

چگونگی تعامل اساتید در محیط‌های آموزش بالینی

از دید دانشجویان پزشکی

مینا احمدیان^۱

چکیده

مقدمه: از آنجا که تأثیر آموزش محیط بالینی بیشتر از برنامه درسی آموزش نظری است و از آنجا که دانشجویان آنچه را که اساتیدشان انجام می‌دهند، تکرار می‌کنند نه آنچه را که اساتیدشان می‌گویند چگونگی تعامل استاد در محیط‌های آموزش بالینی از دید دانشجوی پزشکی، با عنایت به نقش الگویی استاد در انتقال ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری پزشکی به دانشجوی خود، موضوع ارزشمندی برای بررسی است. از این رو پژوهش حاضر، ابعاد تعامل پنج‌گانه استاد طی برنامه درسی بالینی را از دید دانشجویان، بررسی و رتبه‌بندی نموده است.

روش: توصیفی از نوع پیمایشی و جامعه آماری نیز کلیه دانشجویان کارآموز و کارورز دانشگاه شاهد در سال ۲-۹۱ بودند ($N=175$) که حسب فرمول کوکران و جدول کرجسی و مورگان، ۱۲۳ نفر نمونه انتخاب شد. ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته سنجش ابعاد تعاملی استاد پزشکی بود که روایی صوری و محتوایی آن حسب نظر متخصصان و پایایی آن نیز طی آلفای کرانباخ برابر با ۰/۹۵ بود.

یافته‌ها: میانگین پایین‌تر از متوسط، تعامل استاد با دانشجو (۲/۶۳) و نیز میانگین بالاتر از متوسط تعامل استاد با بیمار (۳/۲۹) در برنامه درسی بالینی، معنادار بوده است، ولی میانگین نحوه تعامل استاد با همکار (۳/۱۶)، با مردم (۲/۹۵) و با خود (۳/۰۰)، غیر معنادار بود. رتبه‌بندی استنباطی میانگین ابعاد تعامل استاد، به ترتیب با بیمار (۳/۷۲)، همکار (۳/۴۴)، خود (۳/۱۸)، مردم (۲/۷۱) و دانشجو (۱/۹۵) بوده است ($P \leq 0/05$).

۱. کارشناس ارشد برنامه ریزی درسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)

Email: ahmadian.nan@gmail.com

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۵/۲۷

نتیجه‌گیری: ضرورت تقویت دانش و مهارت عملی تعامل استاد پزشکی به خصوص با دانشجوی خود و نیز با مردم، با خود و با همکار مبین توجه صرف استاد به تعامل مطلوب صرف با بیمار در محیط‌های آموزش بالینی است. تعامل کمتر از میانگین با دانشجو، می‌تواند، ناخواسته منشأ آموزش‌هایی نامناسب از سوی استاد برای دانشجوی بالینی باشد.

واژگان کلیدی

استاد، دانشجو، تعامل، برنامه درسی، دوره بالینی

مقدمه

هدف نهایی آموزش عالی، تدارک فرصت‌های مناسب جهت کسب دانش، مهارت و نگرش برای دانشجویان است به نحوی که به آنان در اثربخشی و ثمربخشی برای خود و جامعه کمک نماید و این رشد بایستی در قالب برنامه درسی دانشگاه‌ها منعکس گردد. (محمدی، ۱۳۸۶ ش.) برنامه درسی به موارد گوناگونی از قبیل: مجموعه‌ای از تجارب یادگیری، شیوه تفکر یا یک طرح دلالت دارد. (طالبزاده و همکاران، ۱۳۸۸ ش.) اگر برنامه درسی را به عنوان ساختار سیاسی و فرهنگی در نظر بگیریم، چنین برنامه‌ای در قالب مشکلات، مباحثات و موضوعاتی مطرح می‌شود که بر عمل تأثیرگذار است. (کارسس، ۲۰۰۴ م.) امروزه تقاضا برای برنامه‌هایی است که مجوزی برای مشارکت افراد در شکل دهی مستمر اجتماع فراهم آورند. از این رو توجه به انگیزه‌ها، علایق، نیازها، نگرش‌ها و تجارب دانشجویان به عنوان عامل اساسی در فرایند برنامه‌ریزی درسی ضروری است. (کشتی‌آرای و همکاران، ۱۳۸۸ ش.)

مبتدا
احمدیان

برنامه درسی بالینی آن دسته از آموزش‌ها در حین دوره بالینی است که می‌تواند شامل همه انواع تجارب آموزشی رسمی دانشگاهی و یا حتی الگوها، اعمال، رفتارها و اقداماتی باشد که استاد از خود بروز می‌دهد بدون این که رسمیت داشته و قصد شده باشند. هافرتی (۱۹۹۸ م.) معتقد است تشخیص این که آموزش پزشکی شامل یک بعد نهفته و ضمنی است باعث می‌شود به این نکته توجه کنیم که چه مقدار از آموخته‌های آنان خارج از برنامه درسی رسمی و در جو محیط آموزشی شکل می‌گیرد. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

آموزش بالینی اهمیت حیاتی در شکل‌دهی هویت حرفه‌ای دارد. (همتی مسلک‌پاک، ۱۳۹۰ ش.) حرفه‌ای‌گری در پزشکی، مجموعه‌ای از ارزش‌ها، رفتارها و

روابطی است که در بین پزشکان وجود دارد. (النمر، ۲۰۱۰ م.) هربرت سویک (۲۰۰۰ م.) یک تعریف جامع از حرفه‌ای‌گری ارائه داده است که عبارت است از: اولویت به منافع دیگران در برابر منافع فردی، پایبندی به استانداردهای اخلاقی بالا، ابراز ارزش‌های والای انسانی، تأمل درباره کارها و اقدامات خود، رعایت پاسخگویی، توانایی برخورد با سطوح بالای پیچیدگی و عدم اطمینان، تعهد به دانش‌پژوهی، نشان دادن تعهد به تعالی، پاسخ به نیازهای جامعه و تعهد به قرار داد اجتماعی با جوامعی که به آن‌ها خدمت می‌کند. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش) علیرغم تشخیص مشترک این موضوع که حرفه‌ای‌گری امری حیاتی در پزشکی می‌باشد، آموزش پزشکی در تعیین برنامه درسی برای تدریس رفتارهای حرفه‌ای و توسعه ابزارها و روش‌های ارزیابی نتایج یادگیرندگان با چالش مواجه بوده است. (نیول و همکاران، ۲۰۰۸ م.) 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. (عبیدی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) از این رو می‌توان گفت دوره استاژری و اینترنتی از جمله مراحل مهمی هستند که دانشجویان به شکل ضمنی پیام‌های مثبت و منفی را در برنامه درسی تجربی خود کسب می‌کنند. این پیام‌های مثبت و منفی می‌تواند محتوای برنامه درسی آموزشی در مرحله آموزش نظری را تأیید و یا اثرات مثبت آن را خنثی کنند.

در ارتباط با بررسی وضعیت آموزشی به ویژه دوره بالینی و اهمیت حرفه‌ای‌گری، تعدادی پژوهش‌های داخلی و خارجی صورت گرفته که برخی از آن‌ها به طور مستقیم به بررسی آموزش حرفه‌ای‌گری پرداخته‌اند یا به طور غیر مستقیم حرفه‌ای‌گری را از نتایج تحصیلی دوره‌های آموزشی می‌دانند. رحیمی (۱۳۸۰ ش.) مطالعه‌ای کیفی به منظور بررسی تجارب دانشجویان از برنامه درسی مستتر در دانشکده

پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام داد. نتایج نشان داد یادگیری حاصل از برنامه درسی پنهان شامل یادگیری‌های اخلاق حرفه‌ای، وجدان کاری، تفکر انتقادی، عملکردهای غلط و روتین و کم‌کاری می‌شد. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش). یمانی و همکاران (۱۳۸۸ ش) در پژوهش خود با عنوان «چگونه دانشجویان پزشکی، حرفه‌ای‌گری را در بالین می‌آموزند: یک مطالعه کیفی از تجارب اساتید و کارورزان» به بررسی تجارب بالینی دانشجویان و اساتید پزشکی از فراگیری حرفه‌ای‌گری پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تجارب مثبت و منفی در آموخته‌های حرفه‌ای‌گری، نشان‌دهنده نقش برنامه درسی پنهان در آموزش بالینی است. (یمانی و همکاران، ۱۳۸۸ ش) بر اساس گزارش هیکز (۲۰۰۱ م) تیمی از دانشجویان پزشکی بر اساس تجربیات خود از برخورد با مسائل اخلاقی، از دانشجویان سال‌های بالاتر در مورد تجربیاتشان سؤال کردند. نتایج حاکی از آن بود که اساتید برخی اوقات رضایت بیمار را در مورد درگیرکردن دانشجویان در سیر درمان اخذ نمی‌کردند یا برای گرفتن رضایت، توانمندی دانشجو را بیش از حد جلوه می‌دادند. همچنین دانشجویان در مورد موارد اخلاقی مرتبط با بیمار اظهار نظر نمی‌کردند، زیرا سعی می‌کردند از عواقب درگیرشدن با استاد دوری جویند. یک دانشجوی پزشکی کاندایی پژوهشی کیفی پیرامون تجارب دانشجویان بالینی از تحقیر و تهدید در طول دوره 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 خود داشته‌اند. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش). گلیکن و مرنستین (۲۰۰۷ م) در مقاله خود تحت عنوان «توجه به برنامه درسی پنهان: درک دانش حرفه‌ای مدرس» ضمن بیان نگرانی از به خطر افتادن حیات انسانی، به اهمیت برنامه درسی پنهان در حوزه

پزشکی اشاره می‌کنند. به اعتقاد آن‌ها در قالب برنامه درسی پنهان باید ارزش‌های انسانی از قبیل نوع دوستی، شرافت و درستی، مراقبت و دلسوزی، احترام، مسؤولیت، پاسخ‌گویی، فضیلت، پژوهش‌گری و مدیریت به دانشجویان پزشکی از طریق مدل روابط همزمان پنج‌گانه به شکل سیستمی مبتنی بر تربیت مدرسان حرفه‌ای منتقل گردد. (گلیکن و همکاران، ۲۰۰۷ م.) هاوکینز و همکاران (۲۰۰۹ م.) یک برنامه ارزشیابی حرفه‌ای‌گری در پزشکی را طراحی و اجرا نمودند که دربرگیرنده یکسری سؤالات انتقادی در مورد هدف و ماهیت برنامه‌های آموزشی دوره پزشکی بود. از دید آنان چنین برنامه ارزشیابی و طرح چنین سؤالاتی در شروع و پایان برنامه، منجر به بهبود تداومی در کیفیت آموزش پزشکی به ویژه از نظر ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری می‌گردد. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

کاسبام^۱ و کاتلر^۲ (۱۹۹۸ م.) معتقدند به همان طریقی که اساتید با دانشجویان برخورد می‌کنند، دانشجویان نیز با بیماران، همکاران و دانشجویان آینده خود برخورد خواهند نمود. دانشجویان آنچه را که اساتیدشان انجام می‌دهند، تکرار می‌کنند نه آنچه را که اساتیدشان می‌گویند، (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) به همین دلیل هر روزه تأثیر محیط‌های کلینیکی بیشتر از تأثیر برنامه درسی آموزش رسمی می‌شود. (نتنس، ۲۰۰۸ م.) این موضوع به مسأله مهمی اشاره دارد و آن این‌که انتقال ارزش‌های حرفه‌گری در پزشکی تنها از طریق آموزش ارزش‌ها در قالب برنامه‌های درسی رسمی که اکثراً در دوره‌های آموزش علوم پایه در برنامه درسی نظری صورت می‌گیرد، کافی نیست. بر این اساس جویاشدن از نظرات دانشجویان به عنوان تنها کسانی که تأثیر کامل یاددهی را در دوره درسی تجربه می‌کنند، امروزه مورد تأکید بیشتری قرار گرفته است. (ثناگو و همکاران، ۱۳۸۹ ش.)

با عنایت به نکات فوق، مسأله اساسی پژوهش حاضر «بررسی چگونگی تعامل اساتید در محیط‌های آموزش بالینی از دید دانشجویان پزشکی» می‌باشد که طی آن، برنامه درسی بالینی وی در راستای انتقال حرفه‌ای‌گری در ابعاد نحوه تعامل استاد با دانشجو، با بیمار، با همکار، با مردم و با خود از دید دانشجویان، مورد بررسی و رتبه‌بندی قرار گرفته است. به علاوه در هر یک از ابعاد پنج‌گانه تعاملی مذکور، حسب متغیرهای تعدیل‌کننده جنسیت، دوره تحصیلی کارآموزی و کارورزی، سن، سال تحصیلی، معدل کل دوره علوم پایه، میزان تحصیلات مادر و میزان تحصیلات پدر دانشجویان کارآموزی و کارورزی نیز بررسی صورت گرفته و در نهایت نیز اولویت‌بندی ابعاد تعامل استاد، بررسی شده است.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه پژوهشی، کلیه دانشجویان پزشکی دوره کارآموزی و کارورزی دانشگاه شاهد در سال تحصیلی ۲-۱۳۹۱ بوده‌اند ($N=175$) که از طریق جدول کرجسی و مورگان تعداد ۱۲۳ نفر نمونه برآورد و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند.

ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته سنجش ابعاد تعاملی استاد علوم پزشکی است که به بررسی نحوه تعامل استاد طی برنامه درسی بالینی از دیدگاه دانشجویان، می‌پردازد. پرسشنامه دارای ۵۷ گویه بوده و طیف مورد استفاده برای پاسخگویی به گویه‌های مندرج در آن، پنج گزینه‌ای لیکرتی، شامل خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵)، بوده است. ابعاد پنج‌گانه تعامل مورد بررسی به ترتیب شامل نحوه تعامل استاد با دانشجو (۱۵ گویه)، نحوه تعامل استاد با بیمار (۱۴ گویه)،

نحوه تعامل استاد با همکار (۷ گویه)، نحوه تعامل استاد با مردم (۹ گویه) و نحوه تعامل استاد با خود (۱۲ گویه) می‌باشد.

پس از گردآوری و بررسی پیشینه نظری و پژوهش‌های صورت گرفته در ارتباط با برنامه‌های درسی حوزه آموزش پزشکی، ابعاد و متناسب با آن گویه‌های برنامه درسی بالینی شناسایی شد. در نهایت گویه‌هایی که بیشترین تکرار و اهمیت را داشتند، انتخاب شدند. به این ترتیب روایی^۳، صوری و محتوایی پرسشنامه حسب مرور مبانی نظری و پژوهشی مربوطه و نیز بررسی ابزار توسط صاحب نظران و تأیید ابزار نهایی توسط آنان، تأمین شده است به علاوه پایایی^۴، پرسشنامه نیز طی محاسبه ضریب آلفای کرانباخ بر روی داده‌های ۲۰ نفر طی اجرای آزمایشی^۵، حاصل شده که برابر با ۰/۹۵ بوده است.

برای تحلیل سؤال‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی «میانگین و انحراف استاندارد» و نیز آزمون‌های آماری استنباطی چون «t تک‌نمونه‌ای، جهت تعیین اعتبار گویه‌ها؛ t مستقل، جهت مقایسه میانگین دو گروه مستقل؛ تحلیل واریانس یک راهه (F) برای مقایسه میانگین گروه‌ها و فریدمن جهت اولویت‌بندی ابعاد» استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه برآوردی در دوره کارآموزی شامل ۴۹ دانشجوی مؤنث و ۲۵ دانشجوی مذکر همچنین نمونه برآوردی در دوره کارورزی شامل ۴۱ دانشجوی مؤنث و ۸ دانشجوی مذکر بوده است.

تحلیل انجام‌شده در بعد نحوه تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی بالینی، بیان‌گر آن است «t تک‌نمونه‌ای» مؤلفه‌های شماره ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲،

۱۴ و ۱۵ در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است و مؤلفه «ایجاد جو آسوده برای دانشجو جهت ابراز عقاید خود» با میانگین ($2/732 \pm 1/033$) بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

تحلیل انجام شده در بعد نحوه تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی بالینی، بیان گر آن است «t تک‌نمونه‌ای» مؤلفه‌های شماره ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹ در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است و مؤلفه «سفارش به صداقت داشتن در برخورد با بیماران» با میانگین ($3/593 \pm 1/010$) بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

تحلیل انجام شده در بعد نحوه تعامل استاد با همکار در برنامه درسی بالینی، بیان گر آن است «t تک‌نمونه‌ای» مؤلفه‌های شماره ۳۱، ۳۲ و ۳۶ در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و مؤلفه «توجه به روابط دوستانه با همکاران خود» با میانگین ($3/325 \pm 0/963$) بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

تحلیل انجام شده در بعد نحوه تعامل استاد با مردم در برنامه درسی بالینی، بیان گر آن است «t تک‌نمونه‌ای» مؤلفه‌های شماره ۴۰، ۴۳ و ۴۵ در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و مؤلفه «توجه به حفظ شأن، اعتبار و اعتماد مردم نسبت به خود و جامعه پزشکی» با میانگین ($3/404 \pm 1/007$) بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

تحلیل انجام شده در بعد نحوه تعامل استاد با خود در برنامه درسی بالینی، بیان گر آن است «t تک‌نمونه‌ای» مؤلفه‌های شماره ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۱، ۵۳ و ۵۴ در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و مؤلفه «قاطعیت در تصمیم‌گیری‌های کاری» با

میانگین ($0/758 \pm 3/741$) بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل در خصوص نحوه تعامل استاد با خود در برنامه درسی بالینی حسب متغیر جنسیت، بیان‌گر آن است که t محاسبه شده، برابر با « $2/180$ » و در سطح $0/05$ معنادار بوده است. بنابراین در بعد نحوه تعامل استاد با خود در برنامه درسی بالینی، دانشجویان زن تعامل مطلوب‌تری را از استاد، گزارش نموده‌اند.

نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل در خصوص نحوه تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی بالینی حسب متغیر دوره تحصیلی (کارآموزی و کارورزی) بیان‌گر آن است که مقدار t محاسبه شده، برابر با « $2/034$ » و در سطح $0/05$ معنادار بوده است. بنابراین در بعد نحوه تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی بالینی، دانشجویان کارورز، گزارش مطلوب‌تری از نحوه تعامل استاد، اظهار نموده‌اند.

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه (F) در خصوص نحوه تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی بالینی حسب متغیرهای تعدیل‌کننده سن و سال تحصیلی به ترتیب شامل « $3/385$ و « $2/618$ » بوده که در سطح $0/05$ معنادارند. نتایج آزمون توکی حاکی از آن است که دانشجویان ۲۲-۲۰ سال در مقایسه با دانشجویان ۲۲-۲۴ و ۲۴-۲۶ سال و همچنین دانشجویان سال چهارم در مقایسه با دانشجویان سال ششم، نحوه تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی بالینی را مطلوب‌تر دانسته‌اند.

نتایج آزمون فریدمن در ابعاد نحوه تعامل استاد در برنامه درسی بالینی، نشان داد: میزان شاخص خی دو به دست آمده « $46/503$ » در سطح $0/05$ معنادار بوده و نتایج به این قرار است که از نظر دانشجویان، بعد نحوه تعامل استاد با بیمار در

برنامه درسی بالینی در اولویت اول و ابعاد؛ تعامل استاد با همکار، تعامل استاد با خود، تعامل استاد با مردم و تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی بالینی در اولویت‌های بعدی هستند (جدول ۲).

بحث

نتایج حاکی از آن بود که در میان مؤلفه‌های نحوه تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی بالینی، مؤلفه «ایجاد جو آسوده برای دانشجو جهت ابراز عقاید خود»، بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است. نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل در خصوص نحوه تعامل استاد در برنامه درسی بالینی حسب متغیر دوره تحصیلی (کارآموزی و کارورزی)، بیان‌گر آن است که دانشجویان کارورز، گزارش مطلوب‌تری از نحوه تعامل استاد با دانشجو اظهار نموده‌اند. نویخت (۱۳۹۱ ش.) نیز در پژوهش خود با استفاده از روش توصیفی مقطعی به ارزیابی کیفیت تدریس اساتید در دانشگاه علوم پزشکی تهران از منظر دانشجویان پرداخت. پرسشنامه مورد استفاده در مورد آموزش اساتید در ارتباط با مقررات اداری، کیفیت آموزشی، روش‌های اداره و کنترل کلاس، ظواهر فردی و اجتماعی و روابط متقابل استاد با دانشجو را نشان می‌داد. نتیجه آنکه دانشجویان به مجموعه روابط متقابل استاد با دانشجو، نمره ارزشیابی خوب داده‌اند. نمره به دست‌آمده نشان‌دهنده موفقیت استاد در برقراری ارتباط با دانشجویان به منظور انتقال صحیح مطالب، پاسخ به سؤالات دانشجویان، در دسترس بودن و سایر جنبه‌های مرتبط بوده است. در مطالعه‌ای دیگر که در سال ۹-۱۳۸۸ در دانشگاه علوم پزشکی سمنان برگزار شد، مدرسین دانشگاه در ابعاد مهارت، خصوصیات فردی، رعایت قوانین آموزشی، خصوصیات فیزیکی و زمان ارائه درس و سایر جنبه‌ها از

سوی دانشجویان مورد ارزشیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد تسلط استاد به مطالب، خوش اخلاقی، اعتماد به نفس، قدرت بیان، تلاش در تفهیم مطالب، شخصیت و جدید یا قدیمی بودن مطالب بر ارزشیابی اساتید تأثیرگذار است. (نوبخت و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) و عابدینی و همکارانش (۱۳۹۱ ش.) نیز در پژوهش خود که به شناسایی عوامل مؤثر در برقراری ارتباط بین دانشجو و استاد از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته پرداخته بودند، از بین خصوصیات حرفه‌ای اساتید احترام به دانشجویان، مشارکت دادن دانشجو در مباحث درسی، ایجاد انگیزه در آن‌ها برای مطالعه بیشتر و رعایت هنجارهای اجتماعی را از مواردی شناسایی کرده بودند که بیشترین تأثیر را در روابط بین استاد و دانشجو داشتند. این در حالی است که لمپ و سیل (۲۰۰۴ م.) در پژوهش خود، محتوای برنامه درسی پنهان و نحوه در معرض قرار گرفتن دانشجویان پزشکی را با روش کیفی مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها با ۳۶ دانشجوی پزشکی سال‌های مختلف در یک دانشکده پزشکی در کشور انگلستان، مصاحبه نیمه‌ساختار به عمل آوردند. در بین این ۳۶ دانشجو، ۲۶ نفرشان اساتیدی را به عنوان الگو معرفی نمودند که نقش تشویق‌کننده و برانگیزاننده‌ای برای آن‌ها داشته‌اند. تعهد و پایبندی این اساتید به تدریس، برقراری ارتباط با دانشجویان، بیماران و همکاران بسیار بالا ارزیابی شد. مورد دیگری که توسط این دانشجویان اظهار شد، تحقیر دانشجویان توسط اساتید بود که در قالب برنامه درسی پنهان در دوره آموزش بالینی صورت گرفت. ارتباط در فرایند آموزش به صورت تبادل افکار و اطلاعات بین استاد و دانشجو است. یک ارتباط مؤثر، اعتماد به نفس و انگیزه یادگیری را در دانشجو افزایش می‌دهد. این امر تابعی از شایستگی حرفه‌ای، توان علمی، تسلط استاد بر موضوع درس، شخصیت استاد و ویژگی‌های اخلاقی او،

گشاده‌رویی، برخورد مثبت و انرژی‌دهنده و میل به هدایت، مشارکت و سهیم‌نمودن دانشجویان در موضوعات آموزشی است. (عبیدی، ۱۳۸۹ ش.) دانشجویان مشاهده‌گرانی هستند که از نزدیک، آنچه که اساتید انجام می‌دهند را مشاهده می‌کنند و تعاملات اساتید با دانشجویان و بیماران، بر آن‌ها تأثیرگذار است. دوئن (۲۰۰۶ م.) 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 برای دانشجویان 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. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

نتایج حاکی از آن بود که در میان مؤلفه‌های نحوه تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی بالینی، مؤلفه «سفارش به صداقت داشتن در برخورد با بیماران»، بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است. نتایج آزمون توکی حاکی از آن است که دانشجویان ۲۰-۲۲ سال در مقایسه با دانشجویان ۲۲-۲۴ و ۲۴-۲۶ سال و همچنین دانشجویان سال چهارم در مقایسه با دانشجویان سال ششم، نحوه تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی بالینی را، مطلوب‌تر گزارش نموده‌اند. این در حالی است که لوبلانک (۲۰۰۷ م.) در پایان نامه خود، برنامه درسی پنهان را در برنامه طب اورژانس از طریق یک مطالعه پیمایشی و بعد مصاحبه از طریق گروه متمرکز با اساتید و دستیاران مورد بررسی قرار داد. عمده‌ترین پیام‌ها از طریق برنامه درسی پنهان را در ارتباط با بیماران و به صورت بی‌احترامی به بیماران، خندیدن به آنان و سرزنش کردن بیماران توصیف نمود. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) بوراک و همکاران (۱۹۹۹ م.) نیز در پژوهش خود به

مشاهده رفتارهای غیر حرفه‌ای در تیم‌های پزشکی پرداختند و دریافتند که اساتید تمایلی برای عکس‌العمل در برابر رفتارهای غیر حرفه‌ای از قبیل عدم رعایت دیگران، بی‌مهری و بی‌احترامی به بیماران ندارند و در مقابل به این رفتارها توجهی نکرده و حتی آن‌ها را بعضاً توجیه می‌کنند. (گلیکن و همکاران، ۲۰۰۷ م.) از دلایل عدم شناخت و ارضای نیازهای روانی - اجتماعی بیماران توسط پزشکان می‌توان به تمرکز کلیه پروتکل‌های درمانی و مراقبتی روی بیماران تا فرد بیمار اشاره داشت. به نظر می‌رسد پزشکان در زمینه مهارت‌های عمومی ارتباطی، کمبود آموزش دارند و از طرفی مهارت‌های ارتباطی، عمدتاً اکتسابی و قابل یادگیری بوده و تجربه بالینی فرد نقش مؤثری در ارتقای آن دارد. این مهارت‌ها می‌توانند و باید آموزش داده شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های ارتباطی باید به عنوان جزئی کاربردی، لازم و مؤثر در افزایش رضایتمندی بیماران، در آموزش مداوم پزشکان لحاظ شود. (شاکری‌نیا، ۱۳۸۸ ش.)

نتایج حاکی از آن بود که در میان مؤلفه‌های نحوه تعامل استاد با همکار در برنامه درسی بالینی، مؤلفه «توجه به روابط دوستانه با همکاران خود»، بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است. اشتراک و تبادل اندیشه، در تصمیمات درمانی پزشک تأثیر دارد. همچنین فعل و انفعالات متقابل در تصمیم‌گیری‌های بعدی پزشک نیز مؤثر است. ممکن است یک پزشک به عنوان عضوی از یک تیم پزشکی متشکل از دیگر پزشکان و کادر درمانی فارغ‌التحصیل از مکان‌های مختلف آموزشی باشد که این امر باعث تنوع تفکر و اندیشه پزشکان در تصمیم‌گیری‌ها و تغییر رفتار و عملکرد درمانی می‌گردد. (محمدی‌مهر و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) با این حال از تهدیدهایی که حرفه‌ای‌گری در پزشکی را به خطر می‌اندازد، فشار از طرف همکاران است. پایبندی همکاران به

اصول حرفه‌ای‌گری، می‌تواند به عنوان تقویت‌کننده 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 و دیگران وقتی می‌بینند، یک عمل ضد حرفه‌ای را همه انجام می‌دهند، آن‌ها هم مانعی برای انجام عمل مشابه نمی‌بینند. همچنین روابط دوستانه‌ای که بر اساس آن، اساتید پزشکی نتوانند، اشتباهات همکاران خود را گزارش دهند و در نتیجه تداوم این رفتارهای غیر حرفه‌ای، می‌تواند مجوزی برای سایر پزشکان باشد تا اصول حرفه‌ای‌گری را زیر پا بگذارند. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

نتایج حاکی از آن بود که در میان مؤلفه‌های نحوه تعامل استاد با مردم در برنامه درسی بالینی، مؤلفه «توجه به حفظ شأن، اعتبار و اعتماد مردم نسبت به خود و جامعه پزشکی»، بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است. از آنجا که اصول اعتماد و درستی افراد حرفه‌ای در جامعه در راستای عمل به آن شناخته شده است، ویژگی مورد انتظار بزرگ‌تری از سوی جامعه که همان نوع دوستی می‌باشد، نقش اساسی در تعریف حرفه‌ای‌بودن ایفا می‌نماید. (کروس، ۱۹۹۷ م.) به اعتقاد گلیکن و مرنشتاین، افراد حرفه‌ای در پی خلق روش‌هایی هستند که از طریق آن اطمینان حاصل نمایند افراد آن حرفه به شایستگی متعهد می‌باشند. در این راستا افراد حرفه‌ای از آمادگی و آموزش وسیعی برخوردار می‌شوند که جامعه بتواند، اطمینان حاصل کند، افراد آن حرفه از دانش کافی و منش اخلاقی برخوردار هستند. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

نتایج حاکی از آن بود که در میان مؤلفه‌های نحوه تعامل استاد با خود در برنامه درسی بالینی، مؤلفه «قاطعیت در تصمیم‌گیری‌های کاری»، بالاترین نمره را از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز به خود اختصاص داده است. نتایج آزمون

تی گروه‌های مستقل در خصوص نحوه تعامل استاد با خود در برنامه درسی بالینی حسب متغیر جنسیت بیان گر آن است که دانشجویان زن تعامل مطلوب‌تری را از استاد، گزارش نموده‌اند. لودمرر (۱۹۹۹ م.) در مطالعه خود بر اهمیت تدریس رسمی و الگوی نقشی در توسعه ارزش‌های حرفه‌ای‌گری اشاره کرد. به نظر وی به منظور این که اساتید از نظر ویژگی‌ها و الزامات حرفه‌ای‌گری بتوانند به عنوان یک الگو عمل کنند، قبل از هر چیز باید دارای این ویژگی‌ها باشند. وی مشکل آموزش حرفه‌ای‌گری را عدم همخوانی تئوری و عمل می‌داند و این که رفتارهای غیر حرفه‌ای در قالب برنامه درسی پنهان به دانشجویان ارائه می‌شود. (یمانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)

از نظر دانشجویان کارآموز و کارورز، بعد نحوه تعامل استاد با بیمار در برنامه درسی بالینی در اولویت اول و ابعاد؛ تعامل استاد با همکار، تعامل استاد با خود، تعامل استاد با مردم و تعامل استاد با دانشجو در برنامه درسی بالینی در اولویت‌های بعدی هستند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های فوق، بر تداوم مطلوبیت ابعاد تعامل استاد با بیمار و ضرورت تقویت ابعاد تعامل استاد با دانشجوی، با مردم، با خود و با همکار تأکید می‌شود. همچنین تقویت دانش، نگرش و مهارت حرفه‌ای استاد پزشکی با توجه به رتبه‌بندی ابعاد نحوه تعامل وی در حالت کلی و گویه‌های موجود در هر یک از این ابعاد که از نظر دانشجویان دارای میانگین پایینی می‌باشند، یک مورد حیاتی در اصلاح عملکرد برنامه‌های درسی بالینی است.

جامعه آماری پژوهش حاضر، به دانشجویان پزشکی دانشگاه شاهد تهران محدود بوده است و به علت ویژگی‌های خاص فرهنگی - عقیدتی خود، تعمیم نتایج به دانشگاه‌های دیگر را محدود خواهد ساخت. با این حال دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی باید محیط‌های یادگیری ایجاد کنند که انعکاس‌دهنده 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. مسأله دیگر نبود سیستم ارزشیابی مناسب و مداوم از عملکرد اساتید در جهت 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، نحوه تعامل استاد با دانشجوی، نحوه تعامل استاد با مردم، نحوه تعامل استاد با خود، نحوه تعامل استاد با همکار و نحوه تعامل استاد با بیمار می‌باشد را مورد بررسی قرار دهد.

ضرورت تقویت دانش و مهارت عملی تعامل استاد پزشکی به خصوص با دانشجوی خود و نیز با جامعه مردم، با خود و با همکار مبین توجه صرف استاد به

تعامل مطلوب با بیمار در محیط‌های آموزش بالینی است. تعامل کمتر از میانگین با دانشجوی، می‌تواند، ناخواسته منشأ آموزش‌هایی نامناسب از سوی استاد برای دانشجوی بالینی باشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی و میانگین ابعاد تعامل استاد به همراه گویه‌های آن از دیدگاه

دانشجویان پزشکی دانشگاه شاهد

میانگین فرضی: ۳				
Sig	t	انحراف معیار	میانگین	نحوه تعامل استاد با دانشجو
۰/۰۲۰	-۲/۳۷۸	۱/۱۷۸	۲/۶۹۷	۱- توجه به تبعیض قائل نشدن بین دانشجویان
۰/۰۶۸	-۱/۸۵۳	۱/۱۹۲	۲/۷۵۶	۲- اهتمام به عدم ایجاد استرس در دانشجو با سوء استفاده احتمالی پزشکی از وی
۰/۰۰۳	-۳/۰۳۳	۰/۹۷۱	۲/۶۷۸	۳- ارائه بازخوردهای پیوسته از نتایج ارزشیابی‌های تحصیلی به دانشجو
۰/۷۵۸	-۰/۳۰۹	۱/۰۵۱	۲/۹۶۴	۴- توجه به تمامی پاسخ‌های ارائه شده دانشجو
۰/۰۱۹	-۱/۳۹۹	۱/۰۳۳	۲/۷۳۲	۵- ایجاد جو آسوده برای دانشجو جهت ابراز عقاید خود
۰/۶۷۲	-۰/۴۲۴	۱/۰۲۲	۲/۹۵۲	۶- واگذاری تکالیف به دانشجو در حد توانایی وی
۰/۲۴۶	-۱/۱۶۸	۱/۱۰۷	۲/۸۶۰	۷- تلقین باور سودمندی علمی به دانشجو
۰/۰۰۰	-۵/۱۷۳	۱/۱۳۲	۲/۳۶۴	۸- تقویت روحیه تفکر انتقادی، ابتکار و خلاقیت به جای اطاعت در دانشجو
۰/۰۰۰	-۴/۰۷۸	۱/۰۸۱	۲/۵۲۳	۹- توجه به تقویت خودپنداره مثبت دانشجو
۰/۰۰۰	-۴/۶۲۰	۱/۱۹۷	۲/۴۰۰	۱۰- کاهش استرس دانشجو برای ممانعت از آسیب‌رسانی احتمالی وی به بیمار
۰/۰۰۲	-۳/۱۴۸	۱/۰۶۱	۲/۶۳۹	۱۱- احترام گذاشتن به استقلال عملی دانشجو

۰/۰۱۶	-۲/۴۵۴	۱/۰۱۶	۲/۷۲۹	۱۲- توجه به زمینه سازی توسعه قدرت تصمیم‌گیری دانشجو در عمل
۰/۲۰۸	-۱/۲۶۹	۱/۰۱۹	۲/۸۶۰	۱۳- زمینه سازی رشد مهارت‌های عملی دانشجویان
۰/۰۰۰	-۵/۴۳۳	۱/۰۳۲	۲/۳۹۵	۱۴- توجه به انواع سبک‌های یادگیری دانشجویان در تدریس خود
۰/۰۰۰	-۵/۱۸۰	۱/۱۶۵	۲/۳۴۸	۱۵- عدم تهدید و تحقیر دانشجو
۰/۰۰۰	-۵/۲۸۵	۰/۶۳۶	۲/۶۳۷	جمع کل
نحوه تعامل استاد با بیمار				
۰/۰۰۳	۳/۱۱۵	۰/۸۷۰	۳/۲۹۴	۱۶- توجه به ضرورت امیدوارسازی بیمار
۰/۰۰۰	۴/۷۵۲	۰/۸۶۲	۳/۴۴۱	۱۷- پرهیز از بدبینی نسبت به بیمار
۰/۰۰۱	۳/۴۷۹	۱/۰۶۰	۳/۴۰۰	۱۸- تأکید بر عدم استفاده از آزمون و خطا بر روی بیماران
۰/۱۱۲	۱/۶۰۶	۱/۲۱۵	۳/۲۱۱	۱۹- اولویت دهی به منافع بیمار در برابر منافع خود
۰/۰۰۷	۲/۷۵۳	۱/۰۱۸	۳/۳۰۲	۲۰- توجه به شیوه مناسب انتقال خبر بد به بیمار
۰/۳۵۴	۰/۹۳۳	۱/۰۴۰	۳/۱۰۴	۲۱- توجه به نگرانی‌های بیمار
۰/۳۶۰	۰/۹۲۰	۱/۱۷۹	۳/۱۱۷	۲۲- تأکید بر کسب اجازه و رضایت از بیمار هنگام معاینات پزشکی
۰/۱۲۹	-۱/۵۳۵	۱/۰۵۹	۲/۸۲۳	۲۳- تأکید بر لزوم همدردی با بیمار
۰/۰۰۲	۳/۱۴۹	۱/۰۹۵	۲/۳۷۲	۲۴- توجه به بیمار به عنوان موجودی انسانی
۰/۰۰۰	۴/۷۲۰	۱/۱۴۲	۳/۵۸۱	۲۵- اهتمام به رعایت حریم خصوصی بیمار و پرهیز از سخنان نامحترمانه

۰/۰۰۱	۳/۳۲۴	۰/۹۴۰	۳/۳۳۷	۲۶- توجه به لزوم برقراری عدالت در بین بیماران
۰/۰۰۰	۵/۴۴۴	۱/۰۱۰	۳/۳۹۵	۲۷- سفارش به صداقت داشتن در برخورد با بیماران
۰/۰۰۰	۳/۶۳۳	۱/۰۰۹	۳/۳۹۵	۲۸- تأکید بر تلاش پیوسته برای کاهش سریع رنج و آلام بیماران
۰/۰۰۹	۲/۶۷۹	۰/۹۶۵	۳/۲۷۹	۲۹- احساس مسؤولیت شدید نسبت به سرنوشت بیمار خود
۰/۰۰۰	۳/۹۴۵	۰/۶۸۳	۳/۲۹۰	جمع کل
نحوه تعامل استاد با همکار				
۰/۰۸۸	۱/۷۲۵	۱/۰۰۰	۳/۱۸۶	۳۰- پرهیز از روحیه بدبینی و خصومت در تعامل با همکاران
۰/۰۰۳	۳/۰۷۰	۰/۹۵۳	۳/۳۱۷	۳۱- اهتمام به یاری رسانی به همکاران خود در حل مشکلات کاری
۰/۰۰۲	۱/۱۳۴	۰/۹۶۳	۳/۳۲۵	۳۲- توجه به روابط دوستانه با همکاران خود
۰/۸۴۰	۰/۲۰۳	۱/۰۶۸	۳/۰۲۳	۳۳- اهتمام به لزوم انجام کار تیمی و مشارکتی با همکاران
۰/۲۸۳	۱/۰۷۹	۰/۹۹۹	۳/۱۱۶	۳۴- سخاوت علمی در ارتباط با سایر همکاران
۰/۷۰۰	-۰/۳۸۷	۱/۱۱۵	۲/۹۵۳	۳۵- پرهیز از روحیه رقابت جویی در تعامل با همکاران
۰/۰۰۵	۲/۸۸۶	۱/۰۰۸	۳/۳۱۴	۳۶- نظرخواهی از همکاران خود در موقعیت‌های درمانی
۰/۰۵۴	۱/۹۵۵	۰/۷۸۷	۳/۱۶۶	جمع کل

بعد نحوه تعامل استاد با جامعه مردم				
۰/۶۳۵	-۰/۴۷۶	۰/۹۱۱	۲/۹۵۲	۳۷- تعهد به افزایش آگاهی‌های پزشکی جامعه
۰/۲۳۴	۱/۱۹۸	۰/۸۹۹	۳/۱۱۶	۳۸- اهتمام به برقراری رابطه اجتماعی مطلوب با مردم
۰/۷۴۱	۰/۳۳۲	۰/۹۷۵	۳/۰۳۴	۳۹- توجه به افزایش توانایی خود برای برطرف کردن نیازهای جامعه
۰/۰۰۰	۳/۶۸۲	۱/۰۰۷	۳/۴۰۴	۴۰- توجه به حفظ شأن، اعتبار و اعتماد مردم نسبت به خود و جامعه پزشکی
۰/۶۷۶	-۰/۴۲۰	۱/۰۲۷	۲/۹۵۳	۴۱- پرهیز از اخلاق تجاری
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱/۰۹۱	۳/۰۰۰	۴۲- تلاش در تفهیم دقیق موقعیت بیمار به همراهان وی
۰/۰۱۹	۲/۲۹۷	۰/۹۴۴	۳/۲۴۴	۴۳- توجه به ایجاد نگرش مثبت نسبت به عملکرد پزشکان در میان مردم
۰/۴۷۰	-۰/۷۲۶	۰/۹۰۲	۲/۹۲۸	۴۴- تلاش در ارتقای کیفیت خدمات درمانی برای عموم مراجعین
۰/۰۰۰	-۷/۷۳۱	۰/۹۷۶	۲/۱۸۶	۴۵- تلاش در رساندن شکایات مردمی به مقامات بالاتر پزشکی
۰/۵۶۰	-۰/۵۸۴	۰/۶۹۶	۲/۹۵۶	جمع کل
بعد نحوه تعامل استاد با خود				
۰/۰۰۷	۲/۷۵۰	۰/۹۴۱	۳/۲۷۹	۴۶- توجه به ارتقای هماهنگی؛ دانش، بینش و مهارت حرفه‌ای خود
۰/۰۳۶	۲/۱۳۵	۰/۹۰۸	۳/۲۰۹	۴۷- داشتن روحیه وظیفه شناسی و وجدان کاری بالا
۰/۵۰۲	-۰/۶۷۵	۱/۱۲۵	۲/۹۱۷	۴۸- تمایل به فعالیت در موقعیت‌های

کاری پیچیده و خطرناک				
۰/۰۰۴	-۲/۹۳۶	۰/۹۹۶	۲/۶۷۰	۴۹- توجه به اختصاص زمان کافی برای خود و خانواده و مدیریت صحیح امور زندگی
۰/۰۵۳	-۱/۹۶۱	۱/۰۵۰	۲/۷۷۶	۵۰- پرهیز از سوء استفاده از قدرت خود
۰/۰۰۰	۹/۰۱۱	۰/۷۵۸	۳/۷۴۱	۵۱- قاطعیت در تصمیم‌گیری‌های کاری
۰/۹۱۶	-۰/۱۰۵	۱/۰۴۸	۲/۹۸۷	۵۲- رشد روحیه خودآگاهی و خود ارزیابی در خود
۰/۰۰۴	۲/۹۹۰	۱/۰۲۱	۳/۳۳۳	۵۳- تمایل و تعهد به یادگیری مادام‌العمر در رشته خود
۰/۰۰۲	-۳/۱۸۶	۱/۱۵۰	۲/۶۰۴	۵۴- تعهد به پذیرش اشتباه خود
۰/۴۵۶	-۰/۷۴۹	۱/۰۰۸	۲/۹۱۸	۵۵- توجه به اعمال و رفتار خود برای الگوی عملی بودن
۰/۰۷۳	۱/۸۱۳	۰/۹۵۷	۳/۱۸۸	۵۶- تعهد به پیروی پیوسته از استانداردهای اخلاقی و انسانی در موقعیت حرفه‌ای
۰/۰۵۷	۱/۹۲۹	۱/۰۳۰	۳/۲۱۹	۵۷- احساس وجود خود در محضر خداوند
۰/۸۹۷	۰/۱۳۰	۰/۶۹۲	۳/۰۰۹	جمع کل

جدول ۲. اولویت بندی میانگین پنج حیطه تعامل استاد در محیط آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان پزشکی دانشگاه شاهد

شاخص‌ها					حیطه تعامل استاد
Sig	X2	DF	اولویت	میانگین	
۰/۰۰۰	۴۶/۵۰۳	۴	اول	۳/۷۲	تعامل استاد با بیمار
			دوم	۳/۴۴	تعامل استاد با همکار
			سوم	۳/۱۸	تعامل استاد با خود
			چهارم	۲/۷۱	تعامل استاد با مردم
			پنجم	۱/۹۵	تعامل استاد با دانشجو

پی‌نوشت‌ها

1. Kassebaum
2. Cutler
3. Validity
4. Reliability
5. Pilot study

فهرست منابع

- Abedini, M. Abasi, A. Mortazavi, F. Bijari, B. (2012). Students' Viewpoint of Factors Affecting Teacher-Students Communication, a Study in Birjand University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*. 12 (6): 439-47.
- Abidi, N. (2010). The Effective Factors of Making Communication between Students and Professors in Medical, Paramedical Student's Opinion. *Education Strategies in Medical Sciences*. 3(3): 133-6.
- Abidi, N. Motamed, N. (2011). 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*. 8 (1): 88-93.
- Elnemr, M. (2010). Professionalism in Medical Education. *Yemeni Journal for Medical Scienses*. (4): 8-25.
- Glicken, A. Merenstein, G. (2007). Addressing the Hidden Curriculum: Understanding Educator Professionalism. *Medical Teacher*. 29: 54-7.
- Hemati moslekpak, M. Khalilzadeh, H. (2011). Nursing Students' Perspectives on Effective Clinical Education: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Medical Education*. 11 (7): 718-27.
- Karseth, B. (2004). Curriculumchanges and moral issues in nursing education. *Nurse Education Today*. 24(8):638-643.
- Kashtiaray, N. Fathi vajargah, K. Zimitat, K. Forughi, AA. (2009). Designing and Accrediting an Experiential Curriculum in Medical Groups Based on Phenomenological Approach. *Iranian Journal of Medical Education*. 9 (1): 55-67.

- Mohamadi, M. (2007). The Survey of Effect of Experienced Curriculum on Student Satisfaction Input Engineering and Basis Science Student from Shiraz University - Proposing Curriculum Explanatory Model. *The Journal of Educational Science and Psychology, Chamran University of Ahvaz*. 4 (3): 63-96.
- Mohamadimehr, M. Fathi vajargah, K. (2008). The Position of the Hidden Curriculum of Continuing Medical Education. *Education Strategies in Medical Sciences*. 1: 48-53.
- Neutens, James J. (2008) The Hidden Curriculum: What Are You Teaching, *Association of Professors of Gynecology and Obstetrics (APGO)*.
- Newell, P. Harris, S. Aufses, A. Ellozy, SH. (2008). Student Perceptions of Medical Errors: Incorporating an Explicit Professionalism Curriculum in the Third-Year Surgery Clerkship. *Journal of Surgical Education*. 65 (2): 117-9.
- Nobakht, M. Rudbari, M. (2012). Student Assessment from the Quality of Instruction Professor at Tehran University of Medical Science. *Teb VA Tazkieh*. 1: 22-6.
- Sanagu, A. Juybari, L. (2010). The Viewpoint and Experiences of Students about Their Evaluation from Professor in the Theoretical Lessons at Golestan University. *Strides in Development of Medical Education*. 7 (1): 57-69.
- Shakeriniya, I. (2009). Physician - Patient Relationship and Its Role in the Patient's Satisfaction from Process of Treatment. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2 (3): 9-16.
- Talebzadeh Nobarian, M. Mosapour, N. Hatami, F. (2009). The Status of Critical Thinking in Implemented Curriculum at Secondary Level. *Quarterly Journal of Curriculum Studis (J.C.S.)*. 4 (13): 105-24.
- Yamani, N. Changiz, T. Adibi, P. (2011). Professionalism and Hidden Curriculum in Medical Education. *Isfahan University of Medical Sciences*.
- Yamani, N. Liyaghatdar, MJ. Changiz, T. Adibi, P. (2009). How Do Medical Students Learn Professionalism During Clinical Education? A Qualitative Study of Faculty Members' and Interns' Experiences. *Iranian Journal of Medical Education*. 9 (4): 382-95.

یادداشت شناسه مؤلف

مینا احمدیان: کارشناس ارشد برنامه ریزی درسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)
پست الکترونیک: ahmadian.nan@gmail.com

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۳/۳/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۲۶

Howness of Teacher's Interaction in the Clinical Educational Environments from the Viewpoints of the Medical Students

M. Ahmadian

Abstract

Background and Objective: The impact of clinical environment training is more than theoretical training curriculum, and the students do what the teachers do, not what the teachers say, so According to the role modeling of the teacher in transferring the professional features, the howness of teacher's interaction in the clinical environments, observed from the view points of the medical students, is a valuable subject for studying. Then this study investigates and classifies five dimensions of teacher's interactions in clinical curriculum from the view points of the medical students. **Method:** The method of study is descriptive, surveying type. The population was all the staggers and interns of Shahed University, in the academic year 1391-2 (N=175), out of which, and with recourse to Krjsty and Morgan table, 123 sample were selected. The research instrument was researcher-make questionnaire on the interactive dimensions assessment of medical teachers. The form and content validity of the device was met and the coefficient Cronbach's alpha was 0/95.

Results: The less-than-half average of teacher's interactions with students (2/63) and the more-than-half average of his interactions with patients (3/29) in clinical curriculum were significant. But the average of howness of teacher's interactions with colleague (3/16), with people (2/95) and with himself (3/00) was not significant. The Inferential test, presented average ranking of teacher's interaction was as such: teacher's interactions with patient (3/72), with the colleague (3/44), with himself (3/18), with people (2/71) and finally with students (1/95) ($P \leq 0/05$).

Conclusion: The necessity of improving the knowledge and practical skill of medical teacher especially with his student and with people, with himself and with colleague signifies the pure attention of the

teacher being focused on an acceptable interaction with patient in Clinical educational environments. The less-than-average interaction with student could, undesireably, result of unsuitable education of the teachers to the clinical students.

Keywords

Teacher, Student, Interaction, Curriculum, Clinical Course