیده گرفته شدن و در مواردی تهدید سلامت فراگیر خواهد شد.

تدوین فعالیت‌های یادگیری غیرمنطبق با اهداف آموزشی دوره

در برنامه‌ریزی آموزشی، استاد باید اقدام به تدوین طرح دوره، پیامدهای یادگیری و همچنین فعالیت یادگیری مرتبط، جهت دستیابی به پیامدهای مورد نظر کند. این درحالی است که تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد، در مواردی استاد فعالیت‌های یادگیری غیرمرتبط، با اهداف آموزشی را در کارآموزی اجرا کرده باشد.

مشارکت‌کننده‌ای چنین گفت:

«بعضی وقت‌ها در بعضی کارآموزی استاد، طبق طرح درس پیش نمی‌ره و خیلی از مهارت‌ها را ما کسب نمی‌کنیم، ترم بعدی ممکنه این فرصت حضور در این بخش خاص، دیگه پیش نیاد و ما فرصت یادگیری را از دست دادیم. خب! مطالب غیرمرتبط فقط باعث اتلاف وقت می‌شه. باید تمرکز روی اهداف اون کارآموزی باشه. » (مشارکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۳)

عدم برنامه‌ریزی استاد، جهت دستیابی به اهداف آموزشی موجب از دست رفتن فرصت‌های یادگیری، اتلاف وقت و کاهش انگیزهٔ یادگیری در فراگیر گردد.

مخدوش کردن تصویر حرفهٔ پرستاری در فراگیر

هویت حرفه‌ای، حوزه‌ای است که به دلیل اهمیتی که بر عملکرد دانشجویان در آینده، نیروی کار و چالش‌های احتمالی مرتبط با محیط‌های مراقبت سلامت دارد، مورد توجه اساتید و پژوهشگران است. محیط بالین، نقش مهمی در شکل‌گیری هویت حرفه‌ای فراگیران دارد. این در حالی است که تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد، رفتار استاد و پرستاران، موجب مخدوش شدن تصویر حرفه در فراگیران خواهد شد.

مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت:

«بعضی از کارآموزی‌ها که می‌ریم، پرسنل به ما می‌گن؛ چرا اومدید این رشته و این خیلی ناامید کننده است. اونا خودشون الان پرستارن اما دایم می‌گن پرستاری فایده ای نداره. این انگیزهٔ ما را کم می‌کنه، انرژی منفی به ما می ده. من کنار استیشن بودم داشتم پرونده مطالعه می‌کردم استاد و سرپرستار راجع به حرفه حرف می زدن و خیلی حرفای جالبی نبود؛ پیش خودم گفتم؛ این چه رشته ای است که استاد و پرستار هیچ کدام ازش راضی نیستن... » (مشارکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۱)

مشارکت‌کنندهٔ دیگری ذکر کرد:

«یه روز کارآموزی من مشکل داشتم و نتونسته بودم مطالعه کنم. رفتم پیش استاد تا بهش بگم؛ اما به حدی با من بد برخورد کرد و منو سرزنش کرد پیش خودم گفتم؛ این چه رشته‌ای که اومدم استادش اینه... با یه سرزنش کوچک، ممکن است از رشته زده بشیم؛ چون ممکن است خیلی ها با علاقمندی ۱۰۰ وارد رشته نشده باشن و رفتارهای استاد باعث زدگی اونا بشه. هیچ کس حق نداره کاری کنه که آدم را از رشته‌ای که انتخاب کرده زده کنه. در کارآموزی من این حس ناامیدی را به خاطر رفتار نامناسب استاد، خیلی تجربه کردم و باعث می‌شه خیلی‌ها به انصراف از رشته فکر کنن و حتی بدتر اینکه انگار من به درد هیچ رشته ای نمی‌خورم و نه فقط پرستاری.... » (مشارکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۷)

تجارب منفی در محیط بالین به ویژه از طرف استاد و پرستاران، موجب مخدوش شدن تصویر فراگیران از حرفه گردد.

بحث

پژوهش حاضر، با هدف آشکارسازی رفتارهای مخل فرایند یاددهی – یادگیری در محیط یادگیری بالینی به عنوان رفتارهای غیرمدنی از دیدگاه دانشجویان و اساتید پرستاری انجام شد. تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد، بسیاری از رفتارهای اساتید و ارائه دهندگان مراقبت سلامت، موجب اختلال در فرایند یاددهی – یادگیری شده است.

بیشتر پرستاران، از استانداردهای آموزشی مطلع نیستند و یا تفسیر اشتباهی از آن دارند. آن‌ها انتظار دارند، دانشجویان پرستاری در تمام فعالیت‌های مرتبط با بیمار، به طور کامل مشارکت داشته باشند، مسئولیت مراقبت از بیمار را بر عهده داشته و مراقبت از بیمار را همان طور که پرستاران انجام می‌دهند، دانشجو انجام دهد. چنین توقع و انتظاری می‌تواند به ایجاد شک، یأس و ناامیدی در فراگیر منجر شود. باید به نقش دانشجو به عنوان فراگیر، نه پرستار تمرکز شود؛ چنانچه اصطلاح دانشجوی پرستاری بر پرستار دانشجو، برتری دارد. در واقع محیط بالینی آشفته و طاقت‌فرسا از نظر فراگیران، موجب می‌شود که آنان نتوانند وظایف خود را به درستی انجام دهند و در نتیجه، امکان ارائه مراقبت ناایمن فراهم گردد(۱۱).

مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند، عدم دسترسی به استاد در بالین، موجب از دست رفتن فرصت یادگیری و ایجاد استرس در فراگیران خواهد شد. هدایت، یک فرآیند تسهیل‌گر و حمایت‌کننده است که باعث دستیابی به پیامدهای یادگیری توسط دانشجویان

شده است. هدایت، فقط به معنای نظارت نیست. آموزش بالینی اثربخش نیاز دارد که اساتید، هدایت‌گر یادگیری دانشجویان قرار گیرند نه ناظر آن‌ها باشند. میزان دسترسی به استاد در محیط بالینی برای فراگیران، یکی از مهم‌ترین معیارهای مهم در برنامه-ریزی فعالیت‌های یادگیری قلمداد شده‌اند. از نظر دانشجویان پرستاری، یکی از معیارهای استاد بالینی اثربخش، دسترسی به استاد جهت هدایت یادگیری آن‌ها بوده است(۱۲). استرس دانشجو به عنوان پیامد در دسترس نبودن استاد، در محیط بالینی خواهد بود. برخی افراد ویژگی‌هایی دارند که باید به آن‌ها کمک کرد تا با استرس کنار بیایند و به‌طور مثبت با زندگی روزمره سازگار شوند؛ اما افراد فاقد این ویژگی‌ها ممکن است، به رویدادهای استرس‌زا واکنش منفی نشان دهند. استرس می‌تواند، فرآیند تفکر انتقادی آن‌ها را مختل و بر عملکرد بالینی‌شان تأثیر بگذارد(۳). علاوه بر این، استرس و خودکارآمدی، ارتباط معناداری با رفتار غیرمدنی در محیط بالینی دارد(۱۳).

علاوه بر این، جهت آموزش بالینی اثربخش، استاد باید سبک یادگیری، نیازهای خاص، علایق و توانایی‌های فراگیر و تفاوت‌های فردی را مورد توجه قرار دهد. نیاز تمام فراگیران یکسان نیست و دانشجویان مهارت‌های بالینی را با سرعت یکسانی کسب نمی‌کنند. فعالیت‌های یادگیری بالینی که به منظور تسهیل صلاحیت‌های اساسی فراگیر در عملکرد بالینی، طی یک دورهٔ بالینی جهت دستیابی به پیامدهای بالینی انتخاب می‌شوند، باید بر اساس آن چیزی باشد که در طرح درس دورهٔ بالینی گنجانده شده است. وظیفهٔ استاد بالینی است تا پیامدهای یادگیری را به اهداف بالینی خاص پیوند دهد و فعالیت‌های یادگیری را ساختاردهی کند که از نظر منطق و توالی با اهداف، مرتبط باشند(۱۴).

هویت حرفه‌ای به عنوان نگرش‌ها، ارزش‌ها، دانش، باورها و مهارت‌های مشترک با دیگران، در یک گروه حرفه‌ای تعریف می‌شود. توسعهٔ هویت حرفه‌ای به عنوان یک فرایند مستمر که تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله تجربیات بالینی و اجتماعی شدن حرفه ای است، مورد توجه قرار گرفته‌اند(۱۵). در واقع هویت حرفه‌ای به عنوان ادراک فرد از خود در یک حرفه یا هویت جمعی حرفه توصیف شده است. شکل‌گیری هویت حرفه‌ای، فرایندی در حال تکامل است که توسط رسانه‌ها، تجربیات آموزشی و الگوی نقشی شکل گرفته‌اند. ارتباطات مثبت، موجب تسهیل توسعهٔ خودپندارهٔ حرفه‌ای شده؛ در حالی که تجربیات منفی محیط بالینی احتمالاً تأثیر نامطلوبی بر ماندگاری در حرفه و فراگیر دارد؛ همچنین استراتژی‌های حمایتی مبتنی بر شواهد مؤثر برای کمک به اساتید، برای ایجاد روابط مثبت و هویت حرفه‌ای با فراگیران ضروری بوده است(۱۶). دانشجویان پرستاری، بیش از نیمی از دروس خود را در محیط بالینی می‌گذرانند و بروز هر نوع رفتار غیرمحترمانه به ویژه از طرف اعضای تیم سلامت می‌تواند، دارای تأثیر منفی بر یادگیری و عملکرد دانشجویان باشد. علاوه بر این، نارضایتی دانشجویان در رشتهٔ پرستاری می‌تواند تا حدی ناشی از رفتارهای غیرمدنی در محیط بالینی باشد؛ بنابراین لازم است که مداخلات مربوط به پیشگیری و مدیریت چنین رفتارهای در محیط بالینی تدوین گردد(۱۷).

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان داد، بروز رفتارهای نامناسب از طرف فراگیران، اساتید و کارکنان مراقبت سلامت در محیط یادگیری بالین، موجب اختلال در فرایند یاددهی – یادگیری می‌شود. پیشنهاد می‌گردد، در برنامهٔ آشناسازی در روز اول کارآموزی طرح درس و اهداف آموزشی برای سرپرستار توضیح داده شود تا از تحمیل امور مراقبتی جلوگیری شود. باید بر نقش دانشجو به عنوان فراگیر، نه پرستار تمرکز شود؛ بنابراین اصطلاح دانشجوی پرستاری بر پرستار دانشجو برتری دارد. عدم دسترسی به استاد در بالین، نادیده گرفتن مقررات آموزشی و تدوین فعالیت‌های یادگیری غیرمرتبط، موجب از دست رفتن فرصت یادگیری فراگیران و تهدید ایمنی بیماران می‌شود. استاد باید سبک یادگیری، نیازهای خاص، علایق، توانایی‌های و آمادگی فراگیر را مورد توجه قرار دهد. با توجه به اینکه شکل‌گیری هویت حرفه‌ای، فرایندی در حال تکامل است و توسط رسانه‌ها، تجربیات آموزشی و الگوی نقشی شکل می‌گیرد؛ بنابراین لازم است که اساتید و پرستاران به عنوان یک الگوی نقش مناسب عمل کنند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر، به تأیید کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هوشمند " IR.SMUMS.REC.1403.001 " رسیده است. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ شد. محققان، از کدهای عددی به جای اسامی شخصی برای حفظ محرمانه بودن مصاحبه‌ها استفاده کردند. شرکت‌کنندگان در هر زمان آزاد بودند که از مطالعه خارج شوند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان، اعلام می‌دارند که این پژوهش حاصل پایان نامهٔ کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، با کد ۶۴۹ بوده و هیچ گونه تعارض منافعی ندارد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان، در تمام مراحل مطالعه و نگارش مقاله مشارکت کرده بودند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران، بدین وسیله از مشارکت اساتید و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در این مطالعه همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

1. Farzi S, Shahriari M, Farzi S. Exploring the challenges of clinical education in nursing and strategies to improve it: A qualitative study. Journal of education and health promotion. 2018; 7:115.
2. Smedley A, Morey P. Improving learning in the clinical nursing environment: perceptions of senior Australian bachelor of nursing students. Journal of Research in Nursing. 2010;15(1):75-88.
3. Kim Y, Kim SY, Hong E, Brandt C. A Clinical Incivility Management Module for Nursing Students: A Quasi-Experimental Study. InHealthcare. 2023; 11(19): 2680. MDPI.
4. Clark CM, Springer PJ. Incivility in nursing education: A descriptive study of definitions and prevalence. Journal of nursing education. 2007;46(1):7-14.
5. Masoumpoor A, Abbaszadeh A, Rassouli M, & Alavimajd H. Critical review of scales of incivility behaviors in nursing education. Medical Ethics Journal, 2017; 11(40): 93-102.
6. Hasan Tehrani T, Mohammadi F, Khalili A, Bashiri S. Incivility of staff nurses towards Baccalaureate Nursing Students of Hamadan University of Medical Sciences, 2020. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2022;7(3):86-97.
7. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Administration and policy in mental health and mental health services research. 2015;42:533-44.
8. 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.
9. Streubert, H., & Carpenter, D. Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanestic Imperative. Philadelphia: Walters Kluwer: Lippincot Williams& Wilkins. 2011
10. Guba EG. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. Ectj. 1981;29(2):75-91.
11. Schoville R, Aebersold M. How workplace bullying and incivility impacts patient safety: A qualitative simulation study using BSN students. Clinical Simulation in Nursing. 2020;45:16-23.
12. Sweet L., & Broadbent J. Nursing students' perceptions of the qualities of a clinical facilitator that enhance learning. Nurse Education in Practice. 2017; 22: 30–36. doi:10.1016/j.nepr.2016.11.007
13. Hong E, Lee H, Dee V, Kim Y. Relationships between incivility and stress and self-efficacy among nursing students in clinical settings. International Journal of Healthcare. 2019;5(1):16-22.
14. Woodley L. K. Clinical teaching in nursing. In M. H. Oermann, J. C. De Gagne, & B. C. Phillips (Eds.), Teaching in nursing and role of the educator: The complete guide to best practice in teaching, evaluation, and curriculum development (2nd ed.). New York, NY: Springer Publishing.2018.
15. Matthews J, Bialocerkowski A, & Molineux M. Professional identity measures for student health professionals–a systematic review of psychometric properties. BMC medical education.2019; 19: 1-10
16. Browne C, et al. Understanding perceptions of nursing professional identity in students entering an Australian undergraduate nursing degree. Nurse education in practice. 2018; 32: 90-96.
17. Hunt C, Marini ZA. Incivility in the practice environment: A perspective from clinical nursing teachers. Nurse Education in Practice. 2012;12(6):366-70.

JEEN
Journal of Education and Ethics in Nursing
J Educ Ethics Nurs 2024;14(1&2):31-39
https://ethic.jums.ac.ir

Original Article

Uncivil behaviors disrupting the teaching-learning process in clinical environment from the perspectives of nursing faculty and students: A qualitative descriptive study

Fariba Haghani[1], Sedigheh Farzi[2*]

Received: 2024.10.17 Accepted: 2025.03.09

1. Department of Medical Education, Smart University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Department of Medical Education, Educational Development Center Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Department of Medical Education, Smart University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Adult Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.14, No.1&2, Spring & Summer 2025

J Educ Ethics Nurs 2025;14(1&2):31-39

Abstract:

Introduction: Clinical uncivil behaviors refer to incivility that occurs in clinical environments. These behaviors manifest as disrespectful actions that do not intend to harm individuals. They negatively impact the teaching-learning process, interactions, job satisfaction, physical and mental health, as well as patient safety and care. This study aims to explore the perspective of nursing faculty and students regarding disruptive behaviors in the teaching-learning process as forms of incivility in clinical settings.

Methods & Materials: This study was conducted using a descriptive qualitative method at Isfahan University of Medical Sciences in 2024. A total of 27 nursing students and 5 faculty members were selected through purposive sampling with maximum variation. Data were collected through individual semi-structured in-depth interviews. To ensure the rigor of the data, the four criteria of Lincoln and Guba were utilized. Qualitative content analysis by Lundman and Graneheim was employed for data analysis.

Results: The participants in this study included 27 nursing students and 5 faculty members. The age range of the nursing students and faculty members was 19-24 and 37-55 years, respectively. After analyzing the data, the main category identified was "Disruptive Behaviors in the Teaching-Learning Process," which included five subcategories: "Imposing care tasks by the nurse," "Inaccessibility of faculty in the clinical environment for guiding the learners," "Faculty's neglect of the learner's physical characteristics and conditions," "Designing learning activities that are not aligned with the course's educational objectives," and "Distorting the nursing profession's image for the learner."

Conclusion: To improve the teaching-learning process in the clinical environment, the identified uncivil behaviors should be communicated to learners, faculty members, and healthcare staff. In addition, the development of protocols and regulations for managing uncivil behaviors in the clinical environment is essential to enhance the teaching-learning process, improve the quality of care provided, and ensure patient safety.

Keywords: Incivility, Nursing, Teaching, Learning

* Corresponding author Email: Sedighehfarzi@nm.mui.ac.ir