

تجارب و دیدگاه دانشجویان فیزیوتراپی از فرایندهای دوره آموزش بالینی: مطالعه کیفی

محمد کمالی^۱، سید محمدرضا دست‌غیبی^{*}، علی چابک^۲، مهدی دادگو^۳، سارا قناعتیان‌جبدری

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه جایگاه آموزش بالینی در تربیت دانشجویان فیزیوتراپی بطور فزاینده‌ای در حال برجسته‌تر شدن است. برنامه‌ریزی صحیح در تربیت بالینی دانشجویان مستلزم کسب شناختی درست از تجارب دانشجویان می‌باشد. این پژوهش با هدف کسب شناختی بهتر از تجارب دانشجویان فیزیوتراپی از فرایندهای جاری در دوره آموزش بالینی انجام پذیرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی، ۲۱ نفر از دانشجویان سال آخر مقطع کارشناسی فیزیوتراپی بصورت نمونه‌گیری هدفمند به مشارکت در پژوهش دعوت و اطلاعات از طریق پنج جلسه بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شد. از روش کلایزی به عنوان راهنمای تجزیه و تحلیل استفاده و روایی یافته‌ها به روش مثلث‌سازی داده‌ها تأمین گردیده است.

یافته‌ها: پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها و طبقه‌بندی کدها، چهار مضمون شامل «آموزش و ارزشیابی بالینی»، «یادگیری بالینی»، «پذیرش بیمار» و «ارتباطات کارآموز در محیط» پدیدار گشت. مشارکت کنندگان طی این مطالعه بر مواردی مانند تعداد و تنوع کم بیماران، عدم اجرای سرفصل‌های کارآموزی و جمعیت زیاد گروه‌های کارآموزی تأکید داشتند.

نتیجه‌گیری: بی‌توجهی به فرایندهای جاری در آموزش بالینی، تجربه بالینی کارآموز را متأثر می‌سازد لذا بهبود فرایندهای کارآموزی، تجربه بالینی موثرتری را فراهم می‌آورد. بالابردن غنای تجربه بالینی کارآموزان با تأمین تنوع کافی بیمار در کارآموزی‌ها، افزایش دوره آموزش عملی و بالینی، تأکید بیشتر و عملی بر اجرای بهتر سرفصل‌های کارآموزی، تعدیل جمعیت دانشجویان در کارآموزی برای اثربخش‌تر شدن کارآموزی‌ها پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژه‌ها: آموزش بالینی، دانشجویان فیزیوتراپی، فرایندهای کارآموزی. تجربه زیسته

ارجاع: کمالی محمد، دست‌غیبی سیدمحمدرضا، چابک علی، دادگو مهدی، قناعتیان‌جبدری سارا. تجارب و دیدگاه دانشجویان فیزیوتراپی

از فرایندهای دوره آموزش بالینی: مطالعه کیفی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۲؛ ۹ (۵): ۸۱۸-۸۳۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱/۱۲

* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: smrd_pt@yahoo.com

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات توانبخشی، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. مربی، گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه آموزشی فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، کلینیک خیریه شکرریز، تهران، ایران

مقدمه

آموزش بالینی بخش جدایی‌ناپذیر برنامه‌های آموزش فیزیوتراپی است (۱). طی دوره بالینی، آموزش‌های تئوری با عملی درهم آمیخته می‌شود و دانشجویان می‌آموزند که دانش، مهارت‌ها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و فلسفه‌های حرفه را با هم ترکیب و ادغام کنند. محیط بالینی، محیطی ایده‌آل است که در آن کسب مهارت‌های حرفه‌ای تسهیل می‌شود (۲).

در محیط بالینی باید با تمرکز روی نیازهای یادگیری دانشجویان، برای پیشرفت و ایجاد اطمینان در شایستگی‌اش در مهارت‌های بالینی، فرصت داد (۳). دانشگاه‌های علوم پزشکی موظف به تربیت دانش‌آموختگانی هستند که توانایی کافی برای پیشگیری، درمان و ارتقاء بهداشت جامعه خود را داشته باشند. دانشجویان علوم پزشکی نیز به منظور داشتن حداکثر کارایی، در کلاس‌های نظری، اطلاعات و دانش مورد نیازشان را کسب نموده و از طریق تمرین و تجربه در محیط‌های بالینی، توانمندی حرفه‌ای لازم را کسب می‌نمایند (۴). امروزه فراهم کردن کارآموزی‌های بالینی با کیفیت بالا و در حد کافی جهت برآورده ساختن نیازهای دانشجویان فیزیوتراپی بطور فزاینده‌ای در حال مشکل‌تر شدن است (۱).

در مطالعه عبیدی و همکارانش (۱۳۸۵)، دانشجویان فیزیوتراپی به عواملی چون عدم مطلوبیت سپری شدن زمان در مراکز بالینی و عدم تناسب آموزش بالینی با نیازهای دانشجویان به عنوان نقاط ضعف آموزش بالینی فیزیوتراپی اشاره کردند (۵). صفوی فرخی و همکارانش مطالعه‌ای با هدف ارزیابی درون‌گروهی گروه آموزشی فیزیوتراپی انجام دادند. از نگاه مشارکت‌کنندگان (اساتید و دانشجویان) و بر اساس آیت‌های مطرح شده، جز در کارآموزی‌های جراحی زنان و جراحی عمومی، هیچ نقطه ضعفی در زمینه آموزش بالینی (کارآموزی) وجود نداشت و نمره ۳/۱ (بیش از رضایت‌بخش) را بر اساس طبقه‌بندی اصلاح شده گورمن به دست آورد (۶). طاهری و همکارانش طی یک مطالعه توصیفی-مقطعی که بر اساس دیدگاه‌های اساتید و دانشجویان سال آخر فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی اصفهان

به صورت سرشماری انجام دادند، عوامل مؤثر بر آموزش بالینی اثربخش را در پنج حیطه مشخص (خصوصیات فردی فراگیر، خصوصیات فردی مدرس بالین، شرایط محیط بالین، برنامه‌ریزی آموزشی و ارزشیابی بالینی) مورد پرسش قرار دادند. نتایج این مطالعه در هر دو گروه حاکی از آن بود که حیطه‌های خصوصیات فردی مدرس بالینی و خصوصیات فردی فراگیر به طور معنی‌داری نمره بالاتری نسبت به سایر حیطه‌ها دارند (۷).

Moore و همکارانش طی مطالعه‌ای بر روی مدل‌های سه گانه آموزش بالینی فیزیوتراپی (۱ به ۱، ۲ به ۱ و ۳ به ۱) سه عامل برنامه‌ریزی مطلوب مرکز کارآموزی، وجود زمان کافی برای مربی بالینی جهت بررسی منظم عملکرد هر دانشجو در مرکز کارآموزی و بیمار کافی برای هر دانشجو را به عنوان اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده موفقیت کارآموزی‌ها معرفی کردند (۸). ارتقای کیفیت آموزش بالینی مستلزم بررسی مستمر وضعیت موجود عرصه‌های آموزش بالینی، شناخت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف است (۹). ضعف برنامه‌ریزی برای آموزش و به ویژه آموزش بالینی عامل پاره‌ای از مشکلات است که در نهایت ضعف مهارت‌های حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان، کاهش کارایی و اثربخشی نظام آموزش و افت کیفیت ارائه خدمات بهداشتی-درمانی را به دنبال دارد (۱۰). بررسی و مطالعه بر روی روش‌هایی که از طریق آن‌ها دانشجویان مطالب را فرا می‌گیرند و نیز محیط‌های یادگیری بالینی را تفسیر می‌کنند، درک بهتری را در ارتباط با موضوع یادگیری فراهم می‌آورد. از آنجایی که دانشجویان نهایتاً به آن چیزی که آن را به عنوان یک مسأله مهم درک می‌کنند پاسخ و واکنش نشان می‌دهند، می‌توان از این یافته‌ها جهت انطباق محیط یادگیری استفاده نمود (۲).

در ایران فیزیوتراپی طی یک دوره چهار ساله در مقطع لیسانس در هشت دانشگاه دولتی آموزش داده می‌شود که از نظر زمان شروع دوره کارآموزی مشاهده (observation) و «کارآموزی» بالینی (clinical clerkship) و نحوه اجرای سرفصل‌های آموزشی میان دانشکده‌های مختلف، تفاوت رویه

پرسش‌های مستقیم (مانند مصاحبه فرد به فرد) قابل دستیابی است. بحث گروهی ابعدی از درک و فهم را آشکار می‌سازد که اغلب دست نخورده و بکر هستند و یا از خلال سایر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات قابل کسب نیستند (۱۲). وجه تمایز کلیدی میان روش بحث گروهی متمرکز و سایر مصاحبه‌های کیفی این است که در این روش، مشارکت‌کنندگان در جهت تعامل با یکدیگر و ایجاد دیدگاه‌های متفاوت در بحث تشویق می‌شوند (۱۳).

دانشجویانی که حداقل یک ترم از واحدهای کارآموزی در عرصه را گذرانده بودند و با اولویت دانشجویان ترم آخر فیزیوتراپی (آخرین واحدهای کارآموزی) به این پژوهش دعوت شدند. همان‌طور که در جدول ۱ آمده است گروه سوم مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، شامل کارآموزان ترم شش فیزیوتراپی بودند که پس از پایان کارآموزی ترم ششم و با هدف دست یافتن به تجارب اولیه دانشجویان فیزیوتراپی از آموزش بالینی با آن‌ها مصاحبه گردید. دانشجویانی که واحد کارآموزی مشاهده را نگذرانده بودند و یا در حال گذراندن کارآموزی در عرصه یک بودند به مشارکت در پژوهش دعوت نشدند.

جدول ۱: مشخصات جلسات بحث گروهی متمرکز

بحث گروهی	دانشگاه	ترم آموزشی	تعداد اعضا	مدت (دقیقه)
اول	ایران	هشت	۴	۹۲
دوم	ایران	هشت	۴	۶۹
سوم	تهران	شش	۴	۷۶
چهارم	بهزیستی و توانبخشی	هشت	۴	۵۸
پنجم	شیراز	هشت	۵	۵۵
جمع	۴	***	۲۱	۳۵۰

پس از انجام هماهنگی و جلب رضایت آگاهانه مشارکت‌کنندگان، گروه‌های بحث متمرکز به طور متناوب شکل گرفتند. فرم رضایت‌نامه آگاهانه چند روز پیش از تشکیل گروه در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار می‌گرفت و توضیحاتی در مورد هویت پژوهشگران و موضوع مطالعه به

وجود دارد ولی به طور معمول دانشجویان از ابتدای ترم شش وارد کارآموزی مشاهده شده و از اواخر ترم شش وارد مرحله کارآموزی در عرصه می‌شوند. در نظام آموزش علوم پزشکی ایران دوره «کارورزی» بالینی (clinical internship) برای رشته فیزیوتراپی تعریف نشده است.

دریافت بازخوردهای علمی و نظام‌مند از تجارب دانشجویان می‌تواند به اطلاع بهتر سیاست‌گذاران از نقاط قوت و ضعف و فرصت‌ها و تهدیدها منجر شده و سندهای آتی توسعه رشته فیزیوتراپی با نگاهی دقیق‌تر تدوین گردد. در مقایسه با سایر رشته‌های گروه علوم پزشکی، فقدان مطالعات داخلی متمرکز بر دوره آموزش بالینی رشته فیزیوتراپی در کشورمان کاملاً محسوس است و با اندکی جستجو در منابع الکترونیک می‌توان بدان پی برد.

برنامه‌ریزی موفقیت‌آمیز برای برآوردن ضروریات و اصلاح نواقص مربوط به آموزش بالینی، مستلزم کسب شناخت عمیق نسبت به تجارب واقعی دانشجویان (مخاطبین اصلی برنامه‌های آموزشی) می‌باشد (۱۱) لذا در این پژوهش، محققان سعی داشته‌اند طی یک مطالعه کیفی پدیدارشناختی، از نقطه نظر درک و تجربه دانشجویان فیزیوتراپی عوامل و فرایندهای مؤثر بر آموزش بالینی را مورد کنکاش و مطالعه قرار دهند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه کیفی برای دست یافتن به تجربیات دانشجویان راجع به فرایندهای جاری در آموزش بالینی از رویکرد پدیدارشناسی استفاده شده است. جامعه پژوهشی این مطالعه شامل دانشجویان سال آخر مقطع کارشناسی فیزیوتراپی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، علوم بهزیستی و توانبخشی و شیراز بود. نمونه مورد نیاز به روش هدفمند از میان جامعه پژوهشی انتخاب گردید.

جلسات بحث گروهی متمرکز غالباً به منظور کسب دانش، دیدگاه‌ها و نگرش‌های افراد نسبت به مسائل، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نوع متد در جستجوی توضیحات افراد در رابطه با رفتارها به شیوه‌ای است که کمتر از طریق

فرم رضایت‌نامه پیوست گردیده بود. فرم رضایت‌نامه، محرمانگی هویت مشارکت‌کنندگان را تضمین و اجازه ضبط گفتگوها را به صورت کتبی کسب می‌کرد. از آنجایی که مشارکت‌کنندگان تمایلی به فیلم‌برداری از جلسات نداشتند، به ضبط صدا اکتفا شد.

جلسات بحث گروهی متمرکز در محل کارآموزی برگزار گردید و مدت زمان گفتگوها بین ۵۰ تا ۹۰ دقیقه بود. تعدادی سؤال راهنما برای آغاز بحث طراحی شده بود که در حین برگزاری جلسه سؤالات جدید پیش‌آمده نیز به این سؤالات اضافه می‌شد به صورتی که با تشکیل جلسات جدید متن سؤالات راهنما تکامل پیدا می‌کرد و تمرکز بیشتری بر روی

پدیده مورد مطالعه حاصل می‌شد. متن نهایی سؤالات راهنما در جدول ۲ ذکر شده است. پس از اتمام هر بحث گروهی، متن گفتگوها توسط یک نفر از پژوهشگران، کلمه به کلمه و مستقیماً وارد رایانه می‌گردید. دو مورد از بحث‌های گروهی متمرکز در دانشگاه علوم پزشکی ایران و در سایر دانشگاه‌ها هر کدام یک مورد برگزار گردید. برگزاری جلسات بحث گروهی و جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی که کد جدیدی به کدهای پیشین اضافه نشد ادامه یافت و در نهایت پس از پنج جلسه بحث گروهی متمرکز و با نمونه‌ای متشکل از بیست و یک دانشجوی فیزیوتراپی اشباع داده (Data saturation) حاصل شد.

جدول ۲: سؤالات راهنمای جلسات

۱. قبل از این که وارد کارآموزی شوید در مورد آن چه ذهنیتی داشتید؟
۲. اکنون چه توصیفی از کارآموزی دارید؟ کارآموزی را چگونه مکانی درک کردید؟
۳. چه عواملی باعث شده است که یک کارآموزی را کارآموزی خوب و مؤثر بدانید و دیگری را نه؟
۴. در کارآموزی چه نقشی برای خودتان، به عنوان کارآموز قائل بودید؟
۵. رابطه میان اعضای گروه کارآموزی چگونه بود؟ آیا موقعیت‌های یادگیری شما را محدود می‌کرد یا تسهیل‌کننده بود؟
۶. آیا تا به حال اتفاق افتاده که برای اعتراض در مورد کارآموزی‌ها به مدیر گروه یا مرجع دیگری شکایت کنید؟ چرا؟
۷. اعتماد/عدم اعتماد به نفس در کارآموزی از نظر شما به چه معناست؟ خودتان به چه صورت آن را تجربه کردید؟
۸. آیا حاضرید بلافاصله پس از فارغ‌التحصیلی، به تنهایی در یک مرکز فیزیوتراپی مشغول به کار شوید؟ چرا؟
۹. خطاهای بالینی شما، به چه صورت به شما گوشزد می‌شود؟
۱۰. بیمار و ویژگی‌های او چه اثری در تجربه شما از یادگیری بالینی داشت؟
۱۱. اگر مطلبی در ذهن دارید که مایل هستید به گروه ارائه دهید، بیان کنید.

در مرحله تجزیه و تحلیل اطلاعات، چارچوب روش کولایزی راهنمای این مطالعه بوده است لذا پژوهشگر برای غوطه‌ور شدن در مفاهیم مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان دو تا سه بار به فایل صوتی گفتگوها گوش داده و همچنین چند بار متن پیاده شده مورد مطالعه و بازبینی قرار داد. در ادامه جملات معنی‌دار و کدها استخراج شد. سپس کدهای مشابه و قابل ترکیب تحت یک عنوان واحد (زیرمضمون) دسته‌بندی و از ترکیب مجموع زیرمضمون‌های مرتبط، مضمون‌ها ظهور پیدا کردند.

جهت تأیید یافته‌ها، متن آن‌ها به صورت مکتوب به اعضای هر گروه ارائه داده شد و نظرات تکمیلی دریافت شد (Member Check). این مطالعه، جزئی از یک مطالعه

بزرگ‌تر تصویب شده در مقطع کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی دانشگاه ایران و تحت عنوان «شناخت تجربه، دانشجویان، اساتید و درمانگران رشته فیزیوتراپی از دوره آموزش بالینی» است که طی آن تجارب و دیدگاه‌های دانشجویان (۲۱ نفر)، استادان (هفت نفر) و درمان‌گران (شش نفر) رشته فیزیوتراپی درباره دوره آموزش بالینی فیزیوتراپی با روش‌شناسی کیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند و یکی از پایه‌های پایایی و روایی نتایج این مطالعه بر مثلث‌سازی داده‌ها (triangulation) و تجزیه و تحلیل توأمان یافته‌های حاصل از سه گروه قرار دارد (۱۴). همچنین برای جلوگیری از مداخله دیدگاه‌ها و پارادایم‌های شخصی پژوهشگر علاوه بر

بالینی»، «یادگیری بالینی»، «پذیرش بیمار» و «ارتباطات کارآموز در محیط» ظهور پیدا کرد که هر یک از مضمون‌های فوق خود شامل زیرمضمون‌هایی هستند. پرواضح است که تشریح تمامی کدهای حاصل آمده میسر نیست لذا خلاصه یافته‌های پژوهش در جدول ۳ قابل مشاهده است.

عمل براکتینگ (Bracketing)، دو عضو دیگر تیم پژوهش در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها مشارکت داشتند.

یافته‌ها

متن گفتگوها عیناً وارد رایانه گردید و پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، مجموعاً ۵۱ کد به دست آمد که در انتها از ترکیب و طبقه‌بندی آن‌ها، چهار مضمون «آموزش و ارزشیابی

جدول ۳: خلاصه یافته‌های پژوهش

مضمون	زیرمضمون	کدها
۱. آموزش و ارزشیابی بالینی	۱-۱ برنامه‌ریزی آموزشی	۱-۱-۱ آزریشن جزء حیاتی آموزش بالینی
		۱-۱-۱ سوء اثر چرخش مریبان کارآموزی
		۱-۱-۱ عدم اجرای سرفصل‌های کارآموزی
		۱-۱-۱ بی‌برنامگی در کنفرانس‌ها
		۱-۱-۱ کارآموزی‌های تکراری و ملال‌آور
		۱-۱-۱ عدم غنای تجربه بالینی در کارآموزی‌ها
		۱-۱-۱ غفلت از فیلد نورولوژی در آموزش
	۲-۱ آموزش بالینی	۱-۲-۱ آموزش و تدریس سلیقه‌ای در کارآموزی
		۲-۲-۱ عدم اجرای سرفصل‌های آموزشی
		۳-۲-۱ عدم انتقال دانش از مربی به کارآموزی
		۴-۲-۱ آموزش گروهی اثرگذار در کارآموزی
		۵-۲-۱ کار بالینی در بیمارستان‌ها دانش محور نیست
	۳-۱ ارزشیابی بالینی	۶-۲-۱ اختلاف نظر اساتید در تشخیص و درمان، چالشی برای کارآموز
		۷-۲-۱ عدم ارائه آموزش‌های ضروری در شروع هر مرکز کارآموزی
۸-۲-۱ احترام/عدم احترام استاد به هویت یادگیرندگی کارآموز		
۱-۳-۱ ملموس نبودن چارچوب ارزشیابی در بالین		
۲-۳-۱ سختگیری غیرقابل درک در پرونده‌نویسی‌ها		
۳-۳-۱ افت اثربخشی پرونده‌نویسی		
۴-۳-۱ تبعیض در ارزشیابی‌های کارآموزی		
۵-۳-۱ عدم توجه به میزان توانایی دانشجو در تشخیص اختلال		
۶-۳-۱ ضرورت آزمون جامع قبل از کارآموزی		
۷-۳-۱ بی‌توجهی به عملکرد کارآموز		
۸-۳-۱ نظارت بر عملکرد کارآموز		
۴-۱ ابعاد مدیریتی	۱-۴-۱ حضور نامنظم برخی مربیان بالینی	
	۲-۴-۱ همبستگی بزرگی گروه کارآموزی و افت اثربخشی آموزش بالینی	
	۳-۴-۱ طرح انطباق مخمل تجربه بالینی مطلوب	
	۴-۴-۱ فشار ناشی از تداخل کارآموزی‌ها با هم و با کلاس‌ها	
۲-۲ تجربه کارآموز از درمان کردن	۱-۱-۲ وجود یا عدم اعتماد به نفس برای درمان مستقل	
	۲-۱-۲ تمایل بیشتر به فیلد ارتوپدی	
	۳-۱-۲ نارضایتی دانشجو از کار درمانی خودش	

۱-۲-۴ نتیجه بخشی درمان، بهترین حس کارآموزی			
۱-۲-۲ یادگیری فعال	۲-۲ یادگیری		
۲-۲-۲ یادگیری غیرفعال			
۳-۲-۲ کسب تدریجی تجربه			
۴-۲-۲ همبستگی سطح مسئولیت در بخش خصوصی یادگیری و اعتماد به نفس			
۵-۲-۲ عدم آمادگی کافی برای ورود به کارآموزی			
۱-۱-۳ تعداد و تنوع کم بیماران	۱-۳ بیمار، بستر تجربه بالینی	۳. پذیرش بیمار	
۲-۱-۳ افت عملکرد کارآموز با دیدن بیمار دانشجوی قبل			
۳-۱-۳ کیفیت درمان فدای تعداد بیمار می شود			
۱-۲-۳ انتقال تدریجی مسئولیت درمان به کارآموز	۲-۳ انتقال مسئولیت درمان به کارآموز	۴. ارتباطات کارآموز در محیط کارآموزی	
۲-۲-۳ نظارت بر عملکرد کارآموز			
۳-۲-۳ بی توجهی به عملکرد کارآموز			
۴-۲-۳ عدم مسئولیت کامل دانشجو در قبال بیمار			
۱-۱-۴ احترام/عدم احترام استاد به هویت یادگیرندگی کارآموز	۱-۴ مریان بالینی	۴. ارتباطات کارآموز در محیط کارآموزی	
۲-۱-۴ عدم استقبال اساتید از انتقادات دانشجویان			
۱-۲-۴ انتقال تجربیات و اطلاعات میان کارآموزان	۲-۴ اعضای گروه کارآموزی	۴. ارتباطات کارآموز در محیط کارآموزی	
۲-۲-۴ ارتباطات غیرسازنده اعضای گروه کارآموزی			
۱-۳-۴ بازخورد مثبت/منفی بیمار، افزایش/کاهنده انگیزه کارآموز	۳-۴ بیمار و همراهان	۴. ارتباطات کارآموز در محیط کارآموزی	
۲-۳-۴ بی اعتمادی بیمار به کارآموز			
۳-۳-۴ بیمار مطلع، کارآموز را به تلاش وامی دارد			
۴-۳-۴ کنش با همراه بیمار			

همچنین یکی دیگر از دانشجویان به عدم اجرای سرفصل‌های آموزشی و به نوعی عدم اطلاع از وجود سرفصل‌ها اشاره می‌کند که این خود نشان از عدم اجرای صحیح و کامل آیتم‌های ذکر شده در سرفصل‌ها است.

«چیزی که باید اولین روتیشن ما یاد می‌گرفتیم در مورد ICU آخر روتیشن به ما گفتن ... ببینید سرفصل واسه کلینیک‌ها تعیین نمیشه ... میریم مثلاً به روتیشن (که اونجا) به استاد روی شونه تبجر داره کل روتیشن میره روی شونه. کیس ریپورت شونه، مریض شونه» (م۷)

هم‌گروهی مشارکت‌کننده هفتم در تأیید این مشکل می‌گوید: «تو ارتوپدیا ما بیشتر روی زانو و کمر بود و اینا. مثلاً باورتون میشه مثلاً هیپ رو به بار هم کسی بمون توضیح نداده؟! ... انگار جز بدن نبوده» (م۸)

آموزش و ارزشیابی بالینی

مضمون «آموزش و ارزشیابی بالینی» خود دربرگیرنده زیرمضمون‌های «برنامه‌ریزی آموزشی»، «آموزش بالینی»، «ارزشیابی بالینی» و «ابعاد مدیریتی» است.

برنامه‌ریزی آموزشی

چرخش و تعویض مریان کارآموزی یک روند روتین در برنامه‌ریزی کارآموزی‌ها است که در پاره‌ای از وضعیت‌ها می‌تواند نکات منفی در خود داشته باشد. یکی از موارد مطرح شده به مضمون برنامه‌ریزی آموزشی و سوءاثر چرخش مریان کارآموزی اشاره دارد.

«...یا پیش اومده همین بچه‌ها میگن مری می‌داره عوض میشه ... نفر جدید میاد، یهو جلو مریض شروع می‌کنه چرا این کارو نکردی؟ چرا اون کارو نکردی؟ چرا فلان شد؟» (م۱)

بهبودی داشتی؟ رضایت داشتی؟ پیگیری که ایشون داشتن خیلی مؤثر بود.» (۵م)

همچنین کیفیت ارائه این بازخورد یا به عبارتی توأم بودن یا نبودن آن با احترام به هویت یادگیرنده کارآموز نیز یکی از خصوصیات کلیدی بازخورد مورد انتظار دانشجویان بود.

«ما که قرار نیست معجزه بکنیم. همون کاری که می‌کردیم یه جوری استاد جلوه میداد (که) واقعا فکر می‌کردیم چقدر کار خوبی انجام دادیم.» (۶م)

«به خاطر اینکه که (اساتید) یه جورایی میخان به همه بگن که در مقابل ما عددی نیستین ... مثلاً اولین پرونده‌ای که من دادم دست دکتر A افتاد ... (همراه با خنده) ... پروندهمو دید ... بعد چون اولین مریضم بود پرونده مو این‌طوری کرد (با دست حالت مچاله کردن کاغذ را نشان داد) ... اصلاً (پرونده) مشکل داشته باشه، من اولین پرونده‌مه، من بلد نیستم. بگین این مشکل داره، این مشکل داره (تا) من یاد بگیرم.» (۸م)

ارزشیابی بالینی

یکی از مشارکت‌کنندگان ذیل زیرمضمون ارزشیابی بالینی، موضوع تبعیض در ارزشیابی‌ها را خاطر نشان می‌سازد.

«طرف (دانشجو) هست الان تعداد غیبتاش از حضورش بیشتره آخر ترم هم حالا یه نمره‌ای می‌گیره، دو سه نمره مثلاً از من پایین تر میشه ... ایناس که وقتی می‌بینیم سرد می‌شیم ... نمره‌دهی اساتید سلیقه‌ای هست ... مثلاً خیلی کلینیکا بوده که مرتب (و منظم) می‌رفتیم، فلان هم کلینیکی من یه روز میومده یه روز نمیومده (ولی) آخر ترم شده می‌بینی نمره فلانی از من بیشتر شد ... این شده که الان یه روز بما بگن فردا استاد نیست هیچکی نمیاد.» (۱۳م)

مشارکت‌کننده‌ای به مسئله ملموس نبودن چارچوب ارزشیابی‌ها اشاره می‌کند که در کنار ملموس نبودن سرفصل‌های آموزشی کارآموزی‌ها نکته‌ای قابل تأمل و توجه است.

«استاد بم مریض داد، از روز اول تا آخر که یک ماه بوده خدا شاهده نیومده بالا سر مریض که روز اول چقدر داشته و الان روز آخری چقدر درد داره ... این استاده حالا من هیستوری هم بش ندادم، کنفرانس هم هیچی ندادم، بعد اومده به من داده نوزده و بیست و پنج.» (۲۱م)

تجربه کارآموزی مشاهده نیز مورد دیگری بود که توصیف آن توأم با رضایت و نارضایتی دانشجویان بود ولی نوع ادراک آن‌ها نشان‌دهنده آن بود که کارآموزی مشاهده، نقطه عطف و اتصال آموزش تئوری به آموزش بالینی، بسیار حیاتی و نیازمند توجه بیشتر است.

«بنظر من درسته که (آبزرویمون) خیلی پراکنده بود ولی خیلی کمکون کرد، خیلی بهتر از این بود که ما یه دفعه‌ای مثلاً سال بعد یا یه ترم بعد بخاییم بریم ... تو خیلی چیزا خوب بود ولی پراکنده بود.» (۱۱م)

آموزش بالینی

تفاوت تشخیص‌ها و ارزیابی‌ها مسئله‌ای است که می‌تواند دیدگاه دانشجو را هم به ماهیت رشته و نیز توانمندی اساتید تحت تأثیر قرار دهد. یکی از دانشجویان به این موضوع اشاره کرده و آن را گیج‌کننده می‌داند.

«بعد میدونید جالبیش هم اینجاست که استادها یه وقت نظرات هم قبول ندارن، اینجا آدم گیج میشه. بر فرض فلان استاد به من گفتن این تشخیصه، این تسته، (یه استاد دیگه میگه) نه کاملاً اشتباست. شما هم آخر پُست (کلینیک) می‌مونید که حالا نظر کدوم استاد درسته.» (۵م)

ماهیت آموزش بالینی، ماهیتی انتقالی (transitional) است. بدین معنی که فرایندهای جاگرفته در آموزش بالینی باید در نهایت به انتقال دانش و مهارت بالینی کافی به کارآموز منتهی گردد. از جمله بسترهای انتقال دانش، پرسش‌گری است. یکی از دانشجویان تجربه خود از پرسش را این‌گونه شرح می‌دهد.

«من یه روز سوال PNF پرسیدم گفتیم که PNF رو اینجا چجوری استفاده کنیم. گفت بخون و لکچرشو هفته دیگه بده. من توی یه هفته تا صبح باید می‌نشستم و ۲۸ صفحه سولیوان رو ترجمه کنم ... خب من که فیزیوتراپ به دنیا نیومدم که. بالاخره باید کسی باشه که چیزی به من نشون بده.» (۱۲م)

پیگیری مربی و دریافت و ارائه بازخورد موضوعی بود که وجود و عدم وجود آن به نوعی توسط دانشجویان ابراز گردید. «خود دکتر فلانی خیلی هم پیگیر بودن که مثلاً ببیننه مریضی که داریم چکار براش انجام دادیم. مثلاً از خود مریض میپرسیدن که

«...یا به مریضی هست میاد من باهاش خوب کار می‌کنم نتیجه می‌گیره، شاید فکر کنم این بهترین حس کارورزی همین دقیقاً باشه که مریضی که میاد دقیقاً از شما راضی باشه خودتون هم از کار خودتون راضی باشین» (م۱)

فیزیوتراپی به عنوان رشته‌ای درمانی با آسیب‌های مشخصی در تماس است، از جمله آسیب‌های اسکلتی-عضلانی، دردها، سوختگی، بیماران بستری در بخش‌های ویژه و آسیب‌های نورولوژی. برخی از مشارکت‌کنندگان با بیان جملات و دلایلی به برخی حوزه‌های درمانی ابراز تمایل بیشتری داشتند.

«من میگم کلینیک دانشکده که ارتوپدی زیاد میاد بشه دو ماه و از سوختگی و ICU نورولوژی کم بشه خیلی بهتره. چون مریضایی که فردا میان تو کلینیک اینجورین دیگه. تو فردا میخای کلینیک بزنی مریض سوختگی بیشتر میاد یا ارتوپدی؟» (م۲)

یادگیری

یادگیری یکی از نقش‌های اصلی کارآموز و فلسفه حضور او در دانشگاه و کارآموزی است. یکی از دانشجویان فرایند یادگیری و کسب تجربه را روندی تدریجی می‌داند و نقش دانشجو را در فرایند آموزش و یادگیری یادآور می‌شود.

«الان هیچ کس کامل نیست یعنی حداقل اینکه اگه من بخام بگم توانایی من چقدره از اینجا برم بیرون که بطور مستقل کار کنم قطعاً میگم که خیلی کمه، ولی خب اینکه خرده هم نمی‌تونم بگیرم چون باید خودم کسب تجربه بکنم. تجربه به دست آوردنیه از کسی هم نمی‌تونم بگیرم» (م۳)

پذیرش بیمار

در حیطه فرایندهای کارآموزی، مضمون «پذیرش بیمار» مضمون دیگری بود که ظهور یافت. این مضمون از دو زیرمضمون «بیمار، بستر تجربه بالینی» و «انتقال مسؤلیت درمان به کارآموز» شکل گرفته است.

بیمار، بستر تجربه بالینی

اساساً کارآموزی بدون حضور بیمار از کارکرد افتاده و بی‌ثمر است. یکی از کدهای مرتبط با زیرمضمون اول به ضرورت مواجه با بیماران متنوع اشاره دارد.

«من به جایی می‌رفتم استادش زیاد چیز نبود ولی اینقدر تنوع کیسش زیاد بود که خیلی علاقه داشتم. حالا کاری زیاد به کار

ابعاد مدیریتی

قوانین و مقررات نوعی ابزار مدیریتی هستند و چارچوبی را تعیین می‌کنند که رفتار کارآموز و مربی در آن تعریف می‌شود. نادیده گرفته شدن این چارچوب می‌تواند احساس تبعیض و بی‌اهمیت بودن را در دیگران ایجاد کند.

«بین من اگر سه جلسه نیام (کارآموزی) حذفم ... استادی که از بیست جلسه فقط چهار جلسه اومده چرا حذف نمیشه (با حالت لحنی خنده)؟ خب آدمی که مسؤلیت رو قبول می‌کنه (باید عمل کنه)» (م۴)

دانشجویان از رفتار و منش اساتید و مربیان خود تأثیر پذیرفته و الگو می‌گیرند. یکی از دانشجویان به بی‌نظمی حضور مربیان کارآموزی اشاره می‌کند.

«نصف استاد البته (تو کارآموزی حاضر بود). به استاد از ساعت ۱۰ و نیم به بعد. استاد اصلاً مریض من رو نمی‌بینه، یعنی اینقدر دیر میاد که اصلاً تا بیاد برسه، مریض من رفته» (م۵)

برنامه‌ریزی نیز یکی از وظایف شناخته شده مدیران است. یکی از مشارکت‌کنندگان هم زمانی دو کارآموزی با یکدیگر را گنج‌کننده می‌داند.

«الان توی هفته ما دو تا جا (روتیشن) میریم. من میام مثلاً امروز به تکلیفی دارم، یه مریضی دارم میخام برم (در موردش) بخونم، نمیدونم برای امروز رو بخونم یا برای فردا رو بخونم» (م۶)

در مورد تداخل زمانی کارآموزی با کلاس و اثر آن بر کیفیت هر دو آیتام آموزشی گفتگو شد. یکی از دانشجویان هم‌زمانی این دو را مضر می‌داند.

«کلاسای تئوری هم که ما داریم باعث میشه نه به بیمارامون خوب برسیم نه به کلاس. روزایی که صبحش کلینیک داریم بعد از ظهرش تئوری داریم» (م۷)

یادگیری بالینی

این مضمون از دو زیرمضمون «تجربه کارآموز از درمان» و «یادگیری» ساختار یافته است.

تجربه کارآموز از درمان

برخی از دانشجویان احساس رضایت از درمان انجام شده را به نوعی بهترین حس دوره کارآموزی می‌دانستند، عاملی که بر اعتماد به نفس بالینی آن‌ها نیز اثرگذار بوده است.

نوع و فضای ارتباط شکل گرفته میان کارآموز و مربی بالینی از سوی دانشجویان به عنوان عاملی شناخته شده بود که بر تجربه بالینی آن‌ها مؤثر است. ارتباط استاد با دانشجو در حالات مختلفی قابل مشاهده است که نحوه ارزیابی استاد از عملکرد بالینی دانشجو در برابر بیمار یکی از این حالات است: «مثلاً همون موقع که استاد داره مریض رو می‌ده به دانشجو، به عنوان دانشجو تحویل میگیره، (به مریض میگه) این همکار منه، ایشون از این به بعد شما رو می‌بینه. بعد (استاد) بالا سر ما هم که داخل کابین میاد مثلاً به جوری برخورد می‌کنه که انگار مثلاً داریم با همدیگه بحث می‌کنیم ... این باعث میشه که مریض به من اعتماد بکنه ... ما که قرار نیست معجزه بکنیم. همون کاری که می‌کردیم به جوری استاد جلوه می‌داد (که) واقعاً فکر می‌کردیم چقدر کار خوبی انجام دادیم» (م۶).

یکی دیگر از وضعیت‌هایی که مشارکت‌کنندگان در آن به فضای ارتباط و تعامل خود با مربیان و استادان بالینی اشاره داشتند مربوط به حالاتی بود که دانشجویان قصد طرح یک موضوع انتقادی را داشتند و از عدم انتقادپذیری اساتید حکایت داشت:

«بعد همشون (اساتید) پشت سر هم هستن، هوای همدیگه رو دارن (م۷): با یکی بد بیافتی دیگه تمومه، کافیه با یکی مشکل داشته باشی.» (م۷).

«یعنی من اینو قشنگ مستقیم شنیدم از استادی که میگم (که بم گفت) «من قراره همکار باشم شما الان یک سال دیگه میرین، منم که میمونم، برا همین خیلی نمی‌تونم خودمو وارد قضیه بکنم.»» (م۵).

اعضای گروه کارآموزی

تجربه کردن کار تیمی یکی از فواید حضور دانشجویان در گروه‌های چند نفره است (۱۵). به عنوان مثال اعضای گروه چهارم تجربه کار تیمی در درمان را این‌گونه بیان می‌کنند.

«یه بار شد که یکی از اساتید نیومدن، بعد یه کیس جدید اومد که اصلاً تا حالا هیچ کدوم ندیده بودیم. فکر کنم دیستروفی دوشن بود، اصلاً درموردش اطلاعی نداشتیم با بچه‌ها نشستیم و هر کی هرچی می‌دونست گفت که چکار می‌کنیم و اسش. خیلی خوب بود. خودمون دیدیمش. ارزیابیش کردیم. خودمون کاراشو انجام دادیم.» (م۱۶).

استاد نداشتم خودم می‌رفتم در موردش می‌خوندم تحقیق می‌کردم ... یکی از مشکلاتمون اینه که خیلی کیس کم داریم، مخصوصاً کلینیکای خود دانشگاه.» (م۱۵).

فرایند انتخاب و پذیرش بیمار برای دانشجویان و این‌که این فرایند تضمین کند که کارآموز مواجهه مطلوب و آگاهانه‌ای با آسیب‌های مرتبط داشته باشد موضوعی است که با تکرار شدن بیمار یکسان برای دو کارآموز زیر سؤال می‌رود.

«به نظر من مریضی که دانشجوها دیدنش و گروه رفته، دیگه اونو نباید گروه بعدی ببینه ... مثلاً برای هیستوری من میرم از قبله میگیرم که چی بوده و میپرسم که چکار براش می‌کردی ... همه چی شو می‌دونی، (این) خیلی فرق می‌کنه با مریضی که از روز اول بیاد. باید مریض جدید بگیرن بگن اینو خودت ببین چشمه.» (م۲۰).

انتقال مسئولیت درمان به کارآموز

فرایند واگذاری مسئولیت درمان بیمار به کارآموز یقیناً با یک درمان‌گر حرفه‌ای متفاوت است چرا که هدف آموزش بالینی است و نه صرفاً درمان یک بیمار توسط یک فرد. حضور قاعده‌مند مربی بالینی در کنار دانشجو و پیگیری مناسب می‌تواند یادگیری کارآموز را با عزت نفس توأم کند.

«(اساتید) میومدن یه مریض رو ارزیابی می‌کردن و می‌گفتن این مشکلش اینه و درمانشو اینجوری باید انجام بدیم. بعد ما شروع می‌کردیم. مریض بعدی که میومد این (پشتیبانی) کمتر می‌شد ... بعضی از اساتید ما داشتیم که مثلاً مریض میومد، می‌گفتن خب شما برید ارزیابی کنید من بالا سرتون وامیستم ببینم چکار می‌کنید بعد میومدن اشکالاتمون رو بهمون می‌گفتن ... این (روش) خیلی خوبه. کاش همه اساتید ما اینجوری باشن.» (م۱۳).

ارتباطات کارآموز در محیط

آخرین مضمون بروز یافته در حیطه فرایندها، «ارتباطات کارآموز در محیط» است. کارآموزان در محیط کارآموزی با سه گروه عمده در ارتباط هستند، «مربیان بالینی»، «اعضای گروه کارآموزی» و «بیمار و همراه وی». چگونگی و کیفیت ارتباط کارآموز با این سه دسته اثر قابل توجهی بر عملکرد بالینی او دارد. مربیان بالینی

بیمارستان «ر» پیش اومد، بیمار که می‌گرفتم خیلی مشتاق نبود که دانشجوی بیندش» (م۱)

بحث

دست اندرکاران آموزشی با شناخت مؤلفه‌های آموزش بالینی اثربخش می‌توانند دیدگاه‌های مربیان و دانشجویان را در نظر گرفته و به این وسیله تجربه بالینی را غنی سازند. در واقع، در فرایند آموزشی، تدریس و یادگیری به هم وابسته هستند، اگر چه تدریس فعالیت معلم [مربی] است ولی نتیجه آن یادگیری است که معطوف به یادگیرنده است (۴) بنابراین دیدگاه‌های دانشجویان که به نوعی منبعث از تجربیات آن‌هاست می‌تواند راهگشای مدیران آموزشی رشته باشد. مربیان و اساتید بالینی به عنوان افرادی که در تدوین و اجرای فرایند آموزش بالینی نقش اساسی دارند بایستی اطلاع دقیق‌تری از درک دانشجویان از پدیده‌ها و رخداد‌های کارآموزی داشته باشند. درک بهتر آن‌ها از تجارب دانشجویان و تلاش برای تطبیق عملکرد خود با این واقعیات و تجارب می‌تواند آموزش بالینی پرثمرتری را فراهم آورد.

مشارکت‌کنندگان از ملموس نبودن سرفصل‌های آموزشی کارآموزی‌ها به عنوان یک عامل تأثیرگذار بر یادگیری بالینی یاد کرده بودند. موضوعی که در قالب بیانیه‌های متعدد و در هر پنج گروه بحث متمرکز به آن اشاره شد. این یافته با یافته‌های مطالعه آیینی و همکارانش مطابقت داشت که داشتن راهنمای بالینی مشتمل بر اهداف رفتاری، مقررات بخش، وظایف دانشجوی و مربی، چگونگی ارزشیابی و منابع درسی سبب افزایش رضایت دانشجویان در استفاده از وقت و یادگیری بهتر مهارت‌های بالینی می‌شود (۱۶).

فشار ناشی از هم‌زمانی کلاس‌ها و دوره کارآموزی و در بعضی مواقع هم‌زمانی دو کارآموزی مسأله‌ای که برخی دانشجویان به آن اشاره داشتند. در مطالعه‌ای که توسط آئین و همکارانش با موضوع کارآموزی در عرصه رشته پرستاری انجام گرفت نیز عدم انعطاف زمان‌های کارآموزی و ضرورت برنامه‌ریزی

در مقابل تجربه گروه فوق، یکی از مشارکت‌کنندگان مشاهده خود از ارتباطات غیرسازنده اعضای گروه کارآموزی را این‌گونه بیان می‌کند.

«بعضی گروه‌ها هستند که اینقد اعضای گروه باهم مشکل دارن که بعضی روتینش کنفرانس ندادن. سر کنفرانس باهم مشکل دارن. یعنی هرچی این می‌گفت اون مخالفت می‌کرد و بالعکس. پیش اومده این چیزا» (م۲۱)

بیمار و همراه وی

توانایی برقراری ارتباط حرفه‌ای با بیمار و همراه وی یکی از مهارت‌های ضروری در فرایند درمان است که بستری برای ارزیابی، درمان و پیشرفت ایجاد می‌کند. یکی از مشارکت‌کنندگان تجربه خود از بازخورد بیمار به عملکرد وی را چنین بازتاب می‌دهد.

«خیلی واسم اتفاق افتاد که مریض بم انگیزه داد. مثلاً یه مریض توی بیمارستان فلان داشتم هیچ وقت فراموش نمی‌کنم ... من ارزیابیش کردم و حدود ۴۵ دقیقه ارزیابیش طول کشید. وقتی ارزیابیش تموم شد بم گفت من پونزده ساله این درد رو تحمل کردم ولی با این ارزیابی که انجام دادی کمردردم خوب شد، فقط با ارزیابیت. اینو که بمن گفت اصلاً من دیگه تو فضا داشتم (سیر می‌کردم)» (م۷)

دانشجوی دیگری نیز تجربه خود از بازخورد منفی «همراه بیمار» به درمان انجام شده را این‌گونه شرح می‌دهد.

«من یه مریض داشتم که CP بود، هرچی واسش ES می‌داشتم اصلاً نمی‌گرفت ... بعد این برادرش (همراه مریض) همش می‌ومد می‌گفت که شما بلد نیستی، نمی‌تونی کار کنی ... گفت حتماً دستگاهت خرابه. من آخر سر واسه اینکه اعتماد کنه یه دستگاه دیگه هم آوردم گفتم نگاه کن این عضله‌ش فعلاً عضله‌ای نیست که من بخام باش کار بکنم» (م۲۱)

بازخوردهای مثبت و منفی صورت گرفته به عملکرد بالینی کارآموز شاید یکی از ماندگارترین تجارب باشند که در ذهن فرد باقی می‌مانند. یکی از دانشجویان نیز به عدم اعتماد برخی بیماران به کارآموزان اشاره می‌کند.

«بیمارستان اصلاً بیشتره. چون کلینیک دانشکده همه می‌دونن که کلینیک دانشکده است ... بیمارستان ولی نه، فرد با این دید میاد بیمارستان که یه دکتر اونو ببینه. ما بارها فکر کنم برامون تو

دانشجویان به عنوان یک نقطه ضعف اشاره شد چرا که فرصت‌های یادگیری را برای کارآموز دوم محدود می‌کند. در مطالعه Cole و Wessel نیز به ارتباط با بیمار از حیث مواجهه کارآموز با بیمار و مشکلات واقعی، چالش کشیده شدن او در قالب طرح سؤالات متفاوت، یافتن پاسخ و تفکر بیشتر در مورد مشکل بیمار تأکید شده است (۱۹).

دانشجویان به ارتباطات شکل‌گرفته بین اعضای گروه کارآموزی اشاره کردند و بر اهمیت ارتباط صمیمانه و کاربردی بین اعضای گروه تأکید داشتند و فقدان آن را مخرب و مخل تجربه بالینی موثر می‌دانستند. در تعدادی از مطالعات نیز از امکان بحث و بررسی مسائل به همراه سایر اعضای گروه، همکاری در برنامه‌ریزی درمان، تعیین هدف، تبادل اطلاعات راجع به بیمار و دریافت و ارائه بازخورد به یکدیگر، به عنوان مزیت کارآموزی‌های دو و سه نفره در مقابل کارآموزی‌های تک‌کارآموز یاد شده بود (۸، ۱۵، ۲۰).

نظارت و بازخورد توأم با احترام از جمله نکات اشاره شده توسط دانشجویان بود. بازخوردی که هویت یادگیرنده کارآموز را مخدوش نسازد. در مطالعه‌ای که توسط Cole و Wessel انجام شد، دانشجویان خواهان این بودند که از سوی مربیان‌شان به عنوان کسانی که الگوی رفتار حرفه‌ای آنان هستند، ارزشمند شمرده شوند (۱۹). همچنین در مطالعه دیگری رابطه میان بازخورد و نظارت مربیان بر عملکرد بالینی دانشجویان و ارتقاء یادگیری دانشجویان از سوی مشارکت‌کنندگان مورد تأکید قرار گرفته است (۲). در مطالعه‌ای کیفی که توسط جویباری و همکارانش (۱۳۸۵) انجام شد نیز دانشجویان بر نوع برخورد مربی با دانشجو در زمان انجام کار و وقوع اشتباه و رعایت احترام متقابل تأکید داشتند (۲۱).

یکی از زیرمضمون‌های بروز یافته در پژوهش حاضر، نوع ارتباط کارآموز با مربی بالینی بود که این موضوع در مطالعه‌ای که توسط علوی و عبادی انجام شد در قالب دو مفهوم «حضور مربی» (presence) و «مربی به عنوان واسطه برقراری ارتباط» مورد اشاره قرار گرفت. بدین معنی که حضور

مطلوب شیفت‌های کارآموزی در عرصه به عنوان یکی از شش متغیر اصلی مطالعه معرفی شده بود (۱۶).

چگونگی ارزشیابی در بالین نیز موضوعی بود که مورد توجه مشارکت‌کنندگان قرار گرفته بود و به نوعی به ملموس و واقعی نبودن چارچوب ارزشیابی‌ها اشاره داشتند و شاخص‌های ارزشیابی بالینی را غیرعینی و غیرکارکردی می‌دانستند. این یافته در راستای نتایج مطالعه الهی و همکارانش قرار دارد که تجارب دانشجویان پرستاری از آموزش اثربخش را مورد بررسی قرار داده بودند (۱۷).

کاهش تنوع بیماران یکی دیگر از مشکلاتی بود که مشارکت‌کنندگان در تمام جلسات بحث گروهی به آن اشاره کردند. در مطالعه Moore و همکارانش نیز به وجود بیمار کافی به عنوان یکی از مولفه‌های موفقیت یک کارآموزی اشاره شده است (۸).

آموزش و یادگیری دو سوی فرایند کلی آموزش هستند. یکی از یافته‌های این مطالعه، اهمیت جایگاه کارآموز به عنوان یادگیرنده است. موضوعی که در مطالعه Ernstzen و همکارانش هم بدان اشاره شده است که در آن دانشجویان و مربیان هر دو بر وجود یک مسؤولیت مشترک بین مربی و کارآموز در فرایند یادگیری تأکید و توافق داشتند (۲).

یکی از موارد مطرح شده در این پژوهش کم بودن میزان تسلط و استقلال بالینی دانشجویان فیزیوتراپی بود که این مسأله در مطالعات سایر رشته‌ها نیز به چشم می‌خورد (۱۸). رحمانی و همکارانش نیز در مطالعه‌ای در مورد اثر الگوی تعدیل‌شده تسلط‌آموزی، پیشنهاد دادند که از این الگو برای آموزش بالینی در پرستاری استفاده شود چرا که میزان تسلط بالینی کسب شده در این روش علی‌رغم زمان‌بری بالاتر آن، به شکل معنی‌داری بیشتر از روش معمول آموزش بالینی است (۱۸).

چرخش دانشجویان بین مراکز مختلف درمانی و بیمارستانی یکی از ویژگی‌های کارآموزی بالینی است که گاهاً ممکن است با تعویض بیماران همراه نباشد یعنی دو کارآموز درمان و یادگیری را با یک بیمار واحد تجربه کنند که از سوی

آموزش بالینی دانشجویان در مقایسه با رشته‌های مانند پرستاری باشد.

نتیجه‌گیری

مواردی چون کوتاه بودن دوره چهار ساله آموزش فیزیوتراپی به طور کل و دوره آموزش بالینی به طور خاص، عدم اجرای سرفصل‌های آموزشی تعیین شده برای هر روتیشن، جمعیت زیاد دانشجویان در گروه‌های کارآموزی، موکول شدن بخشی از مهارت‌های بالینی به دوره‌های بالاتر، تدریس‌های سلیقه‌ای در کارآموزی‌ها، ناکارآمدی سیستم انضباطی آموزش و ارزشیابی دانشگاه‌ها و عدم ارزشیابی مؤثر از عملکرد استادان و دانشجویان نیز به عنوان مولفه‌های مؤثر بر افت کیفیت آموزش و یادگیری بالینی از طرف دانشجویان مورد تأکید قرار گرفت.

بر اساس یافته‌های این مطالعه و مباحث مطرح شده در قسمت‌های پیشین مقاله، پیشنهاد می‌گردد با تأمین تنوع کافی بیمار در کارآموزی‌ها، تأکید بیشتر و عملی بر اجرای بهتر سرفصل‌های کارآموزی، توجه بیشتر به کارآموزی مشاهده، ارزشیابی مؤثر از برون‌دادهای مراکز آموزش بالینی، تعدیل جمعیت دانشجویان در گروه‌های کارآموزی، وارد کردن بخشی از سرفصل‌های بالینی دوره کارشناسی ارشد به دوره کارشناسی، افزایش دوره آموزش تئوری، عملی و بالینی، آموزش بالینی اثربخش‌تری را فراهم نمود که اجرای طرح دکتری حرفه‌ای فیزیوتراپی می‌تواند گامی مؤثر و اقدامی جامع‌نگر در این مسیر باشد.

پیشنهادها

برنامه‌ریزی دقیق‌تر کارآموزی‌ها برای مواجهه بهتر کارآموز با آسیب‌های مختلف، توجه مربیان بالینی و کارآموزان نسبت به اهداف و محتوی سرفصل آموزشی در هر مرکز آموزشی و نظارت دقیق گروه‌های آموزشی بر چگونگی اجرای آن‌ها، تدوین چارچوبی معتبر و قابل اجرا برای ارزشیابی عملکرد بالینی و حرفه‌ای کارآموزان، مرتفع کردن موانع اجرایی و

مربی در فرایندهای درمانی و نیز ایجاد یک فضای ارتباطی بدون تنش و تسهیل‌گر برای یادگیری کارآموز از ویژگی‌های یک ارتباط مطلوب میان کارآموز و مربی است (۲۲).

ابعاد ارتباط حرفه‌ای شکل گرفته میان کارآموز و بیمار نیز یکی از عوامل مؤثر در تجربه دانشجویان از آموزش بالینی بود. در مطالعه‌ای نیز دانشجویان مشارکت‌کننده بیان کرده بودند که یکی از منابع کسب رفتار حرفه‌ای (مثبت و منفی) بیماران هستند، مانند بیمارانی که قدردانی خود را بروز می‌دهند، صبور هستند یا همکاری نمی‌کنند یا بازخورد مشخصی را راجع به ارتباط و مهارت‌های کارآموز ارائه می‌کنند (۲۳). در پژوهش حاضر، نوعی تعامل میان همراهان بیمار و کارآموز نیز نشان داده شد. در روند درمان فیزیوتراپی به خاطر خصوصیت ممتد بودن آن خصوصاً در بیماری‌ها و اختلالات مزمن، علاوه بر بیمار، همراهان وی نیز در تعامل با درمانگر قرار می‌گیرد که درمانگر باید دارای توانایی کافی در برقراری ارتباط حرفه‌ای مناسب با آن‌ها باشد. هادی‌زاده و همکارانش نیز بر ضرورت دادن آموزش‌های لازم به دانشجوی مبنی بر چگونگی برقراری ارتباط با بیمار برای جلب همکاری بیشتر وی اشاره کرده‌اند (۲۴).

تبعیض و عدم دقت در فرایند ارزشیابی نیز توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان بیان شد. OConnor و همکارانش در مطالعه‌ای بر روی مدل‌های ۱به۱ و ۲به۱ در آموزش بالینی به این موضوع اشاره کردند. در مدل ۲به۱ دانشجویان فیزیوتراپی معتقد بودند که در هنگام ارزشیابی، اساتید هر دو دانشجو را با هم ارزشیابی می‌کنند به گونه‌ای که تفاوت اندکی بین توانایی‌های فردی افراد لحاظ می‌شود و این مسئله باعث عدم رضایت آن‌ها می‌شد (۲۰).

در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در مشاغل چون پرستاری (۱۶، ۲۵-۲۸)، موضوع «مدل ارتباطی رایج میان کارآموزان و کارکنان فیزیوتراپی شاغل در مراکز آموزشی» یکی از موارد بروز نیافته در این مطالعه بود. علت احتمالی آن می‌تواند نقش بسیار ناچیز کارکنان بخش‌های فیزیوتراپی در

محدودیت‌ها

فقدان سابقه مطالعات داخلی با متدولوژی کیفی در زمینه آموزش بالینی فیزیوتراپی یکی از محدودیت‌های ابتدایی این مطالعه بود که به جای آن از مطالعات خارجی استفاده گردید ولی برنامه آموزشی فیزیوتراپی به طور کل و دوره آموزش بالینی در کشورهای مختلف دارای تفاوت‌هایی است که مقایسه کردن را قدری مشکل می‌سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی دانشجویان فیزیوتراپی مشارکت‌کننده از دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، شیراز و علوم بهزیستی و توانبخشی که با اعتماد به هدف این پژوهش، مشارکتی فعال داشته و زمان، دانش و تجارب خود را در اختیار ما گذاشتند سپاسگزار می‌کنند. همچنین از اساتید گروه آموزشی فیزیوتراپی دانشگاه علوم پزشکی ایران بخاطر حمایت‌های سخاوتمندانه‌شان در طول اجرای مطالعه، قدردانی می‌شود.

مدیریتی که به برخی از آن‌ها اشاره شد، همچنین آشنا ساختن دانشجویان با بایسته‌های یک کارآموز فیزیوتراپی و نوع انتظاراتی که از او به عنوان یک یادگیرنده وجود دارد، ایجاد یک پروتکل منعطف اما مشخص در مورد چگونگی انتقال مسئولیت درمان به کارآموز (از شروع کارآموزی تا انتهای دوره) و ارتقاء مهارت‌های ارتباطی استاد و دانشجو می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آینده گروه‌های آموزشی مورد توجه قرار گیرد.

پرواضح است که یافته‌های این پژوهش به عنوان یکی از اندک تحقیقات صورت گرفته در حوزه آموزش بالینی فیزیوتراپی در ایران نیازمند تحقیق و پژوهش بیشتر از سوی سایر پژوهشگران در قالب‌های کمی، کیفی و یا ترکیبی می‌باشد که در این راه، یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمای سایر پژوهشگران در انتخاب حوزه‌هایی خاص از کل دوره آموزش بالینی فیزیوتراپی باشد.

References

1. Dean CM, Stark AM, Gates CA, Czerniec SA, Hobbs CL, Bullock LD, et al. A profile of physiotherapy clinical education. *Aust Health Rev.* 2009; 33(1): 38-46.
2. Ernstzen DV, Bitzer E, Grimmer-Somers K. Physiotherapy students' and clinical teachers' perceptions of clinical learning opportunities: A case study. *Med Teach.* 2009; 31(3): E102-E15.
3. Mollahadi M. Importance of clinical educating in nursery. *Education Strategies in Medical Sciences* 2010; 2(4): 153-9. [In Persian]
4. Saheb zamani M, Salahshooran Fard A, Akbarzadeh A, Mohammadian R. Comparison the viewpoint of nursing students and their trainers regarding preventing and facilitating factors of effective clinical teaching in Islamic Azad University, Marageh Branch. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch.* . 2011; 21(1): 38-43. [In Persian]
5. Abdi K, Maddah S, Rahgozar M, Dalvandi A. Evaluation of educational situation of rehabilitation branches in welfare and Rehabilitation University from students perspective. *Rehabilitation* 2007;7(4):57-64. [In Persian]
6. Safavi-Farokhi Z, Bakhtiary AH, Fatemi E, Hagihasani A, Amouzadeh-Khalili M. Internal evaluation of physiotherapy department of Semnan university of medical sciences. *Koomesh.* 2011;12 (4). [In Persian]
7. Taheri A, Forghani S, Atapor S, Hasanazadeh A. The Effective Clinical Teaching from Faculty Members' and Rehabilitation Students' Point of View. *Iran J Med Educ.* 2012;11(9):1131-9. [In Persian]
8. Moore A, Morris J, Crouch V, Martin M. Evaluation of Physiotherapy Clinical Educational Models :Comparing 1:1, 2:1 and 3:1 placements. *Physiotherapy.* 2003;89 (8): 489-501.
9. Zamanzadeh V, Abdollahzadeh F, Lotfi M, Aghazadeh A. Assessing Clinical Education Fields from the Viewpoints of Nursing and Midwifery Instructors in Tabriz University of Medical Sciences, 2006. . *IJME.* 2006; 7 (2): 299-307. [In Persian]
10. Khademalhosseini M, Alhani F, Anoosheh M. Pathology of "clinical education" in nursing students of intensive care unit: A qualitative study. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2009; 2 (2): 81-6. [In Persian]

11. Alavi M, Abedi H, A. Nursing Students Experience From Effective Clinical Education. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2006;13(3):127-33. [In Persian]
12. Wong L. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J*. 2008; 49 (3): 256-60.
13. Delany C, Bragge P. A study of physiotherapy students' and clinical educators' perceptions of learning and teaching. *Med Teach*. 2009;31(9):e402-e.11
14. Speziale HJS, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
15. Currens JB, Bithell CP. The 2:1 Clinical Placement Model: Perceptions of clinical educators and students. *Physiotherapy*. 2003; 89 (4): 204-18.
16. Aein FA, F. Anoosheh, M. The experiences of nursing students, instructors and hospital administrations of nursing clerkship. *Iran J Med Educ*. 2009; 9 (3): 191-200. [In Persian]
17. Elahi N, Alhani F, F. A. Effective Education: Perceptions and Experiences of Nursing Students. *Iran J Med Educ*. 2012; 12 (2): 110-9. [In Persian]
18. Rahmani A, Mohajjelaghdam A, Fathiazar E, Roshangar F. The Effect of Adapted Model of Mastery Learning on Cognitive and Practical Learning of Nursing Students. *Iran J Med Educ*. 2008; 7 (2): 267-76. [In Persian]
19. Cole B, Wessel J. How clinical instructors can enhance the learning experience of physical therapy students in an introductory clinical placement. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2008; 13 (2): 163-79.
20. O'Connor AMB, Cahill MMB, McKay EA. Revisiting 1:1 and 2:1 clinical placement models: Student and clinical educator perspectives *Aust Occup Ther J*. 2012; 59(4):2. 76-83.
21. Mahasti Joybari L, Ebrahimi H, Sanagoo A. Stressors of Clinical Education: The Perceptions of Nursing Students. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2006; 3 (2): 1-9. [In Persian]
22. Alavi M, Abedi H. Nursing Students' Experiences and Perceptions of Effective Instructor in Clinical Education. *Iran J Med Educ*. 2008; 7 (2): 325-33. [In Persian]
23. Larin H, Wessel J, Al-Shamlan A. Reflections of physiotherapy students in the United Arab Emirates during their clinical placements: A qualitative study. *BMC Medical Education*. 2005; 5(1): 1-9.
24. Hadizadeh F, Firoozi M, Shamaeyan Razavi N. Nursing and Midwifery Students Perspective on Clinical Education in Gonabad University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ*. 2005; 5 (1): 70-8. [In Persian]
25. Barnett T, Cross M, Shahwan-Akl L, Jacob E. The evaluation of a successful collaborative education model to expand student clinical placements. *Nurse Educ Pract*. 2010;10(1):17-21.
26. Budgen C, Gamroth L. An overview of practice education models. *Nurse Educ Today*. 2008; 28 (3): 273-83.
27. Joybari L, Ebrahimi H, Sanagoo A. Stressors of Clinical Education: The Perceptions of Nursing Students. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2006;3(2):1-9. [In Persian]
28. Rose SR. The utilization and role of the preceptor in undergraduate nursing programs. *Teaching and Learning in Nursing*. 2008; 3 (3): 105-7.

Physiotherapy students' experiences from clinical education processes: a qualitative study

Mohammad kamali¹, SeyedMohammadreza Dastgheibi^{*}, Ali Chabok², Mahdi Dadgoo³, Sara Ghanaatian⁴

Original Article

Introduction: today the position of clinical education in training of physiotherapy students is becoming more prominent. Proper planning for students' clinical training requires accurate understanding about students' experiences. The aim of this study was obtaining a better understanding about physiotherapy students' experiences of the ongoing processes in clinical education.

Materials and Methods: twenty-one final year physiotherapy students in bachelor level selected by purposeful sampling and invited to this qualitative study. Data collected through five Focus Group Discussions (FGD) and Colaizzi analyzing method was used in analysis of data. Validity of the findings based on data triangulation method.

Results: after data analysis and classification of Codes, four themes emerged: "clinical education and evaluation", "clinical learning", "patient admission", "student relationships in environment". In this study, participants emphasized on some issues such as, patient shortage in number and diversity, non-Implementation of clerkship education headlines and large population groups.

Conclusion: lack of attention to current processes in clinical education influences the students' clinical experiences. Therefore, improvement of clerkship processes providing the more effective clinical experience. Providing adequate patients diversity in clinical education sites, increase the practical and clinical courses, greater and more practical emphasis on better implementation of clinical education headlines and balancing of clinical groups' size may be helpful in order to enhance the clinical experience richness for students.

Keywords: Clinical Education, Physiotherapy Students, Clinical Education Processes, Lived Experience

Citation: kamali M, Dastgheibi SMR, Chabok A, Dadgoo M, Ghanaatian S. **Physiotherapy students' experiences from clinical education processes: a qualitative study.** J Res Rehabil Sci 2013; 9(5):818-832.

Received date: 1/4/2013

Accept date: 23/9/2013

* MSc of Rehabilitation Management, Rehabilitation Management Dept, Rehabilitation Sciences School, Iran University of Medical Sciences, Mirdamad St, Madar Sq, Shah-nazari St, Nezam St, Tehran, Iran. (Corresponding author) Smrd_pt@yahoo.com

¹. Associate Professor, Rehabilitation Researchs Center, Rehabilitation Management Dept, Rehabilitation Sciences School, Iran University of Medical Sciences, Mirdamad St, Madar Sq, Shah-nazari St, Nezam St, Tehran, Iran

². Lecturer, Social Welfare Dept, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Evin St, Daneshjoo Blvd, Kodakyar St, Tehran, Iran

³. Assistant Professor, Physiotherapy Dept, Rehabilitation Sciences School, Iran University of Medical Sciences, Mirdamad St, Madar Sq, Shah-nazari St, Nezam St, Tehran, Iran

⁴. Master of Rehabilitation Management, Shekar-riz Physiotherapy Clinic, Sepah St, Nabovat Sq, Jahrom, Iran