



آموزش بالین پرستاری پرچالش در دوران کوید ۱۹: مطالعه کیفی

ابراهیم علی افسری ممقانی^{۱*}، احمد پورعباس^۲، سعیده غفاری فر^۳

۱- استادیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران.

۲- مربی آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقاء ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- دانشیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقاء ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۷

چکیده

مقدمه: آموزش بالین اساس آموزش پرستاری است و اختلال به وجود آمده در آموزش بالین در دوران شیوع پاندمی کووید-۱۹ باعث آسیب به این اصل مهم در آموزش پرستاری شد. هدف این مطالعه تبیین تجارب دانشجویان پرستاری از آموزش بالین در دوران کووید-۱۹ بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه تحلیل محتوای کیفی بر روی ۱۶ دانشجوی پرستاری که حداقل سه نیمسال تحصیلی خود را در دوران کووید-۱۹ در دانشکده علوم پزشکی مراغه بودند، انجام گرفت. داده‌های این مطالعه در سال ۲۰۲۲ با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار و نیمه ساختارمند جمع‌آوری شده و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار maxqda 10 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: مصاحبه‌های انجام شده ما را به طبقه اصلی آموزش بالینی ناکارآمد رساند. آموزش بالینی ناکارآمد از زیر طبقات: ترس از ابتلا مانع کارکردن با بیمار، تعطیلی کارآموزی در اوایل با جبرانی صوری، محدودیت‌های سازمانی برای حضور در بالین تشکیل شده است.

نتیجه‌گیری: محدودیت‌های موجود در آموزش بالینی در دوران کووید-۱۹ تجربه‌ای بود که در کشورهای دیگر نیز وجود داشت؛ ولی ناکارآمد بودن آموزش بالین پرستاری در این دوران در بیشتر موارد به نحوه مدیریت و عدم استفاده از راه کارهای مناسب برای کم کردن اثرات سوء کم شدن زمان آموزش بالینی رو در رو در بالین بود.

واژه‌های کلیدی: آموزش بالینی، دانشجویان پرستاری، آموزش از راه دور، کووید-۱۹.

*نویسنده مسئول: دانشکده علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران، تلفن: ۰۴۱۳۷۳۰۵۹۵۴، نمابر: ۰۴۱۳۷۳۰۵۹۶۴، Email: ealiafsari@gmail.com

ارجاع: علی افسری ممقانی ابراهیم، پورعباس احمد، غفاری فر سعیده. آموزش بالین پرستاری پرچالش در دوران کوید ۱۹: مطالعه کیفی. مجله دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی ۲۰(۲): ۵۶-۶۰.



مقدمه

آموزش بالین از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و به نوعی می‌توان گفت که قلب آموزش پرستاری است (۱). از آنجایی که پرستاری یک حرفه بسیار مبتنی بر مهارت است، آموزش بالینی برای آماده‌سازی دانشجویان پرستاری برای انجام وظیفه در نقش‌های آینده آنها الزامی است (۲ و ۳). بایستی توجه داشت که پرستاران بزرگترین گروه از ارایه‌دهندگان خدمات سلامت هستند هر گونه آسیب به آموزش پرستاری می‌تواند تبعات سنگینی بر نظام سلامت وارد آورد (۴) لذا بایستی به آموزش بالینی در رشته پرستاری اهمیت زیادی قایل شد و کوچکترین آسیب به آن را مورد شناسایی قرار داد.

با شیوع پاندمی کووید-۱۹ در دنیا آموزش در تمامی مقاطع تحت تأثیر جدی قرار گرفت و حفظ فرآیند آموزش و یادگیری با کیفیت را با چالش اساسی مواجهه نمود (۵)، که آموزش پرستاری نیز از این قائده مستثنی نبود. در این میان که اکثر مراکز آموزشی تعطیل شدند تنها راهکار موجود برای ادامه آموزش استفاده از آموزش مجازی بود (۶). قرارگیری در این شرایط در برخی موارد استفاده از روش‌های نوین و خلاقانه‌ای را برای آموزش ایجاد کرد که در دوران بعد کووید-۱۹ نیز می‌تواند کاربرد داشته باشد (۷). از طرفی ضعف‌ها و چالش‌هایی به خصوص در دروس عملی و بالینی وجود داشت که آموزش را تحت تأثیر جدی قرار می‌داد (۶) و نیاز به شناسایی این ضعف‌ها برای مدیریت و اقدامات اصلاحی را به امری ممکن و اجباری تبدیل می‌کند. با وجود تأثیر روش‌های مجازی بر روی مهارت‌های عملی (۱)، جایگزین کاملی برای کارآموزی بالینی وجود ندارد و در بیشتر موارد دانشجویان با حضور در بالین و انجام فرآیندهای مراقبت بالینی صلاحیت‌های بالینی خود را کسب می‌کنند (۶). تعطیلی و یا کاهش زمان کارآموزی‌ها بالقوه می‌توانست برای آموزش پرستاری و کسب صلاحیت حرفه‌ای دانشجویان پرستاری آسیب‌زا باشد. هر چند متون پیشنهاد می‌کنند که این آموزش‌ها می‌تواند در شکل‌گیری شناختی، عاطفی و مهارت‌های روانی حرکتی دانشجویان کمک‌کننده باشد (۸) و مداخلات مبتنی بر فناوری زیادی برای آموزش پرستاری پیشنهاد شده است (۹) ولی پایداری و اثربخشی مداخلات آموزش الکترونیکی به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط با چالش روبرو است (۱۰) و معمولاً راهکارهای موجود نیز در این کشورها کاربرد حداکثری پیدا نمی‌کنند.

دانشجویان حضور و تعامل مستقیم و بی‌واسطه با فرآیندهای آموزشی دارند و از طرفی مهمترین اعضای دریافت‌کنندگان خدمات آموزشی هستند، بنابراین می‌توانند بهترین منبع برای شناسایی و درک وضعیت آموزش بالینی باشند (۱۱ و ۱۲). استفاده از تجارب دانشجویان

می‌تواند ما را در درک آموزش بالین اتفاق افتاده در شرایط بحران کووید-۱۹ یاری نماید. شناسایی نقاط ضعف و قوت، تشخیص فرصت‌ها و تهدیدها و از طرفی تلاش همه جانبه به منظور بهبود شرایط و وضعیت موجود و رسیدن به وضعیت مطلوب و ایده آل از مهم‌ترین وظایف سازمان‌ها از جمله دانشگاه‌ها است (۱۳). بنابراین شناخت چالش‌ها و راهکارهایی که دست‌اندرکاران آموزش در دوران شیوع کووید-۱۹ به کار گرفتند، می‌تواند اصولی‌ترین شیوه یافتن راه حل جهت رفع یا کاهش مشکلات باشد (۱۴). درک نقاط قوت و ضعف‌های موجود در آموزش بالینی اتفاق افتاده برای دانشجویان پرستاری در دوران شیوع پاندمی کووید-۱۹ نه تنها ما را برای استفاده از این دستاوردها در آینده غنی‌تر خواهد کرد و با تقویت نقاط قوت و به‌کارگیری بیشتر آنها تلاش خواهد شد، بلکه با شناخت نقاط قوت و برنامه‌ریزی برای ترمیم محدودیت‌های آموزشی اتفاق افتاده از آسیب آموزشی دانشجویان در آینده پیش‌گیری خواهد شد (۱۵).

باتوجه به اینکه آموزش به عوامل متعددی بستگی دارد و در زمینه‌های متفاوت، به شکل‌ها و کیفیت‌های مختلفی ارایه می‌شود و از طرفی مطالعات انجام‌یافته نیز در این راستا محدود بوده و اطلاعات زیادی در این راستا در اختیار محققین قرار نمی‌داد؛ لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب آموزش بالینی دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی مراغه در دوران پاندمی کووید-۱۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی در سال ۲۰۲۲ با روش تحلیل محتوای قراردادی (۱۶) بر روی دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی مراغه، انجام گرفت.

دانشکده علوم پزشکی مراغه با دارابودن بیش از ۷۰۰ دانشجو در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی در شمال غرب ایران قرار دارد. این شهر دومین شهر بزرگ استان آذربایجان شرقی می‌باشد. در این دانشکده در هر نیمسال تحصیلی حدود ۳۰ دانشجوی پرستاری پذیرش می‌شوند. آموزش بالینی در این دانشکده با پیروی از دستورات وزارت بهداشت از نظر تعداد و نحوه برگزاری کارآموزی‌ها به‌صورت حضوری و نیمه‌حضوری ارایه می‌شد. جلسات نیمه‌حضوری در دوران کووید-۱۹، با استفاده از سامانه نوید (lms) و بارگذاری پادکست و محتوای آموزشی برای دروس و بخش‌های بالینی مرتبط برگزار می‌شد.

در این مطالعه از تجارب دانشجویانی که حداقل سه ترم کامل تحصیلی را در دوران کووید-۱۹ در دانشکده علوم پزشکی مراغه مشغول تحصیل بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. با توجه به اینکه دانشجویان پرستاری از ترم دوم وارد محیط‌های بالینی می‌شوند در این صورت دانشجویان حداقل دو نیمسال تحصیلی تجربه حضور در محیط‌های بالینی را خواهند داشت. برای جمع‌آوری داده‌ها

نرم افزار maxqda10 برای مدیریت بهتر داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت و از تکنیک تحلیل محتوای کیفی granheim and lundman برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید (۱۶). بلافاصله پس از پیاده‌سازی مصاحبه اول تحلیل داده‌ها نیز شروع شد. متن مصاحبه‌ها بعد از پیاده شدن چندین بار مورد مطالعه قرار گرفت تا یک دید کلی از تجارب شرکت‌کنندگان شکل گیرد. سپس متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی کوچک که شامل کلمات، جملات و عبارات بودند شکسته شدند. واحدهای معنایی استخراج شده نام‌گذاری شدند و به‌منظور تقلیل محتوا در غالب کدهای انتزاعی‌تر ادغام شدند. در طول انجام مطالعه کدها و مفاهیم استخراج شده توسط تیم پژوهشی به صورت مداوم مورد مقایسه و تفسیر قرار گرفتند و در غالب زیر طبقات و طبقات انتزاعی‌تر بر اساس تفاوت‌ها و تشابهات ادغام گردیدند. در طول انجام مطالعه سعی شد اصل محتوا و در عین حال افزایش سطح انتزاع مفاهیم مورد توجه قرار گیرد.

از معیارهای چهارگانه لینکولن و گوبا در جهت ارتقای استحکام مطالعه استفاده گردید (۱۷). گرفتن تأیید خلاصه‌ای از گفته‌های دانشجویان در حین هر مصاحبه، درگیری مداوم و ارتباط زیاد پژوهشگر اصلی با محیط و عرصه پژوهش برای اعتبار و مقبولیت داده‌ها credibility استفاده شد. مرور دست نوشته‌ها توسط تیم تحقیق و پرسیدن سوالات کاوشی در حین انجام مصاحبه‌ها به‌منظور به‌دست‌آوردن اعتماد از استنباط درست و صحیح گفته‌های مشارکت‌کننده‌ها انجام شد. برای ایجاد قابلیت اعتماد dependability تمامی کدها و طبقات توسط نویسنده اول و دوم استخراج شدند. همچنین از حضور دو نفر خارج از تیم پژوهش که در مطالعات کیفی تجربه داشتند برای حضور در جلسات و ارزیابی مراحل تحلیل کمک گرفته شد. تحلیل و مقایسه مداوم داده‌ها و نیز بررسی مستمر فرآیند تحلیل در زمان انجام تحقیق به‌منظور افزایش قابلیت تصدیق یافته confirmability و اطمینان از ثبات یافته‌ها انجام گردید و به شکل منظم و دقیق ثبت شد. قابلیت انتقال داده‌های مطالعه transfirmability به‌منظور استفاده سایر محققین در محیط مشابه و یا به‌کارگیری نتایج در عرصه‌هایی که با عرصه انجام مطالعه شباهت دارند، سعی شد با نمونه‌گیری با حداکثر واریانس و همچنین با پوشش دادن طیف وسیعی از دانشجویان از نظر جنس، سن، وضعیت پیشرفت تحصیلی، ترم تحصیلی، محل سکونت و میزان علاقه‌مندی به رشته میسر گردد و نیز در ارایه گزارش داده‌های مطالعه، محیط انجام پژوهش و همچنین مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش به‌طور عمیق و غنی توصیف گردیدند.

بعد از تصویب مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.TBZMED.REC.1401.643) داده‌ها شروع به

دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشکده علوم پزشکی مراغه انتخاب شدند. سه مشارکت‌کننده اول از دانشجویانی انتخاب شدند که مهارت‌های ارتباطی بالایی داشته و علاقه‌مند به شرکت در مطالعه بودند و در ادامه مطالعه، انتخاب مشارکت‌کنندگان بعدی بر اساس نتایج به‌دست آمده از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها و به روش نمونه‌گیری هدفمند ادامه یافت. مشخصات کامل فردی اجتماعی مشارکت‌کنندگان در جدول یک آورده شده است.

روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از مصاحبه‌های غیرساختارمند انفرادی انجام گردید. سؤالات اولیه استفاده شده در مصاحبه‌ها شامل "یک روز کارآموزی خود در دوران کووید-۱۹ را برای من شرح دهید" یا "شما چه تجربه‌ای از آموزش بالینی در دوران کووید-۱۹ داشتید؟" یا "تجربه خودتان از آموزش پرستاری در سه سال اخیر رو می‌توانید برایمان شرح دهید؟" بودند. در ادامه مصاحبه سؤالات تکمیلی مانند چرا؟ کی؟ به چه شکلی؟ مثال بزنید، می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ و... سعی شد طبقات و زیر طبقات تکمیل گردند. جمع‌آوری داده‌ها در محدوده زمانی سال ۲۰۲۲ انجام گردید. قبل از شروع مصاحبه اطلاعات کافی در مورد نوع و روش انجام مطالعه در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شد و سپس با اجازه مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها ضبط گردید. مصاحبه‌ها در محیط خصوصی بر حسب انتخاب مشارکت‌کننده که معمولاً در اتاق نویسنده اول در دانشکده بود انجام گردید و چهار مورد نیز در اتاق خصوصی با هماهنگی قبلی در اتاق سرپرستار بخش در بیمارستان انجام شد. مصاحبه‌ها به زبان فارسی انجام گرفته و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با چهار نفر از مشارکت‌کنندگان به‌منظور تأیید و تکمیل طبقات اولیه مصاحبه مجدد انجام گرفت. در ابتدای مصاحبه‌ها به هدف ایجاد ارتباط مؤثر و کسب اعتماد مشارکت‌کننده چند سؤال عمومی به‌عنوان مثال در مورد سن، ترم تحصیلی و تعداد ترم تحصیلی که در دوره کووید-۱۹ بوده است کسب شد و در ادامه سؤالات اصلی به شکل سؤالات باز مطرح می‌شد. در تمامی مصاحبه‌ها تجارب مشارکت‌کنندگان به‌صورت عمیق و با حداکثر جزئیات برای کسب حداکثر تجارب مشارکت‌کنندگان انجام می‌شد. با استفاده از روش کاوشگرانه و با استفاده از سؤالات و درخواست‌هایی مانند لطفاً بیشتر توضیح دهید، می‌توانید مثال بزنید و انعکاس برخی تجارب سعی می‌شد حداکثر تجارب مشارکت‌کنندگان کسب شود. مصاحبه‌های اول بر اساس بیشتر مطالعات کیفی کمی طولانی‌تر بودند؛ ولی به‌طور میانگین مصاحبه‌ها ۴۶ دقیقه طول کشیدند. مصاحبه‌ها از ابتدا با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط شده و در ادامه چندین بار گوش داده شد و بلافاصله بر روی نرم‌افزار Word پیدا شدند.

نتایج

در این مطالعه با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار و نیمه‌ساختاریافته با ۱۶ نفر از دانشجویان پرستاری XXX انجام گردید. دانشجویان مشارکت‌کننده در مطالعه به طور میانگین $23/15 \pm 0/856$ سال سن داشتند و بیشتر آنها مؤنث بودند. پنج نفر از مشارکت‌کنندگان به رشته پرستاری علاقه زیادی داشتند و دو نفر از دانشجویان مشارکت‌کنندگان در مطالعه علاقه کمی به پرستاری داشتند. میانگین معدل دانشجویان $17/348 \pm 1/09$ بود. همه دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه پنج نیمسال تحصیلی خود را در دوره کووید-۱۹ تجربه کرده بودند. به غیر از سه نفر از این مشارکت‌کنندگان که بومی بودند، بقیه دانشجویان مشارکت‌کننده در مطالعه غیربومی بودند (جدول ۱).

جمع‌آوری شد. قابل‌ذکر است که قبل از شروع به جمع‌آوری داده‌ها اطلاعات کافی در ارتباط با اهداف و روش مطالعه در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شد و رضایت آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه اخذ گردید. به همه مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه به شکل کاملاً محرمانه نگهداری و به‌صورت بی‌نام تحلیل خواهند شد. به‌تمامی مشارکت‌کنندگان در مطالعه قبل از شروع مصاحبه اطلاع داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است و آنها اجازه دارند در هر مقطعی از مطالعه از آن خارج شوند و همچنین خروج از مطالعه هیچ عارضه و تبعات ضمنی برای آنها نخواهد داشت. همچنین، به‌منظور احترام به حقوق مشارکت‌کنندگان در پژوهش زمان و مکان انجام مصاحبه توسط شرکت‌کنندگان تعیین گردید.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیکی مشارکت‌کنندگان در مطالعه (تعداد=۱۶)

وضعیت سکونت	ترم تحصیلی	تعداد ترم بودن در کووید-۱۹	میانگین معدل	میزان علاقه‌مندی به رشته	جنس	سن	شماره
غیربومی	۸	۴	۱۸/۲۲	بالا	مذکر	۲۴	۱
بومی	۷	۴	۱۸/۵۲	بالا	مذکر	۲۴	۲
غیربومی	۶	۴	۱۷/۲۶	متوسط	مؤنث	۲۴	۳
غیربومی	۶	۴	۱۶/۸۷	متوسط	مذکر	۲۲	۴
غیربومی	۷	۴	۱۷/۸۹	بالا	مؤنث	۲۳	۵
غیربومی	۶	۴	۱۷/۵۲	متوسط	مؤنث	۲۲	۶
غیربومی	۶	۴	۱۴/۵	کم	مذکر	۲۳	۷
بومی	۶	۴	۱۷/۲۳	متوسط	مؤنث	۲۴	۸
غیربومی	۵	۴	۱۷/۸۳	متوسط	مذکر	۲۳	۹
غیربومی	۸	۴	۱۹/۲	بالا	مؤنث	۲۲	۱۰
غیربومی	۶	۳	۱۸/۱	متوسط	مؤنث	۲۲	۱۱
غیربومی	۸	۴	۱۷/۸۹	بالا	مذکر	۲۴	۱۲
غیربومی	۷	۴	۱۷/۵۶	متوسط	مؤنث	۲۴	۱۳
غیربومی	۸	۴	۱۶/۵	کم	مؤنث	۲۴	۱۴
غیربومی	۶	۴	۱۶/۸۷	متوسط	مذکر	۲۳	۱۵
بومی	۵	۴	۱۵/۶۲	کم	مؤنث	۲۲	۱۶

اساتید به‌عنوان الگوی اصلی دانشجویان که تأثیر زیادی بر رفتار و عملکرد دانشجویان دارد، جزو افرادی بودند که از ابتلا به کووید-۱۹ ترس داشتند. برخی از اساتید حق‌التدریس در ابتدای شیوع کووید-۱۹ از ادامه همکاری انصراف دادند و در برخی موارد همسران آنها از همکاری آنها در آموزش بالینی ممانعت می‌کردند و مدیر گروه با توجه به ضرورت در پیدا کردن مربی در برخی مواقع مجبور می‌شد از حضور افرادی در آموزش بالینی کمک بخواهد که شاید توانایی و صلاحیت کافی برای آموزش بالینی را نداشتند. هر چند همه اساتید بالینی به این شکل نبودند ولی در برخی موارد برخی از اساتید به هیچ عنوان اجازه کار مستقیم با بیماران را به دانشجو نمی‌دادند و در صورت اجبار از طرف کادر یا دانشجویان می‌گفتند "دانشکده به ما گفته با بیمار کار نکنید"

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های انجام شده ما را به طبقه اصلی آموزش بالینی ناکارآمد رساند. زیر طبقات آموزش بالینی ناکارآمد شامل: ترس از ابتلا مانع کارکردن با بیمار، تعطیلی کارآموزی در اوایل با جبرانی صورتی، محدودیت‌های سازمانی برای حضور در بالین تشکیل‌دهنده طبقه اصلی بودند که خود از چندین ویژگی تشکیل شده بودند. ترس از مبتلا شدن به کووید-۱۹ موضوعی بود که نه تنها در افراد جامعه وجود داشت بلکه در تیم مراقبتی-درمانی نیز نمود عینی داشت. ترس افراد مختلف تیم آموزش بالینی در حضور دانشجو در بالین و کار با بیماران را دچار اختلال می‌کرد و آموزش در عرصه واقعی را برای دانشجویان با کاهش کیفیت یادگیری مواجه می‌کرد. "همه از کرونا می‌ترسیدند خوب من هم می‌ترسیدم برم با بیمار کار کنم. اگر مشکلی برای من پیش می‌آمد کی جوابگو بود؟"

ترس دانشجویان از کار با بیمار در برخی موارد به دلیل ترس از انتقال دادن بیماری به اعضای خانواده خود بود. در دوران شیوع به دلیل اینکه دانشجویان فقط برای دروس عملی و یا کارآموزی حضور داشتند و برای دروس نظری ارایه به صورت غیرحضور بود. دانشجویانی که از شهرهای نزدیک بودند رفت و آمد می کردند و ترس از انتقال بیماری از بیمارستان به خانواده باعث ترس از کار با بیماران را در پی داشت. دانشجویان مقیم خوابگاه نیز ترس این را داشتند که کووید-۱۹ را به هم اتاقی هایشان منتقل کنند و این ترس ها باعث کاهش درگیر شدن دانشجویان در کارآموزی و کار مستقیم با بیماران می شد. ترس از ابتلا به کووید-۱۹ بیشتر توسط دانشجویان دختر مطرح می شد و پرستاران خانم نیز ترس بیشتری نسبت به آقایان در ارتباط با ابتلا به کووید-۱۹ داشتند.

"من چه جوری با بیمار کار کنم. مادر من دیابتی هست هم فشارخون داره. اگه خدانکرده مشکلی براش پیش بیاید من نمی توانم خودم رو ببخشم. اگر زیاد اصرار می کردند انصراف می دادم. این خیلی بهتر بود" تعطیلی کارآموزی در اوایل شیوع پاندمی کرونا اجتناب ناپذیر بود و از طرفی در ترم های بعدی نیز بر حسب شیوع بالای کووید-۱۹ و نامه وزارت بهداشت مبنی بر کاهش تعداد روزهای کارآموزی باعث شد که عملاً کارآموزی آن قدر که برای ترم های قبلی برگزار می شد برای این گروه ها اتفاق نیفتد. در برخی مواقع بالارفتن شیوع باعث تعطیلی کارآموزی ها به صورت منطقه ای می شد؛ ولی برای جبرانی این کارآموزی ها با توجه به ادامه شیوع و محدودیت زمانی ترم امکان جبران به وجود نمی آمد.

"ما ترم دو بودیم کرونا آمد و کارآموزی مان تعطیل شد توی ترم های بعدی هم کمتر از واحدهای کارآموزی رفتیم. حتی گفتند جبرانی قراره بگذارند که آخرش همان جوری و بدون جبرانی رد شد" به منظور جلوگیری از ازدحام دانشجویان در خوابگاه برای دانشجویانی غیربومی برنامه ریز به صورت گروهی بود و بعد از اتمام کارآموزی یک گروه، گروه بعدی شروع می شد. وقتی در زمان کارآموزی تعطیلی اتفاق می افتاد در بیشتر مواقع ممکن بود زمانی برای برگزاری دوره جبرانی برای آن گروه نباشد. هر چند ممکن بود این مشکل فقط برای کارآموزی یک درس اتفاق بیفتد.

"توی ترم چهار بودیم که روز پنجم کارآموزی گفتند تعطیل کنیم، بعداً برای ۵ جلسه بعدی جبرانی می گذارند. هنوز هم جبرانی هاش برگزار نشده"

هر چند جلسات جبرانی برخی کارآموزی ها انجام نشد؛ ولی این موضوع برای تمام واحدهای کارآموزی صادق نبود و برای برخی از کارآموزی های حذف شده جلسات جبرانی برگزار شد. هر چند این جلسات کمتر از جلسات واقعی بود که بایستی برگزار می شد. این اتفاق

"خود استادها می ترسیدند با بیمار کار کنند. خانم... فقط تو اتاق دارو در مورد داروها بحث می کرد و بعد می گفت برید. چند بار هم دوستان اصرار کردند با بیمار کار کنیم گفت من می رم خودتان کار کنید و مسئولیتش هم با خودتان"

در برخی موارد نیز که شرایط برای کار بالینی هرچند به صورت زمان محدود مهیا بود برخی از دانشجویان به دلیل فشار از طرف خانواده هایشان که اجازه حضور در بالین را به آنها نمی دادند و در صورت اجبار به حضور از طرف اساتید و دانشکده اقدام به حذف واحد درسی و یا مرخصی تحصیلی می کردند و چون نامه وزارت بهداشت دال بر قبول هر گونه مرخصی و یا حذف بود دانشکده در هر زمانی از ترم این واحد را برای آنها حذف می کرد.

"به خصوص برای آنهایی که تو خانواده شان افراد مسن هست می ترسند مبتلا بشود، یا می دیدی خانواده اش اجازه نمی ده بیان کارآموزی. اینها اگر میومدن هم اصلاً سراغ بیماران نمی رفتند" آقای... رو که می شناسید خانواده اش اجازه ندادند. دو ترم حذف کرد الان با ما برای کارآموزی هایش داره میاد"

یکی از علل ایجاد ترس انتقال کووید-۱۹ در دانشجویان از طرف کادر درمانی بود. وقتی رفتار کادر درمانی در مواجهه با بیماران آلوده با ترس باشد، نه تنها در رفتار وی دیده می شود؛ بلکه عملکرد مراقبتی وی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. دانشجویان هم احساس می کردند؛ چون کادر تجربه زیادی در این راستا دارند و به اطلاعات و رفتارهای محافظتی به روز مجهز هستند به نوعی رفتار و عملکرد آنها را الگوی خود قرار می دادند. ترس و ارتباط حداقلی کادر با بیماران باعث می شد این ترس به دانشجویان، اساتید و سایر کادر بیمارستان هم منتقل شود. در مواردی نیز وقتی مربی اصرار بر کار بالینی می کرد در برخی موارد کادر با حالت دلسوزی مانع این کار می شد "اینها جوان هستند چرا بی خود آلودشان می کنی"

"تو داخلی مردان خود پرستارها با اینکه گان داشتند و دو تا هم ماسک می زنند باز اتاق مریض نمی رفتند. یکی از پرستارها بود که همراه بیمار رو صدا می زد و قرص ها رو بهش می داد و می گفت بده به بیمار" در برخی موارد نیز دانشجویانی بودند که به لحاظ شخصیتی از ابتلا به بیماری هراس داشتند. هر چند ترس از ابتلا به صورت عادی برای همه دانشجویان وجود داشت؛ ولی این تجربه توسط دانشجویان دختر بیشتر بیان می شد. برخی از این دانشجویان از حضور در بالین واهمه داشتند و در بالین نیز از کار و ارتباط مستقیم با بیمار اجتناب می کردند و خارج از استیشن و اتاق دارو فعالیتی نداشتند.

"آقای... تو ارتوپدی سینا اصلاً با بیمار کار نمی کرد. یکبار خانم... مربی مان بود گفت باید داروهای ساعت ۱۰ رو بدی. زیاد اصرار کرد باید کار کنی؛ گریه کرد تو بخش. اون هم دید اینجوریه بیخیال شد"

آموزشی و معاونت درمان مجبور می‌کرد که ساعات حضور دانشجویان در ساعات شلوغ بخش‌ها کم شود و عملاً به ۷۰-۵۰٪ ساعات کارآموزی در شرایط قبلی می‌رسید و این حضور دانشجویان در بالین و یادگیری آنها را با چالش روبرو می‌کرد.

"ما تو مرکز بهداشت می‌رفتیم می‌گفتند کارآموزی ۹-۱۱ باید بیایید. تو بیمارستان هم که بودیم می‌گفتند بعد ویزیت بیایید. می‌دیدید ۱۰ شده هنوز ویزیت تموم نشده"

با توجه به میزان شیوع و تصمیمات وزارتی و یا منطقه‌ای، محدودیت‌هایی در تعداد روزهای کارآموزی اعمال می‌شد و این کاهش تعداد از قطع کارآموزی در ترم اول شیوع کرونا تا کاهش ۵۰٪ روزهای کارآموزی در ترم‌های بعدی متغیر بود. هر چند می‌بایستی جلسات کم شده به صورت غیرحضور و قبل از حضور دانشجویان در بالین برگزار شود ولی در بیشتر موارد رعایت نمی‌شد. این موضوع به خصوص از طرف مربیان حق التدریس دچار چالش اساسی بود و در بیشتر موارد رعایت نمی‌شد.

"برای ما بخش جراحی رو به جای ۱۸ روز کردند ۱۳ روز. اون هم با سه-چهار ساعت در روز. واقعا چی می‌شه یاد گرفت. بیشتر وقت هم تو اتاق دارو بودیم"

آقا... مربی بخش جراحی سینا می‌گفت مگه کارآموزی مجازی می‌شه. مدیرگروه هم توضیح داده بود که چی بارگذاری کنه. ولی به خودمان تو بخش گفت من وقت ندارم. اگه نمی‌خواهند من نیام کارآموزی" موضوع بعدی در آموزش بالینی اعمال محدودیت در مورد تعداد دانشجویانی بود که در بخش‌ها حضور داشتند. کم شدن تعداد روزهای کارآموزی از یک طرف، محدودیت ساعات کارآموزی در هر شیفت از طرف دیگر و اضافه شدن محدودیت نوبات در هر گروه باعث می‌شد برنامه‌ریزی برای پوشش دادن این موضوعات برای مسئولین نیز مشکل شود. در بیشتر موارد به دلیل محدودیت در بازه ترم جلسات کارآموزی کمتری برای دانشجویان برگزاری می‌شود و آسیب در آموزش بالین را بیشتر می‌کرد.

"ترم ۷ می‌رفتند تبریز اونجا بیش از ۴ نفر نمی‌گذاشتند بخش. ولی ما تو مراغه تا ۵ نفر هم می‌رفتیم بخش. ولی تو ICU ۳ نفر بیشتر نمی‌گذاشتند بریم. گروه‌ها که کوچک می‌شد تعداد جلسات کمتری می‌تونستیم بریم. دکتر... (مدیر گروه) هم می‌گفت بیش از این تعداد جلسه امکان برگزاری نداره تو ترم"

دانشجویانی که علایم ابتلا به کووید-۱۹ را داشتند برای حضور آنها در بالین محدودیت ایجاد می‌شد. هر چند در برخی موارد که علایم شدید بود خود دانشجویان نمی‌توانستند در کارآموزی حضور داشته باشند. ولی در مواردی که علایم خفیف بود دانشجویان علاقه داشتند در آموزش بالینی حضور داشته باشند. از طرفی چون امکان جبران برای

برای و احدهای درسی اتفاق افتاد که در اوایل شیوع کرونا بودند و یا در ترم‌های بعدی برای بیشتر گروه‌های کارآموزی اتفاق افتاده بود. بدین گونه که درس ناتمام ماند و در ترم بعدی جبرانی برگزار شد. ولی به دلیل اینکه کارآموزی‌های ترم بعد نیز به صورت هم‌زمان وجود داشت، به اجبار جلسات کمتری برای جبران میسر می‌شد.

"درسته می‌گن جبرانی گذاشتیم؛ ولی واقعاً تو بعضی درس‌ها نصف جلسات هم جبران نشد. واقعیتش این رو هم بگم که تو ترم ۶ بهمون گفتند که جبرانی ترم ۴ و ۵ رو بریم ولی چون کارآموزی ترم ۶ زیاده ما نتونستیم زمانش رو هماهنگ کنیم"

جلسات جبرانی انجام شده نیز در برخی زمان‌ها به دلیل اینکه شیوع همچنان بالا بود و زمان ترم هم اجازه برگزاری کامل جبرانی‌ها را نمی‌داد برای اینکه اعتراضی از طرف دانشجویان دال بر برگزاری کمتر جلسات کارآموزی نباشد اعلام می‌کردند دانشجویانی که تمایل به برگزاری جلسات جبرانی بیشتر دارند اسامی خود را اعلام کنند. نبود اجبار به برگزاری جلسات جبرانی و از طرف تداوم شیوع کرونا باعث می‌شد تعداد محدودی از جلسات جبران شوند.

"گفتند اگر کسی می‌خواهد جبرانی بره اعلام کنه. واقعیتش چون اجبار نبود و تو نمره هم زیاد تأثیر نداشت من نرفتم"

قوانین آموزشی موجود عاملی است که غیبت دانشجویان را از کلاس محدود می‌کرد و به دانشجویان اجازه غیبت از کارآموزی را نمی‌داد. درحالی که با شیوع پاندمی کووید-۱۹ و بالا رفتن شیوع چون خود دانشگاه‌ها نیز در برگزاری کارآموزی‌ها دچار مشکل بودند و در این راستا نیز وزارت بهداشت اجازه برگزاری کمتر جلسات کارآموزی را داده بود، اداره آموزش نیز از نظر جدیت اجرای قوانین دچار تردید شده بود، در برخی موارد کاری با تعداد جلسات برگزاری کارآموزی نداشت.

"من ترم ۶ هشت جلسه نرفتم کارآموزی به استاد گفتم که مریض بودم و گواهی هم بردم. ولی خود آموزش هم زیاد به غیبت‌ها گیر نمی‌داد. همین که استاد نمره رو می‌داد قبول می‌کردند. خبری از حذف واحد و اینها هم نبود"

موضوع بعدی که باعث ایجاد اختلال در آموزش بالینی دانشجویان شده بود محدودیت‌هایی بود که در راستای شیوع کووید-۱۹ بود و از طرف مراکز درمانی و یا مؤسسات آموزشی اعمال می‌گردید. محدودیت در تعداد روزها و ساعات کارآموزی و تعداد فراگیران و عواملی از این دست که باعث اختلال در یادگیری بالینی دانشجویان می‌شد.

"وقتی بیمارستان می‌رفتیم می‌گفتند چهار نفر بیشتر نیاید. دانشکده می‌گفت ۷۰٪ جلسات برگزار می‌شود. خوب این طول ترم هم که ثابت. واقعاً چیزی نمی‌موند"

یکی از مشکلات آموزش بالینی، محدودیت ساعات حضور دانشجویان در بالین بود. از طرفی تعداد روزهای کارآموزی کم شده بود. مراکز

"آقای... فقط آبریزش داشت مربی‌مان اجازه نداد تو بخش بمونه. ایشان هم از ۷ جلسه ۲ جلسه‌اش رو از دست داد"

دانشجویان غایب در روزهای بعدی ترم وجود نداشت باوجود علامت‌دار بودن، برخی دانشجویان علاقه داشتند در بالین حضور داشته باشند که برای پیشگیری از انتقال بیماری مربیان بالینی و بیمارستان اجازه حضور چنین دانشجویانی را در بالین نمی‌دادند.

جدول ۲- طبقه اصلی و زیر طبقات و ویژگی‌های به‌دست آمده از تجارب آموزش بالینی

طبقه اصلی	زیر طبقات	ویژگی‌ها
آموزش بالینی ناکارآمد	تعطیلی کارآموزی در اوایل با جبرانی صوری	ترس اساتید از ابتلا به کووید-۱۹ ممانعت خانواده دانشجویان از کار با بیماران انتقال ترس کادر درمان به دانشجویان هراس فراگیران محتاط از کار با بیماران ترس از انتقال دادن بیماری با سایرین جبرانی برای برخی گروه‌ها نگذاشتند جبران کارآموزی کمتر از تعداد روزهای تعطیل گاهی اجباری به آمدن به جبرانی نبود عدم پیگیری اداری برای غیبت از کارآموزی ساعات کم کارآموزی کم‌شدن روزهای حضور در بیمارستان کم‌کردن تعداد در بخش‌ها توسط بیمارستان ممانعت از حضور دانشجویان علامت‌دار در بالین
محدودیت‌های سازمانی برای حضور در بالین		

بحث

آموزش دانشجویان با شیوع پاندمی کووید-۱۹ از آموزش حضوری و رو در رو، سریعاً به آموزش مجازی تبدیل شد (۱۸). آموزش مجازی دستاوردهای مثبت آموزش زیادی داشت که بایستی در ادامه و بعد از پاندمی کرونا نیز در آموزش پرستاری استفاده شود و می‌تواند در موارد غیر پاندمی نیز در آموزش مؤثر واقع شود (۱۹-۲۱). از روش‌های متنوع آموزش مجازی برای آموزش رشته‌های بالینی و عملی مانند جراحی نیز استفاده شده و پیامدهای آموزشی خوبی نیز به‌دست آمده است (۲۲). تحقیق انجام شده توسط بیلجیک و همکاران نشان‌دهنده بالا رفتن مهارت تزریقات در دانشجویان پرستاری با استفاده از آموزش مجازی می‌باشد (۱) که می‌تواند دلیلی بر تأثیر آموزش مجازی بر آموزش بالینی و مهارت‌های عملی در پرستاران باشد. ولی بایستی توجه داشت که با صرف آموزش مجازی، صلاحیت بالینی در دانشجویان پرستاری شکل نمی‌گیرد (۲۳) و آموزش مجازی برای پوشش دادن تمامی اهداف آموزش بالینی ناتوان است (۲۴). آموزش بالینی پرستاری برای پرورش دادن نیروی کار پرستاری ضروری است (۲۵) و بایستی به‌عنوان یک اصل در آموزش پرستاری از اهمیت بالایی برخوردار باشد و آموزش مجازی را جایگزین اکثریت آموزش بالینی نکنیم تا بتوانیم پرستاران توانمندی در برای ارایه مراقبت‌های ایمن پرورش دهیم (۳). از طرفی برخی عوامل خود باعث اختلال در ارایه آموزش بالینی در دوران کووید-۱۹ شده آن را ناکارآمد می‌کرد.

مطالعه ما نشان داد که یکی از این موارد که باعث ناکارآمدی آموزش بالینی در دوران کرونا شده بود، ترس از ابتلا به کووید-۱۹ در تیم آموزش بالینی بود که مانع کارکردن مستقیم دانشجویان با بیمار می‌شد.

هر چند ترس یک پاسخ دفاعی در مقابل محیط و یا یک مکانیسم دفاعی برای زنده‌ماندن است ولی برای مواجهه با خطر واقعی واکنشی غیر سازگارانه می‌باشد (۲۶). ترس و استرس در سطح بالا می‌تواند مانع از تصمیم‌گیری منطقی شود (۲۷) و در راستای تلاش برای ایجاد تعادل در انجام مسئولیت حرفه‌ای و نوع-دوستی، نوعی ناهماهنگی و ناراحتی اخلاقی بوجود آورد (۲۸). این موضوع در بررسی ما مشهود بود و ترس از ابتلا نه تنها آموزش بالینی دانشجویان را تحت تأثیر جدی قرار می‌داد، بلکه مراقبت و درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ را نیز با مشکل مواجه می‌کرد.

ترس اساتید از ابتلا به کووید-۱۹ یکی از یافته‌های مطالعه ما بود که در مطالعه انجام شده در ارتباط با ترس و استرس اساتید و دانشجویان دندانپزشکی در اردبیل نیز نشان داد که اساتید استرس بیشتری نسبت به دانشجویان در دوران شیوع کووید-۱۹ درک می‌کردند (۲۹) که نشان‌دهنده عمومیت داشتن این موضوع در رشته‌های دیگر نیز می‌تواند باشد.

یافته جالبی که در مطالعه ما به‌دست آمد ممانعت خانواده دانشجویان از کار با بیماران در بالین بود که یافته‌ای در این راستا در مطالعات دیگری پیدا نکردیم که می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که فرهنگ

دوستان موضوعی است که می‌تواند برای همه اتفاق بیافتد. در مطالعه انجام شده در ترکیه پرستاران دارای فرزند ترس از انتقال بیماری به خانواده خود را داشتند و این امر به نوعی در مقابل تعهدات حرفه‌ای نیز می‌توانست قرار بگیرد (۴۱). از طرفی محدودیت‌های موجود در لوازم حفاظت فردی نیز می‌توانست از عواملی باشد که ترس را در میان دانشجویان بیشتر کند (۴۲). هر چند در مطالعه ما دانشجویان محدودیتی از لحاظ وسایل حفاظتی بیان نمی‌کردند و به دلیل اینکه معاونت آموزشی در هر شیفت کارآموزی به اندازه کافی وسایل حفاظت فردی در اختیار فراگیران قرار می‌داد و در ابتدای شیوع کووید-۱۹ و در چند هفته اول شیوع کووید-۱۹ که محدودیت زیادی در تهیه اقلام محافظت فردی وجود داشت آموزش بالینی به تعویق انداخته شد. این در حالی بود که در مطالعات دیگر محدودیت در دسترسی وسایل حفاظت فردی برای دانشجویان وجود داشت و این موضوع در مطالعات زیادی نشان داده شده است (۴۳ و ۴۴). محدودیت و اختلال در رعایت عملکردهای حفاظتی طبیعی تأثیر مستقیمی بر روی ترس و اضطراب دانشجویان در بالین دارد (۴۵). ترس موجود در مطالعه ما ترس از ابتلا به بیماری بر اساس محدودیت لوازم حفاظتی نبود بلکه ترسی بود که ناشی از انتقال بیماری به دیگران در صورت ابتلا بود. شاید دلیل این ترس نیز قطعی نبودن روش‌های محافظتی در برابر انتقال بیماری بود که دانشجویان احساس کنند با وجود رعایت اقدامات حفاظت فردی احتمال ابتلا وجود دارد.

یکی از زیر طبقات ما که باعث ناکارآمد شدن آموزش بالینی ما می‌شد، تعطیلی کارآموزی با جبرانی صوری به خصوص در اوایل کووید-۱۹ بود. بیشتر کشور بعد از کووید-۱۹ آموزش رو در رو را به آموزش مجازی تغییر دادند (۴۳) و آموزش در تمام سطوح کارشناسی دچار اختلال شده و به دلیل محدودیت دسترسی به بیمار احتمال آسیب به توانمندی‌های مهارتی فراگیران وجود داشت (۴۶) که آموزش پرستاری و عملکردهای پیشرفته پرستاری در تمرین و یادگیری را تحت تأثیر خود قرار داد؛ ولی این موانع مختص به یافته‌های مطالعه ما نبود در کشورهای دیگر نیز روند مشابهی وجود داشت (۴۷). در پیک‌های کرونا در تایوان ۵۰٪ کارآموزی‌های دانشجویان پرستاری با فعالیت‌های یادگیری دیگر جایگزین شد و برای کارآموزی‌های تعطیل شده جبرانی اتفاق نیفتاد (۴۸). دانشجویان ابراز می‌کردند که در برخی موارد در ترم‌های بعدی دوره‌های جبرانی برای برخی گروه‌ها گذاشته نشد. بایستی توجه کرد که تعطیلی بدون جبرانی در سایر کشورها نیز وجود داشت و در مطالعه انجام شده در سریلانکا نیز این نوع تعطیلی وجود داشت (۴۴). هر چند تأخیر در مواجهه با محیط بالینی باعث ایجاد فاصله بین نظری و عملی می‌شود که یکی از آسیب‌های اصلی در

جامعه و وابسته بودن دانشجویان به تصمیمات خانواده می‌تواند در آموزش آنها موثر باشد. موانع آموزش بالین دانشجویان علاوه بر ترس خانواده از ابتلا به بیماری، انتقال ترسی است که توسط کادر درمان به دانشجو منتقل می‌گردد. این یافته مطالعه ما با نتایج مطالعات زیادی همراستا بود و ترس کادر درمان از بیماری کووید-۱۹ در رتبه بالاتری قرار داشت که نشان‌دهنده عمومیت داشتن این ترس به علت ارتباط بالای آنها با موارد ابتلا می‌باشد (۳۲-۳۰) و این ترس کاملاً قابل قبول بوده و میزان مثبت شدن آزمون در کادر درمان سه برابر افراد عادی است (۳۳). وجود چنین ترسی علاوه بر عوارض زیادی همچون نارضایتی از شغل، دیسترس‌های روانی و جابه‌جایی‌های سازمانی و حرفه‌ای (۳۴)، می‌تواند به دانشجویان هم منتقل شده و آموزش بالینی آنها را تحت تأثیر خود قرار دهد. در نتیجه دانشجویان نیز از ارتباط با بیماران و ارایه مستقیم مراقبت به بیماران مبتلا واهمه خواهند داشت. در برخی موارد ترس از کار با بیماران از طرف خود فراگیران بود که در آموزش بالینی اختلال ایجاد می‌کرد که این موضوع در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است و دانشجویان به‌عنوان دومین گروه بعد از کادر درمان ترس بالایی را در دوران کووید-۱۹ تجربه می‌کردند (۳۰). این نکته نیز بایستی مورد توجه قرار گیرد که مطالعات نشان می‌دهند دانشجویان پرستاری نسبت به سایر افراد میزان ترس بالاتری را در این دوران تجربه می‌کردند (۳۵ و ۳۶). در مطالعه انجام شده در ترکیه نشان داد که دانشجویان پرستاری ترس بالایی از ابتلا به کووید-۱۹ را تجربه می‌کنند (۳۷) که در راستای یافته‌های مطالعه ما قرار دارد. وجود ارتباط ترس بالا و حساس بودن دانشجو نیز یکی از یافته‌های مطالعه ما بود و تجارب فراگیران نشان داد که دانشجویانی که حساسیت بیشتری نسبت به ابتلا به کووید-۱۹ داشتند، ترس بیشتری از ابتلا به کووید-۱۹ را تجربه می‌کردند که با نتایج مطالعه انجام شده بر روی دانشجویان پرستاری فیلیپین همراستا می‌باشد (۳۶). البته بایستی به این نکته توجه داشت که ترس در برخی مواقع می‌تواند مفید باشد و باعث شود دانشجو فعالیت‌های حفاظت فردی مناسب‌تری انجام داده و رفتار مقابله‌ای خود را در مواجهه با کووید-۱۹ ارتقا دهد (۳۸ و ۳۹). این موضع می‌تواند جنبه مثبتی برای ترس از کووید-۱۹ باشد ولی بیش از حد بودن ترس می‌تواند عملکرد عادی افراد را دچار اختلال نماید. ترس در میان زنان بیشتر از مردان بود و این می‌تواند به دلیل حساسیت و آسیب‌پذیری بیشتر زنان در مقابل مردان باشد (۴۰) که در مطالعه ما نیز دختران بیشتر از پسران تجارب ترس از ابتلا به کووید-۱۹ را داشتند و این موضوع بایستی ما را برای توجه ویژه به دانشجویان دختر در موارد همه‌گیری حساس‌تر نماید.

در مواقعی عدم درگیری دانشجو در آموزش بالین به دلیل ترس از انتقال دادن بیماری به سایرین بود. ترس از انتقال بیماری به خانواده و

حضور در بالین را برای دانشجویان در ساعات خاص ندهند و یا محدودیت‌های خاصی برای حضور دانشجویان اعمال کنند، در مطالعات دیگر مشاهده نشد.

کم کردن تعداد دانشجویان در بخش‌ها توسط بیمارستان یکی از زیر طبقات مطالعه ما بود که برای کاهش ازدحام در بالین انجام می‌شد تا از میزان ابتلا به کووید-۱۹ کاسته شود. این موضوع به آموزش بالین لطمه وارد می‌کرد، هرچند برای پیشگیری از ابتلا به کووید-۱۹ ضروری به نظر می‌رسد. محدود کردن تعداد دانشجو در گروه‌ها در کشورهای دیگر نیز وجود داشت ولی در همین کشورها با استفاده از راهکارهایی مانع از کم کردن زمان حضور کلی دانشجو در بالین شده و آسیب‌های وارده به آموزش بالین را محدود می‌کردند (۵۲) که متأسفانه تلاش چندانی برای کم رنگ کردن این موضوع در کشور ما انجام نشد و توانست تأثیر منفی خود را در آموزش از حیث کمیت داشته باشد. با توجه به اهمیت و نقش بی‌بدیل آموزش حضوری و در بالین بیمار برای دانشجویان پرستاری، روش‌هایی مانند استفاده از (۲۵) partnership یا buddy (۵۲) برای حفظ تداوم حضور دانشجویان در بالین ارایه شده است که می‌تواند به‌عنوان روش به جای حذف و یا کم کردن مواجهه بالینی دانشجویان به‌کار گرفته شود تا از عوارض کم شدن حضور دانشجویان در بالین کاسته شود. در مطالعه انجام شده در تهران نیز نشان داد که ممانعت اعمال شده توسط سرپرستاران در بالین برای کم کردن تعداد دانشجو در بخش وجود داشت که همراستا با نتایج بررسی ما می‌باشد (۵۳) که با توجه به زمینه مشابه این نتایج دور از انتظار نمی‌باشد. البته به این نکته نیز بایستی توجه داشت که با کم شدن تعداد دانشجویان در گروه‌های بالینی کیفیت آموزشی آنها می‌تواند بهبود یابد و این موضوع می‌تواند به‌عنوان نکته قوت در آموزش بالینی در دوران کووید-۱۹ تا حدی از عوارض کاهش ساعات کارآموزی بکاهد.

ممانعت از حضور دانشجویان دارای علائم بالینی ابتلا به کووید-۱۹ در بالین به‌عنوان یکی از زیر طبقات مطالعه ما نشان‌دهنده این است که دانشجویانی که علائم جزئی دارند و می‌توانند در بالین حضور داشته باشند ولی برای پیشگیری از انتقال بیماری به سایرین، از حضور آنها ممانعت می‌شود. به‌دلیل عدم جبران کامل روزهای از دست‌رفته آموزش بالینی آنها دچار آسیب می‌شود که این یافته در مطالعات دیگری نیز وجود داشت و در مواردی جایگزینی کامل آموزش بالین با آموزش از راه دور برای چنین دانشجویانی در نظر گرفته می‌شد (۴۴، ۵۰ و ۵۴). هر چند در آموزش بالینی ما جایگزینی آموزش بالینی با آموزش مجازی به‌صورت انفرادی وجود نداشت ولی در صورت تعطیلی جمعی دانشجویان به‌دلیل افزایش ابتلا به کووید-۱۹ در جامعه، آموزش

آموزش پرستاری می‌باشد (۴۴). که آموزش بالینی ما نیز از این آسیب مستثنی نبوده است

جبران کارآموزی کمتر از تعداد روزهای تعطیل و یا اینکه عدم اجبار دانشجویان به حضور در دوره‌های جبرانی از تجارب دانشجویان در این مطالعه بود که آموزش بالینی را ناکارآمد کرده بود. هر چند این تصمیمات در راستای پیشگیری از مواجهه و ابتلای دانشجویان به کووید-۱۹ بود ولی در هر صورت به آموزش بالین لطمه وارد می‌کرد. یافته‌های مشابه در مطالعه انجام شده در دانمارک نیز وجود داشت و آنها در مقاطع زمانی حضور قسمتی از دانشجویان را در بالین اختیاری کرده بودند (۴۹) که این موضوع نشان‌دهنده تصمیمات مشابه در کشورهای مختلف برای کم کردن چالش‌های احتمالی ناشی از حضور دانشجویان در بالین می‌تواند باشد.

عدم پیگیری آموزشی برای غیبت از کارآموزی دانشجویان در آموزش بالینی تجارب ارزنده‌ای بود از یک سو می‌تواند نشان‌دهنده بی‌توجهی به آموزش بالینی باشد و از طرفی مکانیسمی برای کم کردن حضور دانشجو در بالین و کم کردن چالش‌های حضور دانشجویان در بالین باشد. بایستی به این نکته توجه کرد که هر چند در کشور ما نیز تاحدی همانند سایر کشور از روش‌های جایگزین مانند شبیه‌سازی، واقعیت مجازی و آموزش سلامت از راه دور که در راستای تجارب بالینی می‌باشند، برای آموزش بالینی استفاده می‌شد (۴۳)، ولی دانشجویان چنین روش‌هایی را به‌عنوان جایگزین آموزشی بالینی رو در رو قبول نمی‌کنند و این موضع باعث می‌شد حس تعطیل کردن کارآموزی‌ها و نگذاشتن جبرانی در ذهن آنها پررنگ و معنی‌دار جلوه کند. هر چند به تبع شرایط و محدودیت‌های موجود در تمام کشورهای در حال توسعه، روش‌های جایگزین نیز آن گونه که بایستی بکار برده نشده‌اند (۴۳) و (۴۴) و این موضوع آموزش بالین ما را در دوران کووید-۱۹ ناکارآمدتر می‌کرد. با توجه به پتانسیل‌های موجود در آموزش مجازی برای واحدهای عملی و بالینی، می‌توان از این پتانسیل در دوران بعد از همه‌گیری کووید-۱۹ نیز بهره برد؛ تا هم دانشجویان با بکارگیری این روش در آموزش بالینی آشنا شوند و همچنین از قابلیت‌های این رویکرد مهم آموزشی در آموزش بالینی استفاده گردد.

تجربه جالب دیگر مشارکت‌کنندگان محدودیت‌های سازمانی برای حضور دانشجویان در بالین بود. مسئولین به‌صورت قانونی از حضور دانشجویان در آموزش بالینی ممانعت می‌کردند. هر چند این یافته در مطالعات دیگر نیز وجود داشت و کم کردن و یا حذف آموزش بالینی رو در رو در دوران کووید-۱۹ در کشورهای دیگر نیز انجام یافته است، در برخی موارد روزهای حضور دانشجویان در بالین را کم می‌کردند و یا ساعات حضور آنها در بالین را کمتر می‌کردند که با یافته‌های مطالعه ما نیز همراستا می‌باشد (۲۵، ۵۰ و ۵۱) ولی اینکه مسئولین اجازه

جمع‌آوری داده‌ها: ابراهیم علی افسری ممقانی

تحلیل داده‌ها: ابراهیم علی افسری ممقانی، احمد پورعباس، سعیده

غفاری‌فر

نگارش و بازبینی مقاله: ابراهیم علی افسری ممقانی، احمد پورعباس،

سعیده غفاری‌فر

نظارت بر مطالعه: احمد پورعباس، سعیده غفاری‌فر

کد اخلاق

IR.TBZMED.REC.1401.643

References

1. Bilgiç Ş, Çelikkalp Ü, Temel M. The Effect of Mobile Learning In The Acquisition of Nursing Skills. *Advances in Nursing & Midwifery* 2021;30:1-9. doi: 10.22037/jnm.v30i1.33094
2. Jonsén E, Melender H-L, Hilli Y. Finnish and Swedish nursing students' experiences of their first clinical practice placement-A qualitative study. *Nurse Education Today* 2013;33:297-302. doi: 10.1016/j.nedt.2012.06.012
3. Jamshidi N, Molazem Z, Sharif F, Torabizadeh C, Najafi Kalyani M. The challenges of nursing students in the clinical learning environment: A qualitative study. *The Scientific World Journal* 2016;2016:1846178. doi: 10.1155/2016/1846178
4. Areshtanab HN, Rezvani R, Ebrahimi H, Bostanabad MA, Hosseinzadeh M. Moral intelligence and its relationship to resilience among nursing students in Iran. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2022; 13.1:9. doi: 10.14744/phd.2022.49368
5. Altintas L, Sahiner M. Transformations in postgraduate medical education following the COVID-19 pandemic: lessons learned from advances and challenges. *Postgrad Med* 2024;136:603-14. doi: 10.1080/00325481.2024.2379235
6. Radha R, Mahalakshmi K, Kumar VS, Saravanakumar A. E-Learning during lockdown of Covid-19 pandemic: A global perspective. *International Journal of Control and Automation* 2020;13:1088-99.
7. El Bingawi HM, Haleem S. A palpable change in medical education post-COVID-19 pandemic. *Pan Afr Med J* 2023;46:70. doi: 10.11604/pamj.2023.46.70.37676
8. Cooper D, Higgins S. The effectiveness of online instructional videos in the acquisition and demonstration of cognitive, affective and psychomotor rehabilitation skills. *British Journal of Educational Technology* 2015;46:768-79. doi: 10.1111/bjet.12166
9. (ICN) ICoN. International council of nurses policy brief: Nursing education and the emerging nursing workforce in COVID-19 pandemic. 2021a.
10. Agu CF, Stewart J, McFarlane-Stewart N, Rae T. COVID-19 pandemic effects on nursing education: looking through the lens of a developing country. *International Nursing Review* 2021;68:153-8. doi: 10.1111/inr.12663
11. Der Beek V. Does a student log provide a means to better structure clinical education? *Medical Education* 1999;33:89-94. doi: 10.1046/j.1365-2923.1999.00285.x
12. Hughes O, Wade B, Peters M. The effects of a synthesis of nursing practice course on senior nursing students' self-concept and role perception. *SLACK Incorporated Thorofare NJ*;1991.p.69-72. doi: 10.3928/0148-4834-19910201-07
13. Pazargadi M, Sattari S. Assessing the quality of education: The partnership approach to deal with the challenges of higher education management system, non-governmental third millennium. *J Educ* 2008;5:1-23.

مجازی جایگزین در صورت ناتوانی برای برگزاری دوره‌های جبرانی، به‌صورت جمعی ارایه می‌شد.

برای اینکه بتوان آموزش بالین در مواقع شیوع بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید-۱۹ باکیفیت قابل‌قبولی ارایه گردد بایستی موانعی را که باعث تداخل ارتباط و آموزش رودرروی دانشجویان پرستاری با بیماران در بالین می‌شود را تا حد ممکن مرتفع کرد. افزایش دانش‌شناختی در مورد علائم و انتقال بیماری به تمام افراد درگیر در آموزش بالینی و همچنین در صورت لزوم به استفاده از آموزش غیرحضوری برای جبران آموزش بالینی رودررو بایستی آموزش‌های هم‌راستا و کاربردی در بالین ارایه شود و دانشجویان در مورد تکمیلی بودن آموزش غیرحضوری به‌خوبی توجیه شوند. همچنین با به‌کارگیری راهکارهای جدید آموزش بالین سعی در کاهش اثرات سوء محدودیت‌های به‌وجود آمده در کمیت و کیفیت آموزش بالینی برآمد. هرچند محدودیت‌های به‌دست‌آمده در مطالعه ما در سایر مطالعات نیز به‌نوعی وجود داشت؛ ولی عاملی که باعث ناکارآمد شدن آموزش بالینی ما شده بود عدم استفاده از راهکارهای مناسب و جایگزین به شیوه مطلوب برای کم‌کردن اثرات سوء این محدودیت‌ها در آموزش بالینی پرستاری می‌تواند باشد، که پیشنهاد می‌شود با توسعه دستورالعمل‌های آموزشی برای دوران همه‌گیری و شرایط خاص، شاهد آسیب‌های کمتر به آموزش باشیم.

تشکر و قدردانی

قابل‌ذکر است که این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز استخراج شده است. از همه مسئولین EDC دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همچنین از دانشجویان پرستاری دانشکده علوم پزشکی مراغه که ما را در انجام این مطالعه یاری کرده‌اند تقدیر و تشکر می‌کنم.

تعارض منافع

هیچ یک از نویسندگان تعارض منافع در این مطالعه ندارند.

حمایت مالی

این مطالعه با تأیید معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام یافته است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1401.643 مورد تأیید قرار گرفته و مجوز برای انجام مطالعه داده شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان به شرح زیر در تهیه و تدوین این مقاله نقش داشتند.

طراحی پژوهش: ابراهیم علی افسری ممقانی، احمد پورعباس،

سعیده غفاری‌فر

14. Elahi N, Alhani F, Ahmadi F. Iranian Nursing Instructors' Perceived Experiences of Challenges of Effective Education: A Qualitative Content Analysis. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2012;1:229-39.
15. Ghafourifard M. The promotion of Virtual Education in Iran: The Potential which Turned into reality by Coronavirus. *Iranian Journal of Medical Education* 2020;20:33-4.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24:105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
17. Lincoln YS, Guba EG (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
18. Oducado RM, Estoque H. Online learning in nursing education during the COVID-19 pandemic: Stress, satisfaction, and academic performance. *Journal of Nursing Practice* 2021;4:143-53. doi: <https://doi.org/10.30994/jnp.v4i2.128>
19. Haslam MB. What might COVID-19 have taught us about the delivery of Nurse Education, in a post-COVID-19 world? *Nurse Education Today* 2021;97:104707. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104707
20. Kim S-Y, Kim S-J, Lee S-H. Effects of online learning on nursing students in South Korea during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18:8506. doi: 10.3390/ijerph18168506
21. Kim S, Jeong SH, Kim HS, Jeong YJ. Academic success of online learning in undergraduate nursing education programs in the COVID-19 pandemic era. *Journal of Professional Nursing* 2022;38:6-16. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.10.005
22. Dickinson KJ, Gronseth SL. Application of universal design for learning (UDL) principles to surgical education during the COVID-19 pandemic. *Journal of Surgical Education* 2020;77:1008-12. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.06.005
23. Nabolsi M, Abu-Moghli F, Khalaf I, Zumot A, Suliman W. Nursing faculty experience with online distance education during COVID-19 crisis: a qualitative study. *Journal of Professional Nursing* 2021;37:828-35. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.06.002
24. Suliman WA, Abu-Moghli FA, Khalaf I, Zumot AF, Nabolsi M. Experiences of nursing students under the unprecedented abrupt online learning format forced by the national curfew due to COVID-19: A qualitative research study. *Nurse Education Today* 2021;100:104829. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104829
25. Zervic JJ, Montgomery LA, Dawson C, Dolter KJ, Stineman A. Planning and implementing a practice/academic partnership during COVID-19. *Journal of Professional Nursing* 2021;37:24-8. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.11.007
26. Steimer T. The biology of fear-and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2002;4:231-49. doi: 10.31887/DCNS.2002.4.3/tsteimer
27. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020;1-9. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8
28. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore* 2020; 49.3:155-60.
29. Naderi pour A, Derisavy Jorfian S. Assessment of the Level of Perceived Stress and Quality of Life in Students and Professors of Ardabil Dental School during the Covid-19 Epidemic in the Academic Year 2020-2021. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2022;22:28-38.
30. Luo F, Ghanei Gheshlagh R, Dalvand S, Saedmoucheshi S, Li Q. Systematic review and meta-analysis of fear of COVID-19. *Frontiers in Psychology* 2021;12:1311. doi: 10.3389/fpsyg.2021.661078
31. Zhou P, Huang Z, Xiao Y, Huang X, Fan X-G. Protecting Chinese healthcare workers while combating the 2019 novel coronavirus. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 2020;41:745-6. doi: 10.1017/ice.2020.60.
32. Wang J, Zhou M, Liu F. Exploring the reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect* 2020;105:100-1. doi: 10.1016/j.jhin.2020.03.002
33. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*. 2020;5:e475-e83. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30164-X
34. Labrague LJ, de Los Santos JAA. Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management* 2021;29:395-403. doi: 10.1111/jonm.13168
35. Beisland EG, Gjeilo KH, Andersen JR, Bratås O, Bø B, Haraldstad K, et al. Quality of life and fear of COVID-19 in 2600 baccalaureate nursing students at five universities: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2021;19:1-10. doi: 10.1186/s12955-021-01837-2
36. De Los Santos JAA, Labrague LJ, Falguera CC. Fear of COVID-19, poor quality of sleep, irritability, and intention to quit school among nursing students: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2022;58;1:71-8. doi: 10.1111/ppc.12781
37. Alici NK, Copur EO. Anxiety and fear of COVID-19 among nursing students during the COVID-19 pandemic: A descriptive correlation study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2022;58.1:141-148. doi: 10.1111/ppc.12851
38. Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, Fernández-Castillo E, Rodríguez-Martin BC. Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020;1-9. doi: 10.1007/s11469-020-00343-8
39. Harper C, Satchell L, Fido D, Latzman R. Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *PsyArXiv*. 2020. doi: 10.1007/s11469-020-00281-5
40. Bakioglu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2021;19:2369-82. doi: 10.1007/s11469-020-00331-y
41. Coşkun Şimşek D, Günay U. Experiences of nurses who have children when caring for COVID-19 patients. *International Nursing Review* 2021;68:219-27. doi: 10.1111/inr.12651
42. Ehrlich H, McKenney M, Elkbuli A. Protecting our healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *The American journal of emergency medicine* 2020;38:1527. doi: 10.1016/j.ajem.2020.04.024
43. Morin K. Nursing education after COVID-19: Same or different? 2020;29:3117-9. doi: 10.1111/jocn.15322
44. Ilankoon IMPS, Kisokanth G, Warnakulasuriya SSP. COVID-19: Impact on undergraduate nursing education in Sri Lanka. *Journal of Public Health Research* 2020;9:1916. doi: 10.4081/jphr.2020.1916
45. Jang GJ, Park S, Ko S. Factors Influencing the Anxiety of Nursing Students in Clinical Practice during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Informatics and Statistics* 2022;47.4: 363-9. doi: 10.21032/jhis.2022.47.4.363
46. Sani I, Hamza Y, Chedid Y, Amalendran J, Hamza N. Understanding the consequence of COVID-19 on undergraduate medical education: Medical students' perspective. *Annals of Medicine and Surgery* 2020;58:117-9. doi: 10.1016/j.amsu.2020.08.045
47. Woo BFY, Poon SN, Tam WWS, Zhou W. The impact of COVID19 on advanced practice nursing education and practice: A qualitative study. *International Nursing Review* 2022;69:330-9. doi: 10.1111/inr.12732
48. Huang CL. Impact of nurse practitioners and nursing education on covid-19 pandemics: innovative strategies of authentic technology-integrated clinical simulation. *Hu Li Za Zhi The Journal of Nursing* 2021;68:4-6. doi: 10.6224/JN.202110_68(5).01



49. Rasmussen S, Sperling P, Poulsen MS, Emmersen J, Andersen S. Medical students for health-care staff shortages during the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 2020;395:e79-e80. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30923-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30923-5)
50. Dewart G, Corcoran L, Thirsk L, Petrovic K. Nursing education in a pandemic: Academic challenges in response to COVID-19. *Nurse Education Today* 2020;92:104471. doi: [10.1016/j.nedt.2020.104471](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104471)
51. Kim S, Kim M. Nursing students' experiences and perceptions of barriers to the implementation of person-centred care in clinical settings: A qualitative study. *Nurs Open* 2023;10.3:1889-9. doi: [10.1002/nop2.1514](https://doi.org/10.1002/nop2.1514)
52. Marks S, Edwards S, Jerge EH. Rapid deployment of critical care nurse education during the COVID-19 pandemic. *Nurse Leader* 2021;19:165-9. doi: [10.1016/j.mnl.2020.07.008](https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.07.008)
53. Rezvani Amin M, Vanaki Z, Memariean R. Environmental Challenges to the Clinical Supervision of Nursing Instructors. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2022;11.2:e134143. doi: [10.5812/msnj-134143](https://doi.org/10.5812/msnj-134143).
54. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, Smith GD. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing* 2020;29:2041-3. doi: [10.1111/jocn.15257](https://doi.org/10.1111/jocn.15257)



Challenging Clinical Nursing Education During the COVID-19 Era: A Qualitative Study

Ebrahim Aliafsari Mamaghani (Ph.D.)^{1*}, Ahmad Pourabbas (M.Sc.)², Saeideh Ghaffarifar (Ph.D.)³

1- Ph.D. in Nursing Education, Assistant Professor, Nursing Faculty, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran.

2- Instructor of Medical Education, Medical Education Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3- Department of Health Education and Promotion, Medical Education Research Center, Health Management and Safety Promotion Research Institute, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Received: 6 October 2024, Accepted: 5 February 2025

Abstract:

Introduction: Clinical education is the basis of nursing education, and the disruption in clinical education during the outbreak of the COVID-19 pandemic caused damage to this important principle in nursing education. The purpose of this study was to explain the experiences of nursing students from clinical education in the COVID-19 era.

Methods: qualitative content analysis was carried out involving 16 nursing students who had completed a minimum of three semesters at Maragheh University of Medical Sciences during the COVID-19 pandemic. Data collection took place in 2022 through a combination of unstructured and semi-structured interviews. The collected data was then analyzed using Maxqda 10 software.

Results: The conducted interviews brought us to the main category of ineffective clinical education. Inefficient clinical education is formed from these subcategories: fear of getting infected prevents working with patients, early termination of Clinical Clerkship with appearance compensation, and organizational restrictions for being at the bedside.

Conclusion: While limitations in clinical education during the COVID-19 pandemic were a global experience, the ineffectiveness of clinical nursing education in many cases was primarily due to poor management and the failure to implement effective strategies to mitigate the negative impact of reduced in-person clinical training.

Keywords: Clinical education, Nursing students, Distance learning, Covid-19.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: E. Aliafsari Mamaghani, Email: ealiafsari@gmail.com

Citation: Aliafsari Mamaghani E, Pourabbas A, Ghaffarifar S. Challenging clinical nursing education during the COVID-19 era: A qualitative study. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences 2025;20(2):56-68.

