Journal of Medical Education and Development
Vol. 17, No. 1, Spring 2022
Pages: 15 - 30

مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دوره هفدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۱
صفحه: ۳۰ - ۱۵

تجربیات دستیاران و اعضای هیئت‌علمی در مورد پایبندی به تعهدات حرفه‌ای و چالش آموزش در پاندمی کرونا: یک مطالعه کیفی

فهیم تلتمور[۱]، حسین جاودانی[۲]، عباس علامی[۳*]

چکیده

مقدمه: افزایش رفتارهای غیرحرفه‌ای در همه‌گیری کوید-۱۹ می‌تواند به یک چالش بزرگ تبدیل شود. این مطالعه با هدف تبیین تجارب دستیاران و اعضای هیئت‌علمی در مورد مشکلات پایبندی به تعهدات حرفه‌ای در دوره همه‌گیری کوید-۱۹ و تأثیرات آن بر آموزش بالینی صورت گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر کیفی و از نوع پدیدارشناسی توصیفی است. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، چهارده نفر از اعضای هیات‌علمی بالینی و دستیاران تخصصی عفونی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۹، از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، تجربیات خود را در زمینه مشکلات مرتبط با تعهدات حرفه‌ای در مراکز آموزشی-درمانی به اشتراک گذاشتند. متن مصاحبه‌های ضبط‌شده پس از مکتوب‌سازی بر اساس رویکرد Colaizzi تجزیه‌وتحلیل شدند.

نتایج: تعداد ۹۰ کد اولیه استخراج‌شده با توجه به دو حوزه اصلی مورد مطالعه، طبقه‌بندی شدند: مشکلات موجود در زمینه رعایت تعهدات حرفه‌ای و تأثیرات همه‌گیری کووید-۱۹ بر فعالیت‌های آموزشی- پژوهشی مؤثر بر تعهدات حرفه‌ای. در مورد اول، سه مضمون اصلی مشتمل بر کاهش ارتباط مؤثر با بیماران، عدم اضرار به بیمار و مخدوش شدن اصل عدالت و در مورد دوم، دو مضمون افزایش رفتارهای غیرحرفه‌ای فراگیران در برخورد با بیماران (کاهش کمیت و کیفیت آموزش‌ها، نظارت و تعامل بالینی با بیماران) و افزایش رفتارهای غیرحرفه‌ای در حوزه پژوهش آشکار گردید.

نتیجه‌گیری: مهمترین مشکل مرتبط با تعهدات حرفه‌ای در همه‌گیری کووید-۱۹، اضافه بار نقش و اختلال در ارتباط پزشک و بیمار است. با توجه به تأثیر زیاد الگوبرداری بر رفتار حرفه‌ای دانشجویان، گنجاندن آموزش‌های مرتبط جهت تقویت نقش الگویی، می‌تواند از بروز این آسیب‌ها در محیط‌های بالینی بکاهد.

واژه‌های کلیدی: همه‌گیری کووید-۱۹، پزشکان، تعهد حرفه‌ای، مطالعه کیفی، آموزش پزشکی

۱- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، گروه بیماری های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۲- استادیار، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
۳- استاد، دانشکده پزشکی، گروه بیماری های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۲۸۳۳۳۳۲۹۳۱ پست الکترونیکی: *allami9@yahoo.com*

تاریخ دریافت: ۱۳ / ۱۰ / ۱۴۰۰ تاریخ بازبینی: ۰۲ / ۱۲ / ۱۴۰۰ تاریخ پذیرش: ۱۴ / ۰۱ / ۱۴۰۱

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

مقدمه

طی چند دهه گذشته شیوع بیماری‌های عفونی در سطح بین‌المللی برجسته بوده و داده‌ها حاکی از آنست که این رخدادها در حال افزایش هستند (۱). پیشگیری از تأثیرات همه‌گیری‌ها با مطالعه مشکلات پیشآمده در همه‌گیری‌ها و نیز مهیا ساختن زیرساخت‌های لازم قابل مدیریت است. اهمیت این موضوع در پاندمی کووید-۱۹ بارزتر است (۲). این احتمال وجود دارد که همه‌گیری قسمت بزرگی از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار دهد و چندین سال ادامه یابد (۳). افزایش بار کاری در بیمارستانها می‌تواند روی رفتار حرفه‌ای پزشکان مؤثر باشد (۴). منشور پروفشنالیسم مشتمل بر تعهداتی است که کارکنان سلامت از جمله پزشکان باید به آن پایبند باشند. این منشورشامل پایبندی به آموزش مداوم خود، تعهد به صداقت با بیماران (قرار دادن کامل و صادقانه اطلاعات مربوط به سلامتی بیمار جهت تصمیم‌گیری و مطلع ساختن سریع بیمار از وقوع صدمه ناشی از خطای پزشکی)، تعهد به رازداری و حفاظت از اطلاعات بیماران، تعهد به حفظ رابطه مناسب با بیماران، تعهد به ارتقا کیفیت خدمات مراقبت‌ها، تعهد به بهبود دسترسی به خدمات و توزیع عادلانه‌ی منابع محدود، تعهد به دانش علمی و تعهد به حفظ اعتماد از طریق مدیریت تعارضات منافع فردی با منافع بیماران است (۵). قبل از همه‌گیری بدلیل تغییر نگرش و انتظارات مردم و پزشکان، چندین چالش اساسی برای حرفه‌ای بودن وجود داشت. در دوران همه‌گیری، ترس، اطلاعات غلط و کاهش ارتباطات صحیح پزشک-بیمار، پایبندی به تعهدات حرفه‌ای را با شدت بیشتری به چالش کشید و خطر خدشه‌دار شدن اعتماد به پزشکان بیش‌ازپیش احساس شد. حرفه‌ای بودن در تمام سطوح ارائه خدمات از دانشجویان در حال آموزش، تا پزشکان و مسئولین تصمیم‌ساز در حوزه بهداشت‌ودرمان به چالش کشیده شده است.

همه‌گیری کرونا تأثیرات چشمگیری بر روند آموزش در جهان داشته است. در ابتدا برای اطمینان از کاهش خطر انتقال عفونت، وزارت بهداشت تصمیم به بستن دانشگاه‌های تابعه گرفت (۶). نحوه تعامل و تدریس مدرسان نیز به‌سرعت تغییر کرد (۷). در تلاش برای حفظ روند یادگیری و دستیابی به اهداف یادگیری، استراتژی مؤسسات آموزشی از یادگیری متعارف به آموزش از راه دور تبدیل شد. برای بسیاری از دانشکده‌ها، آموزش آنلاین بهترین گزینه جایگزین روش متداول در نظر گرفته شد (۸). پس از دوره فیزیوپاتولوژی، دانشجوها وارد بیمارستانها شده و اکثر یادگیری‌ها در بخش‌ها و درمانگاه‌ها با دیدن بیماران صورت می‌گیرد. مهارت‌های مثل شرح‌حال‌گیری، نحوه ارتباط با بیمار، رسیدن به تشخیص، تفسیر پاراکلینیک بیماران، نحوه پیگیری بیماران از نظر بهبودی و ثبت گزارش سیر پیشرفت بیماری مهارت‌هایی هستند که در تماس با بیماران و در بیمارستانها آموخته می‌شود. با شروع پاندمی کووید روال عادی بسیاری از حوزه‌های یادگیری در رشته پزشکی مختل شد (۹). از جمله جلسات گزارش صبحگاهی و یادگیری مهارت‌هایی مانند کار گروهی و توانمندی برقراری ارتباط تحت تأثیر قرار گرفتند، به‌ویژه اینکه در حال حاضر آموزش حل‌مسئله، تفکر انتقادی؛ رهبری و رفتارهای حرفه‌ای در رشته پزشکی بیشتر به استراتژی‌های متداول یادگیری متکی هستند (۱۰).

با توجه به لزوم بررسی دقیق میزان پایبندی پزشکان به تعهدات حرفه‌ای در پاندمی کرونا، انجام یک تحقیق اولیه در مورد شناخت وضعیت موجود ضروری به نظر می‌رسید. درواقع با مطالعه عمیق این تجارب و روشن‌سازی زوایای آشکار و پنهان آنها می‌توان به آسیب‌شناسی و تحلیل این تجارب پرداخت. تبیین تجربیات اعضای هیأت‌علمی و دستیاران می تواند، آنان را در شناخت چالش‌های مرتبط با پایبندی به تعهدات حرفه‌ای در شرایط همه‌گیری‌ها یاری رساند. به‌منظور رسیدن به چنین شناختی، استفاده از روش‌هایی از تحقیق که امکان جستجوی همه جانبه این تجارب را فراهم نماید ضروری است، لذا این پژوهش جهت دستیابی به یافته‌های عمیق بر اساس تجارب اعضای هیأت علمی و دستیاران درگیر ارائه خدمات سلامت در همه‌گیری کووید، به شیوه کیفی صورت گرفت. موضوع چالش‌های پایبندی به تعهدات حرفه‌ای در

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

مراکز آموزشی در درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا با وجود تمام اهمیتی که دارد، هنوز در ایران، به اندازه کافی روشن نشده است. با استفاده از نتایج این مطالعه می‌توان در زمینه تعهدات حرفه‌ای اقدام به طراحی برنامه‌های جدید ارتقا دهنده عملکرد پزشکان در طول همه‌گیری‌های مشابه و یا موج‌های احتمالی بعدی نمود.

روش کار

این مطالعه با هدف کشف تجربیات دستیاران و اعضای هیئت‌علمی در زمینه پایبندی پزشکان به تعهدات حرفه‌ای در شرایط همه‌گیری کرونا و اثرات آن بر روند آموزش رفتارهای حرفه‌ای با رویکرد کیفی به روش پدیدارشناسی توصیفی در فاصله زمانی آبان تا دی‌ماه سال ۱۳۹۹ در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. مشارکت کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند تا افرادی که تجربه غنی از موضوع مورد تحقیق داشتند وارد مطالعه گردند. مشارکت‌کنندگان در پژوهش، اعضای هیأت‌علمی شاغل در مراکز آموزشی- درمانی و دستیاران رشته بیماری‌های عفونی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بودند که از طریق مصاحبه های عمیق و نیمه‌ساختار یافته و چهره‌به‌چهره، تجربیات خود را از اثرات پاندمی بر تعهدات حرفه‌ای پزشکان در زمینه مراقبت از بیماران بستری مبتلا به کوید و آموزش به اشتراک گذاشتند. بر این اساس فعالیت در بخش مراقبت از بیماران کرونایی و یا انجام مشاوره‌های این بیماران، و تمایل به بازگو کردن تجربه خود از جمله معیارهای ورود اعضای هیأت‌علمی بالینی و دستیاران منتخب بود. محیط پژوهش حاضر مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین و مکان مصاحبه با هماهنگی با مشارکت‌کنندگان تعیین گردید.

راهنمای مصاحبه شامل سوالات باز بود تا به پاسخ‌دهنده اجازه دهد نظرات و تجربیات خود را توضیح دهد و سؤال محوری مصاحبه «همه‌گیری کرونا چه تأثیراتی بر رعایت تعهدات حرفه‌ای توسط خود و همکارانتون داشته است؟ چه نمودهایی از آن را در تجربیات خود به یاد دارید» و «تأثیرات همه‌گیری بر آموزش سطوح مختلف فراگیران توسط اعضای هیأت‌علمی چه بوده (به‌ویژه آموزش تعهدات حرفه ای)» بود. همچنین در طول مصاحبه‌ها از سؤالات کاوشی نظیر می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ استفاده شد. بر تجربیات اعضای هیأت علمی و دستیاران از موضوع مطرح شده، تمرکز گردید. متوسط زمان مصاحبه ۶۰ دقیقه بود و تا زمانی که شرکت‌کننده، تجربه خود را کاملاً توصیف می‌نمود و دیگر شفاف‌سازی لازم نبود، مصاحبه پایان‌یافته تلقی می‌شد. همچنین اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس و مرتبه علمی ثبت شد. در پژوهش کیفی حاضر، پس از ۱۴ مصاحبه، داده‌ها به اشباع نظری رسید. به این معنی که در زمان جمع‌آوری اطلاعات، دیگر داده جدیدی پدیدار و اضافه نشد.

برای کاهش تورش و ارتقای قابلیت اعتماد، مصاحبه‌ها با اطلاع و اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط شد و پس از اتمام مصاحبه به آنها گوش داده شد، سپس کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده و با مطالعه آن یک درک کلی از آن حاصل شده و با عمق معانی ارتباط برقرار شد. پژوهشگر به منظور افزایش یکپارچگی داده‌ها شخصا تمام مصاحبه‌ها را انجام داد. همچنین یادداشت‌هایی در حین مصاحبه‌ها مکتوب می‌شد. سپس جملات مهم استخراج شد و کدهای اولیه استخراج شدند. در مرحله بعد مفاهیم تدوین‌شده به زیر مفاهیم و نتایج به مضمون‌های اصلی تبدیل شده و یک توصیف جامع از پدیده تدوین شد (داده‌ها بر اساس رویکرد کلایزی تجزیه‌وتحلیل شدند). در انتها اعتباربخشی به وسیله ارجاع به مشارکت کنندگان و پرسیدن درباره صحت یافته‌ها انجام شد (۱۱). تجزیه‌وتحلیل داده‌ها پس از اولین مصاحبه آغاز شد و همزمان با مصاحبه‌ها ادامه یافت. برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها از معیارهای مقبولیت، قابلیت تأیید، قابلیت اطمینان و ثبات و تناسب یا انتقال‌پذیری، یافته‌ها به عنوان معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی که توسط Guba و Lincoln ارائه شده‌اند استفاده شد (۱۳, ۱۲). مقبولیت داده‌ها با توجه به درگیری دو ساله محقق در زمینه مراقبت از بیماران مبتلا به

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

کرونا با حضور مکرر در بین جامعه مورد مطالعه و برقراری ارتباط خوب با اعضای هیأت‌علمی شاغل در مراکز آموزشی درمانی و دستیاران و جلب اعتماد و درک تجارب آنها توسط پژوهشگر میسر گردید. ضمن ارسال بخش‌هایی از متن مصاحبه‌های تایپ‌شده، کدهای مربوط و طبقات پدیدارشده برای دو ناظر، از نظرات تکمیلی آنان در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی تا سه روز بعد از انجام مصاحبه فراهم گردید (۱۴). پروتکل مطالعه توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین (شناسه IR.QUMS.REC.1399.159) تأیید شد. ملاحظات اخلاقی نظیر تکمیل فرم رضایت آگاهانه، مشارکت داوطلبانه، توضیح اهداف تحقیق و اطمینان در مورد محرمانه بودن اطلاعات رعایت گردید (رعایت کدهای مصوب کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی).

نتایج

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، ۸ عضو هیأت علمی و ۶ دستیار سال دو تا چهار بودند (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک دستیاران و اعضای هیئت‌علمی شرکت‌کننده (۱۴ نفر)

دستیاران	**(۶ نفر)**	**اعضای هیأت‌علمی**	**(۸ نفر)**
جنسیت		**جنسیت**	
مرد	۲	مرد	۶
زن	۴	زن	۲
پایه تحصیلی دستیاری		**مرتبه عضو هیأت‌علمی**	(نفر)
سال دوم	۲	استاد	۱
سال سوم	۱	دانشیار	۵
سال چهارم	۳	استادیار	۲
		سابقه کار	(سال)
		استاد	۱۵
		دانشیار(ان)	۳۰، ۲۶، ۱۸، ۱۵ و ۱۰
		استادیار(ان)	۲۵ و ۱۰

از مصاحبه با ۱۴ شرکت‌کننده (با هر مشارکت‌کننده یک مصاحبه)، ۹۰ کد اولیه استخراج شد. گزیده‌ها با توجه به دو حوزه اصلی مورد مطالعه طبقه‌بندی شدند: مشکلات در زمینه رعایت تعهدات حرفه‌ای و تأثیرات همه‌گیری کوید-۱۹ بر فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی مؤثر بر تعهدات حرفه‌ای. در زمینه اول سه مضمون اصلی مشتمل بر کاهش ارتباط مؤثر با بیماران (مشکل در حفظ صداقت در ارتباط با بیماران، تغییر شرایط روانی- اجتماعی پزشکان و بیماران، محدودیت برقراری ارتباط با بیماران و همراهان وی، وجود استرس حین تصمیم گیری‌ها)، اصل عدم اضرار به بیمار (پایبندی ناکافی به گایدلاین کشوری، سختی تصمیم‌گیری درمانی برای پزشکان و مشکلات ناشی از پیام‌های نادرست در فضای مجازی) و مخدوش شدن اصل عدالت طبقات "تأخیر در ارائه خدمات به بیماران دارای مشکلات متعدد به دلیل طولانی‌شدن تعیین تکلیف اولیه"، "کاهش بستری بیماران نیازمند غیرکرونایی" و "سختی تخصیص عادلانه خدمات و دارو به بیماران" آشکار

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

گشت. در زمینه تأثیرات همه‌گیری کوید-۱۹ بر فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی مؤثر بر تعهدات حرفه‌ای، مضمون‌های افزایش رفتارهای غیرحرفه‌ای فراگیران در برخورد با بیماران (بدلیل کاهش کمیت و کیفیت آموزش‌ها، کاهش نظارت، کاهش تعامل بالینی با بیماران) و افزایش رفتارهای غیرحرفه‌ای در حوزه پژوهش (بدلیل کاهش نظارت بر روند انجام پایان‌نامه ها و کاهش کیفیت و کمیت فعالیت‌های پژوهشی) آشکار گردید. نتایج در جدول۲ خلاصه شده است.

جدول ۲. مشکلات رعایت تعهدات حرفه‌ای توسط اعضای هیأت‌علمی بالینی و دستیاران طی همه‌گیری کوید-۱۹

مضمون	طبقات	زیرطبقات
کاهش ارتباط مؤثر با بیماران (اصل اتونومی)	مشکل در حفظ صداقت در ارتباط با بیماران	کتمان پیش‌آگهی از ترس افزایش استرس و بدحالی بیمار
		عدم امید به درمان بعضی بیماران
	تغییر شرایط روانی-اجتماعی پزشکان و بیماران	افزایش تنش‌های اقتصادی در سطح جامعه
		تعدد وظایف محوله به پزشکان و زیاد بودن تعداد بیماران
		افزایش حملات پانیک و حملات اضطرابی
		شیوع زیاد تغییرات خلقی بیماران (بیقراری و پرخاشگری)
		افزایش پدیده روانی سوگ در جامعه
	محدودیت برقراری ارتباط با بیماران و همراهان وی	کاهش کیفیت ارتباط با افراد سالمند و کم‌شنوا (بدلیل استفاده از وسایل محافظت فردی)
		عدم اجازه ورود همراهان به بیمارستان
		بار زیاد درمانی مدیریت بیماران کرونایی
		قضاوت‌های نادرست نسبت به گروه درمان (بیمار در بیمارستان حتما باید زنده بماند، پزشک باید تمام‌وقت خود را برای نجات من صرف نماید)
	وجود استرس حین تصمیم‌گیری‌ها	ترس زیاد از ابتلا بدلیل محدودیت امکانات محافظت شخصی
		نگرانی از انتقال عفونت به خانواده به‌ویژه بستگان دارای بیماری زمینه‌ای
		سختی پوشیدن لباس‌های حفاظت فردی در مشاوره
		ترس از تبعات قانونی به دلیل بالابودن میزان مورتالیته بیماران کرونایی
		درخواست مشاوره سریع و متعدد در صورت شک به کرونا
		فشار مسئولین برای تعیین تکلیف سریع بیماران بستری در اورژانس بدون آماده‌شدن بررسی‌ها و مشاوره‌های مورد نیاز
		پذیرش دشوار انتقال بیماران مظنون به کرونا به سرویس درست
		ورود با تأخیر رشته‌های غیر از بیماری‌های عفونی در ابتدای همه‌گیری بدلیل تکراری بودن بیماران و بار کم آموزشی آنان
اصل عدم اضرار (ضرر نرساندن) به بیمار	پایبندی ناکافی گروه درمان به گایدلاین کشوری	ساختار فیزیکی نامناسب درمانگاه‌ها و کلینیک‌های بیمارستانی
		عدم نظارت بر اجرای گایدلاین‌ها
		تغییر مکرر دستورالعمل‌ها
		نبود فارماکولوژیست بالینی در بیمارستان‌ها
		تجویز زیاد دارو در قالب کارآزمایی‌های بالینی
		کمبود نظارت‌ها بر مراحل انجام به‌ویژه اوایل همه‌گیری
		تعداد زیاد کارآزمایی‌های بالینی انجام‌شده در بیمارستان‌ها
		کمبود دانش مورد نیاز (بدلیل تعداد و حجم زیاد گایدلاین‌ها و تعداد کم دوره‌های بازآموزی برگزارشده ابتدای همه‌گیری)

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

		اختلاف زیاد بین گایدلاین‌های ملی و بین‌المللی
		تغییرات سریع و زیاد گایدلاین‌ها در طول زمان
		عوارض ناشناخته داروها و تداخلات دارویی با یکدیگر
		تعداد زیاد مقالات منتشر شده با نتایج متضاد یکدیگر
		وقت کم پزشکان جهت مطالعه تغییرات دستورالعمل‌ها و مقالات جدید
	مشکلات ناشی از پیام‌های نادرست در فضای مجازی	پیام‌های منتشر شده نادرست توسط گروه پزشکی
		بکارگیری درمان‌های نادرست پیشنهادی شبکه‌های مجازی توسط پزشکان
		مراجعه دیرهنگام بیماران به دلیل ترس از بستری شدن
		بالا بودن مرگ در بیماران بستری شده و به‌ویژه اینتوبه
		درخواست تجویز داروهای غیرضروری به‌دلیل پیشنهاد سایر پزشکان و یا پیام‌های موجود در شبکه‌های اجتماعی
مخدوش شدن اصل عدالت	تأخیر در ارائه خدمات به بیماران دارای مشکلات متعدد به دلیل طولانی شدن تعیین تکلیف اولیه	اولویت رد اولیه عفونت کرونا قبل از ارائه خدمت مربوط به بیماری اصلی
		سخت شدن تعیین تکلیف بیماران از نظر بستری در بخش کرونا و غیرکرونا
		زیاد بودن بروز مشکلات زمینه‌ای یا تشدید آن در بیماران کرونایی
		عدم امکان رد سریع عفونت کرونا در بیشتر بیماران
		کاهش امکان پیگیری سرپایی بیماران غیرکرونایی به دلیل ترس از مراجعه به بیمارستان‌ها و مراکز پاراکلینیک
	کاهش بستری بیماران نیازمند غیرکرونایی	ترس از ابتلا در بیماران
		عدم تمایل پزشکان به بستری بیماران
		تغییر کاربری بسیاری بخش‌ها
		کمبود نیروی کادر پزشکی
		ترخیص زودتر از موعد بیماران غیر کرونایی (بدلیل ترس بیماران از ابتلا به کرونا و محدودیت تخت بیمارستانی)
	سختی تخصیص عادلانه خدمات و دارو به بیماران	سختی انتخاب بیماران برای بستری در ICU (بدلیل کمبود تخت ICU یا وابستگی فامیلی یا شغلی یک بیمار با گروه درمانگر)
		بدلیل دستورالعمل‌های ابلاغی از بعضی مراجع ذیربط
		به دلیل کمبود دارو و تجهیزات
		مشکلات مالی بیماران بویژه در موارد عدم پوشش بیمه‌ای داروهای تجویزی
		به دلیل عدم توازن بین امکانات موجود و نیاز واقعی بیماران

چالش در تعهد به صداقت با بیمار

مرگ‌ومیر بالا و نبود راهکار مشخص جهت درمان به خصوص اوایل پاندمی باعث شده بود که پزشکان در مورد پیش‌آگهی با بیماران صادقانه بر خورد نکنند. آنان معتقد بودند که این کار استرس بیمار و بستگان وی را افزایش می‌دهد زیرا برای بسیاری حتی افراد بدون سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای، پیش‌آگهی بهتری جز فوت شدن تصور نمی‌شد اما توقع خود بیمار و نیز همراهان این نبود. از نظر پزشکان بیان پیش‌آگهی بیماری قابل درمان نسبت به بیماری که چشم‌انداز روشنی ندارد راحت‌تر است.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

چالش در تعهد به ارائه خدمت ناشی از ترس پزشکان از ابتلا به بیماری و افزایش بیماران

پزشکان و فراگیران درگیر کرونا مجبورند سه و گاهی حتی شش برابر روزهای قبل همه‌گیری بیمار ویزیت کنند که در نتیجه ارتباط مریض با پزشک کمتر می‌شد. در برخی بخش های دیگر نیز بار کاری در قالب مشاوره بیماران کوویدی دارای مشکلات مرتبط زیاد شد. یکی از اعضای هیأت‌علمی گروه روانپزشکی معتقد بود: "ترس بیماران غیرکرونایی از ابتلا به کرونا باعث شده تا بسیاری از اقدامات لازم برای تشخیص‌و درمان را به تعویق بیندازند". پزشکان نیز به دلیل ترس از ابتلای بیمارشان، نسبت به زمان عادی آنان را متفاوت پیگیری می‌نمودند. عدم وجود همراهان بیمار در زمان مشاوره، تشخیص‌ودرمان بیماری‌ها را با مشکل مواجه ساخته و خطرات زیادی بیماران را تهدید می‌کند. عدم توضیح سیر بیماری و پیش‌آگهی باعث شده اتونومی بیمار زیر سوال رود. زدن ماسک ارتباط با بعضی بیماران مثل سالمندان، افراد با بهره هوشی پایین، بیماران با شنوایی پایین یا افرادی که به هر دلیل نمی‌توانند با پزشک خوب ارتباط برقرار کنند را نیز مشکل نموده است. از نظر بیشتر مشارکت‌کنندگان استفاده از وسایل حفاظتی و صحبت‌کردن با صدای بلند را عامل بروز خستگی بیشتر و زودتر از موقع و نیز محدودیت در خوردن و نوشیدن عنوان کردند. در ابتدای همه‌گیری در صورت نداشتن تجهیزات حافظت فردی، پزشک گاه تا عدم ویزیت بیمار پیش می‌رفته که بهانه آن اولویت دادن به مشکلات تنفسی بیماران ذکر می شد. کووید باعث ترس از مریض شده و پزشک عجله دارد تا زودتر کار مریض را انجام داده و وی را مرخص کند. بالعکس بعضی پزشکان نیز عنوان می‌کردند همدردی با بیماران در آنان بیشتر بوده است. مرگ بیماران به‌ویژه جوانان، تأثیر روانی شدیدی به پزشکان وارد می‌کند. با توجه به میزان بالای مرگ‌ومیر، سرایت و نبود درمان قطعی برای کووید به‌ویژه در شروع پاندمی، ترس از ویزیت و ارائه خدمت به بیمار زیاد بود. این ترس باعث عدم حضور عده‌ای از کادر درمان جهت ارائه خدمت شد. یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان نمود: "به دلیل ترس از کرونا دستیاران پذیرفته‌شده سال یک بیهوشی ثبت‌نام نکردند" همچنین ترس از ابتلای خانواده گاه سبب شده بود تا بعضی برای مدت‌های طولانی از دیدن خانواده‌های‌شان امتناع کنند. این مسئله تأثیرات روانی قابل‌توجهی برای پزشکان و خانواده‌های آنان داشته است. با گذر زمان و با توجه به آشنایی بیشتر پزشکان با ابعاد مختلف بیماری این ترس کاهش یافت. یکی از اعضای هیأت‌علمی عنوان نمود: "اجتماع پزشکان که باعث تبادل اطلاعات بین آنان می‌شد کمتر شده است".

درمان بیماران کرونایی توسط پزشکان سایر بخش‌ها

اوایل پاندمی باور دیگر بخش‌ها به عفونی بودن بیماری، کار را برای پزشکان بخش عفونی سخت کرده بود. بیماران با بیماری های زمینه‌ای مبتلا به کرونا کمتر در سرویس مربوطه درمان می‌شدند. پاندمی باعث افزایش بیماران بخش عفونی و ریه و بدنبال آن افزایش بار کاری پزشکان و سایر کادر درمان مشغول در این بخش‌ها شد. عده‌ای از پزشکان این بخش‌ها بر این نظرند که جهت کاهش بار کاری، پزشکان سایر تخصص‌ها (به ترتیب ارتباط) باید در درمان بیماران کرونایی همکاری نمایند.

قضاوت‌های نادرست در مورد پزشکان درگیر بیماری و مداخله مسئولین در روند تصمیم‌گیری درمانی

تعدادی از مشارکت‌کنندگان از مداخله نادرست افراد بدون درک درست از بیماری کرونا شکایت داشتند. تصمیم نادرست مسئولین در نحوه توزیع امکانات بیمارستانی، ترخیص دستوری بیماران کرونایی فاقد شرایط لازم برای ترخیص و برگشتن دوباره آنان از موارد اشاره شده بود. دستیاران عنوان نمودند بعضی مسئولین در مواجهه با مشکلات بیان‌شده ناشی از افزایش بار بیماری و کاهش امکانات و نیز خستگی‌های مفرط دستیاران درگیر، به جای حل مشکل و یا حداقل دلداری دادن، با دستاویز نمودن این مطلب که شما متعهد شده‌اید خدمات

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

ارائه دهید، از رسیدگی به مشکلات طفره می‌رفتند. یکی از دستیاران گفت: "کمبود امکانات با بروز اپیدمی تشدید شده است. مثلاً برای هر پزشک روزانه سهمیه از ماسک وجود دارد. در صورت سوراخ یا آلوده شدن ماسک راه‌حل چیست؟ با وسیع‌شدن دامنه مشکلات نمی‌شود آن را به‌صورت فردی حل کرد." بعضی پزشکان که بار مسئولیت بیشتری در مواجهه با بیماران کرونایی تحمل می‌کنند شکایت داشتند که گاه سهم کمتری از وسایل محافظت فردی داشته‌اند. این مسئله باعث القای احساس نادیده گرفته‌شدن شده و در روند کارشان مؤثر بوده است. به‌علاوه عده‌ای از مسئولین تصمیم‌گیر به‌دلیل ترس از ابتلا حتی حاضر به مشاهده از نزدیک مشکلات آنان نشدند.

عوارض ناشی از تجویز داروهای متعدد

اوایل همه‌گیری به خاطر مرگ‌ومیر بالای بیماری و اینکه داروهای مؤثر بر پیش‌آگهی بیماری مشخص نبود، پزشک به خود این اجازه را می‌داد که داروهای متنوعی را تجویز کند. این موضوع علاوه بر تحمیل خطر بروز عوارض دارویی و حتی مرگ بیمار باعث می‌شد این ذهنیت به بیماران القا شود که پزشکان در حال آزمایش این داروها بر روی آنان هستند که در نتیجه روی تبعیت بیمار نسبت به دستورات پزشک مؤثر بود. در اکثر رسانه‌ها، اخبار مؤثربودن بعضی داروها به‌طور وسیعی منتشر می‌شد و درنتیجه دخالت بیماران، همراهان و حتی سایر کادر درمان مثل پرستاران در روند درمان رو به گسترش بود. این مسئله بار کاری و روانی پزشکان را می‌افزود. اطلاع‌رسانی‌های درست در رسانه‌ها باعث کاهش تعداد مراجعات غیرضروری به بیمارستان‌ها و به‌تبع آن سبک‌ترشدن بار کاری پزشکان و بالعکس تحریک افکار عمومی ضد گروه پزشکی و درمان‌های موجود، باعث افزایش بار روانی پزشکان می‌شد.

کمبود دارو و عدم عدالت در درمان

پزشکان بیان داشتند به‌دلیل کمبود در برهه‌هایی از پاندمی مجبور بودند داروهای مورد استفاده را فقط برای تعدادی از بیماران تجویز کنند. صرف‌نظر از مؤثربودن یا نبودن، اجبار در انتخاب بیمار برای تجویز دارو مسائل حاشیه‌ای مرتبط با بیمار، اطرافیان و مسئولین درمانی بار روانی زیادی به این پزشکان وارد می‌نمود. مختل‌شدن درمان، باعث بدترشدن پیش‌آگهی بیماری‌های مزمن شد و درنتیجه بیماران با حال عمومی بدتر جهت بستری رضایت می‌دادند. بیماران نیازمند پیگیری، مراجعه‌شان به درمانگاه‌ها و مطب‌ها کاهش یافت. علت اصلی این مسئله ترس از ابتلا به کرونا عنوان شد. این ترس در بیمارانی که مراکز درمان آن‌ها مشترک با بیماران کرونایی است بیشتر بود. پزشکان درصورت مشاهده علائم تنفسی در بیمار، اولویتشان بررسی ابتلا به کرونا می‌شده و خود این مسئله باعث تأخیر در درمان بیماری زمینه‌ای بیمار می‌شده است. در پیک های بیماری، بسیاری از بخش‌ها به بیماران مبتلا به کرونا اختصاص می‌یافت. این مسئله امکان بستری و درمان بیماران غیرکرونایی را محدود کرد. تعدادی از پزشکان بیان می‌دارند که برای جلوگیری از عدم ابتلای بیمار به کرونا، خود آنها بیماران را از مراجعه به بیمارستان‌ها و بستری‌شدن پرهیز می‌دادند. یکی از مشارکت‌کنندگان عنوان نمود: "بارها پزشکان سر این چندراهی قرار گرفته‌اند که از بین مریض‌های بدحال نیازمند بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، چه کسی را بفرستند. آیا اصول مراقبت نیاز به بازتعریف در پاندمی دارند یا نه؟ رعایت این اصول در پاندمی مشکل شده." پاندمی بر جریان مشاوره های پزشکی نیز تأثیرگذار بوده است. به‌طور مثال یکی از دستیاران عنوان نمود: "به دلیل ترس از ابتلا، تعدادی از پزشکان در زمان مشاوره‌های پزشکی تا حدامکان از برخورد با بیمار (به‌ویژه بستری‌شده در بخش کرونا) حذر می‌کنند".

تأثیرات همه‌گیری بر فعالیت-های آموزشی-پژوهشی مؤثر بر تعهدات حرفه‌ای

اظهارات شرکت‌کنندگان در تحقیق در این زمینه در جدول ۳ خلاصه شده است. در پاسخ به این سؤال که تأثیر پاندمی کرونا بر آموزش چگونه بوده است، یکی از اعضای هیأت‌علمی عنوان نمود: "زمان لازم برای آموزش بالینی صرف نمی‌شود. آموزش‌ها بیشتر آنلاین و تئوری شده است. دانشجو هم خودش

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

بیمار کمتر معاینه می‌کند و هم اینکه معاینه‌ی بیمار توسط اساتید را کمتر می‌بینند. بستری مریض‌های غیرکرونایی بشدت کاهش یافته و این مسئله می‌تواند در کاهش توانایی فراگیران در آینده مؤثر باشد. این مسئله برای آموزش بخش‌های مربوط به بیماران کرونایی نیز مؤثر بوده. حتی درصورت تعامل با بیمار ممکن است به یک شرح‌حال و معاینه‌ی ساده‌تری نسبت به زمان غیرکرونا اکتفا شود. این مسئله باعث شده اصل توانمندی پزشک مخدوش شود. تعداد بیشتر بیمار باعث می‌شود وقت کمتر صرف معاینه و گوش‌دادن به صحبت‌های آنان شود. ممکن است دانشجو فکر کند روند طبیعی معاینه و ویزیت بیمار همین است." بعضی دیگر از مشارکت‌کنندگان نظر متفاوتی ابراز نمودند. آنان از تأثیرات مثبت پاندمی کرونا بر آموزش پزشکی در بعضی موارد صحبت کردند. یکی از اعضای هیأت‌علمی عنوان کرد: "با کاهش مراجعه و بستری بیماران غیرکوید، فرصت بیشتر جهت توضیح بیمار به کارورزان و کارآموزان و نیز دستیاران فراهم شده است."

جدول ۳: تأثیرات همه‌گیری کوید ۱۹ بر فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی مؤثر بر تعهدات حرفه‌ای

مضمون	طبقات اصلی	طبقات فرعی
افزایش رفتارهای غیرحرفه‌ای فراگیران در برخورد با بیماران بدلیل	کاهش کمیت و کیفیت آموزش‌ها	تعطیلی گزارش‌های صبحگاهی و سایر برنامه‌های آموزشی در اوایل همه‌گیری
		کاهش نظارت بر حضور فراگیران و انجام وظایف محوله
		حضور دستیاران در مراکز کرونا جهت کمک به رشته‌های درگیر
		کاهش حضور کارآموزان و کارورزان در بالین
		تقسیم‌شدن کارورزان و کارآموزان به چند گروه به دلیل فضای کم کلاس‌ها
		خستگی اساتید درگیر مدیریت بیماری
		کاهش حضور اساتید و فراگیران به دلیل بیماری
		کاهش برنامه‌های آموزشی معمول
		کاهش انگیزه مطالعه به دلیل لغو شدن آزمون‌های ارتقا
		کمبود جلسات تعامل بین اساتید و فراگیران جهت کشف و ارائه بازخورد در مورد خطاها
		فرصت کم اساتید برای ارائه آموزش‌های مرتبط (دانش‌پزشکی و رفتارهای حرفه‌ای)
		تغییر راندهای آموزشی به راندهای کاری به دلیل تعداد زیاد بیماران
		کاهش تنوع بیماران مشاهده شده توسط فراگیران
		تأثیرات منفی ناشی از مجازی‌شدن آموزش‌ها
		کاهش تعامل دستیاران رشته‌های مختلف با یکدیگر در برنامه‌های آموزشی مشترک
		کاهش شدید مراجعه بیماران به درمانگاه‌های آموزشی (به‌ویژه در مراکز کرونا)
		محدودیت فضای زیاد درمانگاه‌های آموزشی برای حضور رده‌های مختلف فراگیر
	کاهش نظارت	کاهش رصد خطاهای پزشکی فراگیران
		کاهش امکان پایش خطاها توسط سیستم‌های بیمارستان (محدودیت زمانی و نیروی انسانی)
		کاهش نظارت بر حضور فراگیران و انجام وظایف محوله
		کاهش تعامل اساتید و فراگیران
		به دلیل مشاهده رفتارهای غیرحرفه-ای از سطوح بالاتر
	کاهش تعامل بالینی با بیماران	حجم بالای مسئولیت‌های محوله و تعدد کشیک‌ها
		اعتقاد به آموزشی‌بودن صرف وظیفه همه فراگیران از جمله دستیاران
		کاهش میزان معاینات بالینی همچون سمع ریه و اتکای بیشتر به نتایج پاراکلینیک همچون سی‌تی اسکن ریه در مدیریت بیماران

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

		نگاه ایده‌آلئیستی اجتماع نسبت به وظایف و توانمندی‌های پزشکان
		فشار بر پزشکان و دستیاران برای ترخیص هرچه سریعتر بیماران
		کاهش تعداد دستیاران ورودی به رشته بیهوشی و عفونی در چند سال اخیر
		عدم رضایتمندی از میزان پرداختی‌ها
		عدم عدالت در توزیع پاداش‌های مربوط به کرونا
افزایش رفتارهای غیرحرفه‌ای در حوزه پژوهش بدلیل	کاهش نظارت بر روند انجام پایان‌نامه‌ها	افزایش احتمال داده‌سازی در پایان‌نامه‌ها بخاطر کاهش بیماران غیرکرونایی مراجعه‌کننده
		کاهش نظارت بر روند انجام پایان‌نامه‌ها توسط اساتید
	کاهش کیفیت و کمیت فعالیت‌های پژوهشی	تکراری و همپوشانی محتوا در بسیاری از عناوین پژوهشی به ویژه در ابتدای همه‌گیری
		کاهش چشمگیر مطالعات در سایر زمینه‌ها
		تعویض چند باره موضوع پایان‌نامه بعضی فراگیران به خاطر کمبود بیمار غیرکرونایی
		افزایش تمایل به عناوین مبتنی بر پرسشنامه و رضایت سنجی‌ها برای پایان نامه‌ها
		تهدید محرمانگی اطلاعات بدلیل افزایش تبادل اطلاعات بیماران به صورت مجازی
		افزایش درخواست اطلاعات بیماران از سوی سازمان‌های خارج بیمارستانی

کاهش نظارت‌ها و برنامه درسی پنهان

گفته‌ی یکی از اساتید"در دوره پاندمی اساتید به تنهایی مریض‌ها را ویزیت می‌کنند، دستیار مشغول کار دیگری است و کارورز کاری دیگری انجام می‌دهد. به این صورت نظارت بر آموزش نیز کمتر شده است و هر کسی مشغول کار خودش هست. این مسئله برای سطوح پایین‌تر آموزشی مثل دستیاران سال یک و دو و کاروزان می‌تواند خطرناک‌تر باشد." در زمینه تأثیرات برنامه‌درسی پنهان بر رفتار حرفه‌ای یکی از اعضای هیأت‌علمی عنوان نمود: "اساتید مجبورند در برخورد با تعداد بیشتر مریض خلاصه‌تر برخورد کنند. ارتباط با بیمار و معاینه وی محدودتر شده است. ممکن است دانشجو همین را به عنوان یک روند طبیعی و درست از اساتید یاد بگیرد. اینها اثرات بدی بر رفتارهای حرفه‌ای دانشجویان خواهد گذاشت." یکی از مشارکت‌کنندگان نگرانی در زمینه نادیده گرفته‌شدن خطاها و رفتارهای غیرحرفه‌ای در همه‌گیری عنوان نمود: "در ابتلا به کووید فاصله بین حیات و مرگ نزدیک است. قبل از همه‌گیری در کمیته مرگ‌ومیر بیمارستان جزئیات فوت بیمار بررسی می شد. در مورد کوید هم سعی شده مشابه این رفتار شود ولی به دلیل تعداد مرگ زیاد در عمل ممکن نیست. این مسئله می تواند باعث تکرار خطا و رفته‌رفته تغییر رفتار حرفه‌ای پزشک و نهادینه‌شدن آن گردد".

تعطیلی جلسات گزارش صبحگاهی و درمانگاه‌ها

یکی از اعضای هیأت‌علمی ذکر کرد: "جلسات گزارش صبحگاهی در همه-ی بخش‌ها برای مدتی تعطیل شد. سپس بسته به نوع بخش، به صورت گروه‌بندی برگزار می‌شد. حال اینکه دانشجویان در زمان مشخصی باید بخش‌هایی را بگذرانند و امکان تکرار دوباره‌ی آن وجود ندارد و نیز این جلسات بر یادگیری و برخورد با مریض، مؤثر است. با توجه به اینکه پاندمی در زمان‌های متفاوتی از سال شدیدتر و خفیف‌تر بوده است تعطیلات و کاهش این جلسات متناوباً تکرار شده است." یکی از مشارکت‌کنندگان چالش دیگری در آموزش بالینی را عنوان کرد: "به دلیل مکان کوچک و بسته درمانگاه و تعداد زیاد فراگیر به نسبت این فضا از حضور کارآموز کلا و کارورز در شرایطی پرهیز می‌شد. مسلماً آموزش در درمانگاه مهم است و در صورتی که پاندمی طولانی شود می‌تواند تأثیرات قابل توجهی روی برون‌ده کار داشته باشد".

کمبود زیرساخت‌ها و تجربه‌ی آموزش مجازی

پس از ممنوع‌شدن بسیاری از تجمعات، استفاده بیشتری از آموزش مجازی جهت آموزش شد. آموزش مجازی قادر نبود جایگزین همه‌ی آموزش‌های پزشکی متداول مانند جلسات مورنینگ، ویزیت روزانه بیماران بستری، حضور در درمانگاه‌ها شود. علاوه بر آن با مشکلات زیادی از جمله خرابی زیرساختی

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

روبرو بود. بهتر بود از قبل آمادگی‌ها و نیز آموزش‌های لازم در زمینه آموزش مجازی صورت می‌گرفت. با این‌حال تأثیرات مثبتی همچون افزایش بکارگیری آموزش مجازی، افزایش سرعت کسب توانمندی در زمینه آموزش مجازی، مهیا شدن مجازی شدن بیشتر فعالیت‌های آموزشی-پژوهشی همچون کارگاه‌های آموزشی و ارائه پایان‌نامه‌ها، صرف زمان کمتر اساتید و دانشجویان برای حضور در کلاس‌های دانشکده و افزایش تعاملات بین دانشگاهی را نیز باید در نظر داشت.

کاهش کیفیت و کمیت فعالیت‌های پژوهشی

بعضی مشارکت‌کنندگان عنوان می‌نمودند پاندمی به دلیل محدودیت وقت، نگرانی از مواجهه با بیمار و کم‌شدن بیماران مورد مطالعه بالقوه می‌تواند فراگیران را به سمت داده‌سازی در پایان‌نامه‌ها سوق دهد. راه‌حل پیشنهادی، بازنگری و درصورت نیاز تغییر عناوین پایان‌نامه‌های مصوبی بود که ممکن بود تحت تأثیر پاندمی قرار بگیرد. به‌نظر یکی از اساتید، بهتر است از پایان‌نامه به عنوان یک آموزش روش تحقیق استفاده کنیم. در غیر این‌صورت ممکن است کارورز در شرایطی قرار بگیرد که به سمت داده‌سازی رفته و بازده کار فاقد اعتبار شود. ارائه طرح های تکراری و تهدید محرمانگی اطلاعات بیماران نگرانی‌های بعدی بود که دلیل آن افزایش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مجازی و دسترسی تعداد بیشتری از افراد به این اطلاعات، عنوان شد. همچنین مطالعات در سایر زمینه‌های پزشکی کاهش چشمگیر یافته است.

بحث

در پژوهش حاضر به بررسی تجربیات اعضای هیأت‌علمی و دستیاران درگیر در همه‌گیری کرونا در ارتباط با از اثرات پاندمی بر تعهدات حرفه‌ای اعضای هیأت‌علمی بالینی و دستیاران در مسیر درمان و مراقبت از بیماران سرپایی و بستری مبتلا به کووید پرداخته شد. چالش برقراری ارتباط مناسب پزشک و بیمار به عنوان مهمترین چالش یادشده توسط مشارکت‌کنندگان بود. در همه‌گیری کرونا، بیماران غالباً با لحظات سختی از ترس، اضطراب و تردید مواجه می‌شوند (۸). به‌دلیل همین موقعیت آسیب‌پذیر بیمار، پایبندی پزشکان به تعهدات حرفه‌ای باعث جلب اعتماد مردم به جامعه پزشکی می‌شود. اگر مبتلایان نتوانند اعتماد کنند، ممکن است جهت دریافت مراقبت مراجعه ننمایند که در نتیجه سلامت آنها و جامعه به خطر خواهد افتاد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که تأثیر همه‌گیری در پایبندی پزشکان به تعهدات حرفه‌ای در ابتدای همه‌گیری تاحدی منفی و در ادامه، مشارکت پزشکان در مراقبت از بیماران به طورکلی مثبت بود، برخی از این تجربه‌ها در ادامه شرح داده شده‌اند.

همچون سایر مطالعات، اختلال در مراقبت از بیماران به دلایل مختلف از جمله افزایش حجم کاری کارکنان و کاهش برقراری ارتباط با بیماران کرونا از جمله مواردی بود که شرکت‌کنندگان زیادی به آن اشاره نمودند (۱۵). مشارکت کنندگان مشابه تحقیقات دیگر تحت شرایط همه‌گیری، برخی از چالش‌ها را برای حفظ رابطه سنتی بیمار-پزشک را تجربه کرده بودند (۱۶). طی قرن‌ها پزشکانِ متعهد مهارت‌ها و دانش خود را در درمان بیماران، نوع‌دوستانه و گاه قهرمانانه به کار گرفته‌اند (۱۷). اصولاً دسترسی پزشکان به وسایل حفاظت فردی ضروری است، با این‌حال نگران‌کننده است وقتی شنیده شود "از پزشک نمی‌توان انتظار داشت خود را در موقعیتی قرار دهد که باعث مواجهه وی و خانواده‌اش با خطر شود." این نگرش توسط برخی ابراز می‌شود که عاری از دلسوزی هستند (۱۸). گرچه ترس بعضی کارکنان از سرایت بیماری به آنان قابل درک است، باید به‌خاطر داشت نوع دوستی و کنار گذاشتن منافع شخصی در کارکنان سلامت ضروری است. دغدغه بعضی شرکت‌کنندگان عدم رعایت احترام گروه پزشکی توسط همراهان بیمار بود. از دیدگاه آنان همه افراد باید مورد احترام قرار گیرند و این شامل پزشکان نیز می‌شود.

یکی از اهداف دیگر این مطالعه کیفی، جمع‌آوری تجارب شخصی دستیاران و اعضای هیأت‌علمی بالینی در مورد تأثیرات

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

همه‌گیری بر آموزش تعهدات حرفه‌ای در همه‌گیری کووید بود. مطالعه منتشرشده‌ای در این مورد در ایران یافت نشد. نتایج این مطالعه می‌تواند به افزایش ایمنی فراگیران و بهبود آموزش آنان منجر شود. یافته‌های مطالعه نشان داد که تأثیر همه‌گیری در آموزش تعهدات حرفه‌ای در بالین بیماران در ابتدا بیشتر بوده است. این یافته شبیه به نتیجه مطالعه احمد و همکاران در سال ۲۰۲۰ است (۱۹). در این زمینه، برنامه درسی پنهان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا رفتار دانشجویان در زمینه تعهدات حرفه‌ای بیشتر تحت تأثیر آن است (۲۰, ۲۱). فراگیران بیشتر رفتارهای خود را از کسانی که به عنوان الگو درنظر می‌گیرند یاد می‌گیرد (۲۲). از آنجایی که الگوبرداری از رفتار اساتید تأثیرات مثبت و منفی بسیاری بر شکل‌گیری هویت حرفه‌ای دانشجویان پزشکی دارد، آموزش مهارت‌هایی مانند ارائه بازخورد و بازتاب مناسب، مدیریت زمان و خود کنترلی و تشویق مدرسان بالینی به تلاش مستمر برای کاهش چالش‌های تعهدات حرفه‌ای و تقویت آن در محیط‌های بالینی مفید است (۲۳). هنوز برخی از دانشجویان از ترس آلوده‌شدن و انتقال عفونت به خانواده خود تمایلی به ادامه آموزش بالینی ندارند. دلایل دیگر این عدم تمایل اینست که به آنها "پاداش مناسب" کار در خط مقدم پرداخت نمی‌شود و در صورت ابتلا، دانشکده خود را در قبال جبران خسارت وارده مسئول نمی‌داند. به‌نظر منطقیست به این درخواست‌های فراگیران توجه شود (۱۷).

طی همه‌گیری به‌دلیل اختلاف نظر گسترده درباره نقش‌های دانشجویان، کارورزان و حتی دستیاران پزشکی، مشارکت فراگیران سطوح مختلف در مراقبت‌های بالینی متفاوت بوده است (۲۴). در ابتدای پاندمی، برخی دانشکده‌ها هرگونه تعامل دانشجویان و کارورزان با بیمار را ممنوع کرده، درحالی‌که برخی دیگر از دانشجویان برای ارائه خدمت به بیماران بستری استفاده می‌کنند یا حتی کارورزان را زودتر فارغ‌التحصیل می‌کردند تا بتوانند از آنان به عنوان پزشکان خط‌مقدم خدمت به بیماران مبتلا به کرونا استفاده کنند (۲۵ ,۲۴). در ابتدای همه‌گیری، وزارت بهداشت دستور داد در مقاطع بالینی، حضور کارآموزان به حالت تعلیق درآید و دستیاران رشته‌های غیردرگیر، داوطلبانه ارائه خدمت نمایند (۲۶, ۲۷). این موضوع اثرات آموزشی و چالش‌های اخلاقی متعددی را سبب شد. در مورد کارورزان، موضوع از پیچیدگی بیشتری برخوردار بود و دستورالعمل‌های وزراتی به صورت شفاف تکلیف این رده آموزشی را مشخص ننمود. برخی اعضای هیأت‌علمی بر این اعتقاد بودند که "فرگیران پزشکی، دانشجو هستند نه پزشک و نقش اصلی آنان یادگیری است." از دید آنان طی همه‌گیری، حضور دانشجویان در بالین زمینه‌ساز خطراتی غیرضروری برای بیماران و سایر پزشکان می‌گردد. کمبود تجهیزات حفاظت فردی (PPE)، انتقال ویروس به دیگر دانشجویان در پاویون‌ها، انتقال عفونت به اساتید که در معرض خطر بیشتری برای بروز عوارض قرار دارند، انتقال به خانواده دانشجویان، انتقال به بیماران بخش‌های غیرکرونا و پیامدهای احتمالی طولانی‌مدت عفونت برای سلامتی دانشجو و خانواده آنان و اثرات نامطلوب روانی بر دانشجویان به واسطه وجود عوامل استرس‌زای متعدد در محیط کار بالینی را متذکر شدند. به این نگرانی‌ها در سایر مطالعات مشابه نیز اشاره شده است. دانشجویان ترس خفیف از ابتلا به عفونت ناشی از حضور در کلاس و ترس زیاد از محیط بالینی را گزارش کردند (۲۴).

دیگر اعضای هیأت‌علمی معتقد بودند دانشکده باید این فرصت را به دانشجویان بدهد تا ضمن آموزش بالینی، از بیماران نیز مراقبت نماید. این اقدام به جلوگیری از عواقب ناشی از کمبود نیروی کار در محیط بالین نیز کمک می‌کند. این نوع درگیری فراگیران در ارائه خدمات به بیماران طی همه‌گیری‌ها، سابقه تاریخی نیز دارد. طی شیوع آنفولانزای اسپانیایی سال ۱۹۱۸، دانشجویان پزشکی دانشگاه پنسیلوانیا از بیماران مراقبت می‌کردند (۲۴). در همه‌گیری کنونی، دانشکده‌های پزشکی ایالات‌متحده، ایتالیا و انگلستان دانشجویان پزشکی را زود فارغ‌التحصیل می‌کنند تا بعنوان پزشکان خط‌مقدم خدمت کنند. در ایران نیز در مورد تعجیل

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

در فارغ‌التحصیلی دستیاران سال آخر و دادن امتیازاتی همچون کوتاه‌شدن دوره طرح و عدم نیاز به شرکت در آزمون گواهینامه اقدام مشابهی انجام شد. در بعضی مطالعات پیشنهاد شده دانشجویان پزشکی می‌توانند بیماران سرپایی مبتلا به علائم خفیف کووید را از راه دور کنترل کنند (۲۸). همچنین دانشجویان می‌توانند در زمینه ارائه خدمات بستری به بیمارانی که مبتلا به کووید نیستند، فعالیت نمایند. این اجازه‌دادن به دانشجویان، زمینه را برای مشارکت در ارزش‌های مهمی مانند نوع دوستی، و خدمت در مواقع بحران فراهم می‌کند (۲۹). بیشتر دانشجویان مایل و قادر به مبارزه در این همه‌گیری تاریخی هستند.

به‌طورکلی دستیاران و اعضای هیأت‌علمی از روش‌های تدریس جدید رضایت نسبی داشتند. مدرسین و فراگیران ملزم به سازگاری سریع و بدون برنامه‌ریزی قبلی برای این نوع آموزش شدند، این وضعیت چالش‌های مهم را در آموزش ایجاد کرد. در ابتدای همه‌گیری آموزش‌های مربوط به پایبندی به تعهدات حرفه‌ای در اولویت قرار نداشت. شرکت‌کنندگان معتقد بودند انتقال از روش‌های سنتی به روش‌های جدید آموزشی، چالش های زیادی دارد. اکثریت معتقد بودند کلاس درس و آموزش بالینی از نظر تعامل برتر از یادگیری آنلاین است. هم در مطالعه حاضر و هم در مطالعه مشابه، دستیاران و اعضای هیأت‌علمی آموزش ترکیبی را به جای آموزش آنلاین روش درست می‌دانند (۸). آموزش مهارت‌های مرتبط با شایستگی-های بالینی با استفاده از یادگیری رایانهای یا ترکیبی در جهان درحال گسترش است (۳۰ ,۴)، اما استفاده از این روش یادگیری یاددهی در کشورهای در حال‌توسعه، هنوز در مراحل اولیه پیاده‌سازی است.

یافته‌های مطالعه حاضر، حاصل تجربه شرکت‌کنندگان در اوایل همه‌گیری است. در حال حاضر کار برای دانشجویان پزشکی در بیمارستان‌ها ایمن‌تر شده و اطلاعات و امکانات بیشتری داریم و دستورالعمل‌های کنترل عفونت ایمن‌تری را در بیمارستان‌ها اجرا کرده‌ایم و با واکسیناسیون، فراگیران از ابتلا به فرم شدید بیماری کووید مصون شده‌اند. درنتیجه آنان به محیط‌های آموزشی بالینی خود بازگشته‌اند. دستورالعمل‌های اخیر وزارت بهداشت، اهمیت ادامه فرآیندهای مرتبط با آموزش پزشکی را برجسته کرده و اعلام نموده "آموزش بالینی کارورزان پزشکی باید با توجه به ایمنی فراگیران ادامه یابد." آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت نیز بر اختیاری بودن تعویق دوره کارآموزی در شرایط قرمز کرونایی صراحت دارد (۲۸). در این مطالعه تجربیات دستیاران و اعضای هیأت‌علمی از یک نمونه کوچک استخراج شده، بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی، تجربیات سایر ذینفعان (همچون دستیاران تخصص‌های مختلف) از مناطق مختلف کشور نیز مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه، مهمترین مشکل مرتبط با تعهدات حرفه‌ای در همه‌گیری کووید-۱۹، اضافه بار نقش و اختلال در ارتباط پزشک و بیمار به دلیل نگرانی از آسیب‌های ناشی از ابتلا به کروناست. در این زمینه، برنامه‌ریزی‌های صحیح در حوزه آموزش و درمان می‌تواند از بروز بسیاری از این آسیب‌ها بکاهد. جهت دسترسی به این هدف، برگزاری دوره‌های هم‌اندیشی و بیان تجارب گروهی در ارتباط با چالش‌های تعهدات حرفه‌ای در دوره همه‌گیری توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود تمرکز بر تکمیل زیرساخت‌های آموزش مجازی و توانمندسازی کاربران و تقویت نقش الگویی اساتید صورت گیرد. آموزش تکنیک‌های ارتباط با بیماران در شرایط همه گیری در دوره آموزشی دستیاران توصیه می‌گردد. اعضای هیأت‌علمی بالینی و دستیاران با آگاهی از یافته‌های این پژوهش می‌توانند موقعیت‌های چالش‌برانگیز آموزش و طبابت در همه‌گیری را شناخته و درصدد ارتقای توانمندی‌های خود در این موقعیت‌ها باشند.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی اعضای هیأت‌علمی و دستیاران مشارکت کننده کمال تشکر و قدردانی را دارد. این پژوهش برگرفته از طرح تحقیقاتی تصویب‌شده با کد طرح ۹۹۰۰۰۰۱۵ و کد اخلاق با شماره IR.QUMS.REC.1399.159 در دانشگاه علوم پزشکی می‌باشد.

References

1. Karan A. ***Responding to global public health crises.*** AMA Journal of Ethics 2020; 22(1): 3-4.
2. World Health Organization. ***Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza.*** World Health Organization; 2007. Available: www.who.int/csr/resources/publications.
3. Association BM. ***COVID-19—ethical issues. A guidance note.*** British Medical Association 2020; 110: 103673. Availalble: https://wwwbmaorguk/media/2360/bma-covid-19-ethics-guidance-april-2020pdf .
4. Mian A, Khan S. ***Medical education during pandemics: a UK perspective.*** BMC medicine 2020; 18(1): 1-2.
5. Swick HM. T***oward a normative definition of medical professionalism.*** Academic Medicine 2000; 75(6): 612-6.
6. Prem K, Liu Y, Russell TW, Kucharski AJ, Eggo RM, Davies N, et al. ***The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study.*** The Lancet Public Health 2020; 5(5): e261-e70.
7. Tumwesige J. ***COVID-19 Educational Disruption and Response: Rethinking e-Learning in Uganda.*** University of Cambridge 2020:1-14.
8. Taha M, Abdalla M, Wadi M, Khalafalla H. ***Curriculum delivery in medical education during an emergency: a guide based on the responses to the COVID-19 pandemic.*** Medical Education Publish 2020; 9(1): 69.
9. Shrestha S. ***Teaching and Training Medical Students at the Midst of COVID-19 Pandemic: Unanswered Questions and the Way Forward.*** Journal of Nepal Health Research Council 2020; 18(2): 320-3.
10. Lim E, Oh V, Koh D-R, Seet R. ***The challenges of "continuing medical education" in a pandemic era.*** Annals of the Academy of Medicine of Singapore 2009; 38(8): 724-6.
11. Holloway I, Galvin K. ***Qualitative research in nursing and healthcare.*** 4th edition. John Wiley & Sons. 2016: 1- 376.
12. Treharne GJ, Riggs DW. ***Ensuring quality in qualitative research.*** Qualitative research in clinical and health psychology 2014: 57-73.
13. Hsieh H-F, Shannon SE. ***Three approaches to qualitative content analysis.*** Qualitative health research 2005; 15(9): 1277-88.
14. Polit DF, Beck CT. ***Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice.*** 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins 2018: 1-238.
15. Dhai A, Veller M, Ballot D, Mokhachane M. ***Pandemics, professionalism and the duty of care: Concerns from the coalface.*** South African Medical Journal 2020; 110(6): 450-2.
16. Kotalik J. ***Ethics of planning for and responding to pandemic influenza: literature review.*** Center for Health Care Ethics, Lakehead University, Ontario. Swiss National Advisory Commission on biomedical Ethics. 2006: 1-85.
17. Mclean M, Jha V, Sandars J. ***Professionalism under fire: Conflict, war and epidemics.*** Medical teacher 2015; 37(9): 831-6.
18. South African Medical Association. ***SARS-CoV-2 (COVID-19) guidance for managing ethical issues.*** Guidance for Managing Ethical Issues, Versian 1, 2020: 3-18.
19. Ahmed H, Allaf M, Elghazaly H. ***COVID-19 and medical education.*** The Lancet Infectious Diseases 2020; 20(7): 777-8.
20. Allami A, Mohammadi N, Shirazi M. ***Faculty members experience about teaching of medical professionalism in Qazvin university of medical sciences.*** Research in Medical Education 2015; 7(2): 1-11. [Persian]
21. Rahban H, Allami A, Mohammadi N. ***Attitudes toward Medical Professionalism and Professional Medical Practices in Medical Students of Qazvin.*** Journal of Medical Education Development 2017; 10(26): 164-74.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

22. Mohammadi N, Rahban H, Allami A. ***Medical residents' attitude toward professionalism and assessment of their professional behaviors: a cross-sectional survey.*** Research and Development in Medical Education 2018; 7(1): 43-51.
23. Mohammadi E, Mirzazadeh A, Shahsavari H, Sohrabpour AA. ***Clinical teachers' perceptions of role modeling: a qualitative study.*** BMC Medical Education 2021; 21(1): 1-7.
24. Miller DG, Pierson L, Doernberg S. ***The role of medical students during the COVID-19 pandemic.*** Annals of internal medicine 2020; 173(2): 145-6.
25. 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(10234): e79-e80.
26. Ministry of Health and Medical Education. ***How medical students work in acute coronary conditions.*** News ID: 219550. 2020. Available: https://behdasht.gov.ir/A7-/219550.
27. Ministry of Health and Medical Education. ***How medical students work in red corona conditions.*** News ID: 5183950. 2021. Available: https://www.mehrnews.com/news.
28. Murphy B. ***Pandemic education: Med schools innovate to engage students.*** 2020. Available: https://www.ama-assn.org/residents-students/medical-school-life/pandemic-education-med-schools-innovateengage-students.
29. Bauchner H, Sharfstein J. ***A bold response to the COVID-19 pandemic: medical students, national service, and public health.*** JAMA 2020; 323(18): 1790-1.
30. Rose S. ***Medical student education in the time of COVID-19.*** JAMA 2020; 323(21): 2131-2.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]

Experiences of Medical Residents and Faculty Members on Adhering to Professional Commitments and Training during Covid Pandemic: A Qualitative Study

Taltamoor F (MD)[1], Javdani H (MD)[2], Allami A (MD)[3*]

[1] *General physician, School of Medicinie, Department of Infectious Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran*

[2] *Assistant Professor, School of Medicine, Department of Psychiatry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran*

[3] *Professor, School of Medicine, Department of Infectious Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran*

Received: 03 Jan 2022 ***Revised:*** 21 Feb 2022 ***Accepted:*** 03 April 2022

Abstract

Introduction: During the COVID-19 pandemic era, adhering to professional commitments can be a major challenge. This study aims to document the experiences of medical residents and faculty members on the challenges of adhering to professional commitments during the COVID-19 pandemia and its impacts on clinical education.

Methods: This qualitative study (using a descriptive phenomenology and purposive sampling method) was conducted in 2020, comprising 14 participants (faculty members and infectious diseases residents of Qazvin University of Medical Sciences) to share their experiences on the challenges of strict adherence to professional behavior. Data were collected through in-depth semi-structured interviews. The transcribed interviews were analyzed based on the Colaizzi approach.

Result: Ninety extracted primary codes are classified to two main areas: problems in adherence to professional commitments and the impact of COVID-19 pandemia on educational and research activities mandatory for professionalism. In the first area, the three main themes includes reducing effective patient-physician communication, non-maleficence and violating justice, and the second, two main themes includes a rise in non-professional behavior when dealing with patients (cutting down the quantity and quality of training, reducing supervision and decreased clinical engagement with patients) and a rise in non-professional behaviors in the research area.

Conclusion: The most important problem negatively affecting professional commitments during corona epidemy is role overload and the deterioration of physician-patient relationship. Due to the influence of role modeling on student professional behavior, it is helpful to include the training of related skills that can reduce the incidence of these problems in the clinical settings.

Keywords: Covid-19 Pandemic, Physicians, Professionalism, Qualitative research, Medical education

This paper should be cited as:

Taltamoor F, Javdani H, Allami A. ***Experiences of Medical Residents and Faculty Members on Adhering to Professional Commitments and Training during Covid Pandemic: A Qualitative Study.*** J Med Edu Dev; 17 (1): 15 - 30.

**** Corresponding Author: Tel: 02833332931, Email: allami9@yahoo.com***

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/jmed.v17i1.9743]