

تجربه دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی: خشونت عمودی

ندا مهرداد^۳

حمید پیروی^۲

*محمد رضا دین محمدی^۱

چکیده

زمینه و هدف: یادگیری در محیط‌های بالینی بخش مهمی از برنامه آموزشی دانشجویان پرستاری به شمار می‌آید. تعامل موثر و پویای دانشجویان با اعضای تیم مراقبت سلامتی، مربیان، محیط‌های بالینی و عناصر آن منجر به تکامل حرفه‌ای آنها می‌گردد. هدف این مقاله، گزارش بخشی از یک مطالعه اصلی است که به توصیف تجارب منفی دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی می‌پردازد.

روش بررسی: در این مطالعه کیفی، دوازده دانشجوی کارشناسی پرستاری شاغل به تحصیل در دو دانشکده پرستاری و مامایی بزرگ شهر تهران و دو دانش آموخته کارشناسی پرستاری با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌های مطالعه از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته در دوره کارآموزی‌های بالینی جمع‌آوری و با روش نظریه پایه استراس و کوربین مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: خشونت عمودی به عنوان یکی از یافته‌های مهم مطالعه اصلی با شواهد متعدد و متنوعی از قبیل: تحقیر شدن، سرزنش شدن، عدم پذیرش، بهره‌کشی، تبعیض، زورگویی، فقر حمایت و محدودیت در یادگیری تظاهر نمود. منشاء این رفتارها عمدتاً پرسنل پرستاری بخش‌ها و مربیان بالینی بودند.

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌های مطالعه حاضر فضای غیر حمایتی عرصه‌های بالینی را آشکار ساخت. درک و شناسایی مسائل و چالش‌های فراروی دانشجویان پرستاری در محیط‌های بالینی و اداره موثر آنها می‌تواند شرایط پذیرش آنها را به عنوان نیروهای جوان حرفه‌میسر نماید.

کلیدواژه‌ها: خشونت عمودی، آموزش بالینی، تجربه یادگیری، دانشجوی پرستاری، تحقیق کیفی

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۲۴

^۱ دکتری تخصصی پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

(*نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۹۱۲۳۴۱۱۹۰۸، Email: mdinmohammadi@zums.ac.ir

^۲ دکتری تخصصی پرستاری، استاد، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ دکتری تخصصی پرستاری، دانشیار، مرکز تحقیقات متابولیسم و غدد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

هدف آموزش پرستاری تربیت پرستارانی است که توانایی و دانش مراقبت از مددجویان را در محیط های بالینی داشته باشند. یادگیری بالینی به عنوان بخش مهم و اساسی آموزش پرستاری^(۱-۴) در بافت اجتماعی پیچیده ای اتفاق می افتد که هدف آن توسعه مهارت های بالینی دانشجویان، به کارگیری تئوری در عمل، کاربرد مهارت های حل مسئله، توسعه مهارت های بین فردی، یادگیری هنجارهای رسمی و غیر رسمی، پروتکل ها و انتظارات حرفه پرستاری و نظام مراقبت سلامتی می باشد. موفقیت برنامه های پرستاری به طور قابل ملاحظه ای به موثر بودن این تجارب بالینی بستگی دارد^(۵-۷). با توجه به اینکه حدود نیمی از برنامه های پرستاری به آموزش بالینی اختصاص دارد، این بخش از آموزش نقش مهمی در شکل دادن هویت حرفه ای دانشجویان پرستاری بازی می کند^(۸).

محیط های بالینی داریم در حال تغییر بوده و گاهی اوقات غیر قابل پیش بینی هستند. برخلاف یادگیری های کلاسی که دانشجویان دارای فعالیت های ساختارمند هستند، در محیط های بالینی، دانشجویان درگیر فعالیت های غیر برنامه ریزی شده ای با بیماران و اعضای ارائه دهنده مراقبت می گردند. همین امر طراحی محیط های یادگیری بالینی را به شکل مطلوب برای دانشجویان سخت می نماید^(۹).

آمادگی بالینی حاصل فرایند پویای تعامل دانشجو، معلم و محیط بالینی و عناصر آن می باشد. محیط یادگیری مطلوب بالینی جایی است که همکاری و هماهنگی خوبی بین اعضای کارکنان در فضایی مطلوب وجود دارد و دانشجویان پرستاری به عنوان همکاران جوان مورد توجه و احترام قرار می گیرند^(۱۰). مطالعات بسیاری نشان می دهند که دانشجویان پرستاری در محیط های بالینی به کرات احساس آسیب پذیری می نمایند^(۱۱). اداره دانشجویان پرستاری در چنین محیط هایی عامل مهمی در اجتماعی شدن حرفه ای آنها محسوب می شود^(۱۲).

دانشجویان پرستاری در جریان آموزش در محیط های بالینی در معرض خشونت محیط کار قرار دارند^(۱). خشونت حالتی است که فرد یا گروهی تهدید های بالقوه و بالفعل جسمی، روانی یا روحی را تجربه می کنند. بدیهی است که خشونت شکلی از رفتارهای تبعیض آمیز است به ویژه اگر به آسیب و صدمه جسمی و روانی قربانی نیز منجر گردد. Young استدلال می کند که این خشونت بیشتر از یک خطای اخلاقی و در واقع، نوعی سلطه گری است^(۱۳). این خشونت در قالب انواع رفتارهای آزار دهنده روحی، روانی و عاطفی از قبیل ترساندن، بی علاقه کردن، دلسرد کردن، تهدید کردن، هتاک، بدگویی، سخن چینی، بد دهنی، تحقیر کردن، عیب جوئی، بی ادبی، غیبت، طعنه زدن، شایعه پراکنی و ممانعت از دسترسی به فرصت ها ظاهر می نماید^(۱۴-۱۷).

مفهوم خشونت افقی (horizontal violence) یا خشونت جانبی (lateral violence) در محیط حرفه ای پرستاری که در مطالعات اخیر تحت عناوین قلدری کردن (Bullying) و پرخاشگری نیز نام برده می شود، موضوع بحث دو دهه اخیر ادبیات پرستاری می باشد^(۱۸). مفهوم خشونت افقی در نتیجه کار Paulo Freire در زمینه سلطه گری پدید آمده است. طبق تعریف Freire در خشونت افقی افراد تحت سلطه که با احساس بی قدرتی کنار آمده اند، عواطف و واکنش های منفی و پرخاشگری را به جای گروه غالب اجتماعی، متوجه همدیگر می نمایند. خشونت افقی شامل انواع تعارضات غیر جسمی بین گروهی است که به طور آشکار و پنهان در قالب رفتارهای خصومت آمیز ظاهر می شود^(۱۹). در خشونت افقی پرستاران نارضایتی خودشان را به سمت خود، همدیگر یا افراد ضعیف تر از خود معطوف می سازند. البته خشونت افقی اشکال جسمی نیز دارد که در پرستاری کمتر مشاهده می شود و نوع کلامی آن بسیار شایع تر است^(۲۰-۲۱). میزان خشونت افقی در محیط کار پرستاری ۴۶ تا ۱۰۰ درصد برآورد

می گردد و همکاران به عنوان شایع ترین منبع موجد خشونت افقی گزارش شده اند^(۱۴،۲۲،۲۳).

اگرچه هیچ یک از اعضای حرفه پرستاری حتی پرستاران با تجربه از تبعات خشونت افقی بی نصیب نمی باشند، در این میان پرستاران کم تجربه، جوان و دانشجویان پرستاری معمولاً قربانی اصلی و آماج این رفتارهای ویرانگر می باشند^(۲۶-۱۰،۱۴،۱۵،۲۴). خشونت افقی شکلی از خشونت محیط کار می باشد؛ پدیده ای که در حرفه پرستاری بسیار متداول است. مطالعات اندکی در زمینه خشونت در بین دانشجویان پرستاری صورت گرفته است. در بعضی از مطالعات، رفتارهای خشونت آمیز بین افراد با قدرت های نابرابر (مثل کارکنان پرستاری و دانشجویان) را تحت عنوان خشونت عمودی *vertical violence* نام گذاری کرده اند^(۱۷). *Daiski* در مطالعه خود می نویسد پرستاران اغلب در جریان مصاحبه ها عبارت "پرستاران اعضای جوان خود را می خورند" را به کار می بردند. منظور از کلمه جوان، همان دانشجویان پرستاری یا پرستاران تازه کار می باشند^(۲۷). هدف این مقاله، گزارش بخشی از یک مطالعه اصلی است که به توصیف تجارب منفی دانشجویان کارشناسی پرستاری در محیط های بالینی می پردازد.

روش بررسی

این مقاله بخشی از یک مطالعه کیفی بزرگ با رویکرد نظریه پایه می باشد. انتخاب شرکت کنندگان مطالعه از طریق نمونه گیری هدفمند آغاز و به تدریج به صورت نمونه گیری نظری ادامه پیدا کرد. در نمونه گیری نظری انتخاب هر نمونه بستگی به داده های جمع آوری شده از نمونه یا نمونه های قبلی دارد^(۲۸). شرکت کنندگان مطالعه افرادی بودند که تجربه و اطلاعات کافی در مورد موضوع یا پدیده مورد نظر داشته و علاقمند به شرکت در پژوهش بودند. داده ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با ۱۲ نفر از دانشجویان کارشناسی پرستاری در حال تحصیل در دو دانشگاه دولتی شهر تهران و دو

دانش آموخته کارشناسی پرستاری جمع آوری گردید. ده نفر از شرکت کنندگان زن و چهار نفر آنها مرد بودند و از لحاظ سن در محدوده ۲۰ تا ۲۶ سال قرار داشتند. یکی از شرکت کنندگان دانشجوی در نیمسال دوم تحصیلی و بقیه شرکت کنندگان در سال های آخر دوره تحصیلی و عمدتاً نیمسال ششم تا هشتم قرار داشتند. کلیه مصاحبه ها توسط یک مصاحبه گر انجام شد. ابتدا محقق به هر یک از مشارکت کنندگان مراجعه می کرد و ضمن بیان هدف تحقیق، در صورت تمایل او برای مشارکت در تحقیق، وقت مناسب برای انجام مصاحبه تعیین می گردید. مصاحبه ها به صورت انفرادی و در محیطی آرام و در زمان و مکان مناسب که شرکت کنندگان احساس راحتی می نمودند، انجام می گردید. مصاحبه با هر نفر بسته به تحمل و میزان علاقه وی در یک تا دو جلسه صورت می گرفت. مدت جلسات مصاحبه حدود ۷۰ الی ۱۲۰ دقیقه و بطور متوسط ۹۰ دقیقه بود. مصاحبه های رسمی ضبط و سپس بلافاصله به صورت کلمه به کلمه نوشته می شد. داده های مطالعه به مدت ۳۲ ماه از اول خرداد ۱۳۸۹ تا بهمن سال ۱۳۹۱ گرد آوری شد. جمع آوری و تحلیل داده ها به صورت همزمان و با استفاده از روش تحلیل پیشنهادی استراس و کوربین در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گردید^(۲۹).

برای تایید اعتبار و مقبولیت داده ها *credibility* از روش درگیر شدن طولانی مدت با داده ها و صرف زمان کافی برای جمع آوری و تجزیه تحلیل داده ها، بازبینی توسط مشارکت کنندگان و بررسی داده ها توسط اعضای تیم تحقیق استفاده گردید. قابلیت وابستگی *dependability* معیاری است که در نتیجه ارائه یک رویه تصمیم گیری یا حسابرسی با توصیف جامع عرصه و بافت مورد مطالعه قابل دستیابی می باشد. برای این امر معمولاً نیاز به حسابرسی خارجی می باشد. انجام مطالعه اصلی از اولین مرحله طراحی، ارائه پیشنهاد تحقیق تا مرحله نهایی طبق سیاست کمیته ارزیاب طرح های پژوهشی مصوب تحت نظارت و داوری حداقل دو نفر از

مساعد محیطی نیز محروم بودند. آنها به دلیل عدم حمایت و هدایت کافی از طرف مربیان بالینی و به ویژه پرستاران بخش ها، درجاتی از خشونت های کلامی یا غیر کلامی را تجربه می نمودند. منشاء این خشونت ها، عمدتاً پرسنل پرستاری بخش و مربیان بالینی مربوطه و گاهی نیز از سوی دیگر اعضای تیم درمان از جمله پزشکان بیان می گردید. در این مطالعه، دانشجویان به عنوان افراد مورد خشونت که از نظر قدرت و موقعیت در سطح نابرابری قرار داشتند، مورد آماج این گونه رفتار های ناخوشایند قرار می گرفتند. خشونت عمودی در تجارب دانشجویان کارشناسی پرستاری شرکت کننده در این مطالعه به اشکال متنوع و متغیری از قبیل سرزنش و تحقیر شدن در مقابل بیماران و پرسنل، بهره کشی و استعمار از سوی پرستاران و مربیان بالینی، محدودیت در یادگیری، عدم حمایت، مورد پذیرش و احترام قرار نگرفتن، زورگویی، رها شدن در محیط های بالینی و مورد تبعیض واقع شدن تظاهر می نمود. این وضعیت اگرچه در سال های اول حضور در محیط های بالینی کمتر درک می گردید، اما با گذر زمان و رشد خودآگاهی و هوشیاری حرفه ای در دانشجویان و کسب قدرت تشخیص و تحلیل موقعیت ها، درک روشن تری از این تجارب ناخوشایند پیدا می کردند. این تجارب ممکن بود با شدت و ضعف متفاوتی دانشجویان را تا آخر دوره تحصیلی همراهی نماید. (جدول ۱). در ادامه به توصیف بخشی از این تجارب به همراه بیانات افراد شرکت کننده در مطالعه اشاره می گردد.

جدول شماره ۱: طبقه اصلی و طبقات فرعی تجربه دانشجویان کارشناسی در محیط های بالینی

طبقه اصلی	طبقات فرعی
خشونت عمودی	محدودیت در یادگیری
	سرزنش و تحقیر شدن در مقابل بیماران و پرسنل
	عدم پذیرش از سوی پرستاران
	مورد تبعیض واقع شدن
	حمایت غیرموثر در بالین
	زورگویی
	بهره کشی در بالین

ناظرین منتخب انجام پذیرفت. پژوهشگران با استفاده از توصیف جامع و غنی از بافت و عرصه پژوهش تلاش نمودند قابلیت انتقال **transferability** و کاربرد یافته ها را در دیگر موقعیت ها با شرایط و ویژگی های مشابه افزایش دهند. به منظور تایید پذیری **confirmability** سعی گردید با تلفیق منابع داده ها (انتخاب شرکت کنندگان از سال های مختلف تحصیلی، دانشکده های مختلف، دانش آموختگان جدید و هر دو جنس) حداکثر تغییر پذیری و تنوع در شرکت کنندگان لحاظ گردد. توصیف دقیق فرایندهای روش شناسی از جمله روش های گردآوری و تحلیل داده ها، ثبت دقیق توام با حفظ هوشیاری و عینیت در این مراحل، نوشتن یادورها و ثبت رویداد های مهم، روش هایی بود که برای این منظور به انجام رسید. همچنین، بازبینی مراحل مختلف مطالعه و نظارت دائمی همکاران گروه تحقیق در افزایش تایید پذیری مطالعه نقش داشت. پژوهشگران پس از تصویب کمیته اخلاقی دانشگاه، رضایت نامه ای کتبی جهت شرکت آگاهانه مشارکت کنندگان تهیه کردند که پس از توضیح مختصر و روشن در مورد پژوهش، توسط آنها تکمیل و امضاء گردید. در طی تحقیق سعی گردید تا رازداری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن رعایت شود.

یافته ها

یافته های این مقاله نتیجه تحلیل تجارب دوازده دانشجوی کارشناسی پرستاری و دو دانش آموخته جدید کارشناسی پرستاری شرکت کننده در این مطالعه می باشد. تحلیل بخشی از تجارب شرکت کنندگان مطالعه نشان داد که دانشجویان کارشناسی پرستاری در جریان یادگیری در محیط های بالینی آسیب پذیر بوده و با مسائل و چالش های فراوانی روبرو هستند. دانشجویان در اوایل ورود به محیط های کارآموزی، علاوه بر اینکه خود از اندوخته دانشی و مهارتی کافی بهره مند نبودند، از حمایت و هدایت موثر عوامل آموزشی و شرایط

نیز تغییر می کرد. دانشجویان در سال های اول این حمایت را اغلب از مربیان بالینی خود انتظار داشتند. اغلب دانشجویان در تجارب خود به کرات به محرومیت از این نوع حمایت ها اشاره می کردند. یکی از دانشجویان سال آخر پرستاری در شرف دانش آموختگی می گفت:

"... من از کارآموزی ها انتظار داشتم با یک بار علمی برگردم اما خیلی جاها این طوری نبود. بعضی وقت ها اساتید ما را ساپورت نمی کردند. آنها ما را به بخش می سپردند و بخش هم همه کارها را به ما واگذار می کرد." (ش ۲).

حتی در زمان هایی هم که مربی بالینی در بخش ها حضور داشت مراقبت و حمایت موثری از دانشجویان به عمل نمی آمد. دانشجوی دیگری در این رابطه اظهار می کرد:

"... دقیقا مراقبت فرق می کنه. مراقبمون که بودند سرکوفت هم می زدند و می گفتن مگه تو اینو تئوریشو نخوندی و یاد نگرفتی؟ مراقبت داریم تا مراقبت! بعضی مربی ها ما را ول می کردند توی بخش و [ساعت] ۱۲ میوماند و می گفتن بچه ها چکار کردید؟" (ش ۱۳).

عدم حضور موثر مربی در کارآموزی های بالینی و ارتباط غیر موثر بین آنها و پرستاران بخش های بالینی باعث می گردید که دانشجویان از طرف پرستاران مورد پذیرش قرار نگیرند و این موضوع آنها را بیشتر در معرض آسیب قرار می داد. دانشجوی سال آخر پرستاری تجربه خود را در این رابطه این گونه بیان می کرد:

"وقتی ما بخش ENT بیمارستان ر. بودیم وارد بخش که می شدیم این طور نبود که مربی اول خودش با بخش ارتباط برقرار کنه تا بخش هم به احترام مربی دانشجو هاشو بیدیره. صبح فقط دم در بخش دوتا دوتا ما رو به بخش ها تقسیم می کرد. دیگه ما مربی رو نمی دیدیم ما مجبور بودیم خودمون خودمونو به بخش معرفی کنیم که بعد سر پرستار می گفت مربیت کو من مربی تورو ندیدم. بعد اجازه نداشتم که تو کارهاشون

دانشجوی نیمسال ششم تحصیلی نمونه ای از این نوع رفتارها را که عمدتا از سوی پرستاران بخش ها متوجه آنها می شد این گونه توصیف می کرد:

"... بخش تنفس بودیم و استاد اون روز نیامده بود. سرپرستار گفت چون استادتون نیست حق ندارید پاتون را توی بخش بگذارید و ما را از بخش بیرون کرده بود و ما خیلی ناراحت شدیم. حتی همین محدودیت ایجاد کردن در کار دانشجو خودش یک جور خشونت است حتما لازم نیست برخورد فیزیکی یا زورگویی یا توهین بکنند." (ش ۱۱).

گاهی مربیان بالینی خود عامل خشونت بوده یا شرایط را برای بروز این گونه رفتارها فراهم می نمودند. دانشجویی با ناراحتی از تجربه خود در یکی از این کارآموزی ها می گفت:

"... روزی از تحمیل کارهای روتین بخش که برای ما تکراری شده بود و جنبه یادگیری نداشت به مربی خود اعتراض کردیم و گفتیم مگر ما اومدیم توی ترم هشت علایم حیاتی بگیریم؟ ولی ایشان می گفتند با پرسنل مقابله نکنید. با آنها کنار بیاید فکر دانشجوهای دیگه هم باشید که قراره تو بخش بیایند. مربی حتی گاهی در حضور پرسنل جلوی ما می ایستادند و ما را تحقیر می کردند. ... با تداوم این رفتارها در آن بخش گاهی از عصبانیت اشک ما در می آمد که چرا [مربی] ما را این قدر تحقیر می کنه؟" (ش ۱۰).

دانشجوی دیگری در بخشی از صحبت های خود به عدم پذیرش آنها به عنوان عضوی از افراد حرفه ای از سوی پرستاران بخش ها و برخورد های تبعیض آمیز آنها اشاره می کرد:

"... اکثر پرستارها ما را قبول نداشتند. پرستاران را می دیدیم که به دانشجوی پزشکی که ترم پایین هم بود احترام می گذاشتند ولی به دانشجوی پرستاری نه ..."

"(ش ۲). دانشجویان در محیط های بالینی به حمایت نیاز داشتند. این نیاز آنها در طول دوره تحصیلی متغیر بوده و نوع آن

می شوند که تفاوت اساسی با دوران تحصیل در محیط های دانشگاهی دارد. برخلاف یادگیری های کلاسی که دانشجویان دارای فعالیت های ساختارمندی هستند، در محیط های بالینی به کرات به فعالیت های غیر برنامه ریزی شده با بیماران و دیگر اعضای تیم مراقبت سلامتی وارد می شوند.^(۵)

خشونت عمودی تجربه ای بود که دانشجویان با ورود به محیط های بالینی به انواع و اشکال مختلف و متنوع احساس می نمودند. این وضعیت ممکن بود آنها را با درجات متفاوتی تا پایان دوره همراهی نماید. شروع برنامه های آموزش بالینی در محیط های بهداشتی و درمانی، آنها را از نزدیک با حرفه پرستاری، مسائل و چالش های پیرامون آن آشنا می نمود. این دوره از بحرانی ترین تجربه های دانشجویان پرستاری بوده و ناکارآمدی عوامل آموزشی و شرایط نامساعد محیط های بالینی بیش از هر موقع دیگری آنها را آسیب پذیر می نمود.

این وضعیت با تنوع بسیار فراوانی در تجارب دانشجویان شرکت کننده آشکار بود. گاهی در قالب رفتارهایی از قبیل تحقیر کردن، سرزنش کردن، زورگویی، محدودیت در یادگیری، بازخوردهای منفی، تبعیض قایل شدن از سوی پرسنل پرستاری و مریبان بالینی تظاهر می نمود و گاهی نیز به شکل بهره کشی بالینی، فقدان حمایت در محیط های بالینی، رها شدگی و اجبار به تمکین از مقررات و روتین های بخش بروز می کرد. این رفتارها، واکنش هایی چون عصبانیت، گریه کردن، رنج بردن، خودکم بینی، احساس تبعیض، حس مورد سوء استفاده قرار گرفتن و ناراحتی را در دانشجویان به دنبال داشته است. بررسی مطالعات انجام شده نیز حاکی از آن است که دانشجویان پرستاری طی یادگیری در محیط های بالینی در معرض آسیب های فراوانی قرار می گیرند که در قالب رفتارهای خشونت آمیز کلامی یا غیر کلامی از سوی پرسنل پرستاری، مریبان بالینی، بیماران و همراهان آنها و دیگر اعضای تیم مراقبتی گزارش شده است.^(۳۹)

دخالت کنم. من یواشکی پرونده ای رو برداشتم. جلوی همه یک طوری به من داد زد که همه برگشتند به من نگاه کردند" (ش ۱).

همین دانشجو در بخش دیگری از مصاحبه عدم حضور موثر مریبان بالینی را در کارآموزی ها و در نتیجه محدود شدن فرصت های یادگیری دانشجویان را این گونه توصیف می کرد:

"...کسی [پرستاران] مارو تحویل نمی گرفت. روز اول خیلی انرژی منفی به ما دادند. طوری که روز بعد که وارد بخش شدیم جرات نمی کردیم خودمونو به کسی نزدیک کنیم. همش می ترسیدیم که الان ممکنه ضایع بشیم. سعی می کردیم به هیچی دست نزنیم، به چیزی نزدیک نشیم. خیلی محدود می شدیم." (ش ۱).

اگرچه رفتارهای خشونت آمیز با ورود دانشجویان به محیط های بالینی آغاز و آنها را تا پایان دوره آموزشی همراهی می کرد اما دانشجویان در اوایل خیلی از ماهیت این رفتارها آگاه نبودند و با گذشت زمان و کسب شناخت و آگاهی بیشتر و توانمندی تجزیه و تحلیل مسائل و اتفاقات پیرامون از سوی آنها، بیشتر از حضور و بروز چنین رفتارهایی رنج می بردند. دانشجوی سال آخر پرستاری در این زمینه این گونه توضیح می دهد:

"توی ترم های پایین بچه ها از این شاکی بودند که چرا به ما زور می گند. تو ترم های پایین اتفاق می افتاد که دو نفری تو بخش کنترل علایم حیاتی چهل تا بیمارو انجام می دادیم و پرسنل راحت تو استیشن گزارشاتشون رو می نوشتند خوب اوایل از این کار لذت می بردیم و شاید زیاد ناراحت نبودیم ولی کم کم اون اواخر ناراحت می شدیم. احساس می کردیم از ما سوء استفاده می کنند." (ش ۱۰).

بحث و نتیجه گیری

یادگیری در محیط های بالینی، بخش مهمی از رشد حرفه ای دانشجویان پرستاری می باشد.^(۴۰) دانشجویان با ورود به عرصه های بالینی با دنیای جدیدی روبرو

معرفی شده اند. دانشجویان در دوران آموزش بالینی خود از این جهات آسیب پذیر هستند و هدف سوء استفاده های کلامی قابل توجهی از سوی افراد با موقعیت و جایگاه بالاتر قرار می گرفتند^(۱۰). Celik و Bayraktar در مطالعه خود روی دانشجویان پرستاری ترکیه، گزارش کردند که ۱۰۰ درصد شرکت کنندگان مطالعه، اهانت های کلامی را تجربه کرده بودند^(۳۱). تجارب بالینی دانشجویان از آن جهت که اثر قابل توجهی بر اجتماعی شدن در نقش های پرستاری و توسعه هویت حرفه ای آنها دارد، بسیار با اهمیت است^(۱۰). حضور و تداوم چنین رفتارهای مخرب در محیط های بالینی می تواند اثرات جبران ناپذیری بر آنها بگذارد.

خشونت افقی در ادبیات به عنوان شایعترین پیامد پدیده سلطه گری معرفی شده است. دین محمدی و همکاران با مرور مطالعات متعدد در زمینه پدیده سلطه گری و آثار گسترده آن در پرستاری گزارش نمودند که آغاز و تداوم این پدیده به زمان دانشجویی پرستاران بر می گردد^(۴۱). مطالعات دیگری نیز این یافته را تایید کرده اند^(۴۲،۳۸،۴۳). Freshwater می نویسد: اساتید پرستاری چون خود احساس سلطه پذیری دارند، دانشجویان را طوری اجتماعی می کنند که صدایی از آنها بلند نمی شود^(۴۲). Randle در مطالعه طولی خود روی اعتماد به نفس دانشجویان پرستاری اظهار می کند که اغلب دانشجویان در جریان فرایند پرستار شدن، تنش روانی زیادی متحمل می شوند. آنها در محیط های بالینی با مشکلات فراوانی روبرو هستند و برای اینکه در این محیط ها پذیرفته شوند، سخت کار می کنند. دانشجویان پرستاری یاد می گیرند که وضع و شرایط موجود را بپذیرند. همچنین آنها درک می کنند که چه موقع حرف بزنند یا سکوت اختیار کنند. بنابراین، از همان دوران دانشجویی تلاش می نمایند با پرستاران همانند سازی کنند و با هنجارهای محیط کارشان کنار بیایند^(۳۸).

یادگیری در محیط های بالینی بخش مهمی از برنامه آموزشی دانشجویان پرستاری به شمار می آید. تعامل

یکی از ملزومات آموزش بالینی مطلوب، فراهم بودن بستری مناسب با ویژگی و کیفیت هایی از قبیل امکانات فیزیکی، تسهیلات، مربیان بالینی و نیروی انسانی بخش ها است. یک محیط بالینی خوب متشکل از یک جو مناسب برای مشارکت کامل بین پرسنل است. محیطی که در آن دانشجویان به عنوان همکار جوان پذیرفته شوند^(۲). ولی زاده و همکاران در مطالعه ای کیفی با هدف تعیین چالش های دانشجویان پرستاری در دوران تحصیل، به مفهوم تبعیض، یکی از مضمون های فرعی "مدیریت محیط آموزشی" اشاره می کنند و این موضوع را مایه رنجش دانشجویان و عدم رضایت آنها از دوره تحصیلی خود معرفی می کنند^(۳۹).

Hoel و همکاران مطالعه ای با هدف بررسی تجارب و ادراکات دانشجویان پرستاری از رفتارهای منفی و زورگویی در محیط های بالینی و اثرات آن بر فرایند اجتماعی شدن دانشجویان انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد که بسیاری از دانشجویان مورد استعمار، نادیده گرفتن و عدم پذیرش قرار گرفته و بعضی نیز تجربه خشونت و زورگویی را داشته اند^(۴۴). Foster و همکاران نیز در مطالعه مشابهی در نیوزیلند روی دانشجویان پرستاری گزارش کردند که ۹۰ درصد دانشجویان درجاتی از زورگویی را در محیط های بالینی تجربه کردند^(۴۰). Randle نیز این تجارب را تنش زا و از لحاظ روانی آسیب زننده توصیف کرده است^(۳۸).

Lash و همکاران طی مطالعه ای با هدف توصیف تجارب دانشجویان پرستاری و مامایی از سوء استفاده کلامی در محیط های بالینی، منشاء این تجارب را مربیان بالینی، پرستاران و ماما های بخش، پزشکان، بیماران و خانواده آنها معرفی کردند. این تجارب به شکل نگرش های تحقیرآمیز و تعابیر اهانت آمیز در مورد آموزش پرستاری، در اختیار قرار ندادن مهارت ها و دانش بالینی خود به دانشجویان، نادیده گرفتن و کم اهمیت جلوه دادن رویکردهای مراقبتی دانشجویان و رفتار تحقیرآمیز با دانشجویان به عنوان اعضای حرفه مراقبت سلامتی

دانشکده های پرستاری و بیمارستان ها منافع متقابل زیادی به دنبال دارد. استفاده از پرستاران شایسته بیمارستان ها به عنوان راهنما، الگوی نقشی و مربی بالینی در ایجاد جو پذیرا و عاری از تنش و خشونت از تدابیر مفید به شمار می آید. اصلاح برنامه و الگو های آموزشی باید در جهتی باشد که از دانشجویان، پرستارانی متکی به نفس و خود آگاه تربیت نماید تا با کسب توانمندی های لازم، خود و حرفه پرستاری را از قید و بند فشارها رهایی بخشند. به هرحال هوشیاری و خودآگاهی، همبستگی حرفه ای را به دنبال دارد و این همبستگی، خودباوری و هویت حرفه ای را به همراه می آورد.

یکی از مهمترین و شایع ترین پیامد های پدیده سلطه گری به ویژه در حرفه پرستاری خشونت افقی یا خشونت جانبی می باشد که در ادبیات پرستاری فراوان به آن اشاره شده است. این مفهوم در مطالعه حاضر با عنوان خشونت عمودی معرفی گردیده است. اقدامات متنوعی بر حسب مورد برای پیشگیری یا مقابله با این رفتار ها در محیط های کاری پرستاران پیشنهاد شده است که آگاهی بخشی در مورد انواع و اشکال مختلف آن به افراد حرفه ای در معرض خطر، اولین گام اساسی است. در حوزه مدیریت نیز باید از سیاست عدم تحمل (Zero tolerance) علیه خشونت در محیط کار استفاده شود و به این گونه رفتار ها هرگز اجازه داده نشود تا به هنجار رفتاری تبدیل شوند. از دیگر کارهای پیشگیرانه موثر، تدوین و اجرای استاندارد های رفتار حرفه ای (از جمله دستورالعمل های استاندارد حرفه ای و منشور اخلاق پرستاری و ...) می باشد. همچنین، توانمند سازی پرستاران و مشارکت دادن آنها در تصمیم گیری های حرفه ای از دیگر اقدامات موثر در فرایند مبارزه با خشونت در محیط های کاری به شمار می آید (۱۵، ۴۳، ۲۳، ۱۹، ۱۸). خشونت در محیط های کاری به ویژه در محیط کاری پرستاران، پدیده ای است که امروزه مطالعات فراوانی آن را مورد بررسی و تحلیل قرار داده اند. اگرچه یافته های مطالعه حاضر به عنوان بخشی از مطالعه اصلی نیز به نوعی این

موثر و پویای دانشجویان با اعضای تیم مراقبت سلامتی، مربیان، محیط های بالینی و عناصر آن منجر به تکامل حرفه ای آنها می گردد. یافته های مطالعه حاضر فضای غیر حمایتی و غیر هدایتی عرصه های بالینی را آشکار ساخت. تحلیل بخشی از داده های مطالعه اصلی نشان داد که یادگیری در محیط های بالینی از بحرانی ترین تجارب برنامه آموزشی دانشجویان می باشد. دانشجویان پرستاری طی یادگیری در این محیط ها در معرض خشونت های کلامی و غیر کلامی آشکار و پنهان قرار می گیرند. حضور و تداوم چنین رفتارهایی، آثار جبران ناپذیری بر تکامل حرفه ای و اجتماعی شدن آنها برجای می گذارد.

دانشجویان کارشناسی پرستاری در مدت چهار سال آموزش در پرستاری بخش اعظمی از یادگیری های خود را در محیط های بالینی سپری می نمایند از این رو درک و شناسایی مسائل و چالش های فراروی دانشجویان پرستاری در محیط های بالینی و اداره موثر آنها اهمیت بسزایی دارد. دانشجویان با ورود به عرصه های بالینی، چالش ها و مشکلات فراوانی را تجربه می نمایند. آنها از یک سو به شناخت و بینش کافی در مورد حرفه پرستاری و واقعیات محیط های کاری دست یافته اند و از سوی دیگر تحت فشار شرایط نامساعد محیط های بالینی و ناکارآمدی عوامل و برنامه های آموزشی قرار دارند. بنابراین، بیش از هر زمانی آسیب پذیر بوده و نیاز به مراقبت، حمایت و توجه کافی دارند. مشارکت و هماهنگی بین مجموعه های آموزشی و بالینی برای فراهم کردن فضای امن، پذیرا و حمایت کننده در عرصه های بالینی علاوه بر ایجاد شرایط یاددهی و یادگیری مناسب، حس ارزشمندی، احترام و مورد توجه قرار گرفتن دانشجویان پرستاری را به دنبال دارد و شرایط پذیرش آنها را به عنوان نیروهای جوان حرفه میسر می نماید.

مسئولیت برنامه ریزان و دست اندرکاران آموزش پرستاری در امر مدیریت موثر عرصه های آموزشی و بالینی در جهت حمایت و هدایت دانشجویان پرستاری تعیین کننده می باشد. همکاری و هماهنگی نزدیک بین

تقدیر و تشکر

این مطالعه به عنوان بخشی از مطالعه کیفی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری (شماره ۴۶۸ م ت) دانشگاه علوم پزشکی ایران از حمایت های مالی این مرکز برخوردار بوده است. پژوهشگران از دانشجویانی که به عنوان مشارکت کننده در این مطالعه حضور موثر و فعال داشته اند، تقدیر و تشکر می نمایند.

پدیده را از نگاهی متفاوت در محیط های آموزشی مورد بررسی قرار داده است، انجام پژوهش های بیشتر به ویژه با رویکرد های کیفی و با محوریت خشونت در محیط های آموزشی و کاری و تبعات آن در بین دانشجویان و کارکنان پرستاری ضروری به نظر می رسد.

فهرست منابع

- Hartigan-Rogers JA, Cobbett SL, Amirault MA, Muise-Davis ME. Nursing graduates' perceptions of their undergraduate clinical placement. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2007;4(1):9.
- Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Educ Today*. 2003;23(4):262-8.
- Rose Chapman R, Orb A. The nursing students' lived experience of clinical practice. *AEJNE*. 2000;5(2).
- Sharif F, Masoumi S. [A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice]. *BMC Nursing*. 2005;4(1):6. Persian
- Cheraghi MA, Salasli M, Ahmadi F. [Factors influencing the clinical preparation of BS nursing student interns in Iran]. *Int J Nurs Pract*. 2008;14(1):26-33. Persian
- Henderson A, Twentymen M, Heel A, Lloyd B. Students' perception of the psycho-social clinical learning environment: an evaluation of placement models. *Nurse Educ Today*. 2006;26(7):564-71.
- Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangari H, Saarikoski M, Leino-Kilpi H. Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse Educ Practice*. 2010;10(3):176-82.
- Pearcey P, Draper P. Exploring clinical nursing experiences: Listening to student nurses. *Nurse Educ Today*. 2008;28(5):595-601.
- Peyrovi H, Yadavar-Nikraves M, Oskouie S, Berterö C. Iranian student nurses' experiences of clinical placement. *Int Nurs Rev*. 2005;52(2):134-41.
- Lash AA, Kulakaç O, Buldukoglu K, Kukulcu K. Verbal abuse of nursing and midwifery students in clinical settings in Turkey. *Journal Nurs Educ*. 2006;45(10):396-403.
- Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(2):203-10.
- Dong D, Temple B. Oppression: A Concept Analysis and Implications for Nurses and Nursing. *Nurs Forum*. 2011;46(3):169-76.
- Lee MB, Saeed I, editors. Oppression and horizontal violence: The case of nurses in Pakistan. *Nursing Forum*; 2001;36(1):15-24.
- King-Jones M. Horizontal violence and the socialization of new nurses. *Creat Nurs*. 2011;17(2):80-6.
- Woelfle CY, McCaffrey R, editors. Nurse on nurse. *Nursing Forum*; 2007;42(3):123-31.
- Embree JL, White AH. Concept analysis: nurse-to-nurse lateral violence. *Nurs Forum*. 2010;45(3):166-73
- Thomas SP, Burk R. Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nurs Outlook*. 2009;57(4):226-31.
- Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: An intervention for newly licensed nurses. *J Contin Educ Nurs*. 2004;35(6):257-63.
- Roberts SJ, Demarco R, Griffin M. The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: A review of the evidence and interventions for change. *J Nurs Manag*. 2009;17(3):288-93.

20. Bartholomew K. Ending nurse-to-nurse hostility: Why nurses eat their young and each other: HC Pro, Inc.; 2006.
21. Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views—a follow-up study. *J Adv Nurs*. 1999;29(3):532-41.
22. McCall E. Horizontal violence in nursing: the continuing silence. *The Lamp*. 1996;53(3):28-9, 31.
23. Stanley KM, Dulaney P, Martin MM. Nurses' eating our young'--it has a name: lateral violence. *S C Nurse*. 2007;14(1):17-8.
24. Duchscher JB, Myrick F, editors. The prevailing winds of oppression: understanding the new graduate experience in acute care. *Nursing Forum*; 2008;43(4):191-206.
25. Pope BG. Transforming Oppression in Nursing Education: Towards a Liberation Pedagogy: ProQuest; 2008.
26. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs*. 2003;42(1):90-6.
27. Daiski I. Changing nurses' dis-empowering relationship patterns. *J Adv Nurs*. 2004;48(1):43-50.
28. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
29. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory: Sage publications; 2014.
30. McKenna L, McCall L, Wray N. Clinical placements and nursing students' career planning: A qualitative exploration. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(2):176-82.
31. Celik SS, Bayraktar N. A study of nursing student abuse in Turkey. *J Nurs Educ*. 2004;43(7):330-6.
32. Dunn SV, Ehrich L, Mylonas A, Hansford BC. Students' perceptions of field experience in professional development: a comparative study. *J Nurs Educ*. 2000;39(9):393-400.
33. Elliott M. The clinical environment: a source of stress for undergraduate nurses. *J Adv Nurs*. 2002;20(1):34-8.
34. Hoel H, Giga SI, Davidson M. Expectations and realities of student nurses' experiences of negative behaviour and bullying in clinical placement and the influences of socialization processes. *Health Serv Managt Res*. 2007;20(4):270-8.
35. Stevens S. Nursing workforce retention: Challenging a bullying culture. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(5):189-93.
36. Webster S, Lopez V, Allnut J, Clague L, Jones D, Bennett P. Undergraduate nursing students' experiences in a rural clinical placement. *Aust J Rural Health*. 2010;18(5):194-8.
37. Shin KR. The Meaning of the Clinical Learning Experience of Korean Nursing Students. *J Nurs Educ*. 2000;39(6):259-65.
38. Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs*. 2003;43(4):395-401.
39. Valizadeh S, Abedi H, Zamanzadeh V, Fathi Ae. [Challenges Of Nursing Students During Their Study: A Qualitative Study]. *Res J Biological Sci*. 2008;3(1):94-108. Persian
40. Foster B, Mackie B, Barnett N. Bullying in the health sector: A study of bullying of nursing students. *New Zealand Journal of Employment Relations*. 2004;29(2):67.
41. Dinmohammadi M, Hushmand A, Cheraghi M, Peyrovi H. [Oppression in Nursing Profession and The Way of its Management]. *Hospital J*. 2013;12(2):81-90 Persian.
42. Freshwater D. Crosscurrents: against cultural narration in nursing. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):481-4.
43. Crabbs N, Smith C. Healthy work environments. From oppression to opportunity: eliminating lateral violence and bullying in the workplace *Med-Surg Matters*. 2011;20(2):8-9.

Undergraduate Student Nurses' Experiences in Clinical Environment: Vertical Violence

*¹Dinmohammadi MR., PhD.

²Peyrovi H., PhD.

³Mehrdad N., PhD.

Abstract

Background & Aim: Clinical practice is an important part of the educational curriculum of nursing students. Effective and dynamic interactions among the students, health care providers, instructors, and the clinical environment and its elements affect their professional development. The aim of this report as a part of a more extensive research is describing the negative experiences of nursing students in the clinical environment.

Material & Methods: It was a qualitative study. Data was collected by purposeful sampling from two new graduated staff nurses and 12 undergraduate nursing students in two large nursing and midwifery schools through in-depth semi-structured individual interviews during their clinical placements and after graduation. The data was analyzed using the Strauss and Corbin version (1998) of grounded theory method.

Results: Vertical violence was emerged as one of the significant findings of the study. Its manifestations included humiliation, blaming, not being accepted, exploitation, discrimination, bullying, limited learning opportunities and lack of support in the clinical environment. The main origin of these behaviors was mostly nurses and clinical instructors.

Conclusion: The findings revealed the non-supportive climate of clinical settings. Nursing students were vulnerable during learning in the clinical setting. Identification and proper management of the issues and challenges faced by nursing students in the clinical environment can provide a welcoming climate for younger colleagues of the profession.

Keywords: Vertical violence, Clinical education, Learning experience, Student nurse, Qualitative study

Received: 18 Aug 2014

Accepted: 15 Nov 2014

¹ Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. (*Corresponding Author). Tel: +98 09123411908 Email: mdinmohammadi@zums.ac.ir

² Professor, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Associate Professor, Endocrinology and Metabolism Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.