

مقایسه‌ی ابعاد تعامل استاد بین برنامه‌های درسی نظری و بالینی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه شاهد

مهدی سبحانی نژاد، مینا احمدیان

نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه شاهد ahmadian.nan@gmail.com

دریافت: ۹۱/۱۱/۲۲ پذیرش: ۹۲/۵/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: برنامه درسی بالینی اساتید باید همسو با برنامه‌ی درسی دوره‌ی نظری پزشکی باشد در این راستا، پژوهش حاضر، ابعاد پنج گانه تعامل اساتید را بین دو برنامه‌ی درسی نظری و بالینی، مقایسه کرده است.

روش بررسی: روش پژوهش، توصیفی از نوع پیمایشی بوده است. از جامعه‌ی آماری دانشجویان استاژ و ایترن دانشگاه شاهد در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ ($N=175$) حسب برآورد آماری با فرمول کوکران، تعداد ۱۲۰ نفر نمونه انتخاب شد. پرسشنامه محقق ساخته سنجش ابعاد تعاملی استاد با روایی مورد تایید خبرگان متخصص و نیز ضریب پایایی ۰/۹۷ و ۰/۹۵ در دو بخش نظری و بالینی در آلفای کرونباخ، مورد استفاده واقع شد.

یافته‌ها: در نحوه‌ی تعامل اساتید با دانشجوی، همکار، جامعه مردم و خود، بین دو برنامه‌ی درسی نظری و بالینی تفاوت معنادار وجود داشت. رتبه‌بندی میانگین تعاملات اساتید در هر دو برنامه‌ی درسی نظری و بالینی به ترتیب شامل، تعامل استاد با؛ بیمار، دانشجوی، خود، جامعه مردم و همکار بود بنابر این تفاوت‌های ذکر شده بین ابعاد تعاملات اساتید در دو نوع برنامه‌ی درسی، رتبه‌بندی‌ها را تغییر نداد.

نتیجه‌گیری: کاهش سطح تعامل در ارتباط با؛ دانشجوی، جامعه مردم و خود، در برنامه‌ی درسی بالینی به نسبت نظری، تناقض در عمل اساتید است. جالب این که تعامل با همکار در برنامه درسی بالینی، ارتقا می‌یابد که این نیز تناقض بین گفته و عمل، اساتید و در دید دانشجوی حاوی معانی متعدد است.

واژگان کلیدی: برنامه درسی بالینی، آموزش نظری، اعضای هیات علمی، دوره‌ی پزشکی، دانشگاه

مقدمه

تربیت پزشکانی را به عهده دارند که پس از دانش‌آموختگی بتوانند با انجام وظایف حرفه‌ای خود و پایبندی به اصول مشخصی که این حرفه ایجاب می‌نماید، در راه ارتقای سلامت جامعه تلاش نمایند (۲). جهت تحقق چنین اهدافی، ضرورت وجود برنامه‌ی درسی امری انکارناپذیر است. برنامه‌ی درسی و ابعاد آن، گستره‌ی فعالیت‌های آموزشی و

آموزش عالی از جمله نظام‌های بنیادی جامعه است که دارای رسالت‌های ویژه‌ای می‌باشد از آن جمله می‌توان به ارتباط با آرمان‌های جامعه و نظام ارزشی آن و تربیت نیروی متخصص مورد نیاز کشور اشاره کرد (۱). در این راستا، دانشگاه‌های علوم پزشکی از اهمیت و حساسیت ویژه‌ای برخوردارند. دانشگاه‌های علوم پزشکی، مسوولیت تعلیم و

۱- دکتری برنامه ریزی درسی، دانشیار دانشگاه شاهد

۲- کارشناس ارشد برنامه ریزی درسی، دانشگاه شاهد

یادگیری را به شدت متاثر می سازد و تعیین کننده ی میزان موفقیت یک نظام آموزشی در دستیابی به اهدافش می باشد. امروزه تقاضا برای برنامه هایی است که نه تنها در برگیرنده ی بازتاب های اجتماعی باشند، بلکه مجوزی برای مشارکت افراد در شکل دهی مستمر اجتماع فراهم آورند. از این رو توجه به انگیزه ها، علایق، نیازها، نگرش ها و تجارب دانشجویان، به عنوان عامل اساسی در فرایند برنامه ریزی درسی ضروری است. اگر برنامه ی درسی را به عنوان ساختار سیاسی و فرهنگی در نظر بگیریم، چنین برنامه ای در قالب مشکلات، مباحثات و موضوعاتی مطرح می شود که بر عمل تاثیرگذار است. این موضوع درست است که آن چه در اسناد مکتوب، توصیه می شود ضرورتاً چیزی نیست که انجام شود؛ در واقع مطالعات رهنمودی هستند که برای دستیابی به محتوای آموزش اجتماعی و فرهنگی در سطح عمل اهمیت دارند. برنامه های مکتوب، تنها بازتابی از رساله ی آموزشی موجود را انعکاس می دهد (۳).

نلسون به شکل اختصاصی در حوزه ی آموزش پزشکی، سه بعد را برای برنامه ی درسی مطرح ساخته است: برنامه ی درسی قصد شده (برنامه درسی به عنوان محصول کار اساتید)، برنامه ی درسی عملی شده (آن چه که دانشجویان یاد گرفته و به یاد می آورند) و سرانجام برنامه ی درسی قصد نشده (آن چه که یاد گرفته می شود اما در اهداف تدریس تصریح نشده است) (۴). هافرتی (۱۹۹۸) معتقد است؛ تشخیص این که آموزش پزشکی شامل یک بعد نهفته و ضمنی است باعث می شود به این نکته توجه کنیم که چه مقدار از آموخته های آنان خارج از برنامه ی درسی رسمی و در جو محیط آموزشی شکل می گیرد. آموزش پزشکی هدف خود را از انتقال دانش ها و مهارت های زیست پزشکی به افزایش توجه بر حرفه ای گری، ارتباطات، اصول اخلاقی و مهارت های ارتباطی توسعه داده است. تلفیق مهارت های بین فردی و زیست پزشکی در حال افزایش می باشد به طوری که پژوهش

بر روی ادراک فراگیران از آموزش را تشویق می کند (۵). مساله ی ایجاد و تاثیرگذاری بر شکل گیری شخصیت حرفه ای و رفتارهای مرتبط با آن در آموزش پزشکی، چالش برانگیز و مشکل آفرین است (۲). حرفه ای گری در پزشکی، مجموعه ای از ارزش ها، رفتارها و روابطی است که در بین پزشکان وجود دارد (۶). گلدشتاین (۲۰۰۶) با اجماع نظرات اساتید پایه و بالینی دانشکده ی پزشکی دانشگاه واشنگتن، حرفه ای گری را برخورداری از دانش و رفتارهایی می داند که دربرگیرنده ی ویژگی های؛ از خودگذشتگی، شرافت، محبت، برقراری ارتباط، احترام، مسوولیت پذیری، تعالی و رهبری می باشد. آرامش (۱۳۸۴)، محور اصلی حرفه ای گری یا تعهد حرفه ای را شکل گیری نگرش ها و رفتارهایی می داند که طی آن منافع بیمار نسبت به منافع شخصی پزشک در اولویت قرار می گیرد (۷). علی رغم تشخیص مشترک این موضوع که حرفه ای گری امری حیاتی در حوزه پزشکی می باشد، آموزش پزشکی در تعیین برنامه ی درسی برای تدریس رفتارهای حرفه ای و توسعه ی ابزارها و روش های ارزیابی نتایج یادگیرندگان با چالش مواجه بوده است (۸). چنین رفتارهای حرفه ای گری ای نه تنها در بخش آموزش نظری منتقل می شود، بلکه در محیط های بالینی بیش از پیش خود را آشکار می سازد. این امر هم چنین باعث می شود که به اهمیت الگو بودن اساتید در یادگیری حرفه ای گری در پزشکی توجه بیشتری داشته باشیم. درک اهمیت این موضوع از سوی مدرسین آموزش پزشکی باعث می شود آن ها به این نکته توجه داشته باشند که چه پیام هایی توسط ساختارهایی که آن ها ایجاد می کنند یا توسعه می دهند، منتقل می شود و چه تاثیراتی به ویژه در بعد حرفه ای گری می تواند داشته باشد. کاسبام و کاتلر (۱۹۹۸) معتقدند به همان طریقی که اساتید با دانشجویان برخورد می کنند، دانشجویان نیز با بیماران، همکاران و دانشجویان آینده خود برخورد خواهند نمود. دانشجویان آن چه را که اساتیدشان انجام می دهند، تکرار می کنند نه آن چه را که

دانشجویان به شکل مستقل تری بر بالین بیمار قرار می‌گیرند و به تشخیص بیماری‌ها و رسیدگی به بیماران می‌پردازند. هدف از این مرحله پرورش مهارت‌ها و تقویت قدرت تصمیم‌گیری و افزایش اتکا به نفس و تکمیل پرورش اندیشه از طریق رویارویی مستقیم کارورز با مسایل بهداشتی و درمانی و واگذار کردن مسوولیت امور بهداشتی- درمانی به عهده‌ی او می‌باشد. در این مرحله اساتید هر چند نسبت به دوره‌ی استازری، کم‌تر وقت خود را با دانشجو می‌گذرانند، با این حال زمانی را برای نظارت بر کار دانشجویان و بررسی وضعیت بیماران اختصاص می‌دهند. در هر چهار مرحله، نقش اساتید پزشکی به عنوان منبع اطلاعات بسیار اهمیت دارد و با توجه به نقش دوگانه‌ای که به عنوان یک پزشک و یک مدرس ایفا می‌کنند، آن‌ها را به یک الگو تبدیل می‌کند و البته جایگاه استاد پزشکی، برای تحقق اهداف دو مرحله‌ی آخر دوره‌ی پزشکی عمومی بسیار برجسته می‌شود. دانشجویان می‌توانند نقاط قوت و ضعف مربیان را از نظر علمی، اخلاقی و رفتاری و سایر جنبه‌های دیگر موجود در محیط آموزش بالینی، مورد ارزیابی قرار دهند (۱۱). از این رو می‌توان گفت دوره‌ی استازری و اینترنی از جمله مراحل مهمی هستند که دانشجویان به شکل ضمنی پیام‌های مثبت و منفی را در برنامه‌ی درسی تجربی خود کسب می‌کنند. این پیام‌های مثبت و منفی می‌تواند محتوای برنامه‌ی درسی آموزشی در مرحله‌ی آموزش نظری را تایید و یا اثرات مثبت آن را خنثی کند. در رابطه با موضوع مطرح شده، تعدادی پژوهش‌های خارجی و داخلی صورت گرفته که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

مطالعه‌ی آهولا (۲۰۰۰) با استفاده از پرسشنامه باز پاسخ و مصاحبه بر روی سه دسته دانشجو در دانشگاه تورکو فلاند صورت گرفت. این سه دسته، شامل؛ دانشجویان پزشکی، رشته‌ی معلمی و علوم اجتماعی بودند. در این مطالعه وی تلاش نمود برنامه‌ی درسی را از زوایای مختلف بررسی کند.

اساتیدشان می‌گویند (۷). به همین دلیل هر روزه تاثیر محیط‌های کلینیکی بیشتر از تاثیر برنامه‌ی درسی آموزش رسمی می‌شود (۹). این موضوع به مساله‌ی مهمی اشاره دارد و آن این که انتقال ارزش‌های حرفه‌گری در پزشکی تنها از طریق آموزش ارزش‌ها در قالب برنامه‌های درسی رسمی که اکثراً در دوره‌های آموزش علوم پایه در برنامه‌ی درسی نظری صورت می‌گیرد، کافی نیست. بر این اساس جویا شدن از نظرات دانشجویان به عنوان تنها کسانی که تاثیر کامل یاددهی را در دوره‌ی درسی تجربه می‌کنند، امروزه مورد تاکید بیشتری قرار گرفته است (۱۰). به طور عادی طول دوره‌ی دکتری عمومی هفت سال و یک ترم می‌باشد. برنامه‌ی دوره‌ی دکتری عمومی پزشکی شامل مراحل به شرح زیر است: مرحله‌ی اول: دروس عمومی و علوم پایه؛ این مرحله که به مرحله‌ی ابتدایی آموزش پزشکی معروف است، به مدت پنج ترم می‌اشد و دانشجویان بخش اول دروس عمومی و دروس پایه و اصلی خود را می‌گذرانند. هدف از این مرحله، شناخت ساختار و عملکرد اجزا و دستگاه‌های بدن در حالت طبیعی است. مرحله‌ی دوم: نشانه‌شناسی و فیزیوپاتولوژی؛ مدت مرحله‌ی دوم، دو ترم است. هدف از آموزش در این مرحله، عرضه‌ی مباحثی است که بتواند ضمن دادن آگاهی از مبانی فیزیولوژیک، مکانیزم بیماری‌ها و عوامل موثر در آن و تظاهر بیماری‌ها و تشخیص به طریق تحلیل گرایانه آشنا نماید. مرحله‌ی سوم: کارآموزی بالینی؛ در مرحله‌ی کارآموزی یا استازری که به مدت پنج ترم می‌باشد، دانشجویان بیشتر وقت خود را در بیمارستان بر بالین بیمار در کنار استاد خود، آموزش می‌بینند. هدف از این مرحله، تشخیص بیماری‌ها از دیدگاه بالینی و آزمایشگاهی و به دست آوردن توانایی‌های لازم در به کار بردن اندیشه و استقلال و نتیجه‌گیری سریع به منظور برخورد منطقی و صحیح با بیمار و طراحی عملیات پیشگیری و درمانی می‌باشد. مرحله‌ی چهارم: کارورزی؛ در مرحله‌ی کارورزی یا اینترنی که به مدت سه ترم می‌باشد

نتایج این مطالعه نشان داد آن چه که در دانشگاه یاد گرفته می شود عمدتاً شامل هفت بعد؛ قدرت حرفه ای، خودکنترلی، جهت گیری مطالعات علمی، جهت گیری مطالعات مهارتی، روابط اجتماعی، جهت گیری مطالعات شبه مدرسه ای و غلبه ی جنس مذکر می شود (۷). بر اساس گزارش هیکز (۲۰۰۱)، تیمی از دانشجویان پزشکی بر اساس تجربیات خود از برخورد با مسایل اخلاقی، از دانشجویان سال های بالاتر در مورد تجربیاتشان سوال کردند. نتایج حاکی از آن بود که اساتید برخی اوقات رضایت بیمار را در مورد درگیر کردن دانشجویان در سیر درمان اخذ نمی کردند یا برای گرفتن رضایت، توانمندی دانشجو را بیش از حد جلوه می دادند. هم چنین دانشجویان در باره ی موارد اخلاقی مرتبط با بیمار اظهار نظر نمی کردند زیرا سعی می کردند از عواقب درگیر شدن با استاد دوری جویند (۷). یک دانشجوی پزشکی کانادایی پژوهشی کیفی پیرامون تجارب دانشجویان بالینی از تحقیر و تهدید در طول دوره ی آموزش بالینی به عمل آورد. نتایج نشان دادند، دانشجویان تجربیات ناگواری از قبیل؛ سوء استفاده از قدرت، عدم آمادگی کافی برای انجام اقدامات درمانی و تبعیض و اهانت در طول دوره ی خود داشته اند (۷). گلیکن و مرستین (۲۰۰۷) در مقاله ی خود تحت عنوان "توجه به برنامه ی درسی پنهان: درک دانش حرفه ای مدرس" ضمن بیان نگرانی از به خطر افتادن حیات انسانی، به اهمیت برنامه ی درسی پنهان در حوزه ی پزشکی اشاره می کنند. به اعتقاد آن ها در قالب برنامه ی درسی پنهان باید ارزش های انسانی از قبیل؛ نوع دوستی، شرافت و درستی، مراقبت و دلسوزی، احترام، مسوولیت، پاسخ گوئی، فضیلت، پژوهشگری و مدیریت به دانشجویان پزشکی از طریق مدل روابط همزمان پنج گانه به شکل سیستمی مبتنی بر تربیت مدرسان حرفه ای منتقل گردد (۱۲). هاوکینز و همکاران (۲۰۰۹) یک برنامه ی ارزشیابی حرفه ای گری در پزشکی را طراحی و اجرا نمودند که دربرگیرنده ی یکسری سوالات انتقادی در

مورد هدف و ماهیت برنامه های آموزشی دوره ی پزشکی بود. از دید آنان چنین برنامه ارزشیابی و طرح چنین سوالاتی در شروع و پایان برنامه ارزشیابی منجر به بهبود تداومی در کیفیت آموزش پزشکی به ویژه از نظر ویژگی های حرفه ای گری می گردید (۷). رحیمی (۱۳۸۰) مطالعه ای کیفی به منظور بررسی تجارب دانشجویان از برنامه ی درسی مستتر در دانشکده ی پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام داد. نتایج نشان داد که دانشجویان در بیشتر موارد برنامه ی درسی مستتر را مهم تر از برنامه ی درسی رسمی می دانستند و معتقد بودند که باعث ایجاد رفتارهای باثبات تر در آن ها می شد. نتیجه گیری کلی این پژوهش حاکی از آن بود که برنامه ی درسی مستتر در شکل گیری اعتقادات، فرهنگ و شخصیت افراد موثر است (۷). احمدی نژاد (۱۳۸۱) در پژوهش خود با هدف بررسی میزان رضایت کارورزان دانشگاه علوم پزشکی تهران از کیفیت آموزش بالینی، به این نتیجه رسید؛ میزان رضایت کار آموزان از آموزش ارایه شده در سه محور آموزش درمانگاهی، بالینی و تئوری به ترتیب عبارت بودند از ۵۲٪، ۵۲٪ و ۷۰/۸٪. هم چنین با توجه به رضایت نسبی این دانشجویان، برنامه های آموزشی ارائه شده در دوره ی بالینی باید مورد تجدید نظر قرار بگیرد (۱۳). یمانی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود با عنوان "چگونه دانشجویان پزشکی، حرفه ای گری را در بالین می آموزند: یک مطالعه ی کیفی از تجارب اساتید و کارورزان" به بررسی تجارب بالینی دانشجویان و اساتید پزشکی از فراگیری حرفه ای گری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تجارب مثبت و منفی در آموخته های حرفه ای گری، نشان دهنده ی نقش برنامه درسی پنهان در آموزش بالینی است (۱۴). همان طور که مشاهده می شود، برخی از پژوهش ها وضعیت برنامه های آموزشی دانشکده های علوم پزشکی را بررسی کرده و برخی دیگر تجارب بالینی دانشجویان را مورد شناسایی قرار داده.

برآورد نمونه‌ی کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، نیز برابر با ۱۲۰ نفر می باشد که صحت برآورد آماری با استفاده از فرمول کوکران را نشان می‌دهد. در عمل پرسشنامه برای ۱۲۳ نفر اجرا شد ولی با توجه به همکاری نه چندان مطلوب دانشجویان و به رغم پیگیری های مکرر، به ۸۶ پرسشنامه پاسخ داده شد (۷۰ درصد که سطح مورد قبول صاحب نظران برای بازگشت پرسشنامه پیمایشی است) (جدول ۱).

$$n = \frac{Nt^2_{pq}}{(Nd^2) + (t^2_{pq})}$$

$$n = \frac{175 \times 1/96^2 \times 0/5 \times 0/5}{(175 \times 0/5^2) + (1/96^2 \times 0/5 \times 0/5)} = 120$$

ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته سنجش ابعاد تعاملی استاد علوم پزشکی است که همزمان به بررسی دو دوره‌ی آموزشی علوم پایه (نظری) و بالینی از دیدگاه دانشجویان می‌پردازد. این پرسشنامه دارای ۵۷ گویه بوده، پیوستار پاسخ‌های آن از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵)، تنظیم شده است. ابعاد پنجگانه مورد بررسی در آن به ترتیب شامل؛ نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجوی، نحوه تعامل استاد با بیمار، نحوه‌ی تعامل استاد با همکار، نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه مردم و نحوه‌ی تعامل استاد با خود می‌باشد. روایی صوری و محتوایی آن پس از مطالعه‌ی متخصصان دانشگاهی مورد تایید قرار گرفت و جهت محاسبه‌ی پایایی پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرانباخ استفاده شد. نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه در خصوص تعامل استاد در برنامه‌ی درسی نظری و برنامه‌ی درسی بالینی از دید دانشجویان، به ترتیب برابر با ۰/۹۷ و ۰/۹۵ به دست آمد. برای تحلیل سوال های پژوهش از شاخص های آمار توصیفی؛ میانگین و انحراف استاندارد و

است. پژوهش حاضر نیز در صدد بررسی مقایسه‌ای برنامه‌های درسی دوره‌ی آموزش نظری و دوره‌ی بالینی می‌باشد. آن چه که بسیار اهمیت دارد این است؛ زمانی برنامه‌ی درسی رسمی کاملاً می‌تواند به اهداف خود دست یابد که محتوای برنامه‌ی درسی بالینی، موید اهداف برنامه‌ی درسی رسمی در دوره‌ی آموزش نظری باشد. در غیر این صورت تمامی تلاش های برنامه‌ی درسی آموزش نظری در قالب گفتارهای شفاهی، محتوای آموزشی و تدریس اساتید پزشکی در مرحله‌ی آموزشی علوم پایه و فیزیوپاتولوژی به ثمر نخواهد نشست و تلاش های دست اندرکاران طراحی برنامه‌ی درسی و منابع صرف شده در آن به هدر خواهد رفت. از این رو مساله اساسی پژوهش حاضر "تحلیل مقایسه‌ای ابعاد تعامل استاد بین برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی از دید دانشجویان استاژری و اینترنتی دانشکده‌ی علوم پزشکی دانشگاه شاهد" می‌باشد که با عنایت به مساله فوق، اهداف این پژوهش عبارت است از: بررسی و مقایسه‌ی ابعاد پنج گانه تعامل اساتید (نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجوی، نحوه‌ی تعامل استاد با بیمار، نحوه‌ی تعامل استاد با همکار، نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه‌ی مردم و نحوه‌ی تعامل استاد با خود) بین دو برنامه‌ی درسی نظری و بالینی؛ هم چنین نحوه‌ی اولویت بندی این ابعاد در برنامه‌ی های درسی نظری و برنامه‌ی درسی بالینی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش بررسی

روش پژوهش توصیفی- پیمایشی است. جامعه‌ی پژوهشی، کلیه‌ی دانشجویان پزشکی دوره‌ی استاژر و اینترنت دانشگاه شاهد در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بوده اند (N=۱۷۵) که با استفاده از فرمول برآورد تعداد نمونه کوکران، با اطمینان ۹۵ درصد، تعداد ۱۲۰ نفر نمونه برآورد و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه‌ی پژوهشی انتخاب شدند (تعداد نمونه برآوردی برای جامعه مذکور در جدول

بررسی سوال دوم پژوهش: "آیا بین مولفه های نحوه ی تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی تفاوت معنادار وجود داشت؟"

تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با بیمار در برنامه ی درسی نظری، بیان گر آن بود «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «اهتمام به رعایت حریم خصوصی بیمار و پرهیز از سخنان نامحترمانه» با میانگین ۳/۶۱۷ و انحراف معیار ۱/۱۵۷، بالاترین نمره اعتبار را از نظر دانشجویان استاژر و اینترن به خود اختصاص داد (جدول ۲). هم چنین تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با بیمار در برنامه ی درسی بالینی، بیان گر آن بود «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹ در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و مولفه ی «سفارش به صداقت داشتن در برخورد با بیماران» با میانگین ۳/۵۹۳ و انحراف معیار ۱/۰۱۰، بالاترین نمره اعتبار را از نظر دانشجویان استاژر و اینترن به خود اختصاص داد (جدول ۲). نتایج آزمون تی گروه های وابسته، بیان گر آن بود که مقدار t محاسبه شده نحوه ی تعامل استاد با بیمار در برنامه ی درسی نظری با برنامه درسی بالینی عبارت بود از ۰/۶۰۸ که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. بنابراین بین بعد نحوه ی تعامل استاد با بیمار در برنامه ی درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی در دوره های استاژری و اینترنی تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول ۳).

بررسی سوال سوم پژوهش: "آیا بین مولفه های نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه ی درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی تفاوت معنادار وجود داشت؟"

تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه ی درسی نظری، بیان گر آن است «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «توجه به روابط دوستانه با

نیز آزمون های آماری استنباطی چون؛ t تک نمونه ای، t مقایسه ی میانگین دو گروه وابسته، t مقایسه ای میانگین دو گروه مستقل، تحلیل واریانس یک راهه (F)، توکی و اولویت بندی فریدمن استفاده شده.

یافته ها

بررسی سوال اول پژوهش: "آیا بین مولفه های نحوه ی تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی نظری با برنامه درسی بالینی تفاوت معنادار وجود داشت؟"

تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با دانشجو در برنامه ی درسی نظری، بیان گر آن بود «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۱، ۴، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴ در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است و مولفه ی «توجه به تمامی پاسخ های ارایه شده دانشجو» با میانگین (۳/۳۶۰) و انحراف معیار (۰/۹۴۴) بالاترین نمره اعتبار را از نظر دانشجویان استاژر و اینترن به خود اختصاص داد (جدول ۲).

هم چنین تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی بالینی در بعد نحوه ی تعامل استاد با دانشجو، بیان گر آن بود «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «ایجاد جو آسوده برای دانشجو جهت ابراز عقاید خود» با میانگین (۲/۷۳۲) و انحراف معیار (۱/۰۳۳) بالاترین نمره اعتبار را از نظر دانشجویان استاژر و اینترن به خود اختصاص داد (جدول ۲).

نتایج آزمون تی گروه های وابسته، بیان گر آن بود که مقدار t محاسبه شده نحوه ی تعامل استاد با دانشجو در برنامه ی درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی عبارت است از ۳/۵۳۲ که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. بنابراین بین بعد نحوه ی تعامل استاد با دانشجو در برنامه ی درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی در دوره های استاژری و اینترنی تفاوت معناداری وجود داشت (جدول ۳).

تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۴۰، ۴۳ و ۴۵ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «توجه به حفظ شان، اعتبار و اعتماد مردم نسبت به خود و جامعه پزشکی» با میانگین ۳/۴۰۴ و انحراف معیار ۱/۰۰۷ بالاترین نمره ی اعتبار را از نظر دانشجویان استاژ و ایترن به خود اختصاص داد (جدول ۲).
نتایج آزمون تی گروه های وابسته، بیان گر آن بود که مقدار $\bar{t}$ محاسبه شده نحوه ی تعامل استاد با جامعه مردم در برنامه ی درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی عبارت بود از ۲/۷۶۸ که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است. بنابراین بین بعد نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه درسی نظری با برنامه درسی بالینی در دوره های استاژری و ایترنی تفاوت معناداری وجود داشت (جدول ۳).

بررسی سوال پنجم پژوهش: "آیا بین مولفه های نحوه ی تعامل استاد با خود در برنامه ی درسی نظری با برنامه درسی بالینی تفاوت معنادار وجود دارد؟"

تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با خود در برنامه ی درسی نظری، بیان گر آن است «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۵ و ۵۶ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «توجه به ارتقای هماهنگی دانش، بینش و مهارت حرفه ای خود» با میانگین ۳/۶۱۶ و انحراف معیار ۱/۰۸۶ بالاترین نمره ی اعتبار را از نظر دانشجویان استاژ و ایترن به خود اختصاص داد (جدول ۲).

هم چنین تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با خود در برنامه ی درسی بالینی، بیان گر آن بود «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۱، ۵۳ و ۵۴ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «قاطعیت در تصمیم گیری های کاری» با میانگین (۳/۷۴۱) و انحراف معیار (۰/۷۵۸۳) بالاترین نمره اعتبار را از نظر دانشجویان استاژ و ایترن به خود اختصاص داد (جدول ۲). نتایج آزمون تی گروه های وابسته، بیان گر آن است که مقدار $\bar{t}$ محاسبه شده نحوه ی تعامل

همکاران خود» با میانگین ۳/۶۷۴ و انحراف معیار ۰/۹۹۹ بالاترین نمره ی اعتبار را از نظر دانشجویان استاژ و ایترن به خود اختصاص داد (جدول ۲).

هم چنین تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه ی درسی بالینی، بیان گر آن است «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۳۱، ۳۲ و ۳۶ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «توجه به روابط دوستانه با همکاران خود» با میانگین ۳/۳۲۵ و انحراف معیار ۰/۹۶۳ بالاترین نمره اعتبار را از نظر دانشجویان استاژ و ایترن به خود اختصاص داد (جدول ۲).

نتایج آزمون تی گروه های وابسته، بیان گر آن است که مقدار $\bar{t}$ محاسبه شده نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه ی درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی عبارت است از "۳/۱۲۴" که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است. بنابراین بین بعد نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه ی درسی نظری با برنامه ی درسی بالینی در دوره های استاژری و ایترنی تفاوت معناداری وجود داشت (جدول ۳).

بررسی سوال چهارم پژوهش: "آیا بین مولفه های نحوه ی تعامل استاد با جامعه ی مردم در برنامه ی درسی نظری با برنامه درسی بالینی تفاوت معنادار وجود دارد؟"

تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با جامعه مردم در برنامه ی درسی نظری، بیان گر آن بود «تک نمونه ای» مولفه های شماره ی ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ در سطح ۰/۰۵ معنادار بود و مولفه ی «توجه به حفظ شان، اعتبار و اعتماد مردم نسبت به خود و جامعه پزشکی» با میانگین ۳/۵۱۱ و انحراف معیار ۱/۰۳۵ و مولفه ی «پرهیز از اخلاق تجاری» با میانگین ۳/۵۱۱ و انحراف معیار ۱/۱۴۵ بالاترین نمره ی اعتبار را از نظر دانشجویان استاژ و ایترن به خود اختصاص داده اند (جدول ۲).

هم چنین تحلیل انجام شده در بعد نحوه ی تعامل استاد با جامعه ی مردم در برنامه ی درسی بالینی، بیان گر آن است «

استاد با خود در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی عبارت بود از ۳/۲۴۴ که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. بنابراین بین بعد نحوه ی تعامل استاد با خود در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی در دوره های استاژری و اینترنتی تفاوت معناداری وجود داشت (جدول ۳).

بررسی سوال شش پژوهش: "اولویت بندی ابعاد نحوه تعامل استاد (نحوه ی تعامل استاد با دانشجو، نحوه ی تعامل استاد با بیمار، نحوه ی تعامل استاد با همکار، نحوه ی تعامل استاد با جامعه ی مردم و نحوه ی تعامل استاد با خود) در برنامه های درسی نظری و بالینی چگونه است؟"

نتایج آزمون اولویت بندی فریدمن در ابعاد نحوه ی تعامل استاد در برنامه‌ی درسی نظری، نشان داد: میزان شاخص خی دو به دست آمده «۱۶۴/۶۳۹» در سطح ۰/۰۵ معنادار بود، نتایج به این قرار بود که از نظر دانشجویان، بعد نحوه‌ی تعامل

استاد با بیمار در برنامه درسی نظری در اولویت اول و ابعاد؛ نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجو، نحوه‌ی تعامل استاد با خود، نحوه تعامل استاد با جامعه‌ی مردم، نحوه‌ی تعامل استاد با همکار در برنامه درسی نظری در اولویت های بعدی بودند (جدول ۴). هم چنین نتایج آزمون اولویت بندی فریدمن در ابعاد نحوه‌ی تعامل استاد در برنامه‌ی درسی بالینی، نشان داد: میزان شاخص خی دو به دست آمده «۱۹۲/۳۳۰» در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و نتایج به این قرار بود که از نظر دانشجویان، بعد نحوه‌ی تعامل استاد با بیمار در برنامه‌ی درسی بالینی در اولویت اول و ابعاد؛ نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجو، نحوه‌ی تعامل استاد با خود، نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه‌ی مردم، نحوه‌ی تعامل استاد با همکار در برنامه‌ی درسی بالینی در اولویت های بعدی هستند (جدول ۴).

جدول ۱: فراوانی جامعه و نمونه‌ی آماری پژوهش به تفکیک دوره‌ی تحصیلی و جنسیت

دوره‌ی تحصیلی	جنسیت	فراوانی	تعداد نمونه برآورد شده	تعداد نمونه ی اجرا شده
استاژری	دختر	۶۹	۴۹	۳۰
	پسر	۳۶	۲۵	۱۸
اینترنتی	دختر	۵۹	۴۱	۳۲
	پسر	۱۱	۸	۶
مجموع		۱۷۵	۱۲۳	۸۶

جدول ۲: توزیع فراوانی و میانگین مولفه های برنامه‌ی درسی نظری و بالینی در ابعاد نحوه‌ی تعامل استاد

برنامه درسی نظری				میانگین نظری: 3				برنامه درسی بالینی			
M	SD	t	Sig	M	SD	t	P	M	SD	t	P
۲/۸۶۲	۰/۶۵۱	-۱/۹۶۶	۰/۰۵۳	نحوه ی تعامل استاد با دانشجو	۲/۶۳۷	۰/۶۳۶۶۳	۵/۲۸۵	۰/۰۰۰			
۳/۲۵۰	۱/۰۷۷	۲/۱۲۶	۰/۰۳۶	نحوه‌ی تعامل استاد با بیمار	۳/۲۹۰	۰/۶۸۳	۳/۹۴۵	۰/۰۰۰			
۳/۵۰۶	۰/۸۹۵	۵/۲۴۷	۰/۰۰۰	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با همکار	۳/۱۶۶	۰/۷۸۷	۱/۹۵۵	۰/۰۵۴			
۳/۲۵۸	۰/۹۴۵	۲/۵۳۶	۰/۰۱۳	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه ی مردم	۲/۹۵۶	۰/۶۹۶	-۰/۵۸۴	۰/۵۶۰			
۳/۳۷۶	۰/۸۰۷	۴/۳۱۶	۰/۰۰۰	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه ی مردم	۳/۰۰۹	۰/۶۹۲	۰/۱۳۰	۰/۸۹۷			

جدول ۳. آزمون تی گروه‌های وابسته بین ابعاد نحوه تعامل استاد در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی

شاخص‌ها				ابعاد نحوه ی تعامل استاد با انواع برنامه درسی
P	t	SD	M	
۰/۰۰۱	۳/۵۳۲	۱۰/۹۲۵	۴/۴۸۶	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجوی در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه درسی بالینی
۰/۵۴۵	۰/۶۰۸	۱۶/۶۳۲	۱/۱۷۵	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با بیمار در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی
۰/۰۰۲	۳/۱۲۴	۷/۵۷۵	۲/۶۲۹	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با همکار در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی
۰/۰۰۷	۲/۷۶۸	۹/۶۷۸	۳/۰۹۳	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه ی مردم در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی
۰/۰۰۲	۳/۲۴۴	۱۱/۳۶۵	۴/۳۱۵	بعد نحوه‌ی تعامل استاد با خود در برنامه‌ی درسی نظری با برنامه‌ی درسی بالینی

جدول ۴. اولویت بندی میانگین های حاصل در ابعاد نحوه ی تعامل استاد در برنامه درسی نظری و بالینی

شاخص ها					اولویت بندی ابعاد نحوه ی تعامل استاد	
P	خی دو	DF	اولویت	M	در برنامه درسی نظری	
<۰/۰۰۱	۱۶۴/۶۳۹	۴	اول	۴/۴۱	بعد نحوه ی تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی نظری	
			دوم	۳/۸۷	بعد نحوه ی تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی نظری	
			سوم	۳/۴۵	بعد نحوه ی تعامل استاد با خود در برنامه درسی نظری	
			چهارم	۲/۰۵	بعد نحوه ی تعامل استاد با جامعه مردم در برنامه درسی نظری	
			پنجم	۱/۲۲	بعد نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه درسی نظری	
شاخص ها					اولویت بندی ابعاد نحوه ی تعامل استاد	
P	خی دو	DF	اولویت	M	در برنامه درسی بالینی	
<۰/۰۰۱	۱۹۲/۳۳۰	۴	اول	۴/۵۸	بعد نحوه ی تعامل استاد با بیمار در برنامه‌ی درسی بالینی	
			دوم	۳/۹۴	بعد نحوه ی تعامل استاد با دانشجو در برنامه‌ی درسی بالینی	
			سوم	۳/۳۹	بعد نحوه ی تعامل استاد با خود در برنامه‌ی درسی بالینی	
			چهارم	۱/۸۹	بعد نحوه ی تعامل استاد با جامعه مردم در برنامه‌ی درسی بالینی	
			پنجم	۱/۱۹	بعد نحوه ی تعامل استاد با همکار در برنامه‌ی درسی بالینی	

بحث

جامعه‌ی مردم، نحوه‌ی تعامل استاد با خود؛ با برنامه‌ی درسی بالینی در دوره‌های استاژری و اینترنتی تفاوت معناداری وجود داشت در حالی که بین برنامه‌ی درسی نظری در بعد نحوه‌ی تعامل استاد با بیمار، با برنامه‌ی درسی بالینی در دوره‌های

نتایج حاصل از بررسی سوال اصلی پژوهش، حاکی از آن بود که بین برنامه درسی نظری در ابعاد نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجوی، نحوه تعامل استاد با همکار، نحوه‌ی تعامل استاد با

رفتارهای حرفه‌ای که تلاش برای یاددهی یادگیری آن صورت می‌گیرد را با مانع مواجه می‌سازد (۷). یافته‌های مذکور با نتایج پژوهش لِمپ و سیل (۲۰۰۴) همسو است. آن‌ها نیز در پژوهش خود، تحقیر دانشجویان توسط اساتید را که در دوره‌ی آموزش بالینی رخ داده بود، از جمله محتوای موجود در برنامه‌ی درسی پنهان یافتند.

در مورد تفاوت معنادار بین برنامه‌ی درسی آموزش نظری در بعد نحوه‌ی تعامل استاد با همکار، با برنامه‌ی درسی بالینی می‌توان بیان داشت:

علاوه بر مولفه‌های مطرح که نشان دهنده‌ی اختلاف بین دو برنامه‌ی درسی آموزش نظری با برنامه‌ی درسی بالینی بود، دانشجویان پزشکی عنوان می‌کردند که گاهی پزشکان به دلیل اختلاف در تشخیص بیماری‌ها، همکار خود را زیر سوال می‌بردند و او را بی‌سواد معرفی می‌کردند. این موضوع نه تنها حاکی از بی‌اعتمادی اساتید پزشکی نسبت به یکدیگر بود، بلکه این پیام را به دانشجویان می‌رساند که دانشجویان نیز قادر به تشخیص نهایی بیماری‌ها نخواهند بود و در نتیجه اعتماد به نفس آنان را کاهش می‌داد. یکی از تهدیدهایی که حرفه‌ای‌گری در پزشکی را به خطر می‌اندازد، فشار از طرف همکاران است. پایبند بودن همکاران به اصول حرفه‌ای‌گری می‌تواند به عنوان عامل تقویت‌کننده برای سایر همکاران باشد. عکس این حالت هم صادق است. اگر یکی از همکاران بیمارستانی به طور مکرر، استانداردهای حرفه‌ای‌گری را زیر پا بگذارد، قبح این کار شکسته شده، دیگران وقتی می‌بینند، یک عمل ضد حرفه‌ای را همه انجام می‌دهند، آن‌ها هم مانعی برای انجام عمل مشابه نمی‌بینند. کوهن (۲۰۰۶) معتقد است که موارد گزارش شده از رفتارهای غیرحرفه‌ای در بین پزشکان رو به فزونی است که به طور ضمنی مجوزی برای سایر پزشکان خواهد بود که اصول حرفه‌ای‌گری را زیر پا بگذارند (۷). در مورد تفاوت معنادار بین برنامه‌ی درسی نظری و بالینی در بعد نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه‌ی مردم می‌توان

استاژری و اینترنتی تفاوت معناداری وجود نداشتند. در مورد تفاوت معنادار بین برنامه‌ی درسی نظری و بالینی در بعد نحوه تعامل استاد با دانشجو می‌توان بیان داشت:

یکی از مواردی که اشاره به تفاوت دو نوع برنامه‌ی درسی در بعد نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجو دارد، وجود اضطراب و استرس ناشی از انتظار بیش از حد اساتید از دانشجویان در دوره‌ی بالینی می‌شد. در صورتی که دانشجویان عملکرد مناسبی در مرحله‌ی بالینی نداشته باشند، مورد توهین و تحقیر اساتید قرار می‌گیرند؛ این موضوع تلاش جهت رفع موقعیت بحرانی را جایگزین علاقه به یادگیری می‌کند. در این رابطه یکی از دانشجویان مطرح کرد: "اساتید فراموش می‌کنند که خودشان روزی دانشجوی این دوره بوده‌اند و با مشکلات ما دست و پنجه نرم می‌کردند." هم چنین کاهش روحیه‌ی آموزش و توجه به یادگیری دانشجویان از سوی اساتید و تبعیض قایل شدن به خصوص در هنگام ارزشیابی در دوره‌ی بالینی، از مواردی بود که دانشجویان به آن توجه داشتند و این موضوع روحیه‌ی تلاش در آنان را در دوره‌ی بالینی، کاهش می‌داد. دانشجویان مشاهده گرانی هستند که از نزدیک، آن چه که اساتید می‌گویند و آن چه را که انجام می‌دهند، مشاهده می‌کنند و تعاملاتی که اساتید با دانشجویان و بیماران دارند، بر آن‌ها تاثیرگذار است. دوئن (۲۰۰۶) معتقد است، تجارب منفی از رفتارهای حرفه‌ای، استرس‌های غیر ضروری در محیط‌های بیمارستان، تهدید و تحقیر دانشجویان از موارد شایعی هستند که می‌توانند عوارضی را هم برای دانشجویان هم برای بیماران به همراه داشته باشند. زمانی که دانشجویان چنین موارد و مشکلاتی را مطرح نمی‌کنند، این خطر را خواهد داشت که چنین مواردی را مجاز می‌دانند و در آینده ممکن است، مرتکب رفتارهای غیر حرفه‌ای شوند. نکته این جاست که جنبه‌های خاصی از برنامه‌ی درسی پنهان از قبیل استرس ناشی از برخورد با موارد غیر اخلاقی، الزامات غیر منطقی در محیط آموزشی و آزار و تحقیر توسط اساتید،

یک الگو عمل کنند، قبل از هر چیز باید دارای این ویژگی ها باشند. وی مشکل آموزش حرفه ای گری را عدم همخوانی تئوری و عمل می داند و این که رفتارهای غیر حرفه ای در قالب برنامه درسی پنهان به دانشجویان ارایه می شود.

در مورد عدم وجود تفاوت معنادار بین برنامه درسی نظری و بالینی در بعد نحوه ی تعامل استاد با بیمار می توان بیان داشت: تقریباً وضعیت هر دو نوع برنامه، شبیه به هم بوده و برنامه ی درسی بالینی با برنامه ی درسی نظری انطباق داشت البته برخی مولفه ها در دو نوع برنامه در بعد نحوه ی تعامل استاد با بیمار، از اهمیت یکسانی برخوردار نبوده اند از جمله؛ توجه به ضرورت امیدوارسازی بیمار، تاکید بر کسب اجازه و رضایت از بیمار هنگام معاینات پزشکی و اولویت دهی منافع بیمار در برابر منافع خود.

علی رغم یافته های ذکر شده، کوهن (۲۰۰۶) معتقد است که پزشکان به مرور در حال فراموش کردن تعهد اصلی خود به عنوان افرادی که به حرفه ی پزشکی می پردازند، هستند به این معنا که منافع بیمار را به منافع فردی مقدم بشمارند. به اعتقاد او پزشکان می توانند تحت پوشش احترام و موقعیت خود، تصمیماتی در راستای منافع فردی خود بگیرند که به مراتب از هر اقدام دیگری در زندگی بیشتر است. به عنوان مثال؛ خلوت بودن اتاق معاینه، میزان تفاوت بین قدرت و نفوذ پزشک و بیمار و تعداد قابل توجهی از موقعیت های اغواکننده ی مالی می تواند به عنوان عاملی برای تصمیمات غیر حرفه ای باشد (۷). در این رابطه می توان به پژوهش های لوبلانک (۲۰۰۷) و بوراک (۱۹۹۹) اشاره کرد. لوبلانک در پایان نامه ی خود، عمده ترین پیام های دریافت شده در برنامه ی درسی پنهان در برنامه ی طب اورژانس در بین اساتید و دستیاران را در ارتباط با بیماران به صورت بی احترامی، خندیدن و سرزنش کردن آن ها توصیف نمود. بوراک و همکاران نیز در پژوهش خود به مشاهده ی رفتارهای غیر حرفه ای در تیم های پزشکی پرداختند و دریافتند که اساتید تمایلی برای عکس العمل در

بیان داشت: از جمله مولفه های مطرح در دو برنامه ی درسی نظری و بالینی که مبتنی بر آن تفاوت این دو دوره در بعد نحوه ی تعامل استاد با جامعه ی مردم، مورد بررسی قرار گرفت می توان به مولفه ی توجه به حفظ شان، اعتبار و اعتماد مردم نسبت به خود و جامعه ی پزشکی، توجه به ایجاد نگرش مثبت به عملکرد پزشکان در میان مردم و تلاش در رساندن شکایات مردمی به مقامات بالاتر پزشکی اشاره کرد. از دیگر مولفه های ذکر شده، پرهیز از اخلاق تجاری بود. به اعتقاد کوهن (۲۰۰۶) موانع دیگری که به وسیله ی پزشکان امروز بر سر راه حرفه ای گری تجربه می شود، ورود تجارت به حرفه ی پزشکی است. اخلاق دنیای تجارت، تهدیدکننده ی اخلاق حرفه ای گری است. حتی با مقایسه ی واژه هایی که در این دو به کار رفته به آسانی می توان تفاوت اساسی بین تجارت و پزشکی را متوجه شد. پزشکان اگر آگاهانه یا ناآگاهانه این دیدگاه را بپذیرند که پزشکی فقط یک شغل است مانند مشاغل دیگر و بر اساس این دیدگاه عمل کنند، در واقع هویت خود به عنوان افراد حرفه ای را دچار خدشه نموده اند (۷).

در مورد تفاوت معنادار بین برنامه ی درسی نظری و بالینی در بعد نحوه ی تعامل استاد با خود می توان بیان داشت:

از جمله مولفه هایی که دانشجویان در برنامه ی درسی تجربی با آن مواجه می شدند، در ارتباط با تعهد استاد به پذیرش اشتباه خود بود. به اعتقاد دانشجویان غرور اساتید، مانع پذیرش اشتباه شان بود که این مساله منجر به کاهش روحیه ی آموزش و توجه به یادگیری در دانشجویان می شد. از موارد دیگری که دانشجویان خود به آن اشاره می کردند، این بود که "تعهد آموزشی استاد در دوره ی بالینی، بیش تر از دوره ی علوم پایه است". لودمرر (۱۹۹۹) در مطالعه ی خود بر اهمیت تدریس رسمی و الگوی نقشی در توسعه ی ارزش های حرفه ای گری اشاره کرد. به نظر وی به منظور این که اساتید از نظر ویژگی ها و الزامات حرفه ای گری بتوانند به عنوان

برابر رفتارهای غیر حرفه‌ای از قبیل عدم رعایت دیگران، بی‌مهری و بی‌احترامی به بیماران ندارند و در مقابل به این رفتارها توجهی نکرده، حتی آن‌ها را بعضاً توجیه می‌کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، کاهش سطح تعامل استاد در ارتباط با؛ دانشجو، جامعه مردم و خود، در برنامه‌ی درسی بالینی به نسبت برنامه‌ی درسی نظری، نشان دهنده‌ی تناقض در عمل اساتید است. جالب این که تعامل با همکار در برنامه‌ی درسی بالینی، ارتقا می‌یابد که این نیز تناقض بین گفته و عمل اساتید و در دید دانشجو حاوی معانی متعدد است. دانشکده‌های پزشکی موظف هستند به شناسایی میزان تفاوت بین برنامه‌های درسی آموزش نظری و برنامه‌ی درسی بالینی و اثرات آن بپردازند و اطمینان حاصل نمایند که برنامه‌ی درسی بالینی، هم راستا و موید برنامه‌ی درسی نظری باشد. به منظور موفقیت واقعی آموزش پزشکی در تحقق اهداف خود و گسترش حرفه‌ای‌گری، باید به اصلاح عملکردهای موجود پرداخت. دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی باید محیط‌های یادگیری ایجاد کنند که انعکاس دهنده‌ی والاترین ویژگی‌های پزشکی باشد. برای این منظور می‌توان در هنگام گزینش اساتید پزشکی، با حساسیت خاصی اقدام کرد و تعداد

پزشکانی که می‌توانند، به عنوان الگوی مناسب عمل نمایند در هر مقطعی از آموزش پزشکی افزایش داد. مساله‌ی دیگر نبود سیستم ارزشیابی مناسب و مداوم از عملکرد اساتید در جهت میزان تحقق اهداف برنامه‌های درسی آموزشی آن‌ها و برنامه‌های درسی پنهان حاصل از آن است. چنین ارزشیابی باید ابعاد مختلف برنامه‌های درسی که به تفکیک شامل ابعاد؛ نحوه‌ی تعامل استاد با دانشجو، نحوه تعامل استاد با بیمار و نحوه‌ی تعامل استاد با همکار، نحوه‌ی تعامل استاد با جامعه‌ی مردم و نحوه‌ی تعامل استاد با خود؛ می‌باشد را مورد بررسی قرار دهد. هم چنین پژوهش حاضر برنامه‌های درسی آموزش نظری و برنامه‌ی درسی بالینی را تنها از نگاه دانشجویان پزشکی دانشگاه شاهد مورد بررسی قرار داد؛ در حالی که تکه تکه این ابعاد را می‌توان از منظر خود اساتید، بیماران، همکاران اساتید پزشکی و جامعه مردم و البته در سایر دانشگاه‌های پزشکی بررسی کرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از کلیه‌ی دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش، که ما را در این تحقیق یاری نموده‌اند قدردانی می‌نمایند.

References

- 1 Salehi sh, Rahimi M, Abedi HA, Bahrami M. A Study of Students' Experience on Elliptical Curriculum in Nursing –Midwifery Colleges at Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of the Faculty of Medicine*.2003; 27(3): 217-223.
- 2- Yamani N, Liyaghatdar MJ, Changiz T, Adibi P. How Do Medical Students Learn Professionalism During Clinical Education? A Qualitative Study of Faculty Members' and

Interns' Experience. *Iranian Journal of Medical Education*.2009; 9(9):382-395.

3- Karseth B. Curriculum changes and moral issues in nursing education, *Nurse Education Today*. 2004; 24(8):638-643.

4- Fathi Vajargah K. Principles and Concepts Curriculum. Tehran. Bal. 2009. [Persian]

5 Egnew T, Wilson H. Faculty and Medical Students' Perceptions of

Teaching and Learning about the Doctor–Patient Relationship. *Patient Education and Counseling*. 2010; 79: 199-206.

6- Elnemr M. Professionalism in Medical Education. *Yemeni Journal for Medical Sciences*. 2010; 4: 25-28

7- Yamani N, Changiz T, Adibi P. Professionalism and Hidden Curriculum in Medical Education. Isfahan University of Medical Sciences. 2011; rds.semums.ac.ir/edc/downloads/professionalism%20and%20hidden.pdf. [Persian]

8- Newell P, Harris S, Aufses A, Ellozy S. Student perceptions of medical errors: incorporating an explicit professionalism curriculum in the third-year surgery clerkship. *Journal of Surgical Education*. 2008; 65(2):117-119

9- Neutens J. The hidden curriculum: What are you teaching? Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO). 2008; Available from: www.apgo.org.

10- Sanagu A, Juybari L. The Viewpoint and Experiences of Students about Their Evaluation

from Professor in the Theoretical Lessons at Golestan University. *Strides in Development of Medical Education*. 1010; 7(1): 57-69. [Persian]

11- Abidi N, Motamed N. The Comparison of Student' and Teachers Viewpoint in Paramedical and Nursing –Midwifery Colleges about Clinical Instructional Environment at Bushehr University of Medical Sciences in the year 1387. *Strides in Development of Medical Education*. 1011; 8 (1): 88-93. [Persian]

12- Glicken A, Merenstein G. Addressing the Hidden Curriculum: Understanding Educator Professionalism. *Medical Teacher*. 2007; 29: 54–57.

13- Ahmadinejad Z, Ziyayi V, Marvaji A. A Survey on Student's Satisfaction of Clinical Education and Its Related Factor. *Iranian Journal of Medical Education*. 2002; 2(0): 15-16. [Persian]

14- Kashtiaray N, Fathi Vajargah K, Zimitat K, Forughi AA. Designing and Accrediting an Experiential Curriculum in Medical Groups Based on Phenomenological Approach. *Iranian Journal of Medical Education*. 2009; 9(1):55-67. [Persian]

The Comparison of Teachers' Views about Theoretical and Clinical Curriculum of Faculty of Medical Sciences of Shahed University

Sobhaninejad M¹, Ahmadian M²

¹Department of Education, School of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran

²Shahed University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Ahmadian M, Shahed University, Tehran, Iran.

Email: ahmadian.nan@gmail.com

Received: 10 Feb 2013 **Accepted:** 3 Aug 2013

Background and Objective: The clinical curriculum of medical teachers has to be in line with the theoretical curriculum. The present study has compared five aspects of the teachers' interaction between theoretical curriculum and the clinical curriculum.

Materials and Method: The method was a descriptive survey. From the stager and intern students of Shahed University, in the academic year 1391-92 (N=175), and with recourse to Krjsy and Morgan table, 120 samples were selected. The researcher-made questionnaire on the interactive aspects of the professors (with reliability confirmed by the experts) was used. Two sections of clinical and theoretical education with recourse to Cronbach alpha presented a validity of 0.97 and 0.95.

Results: There existed a meaningful difference between the way of interaction of the professors with students, with their colleague, with people and with the two theoretical and clinical curriculums. The rating average of professors' interactions in both types of curricula included the interaction of professors with the patients, with students, with themselves, with society and with colleagues. Thus, the differences in the various types of interactions in two curriculum types did not change the ratings.

Conclusion: The decline in the interaction of professors with the students, society and themselves in clinical curriculum compared to that of the theoretical curriculum is the result of professors' paradoxical actions. Interestingly, the interaction with the college in clinical curriculum increases, which by itself is the sign of a paradox between the teaching and practicing of professors and bears various meanings from students' viewpoints.

Keywords: *Clinical curriculum, Theoretical education, Faculty members, Medical courses, University*