چگونه دانشجویان پزشکی حرفه‌ای‌گری را در بالین می‌آموزند: یک مطالعه کیفی از تجارب اساتید و کارورزان

نیکو یمانی، محمد جواد لیاقتدار، طاهره چنگیز *، پیمان ادیبی

چکیده

مقدمه: دانشجویان پزشکی نگرش‌های حرفه‌ای خود را در طول دوره تحصیل، بویژه در بخش‌های بالینی، به مرور کسب می‌کنند که رفتارهای آینده آنان را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعه به منظور پاسخ به سؤال محوری «دانشجویان پزشکی و اساتید چه تجاربی از فراگیری حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی دارند؟» انجام شده است.

روش‌ها: در یک مطالعه کیفی با نمونه‌گیری هدفمند، ۱۰ نفر استاد و ۱۰ نفر کارورز بخش‌های داخلی و جراحی انتخاب و مورد مصاحبه نیمه‌ساختاردار قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای موضوعی بر اساس رویکرد کریپندورف، شامل گردآوری داده‌ها، تقلیل داده‌ها، استنباط و تحلیل انجام گرفت. برای تأیید دقت و صحت داده‌ها از شیوه‌های پرسش از همکار و چک اعضا استفاده گردید.

نتایج: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، پنج تم «تبادل اطلاعات» شامل برقراری ارتباط با بیمار و همکار، و اطلاع‌رسانی به بیمار، «پاسخ‌گویی به کرامت انسانی» شامل رعایت حقوق بیمار، و احترام به دیگران، «مهربانی» شامل محبت و دلسوزی، و ایثار، «جلب اعتماد» شامل صداقت و رازداری، و اطمینان به پزشک، و «پاسخ‌گویی حرفه‌ای» شامل مسؤولیت‌پذیری، و پذیرش خطا را به عنوان آموخته‌های حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی مطرح نمودند.

نتیجه‌گیری: تجارب مثبت و منفی در آموخته‌های حرفه‌ای‌گری نشان‌دهنده نقش برنامه درسی پنهان در آموزش بالینی است. تجارب منفی می‌تواند موجب بروز رفتارهای غیر حرفه‌ای و غیر اخلاقی گشته و تأثیر آموزشی منفی بر شکل‌گیری رفتارهای حرفه‌ای داشته باشد. آشنایی بیشتر اساتید با حرفه‌ای‌گری، توجه به نقش برنامه درسی پنهان و الگوگیری فراگیران از هنجارها و طرز رفتارها، تلفیق ملاک‌های حرفه‌ای‌گری در فرم‌های ارزشیابی و نظارت سیستمیک بر عملکرد دانشجویان و اساتید در مورد حرفه‌ای‌گری به منظور اصلاح وضعیت پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حرفه‌ای‌گری، آموزش بالینی، برنامه درسی پنهان، دانشجویان پزشکی، هیأت علمی، مطالعه کیفی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / زمستان ۱۳۸۸؛ ۹(٤): ۳۸۲ تا ۳۹۵

مقدمه

دانشگاه‌های علوم پزشکی مسؤولیت تعلیم و 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

* **نویسنده مسؤول:** دکتر طاهره چنگیز (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزارجریب، اصفهان. changiz@edc.mui.ac.ir

دکتر نیکو یمانی، دانشجوی دکتری برنامه‌ریزی درسی گروه علوم تربیتی (yamani@edc.mui.ac.ir)؛ دکتر محمدجواد لیاقتدار، دانشیار گروه علوم تربیتی (mj_liaghatdar@yahoo.com) دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان؛ و دکتر پیمان ادیبی، دانشیار گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (adibi@med.mui.ac.ir).

این مقاله در تاریخ ۸۸/۸/۳۰ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۸/۱۱/۴ اصلاح شده و در تاریخ ۸۸/۱۱/۱۱ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

تلاش نمایند. در تربیت نیروی پزشکی، علاوه بر دانش و مهارتی که برای پرداختن به این حرفه ضروری است، باید به توسعه و تقویت ارزش‌ها، نگرش‌ها، هنجارهای اخلاقی، مهارت‌های اجتماعی و بقیه ویژگی‌هایی که شکل‌دهنده رفتارهای انسانی یک پزشک یا همان مهارت‌های حرفه‌ای‌گری است، توجه شود. بنابراین، پزشک شدن معادل با کسب هویتی جدید در زندگی است که فرد با قبول مسؤولیت و برخورداری از یک سری ویژگی‌های خاص به حرفه پزشکی می‌پردازد(۱). درونمایه اخلاقی این ویژگی‌ها، تقدم منفعت بیمار به منافع شخصی پزشک است(۲) که به عنوان حرفه‌ای‌گری از آن نام برده می‌شود. به عبارتی، حرفه‌ای‌گری برخورداری از نگرش و رفتارهایی است که در برگیرنده ویژگی‌های از خودگذشتگی، امانتداری، محبت، داشتن ارتباط مناسب، احترام، مسؤولیت‌پذیری، تعالی و رهبری می باشد(۳). بورد آمریکایی طب داخلی (American Board of Internal Medicine) تعریفی مشابه از حرفه‌ای‌گری ارائه نموده است که وسیع و جامع بوده و دربرگیرنده سه تعهد و شش عنصر است. سه تعهد عبارتند از: بالاترین استانداردها و کیفیت بالا در عمل به حرفه پزشکی، اولویت به منافع و بهزیستی بیماران و پاسخ‌گو بودن به نیازهای سلامتی جامعه و عناصر شش‌گانه نیز عبارتند از خودگذشتگی، پاسخ‌گویی، تعالی، افتخار، امانتداری و احترام برای دیگران(٤).

امروزه تأکید بسیاری بر آموزش حرفه‌ای‌گری در دانشگاه‌های دنیا می‌شود، با این حال، ایجاد و تأثیرگذاری بر شکل‌گیری شخصیت حرفه‌ای و رفتارهای مرتبط با حرفه‌ای‌گری، یکی از موضوعات پرچالش و مشکل‌آفرین در آموزش پزشکی است(۱،۵و٦). انتظار می‌رود ارزش‌های حرفه‌ای‌گری در طول تحصیل در دانشکده پزشکی و در طول مراقبت از بیماران شکل بگیرد اما، برخی مطالعات نشان می‌دهند ارزش‌هایی که دانشجویان هنگام ورود به دانشگاه از آن برخوردار هستند، در طول تحصیل در دانشگاه دچار تغییر می‌شوند(۷و۸) و چه بسا برخی ارزش‌های منفی به جای ارزش‌های مثبت در آنان شکل می‌گیرد. مفاهیم حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی پزشکی بعضاً آموزش داده می‌شود، یا از طریق الگو بودن اساتید و سایرین نمایش داده شده و نهادینه می‌شوند. بسیاری از دانشکده‌های پزشکی دنیا و تقریباً تمام دانشکده‌های پزشکی آمریکا در آموزش رسمی خود، حرفه‌ای‌گری را در نظر داشته‌اند که غالباً به صورت یک درس مجزا یا به صورت تلفیقی در طول سایر دروس آموزش داده می‌شود(٤). با این حال، برخی پژوهش‌ها حاکی از بروز رفتارهای غیر حرفه‌ای و غیر اخلاقی در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های آموزشی هستند که می‌توانند تأثیر آموزشی منفی بر شکل‌گیری رفتارهای حرفه‌ای داشته باشند(۷).

گلیکن (Glicken) معتقد است بین آنچه به دانشجویان پزشکی در محیط‌های آموزشی یاد داده می‌شود و بین آنچه آنها یاد می‌گیرند تمایز اساسی وجود دارد که بیانگر برنامه درسی پنهان بوده و در بر گیرنده یادگیری در سطح تعاملات بین فردی است(۷). از دید استرن (Stern) واژه برنامه درسی پنهان یا غیر آشکار (implicit) نشان‌دهنده این است که برای هر یادگیرنده یک برنامه درسی موازی با برنامه درسی آشکار، که انتقال‌دهنده دانش و مهارت‌های مورد نیاز است، وجود دارد و این برنامه درسی در برگیرنده ارزش‌ها، هنجارها و انتظارات هر محیط آموزشی می‌باشد. وی در پژوهش خود پیرامون آموزش ارزش‌ها توسط برنامه درسی غیر آشکار نتیجه‌گیری کرده است که حرفه‌ای‌گری اغلب در برنامه درسی غیر آشکار اتفاق می‌افتد که همیشه با ارزش‌های مورد انتظار توافق ندارد(۹). در واقع برنامه درسی پنهان یادگیری است که دانشجویان در طی گذراندن وقت خود در مؤسسه، خارج از برنامه درسی رسمی و از رفتارها و نگرش‌های اساتید خود فرا می‌گیرند(۱۰).

در کشور ما، مطالعه‌ای پیرامون رفتارهای حرفه‌ای‌گری و نحوه یادگیری آن در دانشجویان پزشکی انجام نشده است. همچنین در برنامه درسی پزشکی، درسی تحت عنوان

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

حرفه‌ای‌گری وجود ندارد و تنها برخی مفاهیم حرفه‌ای‌گری در دروسی مانند اخلاق پزشکی آموزش داده می‌شود. بنابراین، لازم است ارزش‌های حرفه‌ای‌گری و نحوه آموزش رفتارهای حرفه‌ای‌گری به دانشجویان پزشکی از دیدگاه‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد. در این راستا، در پژوهش حاضر، هدف، کشف جنبه‌های مختلف فراگیری حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی پزشکی بوده است و با بهره‌گیری از مطالعه‌ای کیفی سعی گردیده است با توصیف تجاربی که کارورزان به عنوان برونداد آموزشی، در طول سال‌های تحصیل و در بالین بیماران خود تجربه کرده‌اند، بتوان تصویری از آنچه اتفاق می‌افتد به دست آورد. در کنار این تصویر تلاش شده است تا از تجارب اساتید در آموزش بالینی نیز بهره‌مند شده تا با در کنار هم گذاشتن این دیدگاه‌ها و تجارب بتوان شرحی از آنچه در حال اتفاق افتادن است ارائه کرد. سپس بر اساس این تجارب و دیدگاه‌ها بتوان راهکارهای لازم برای برنامه‌ریزان آموزشی برای حرکت به سمت تربیت پزشکانی کارآمدتر و با ویژگی‌های والاتر پیشنهاد نمود. سؤال محوری این مطالعه «تجارب دانشجویان پزشکی و اساتید از حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی چیست؟» می‌باشد.

روش‌ها

این پژوهش به صورت یک مطالعه کیفی طراحی و اجرا گردید. انواع مختلفی از تحقیقات کیفی، از جمله پدیدار-شناسی یا قوم‌نگاری وجود دارد. گال معتقد است که در انجام تحقیق کیفی، پیروی از یک نوع خاص ضروری نیست و می‌توان صرفاً با پیروی از روشمندی تحقیقات کیفی، پژوهش مورد نظر را به انجام رسانید(۱۱). جامعه مورد بررسی در این پژوهش، اساتید بالینی و کارورزهای بخش‌های داخلی و جراحی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که در شش ماه اول سال ۱۳۸۸ مورد مصاحبه قرار گرفتند. کارورزها به دلیل تجارب متنوعی که حین راندها، کشیک‌ها، ویزیت درمانگاه و اورژانس دارند، و به دلیل طولانی‌تر بودن دوره آموزشی خود، بیشترین تجارب را دارند، به عنوان جامعه انتخاب شدند. از طرف دیگر، در هر آموزشی، اساتید مهم‌ترین نقش را دارند و بنابراین به منظور روشن شدن جنبه‌های مختلف موضوع مورد بررسی و تبیین نقش اساتید در این میان، تجارب و دیدگاه اساتید نیز مورد بررسی قرار گرفت.

در میان بخش‌های بالینی، دو بخش ماژور داخلی و جراحی، دو بخشی هستند که از یک طرف در طول دوره آموزش بالینی و کارورزی، بیشترین زمان در این دو بخش سپری می‌شود و بیشترین یادگیری در این دو بخش رخ می‌دهد، و از طرف دیگر، بیشتر بیمارانی که پزشکان دانش‌آموخته در سطح جامعه با آنها مواجه می‌شوند، مربوط به مواردی است که در این دو بخش فراگرفته‌اند. به همین دلیل، به منظور درک عمیق‌تر و بررسی جامع‌تر، مطالعه محدود به بررسی تجارب اساتید و کارورزهای این دو بخش گردید

نمونه‌گیری مطالعه به صورت مبتنی بر هدف یا هدفمند (purposeful sampling) با انتخاب نمونه‌های شاخص یا نمونه‌هایی که بیشترین اطلاعات مورد نظر را در اختیار دارند انجام گردید. اساتیدی با شرط حداقل پنج سال سابقه کار تدریس بالینی در بیمارستان و دارای مدرک تخصصی در یکی از رشته‌های داخلی و یا جراحی انتخاب گردیدند. در این راستا، دعوت‌نامه‌ای از طرف رئیس مرکز تحقیقات آموزش پزشکی مبنی بر شرکت در مصاحبه برای اساتید داخلی و جراحی، که دارای معیارهای مطالعه بودند، ارسال گردید. همچنین از ۱۰ نفر کارورز که در حال گذراندن شش ماه آخر دوره کارورزی خود، و مایل به شرکت در مصاحبه و در اختیار قرار دادن تجارب خود بودند، طی تماس تلفنی دعوت به عمل آمد. در این مطالعه، نمونه‌گیری از اساتید و کارورزها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد که با ۲۰ مصاحبه اشباع داده‌ها حاصل گردید. در مجموع ۱۰ نفر استاد و ۱۰ نفر کارورز مورد مصاحبه قرار گرفتند.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌ساختاردار (semi-structured interview) بود. از اساتید و کارورزها برای شرکت در مصاحبه در مکان آرام و خلوت و در ساعتی که از نظر کاری برای آنان مناسب بود، دعوت گردید. قبل از شروع مصاحبه، علاوه بر اطلاعات شفاهی مورد نیاز، فرم رضایت آگاهانه در اختیار آنان قرار گرفت و توسط شرکت‌کنندگان امضا شد. مصاحبه‌ها بطور کامل ضبط گردید و از موارد مهم و کلیدی آنها یادداشت‌برداری شد. هر مصاحبه بین ۱/۵ تا ۲ ساعت به طول انجامید. سؤالات مصاحبه به صورت بازپاسخ و بر اساس راهنمای مصاحبه بود. مصاحبه اساتید و کارورزان همگی حول و حوش محور اصلی پژوهش، که تجارب مشارکت‌کنندگان از فراگیری رفتارهای حرفه‌ای در آموزش بالینی پزشکی بود، مطرح گردید. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوا از نوع کیفی یا تحلیل محتوای موضوعی (thematic content analysis) انجام گرفت. تحلیل محتوا از دید کریپندورف، به طبقه‌بندی، مقوله‌بندی عبارت‌ها و توصیف ساختار منطقی آنها و تعیین پیوستگی‌ها و معنای ضمنی آنها می‌پردازد. مراحل بکار گرفته شده برای تحلیل متن مصاحبه‌ها بر اساس رویکرد تحلیل محتوای موضوعی با روش کریپندورف، شامل گردآوری داده‌ها (شامل ضبط مطالب)، تقلیل داده‌ها، استنباط و تحلیل بود(۱۲).

متن مصاحبه‌ها بطور کامل ضبط گردید. پس از ضبط، مصاحبه‌ها پیاده شده و تایپ شد تا استفاده از آن و کدگذاری داده‌ها راحت‌تر صورت گیرد. محقق قبل از خواندن متن مصاحبه‌ها، چندین بار متن مصاحبه را گوش می‌داد تا با متن کاملاً آشنا شده و بتواند معانی اصلی را استخراج نماید. شروع عملیات تحلیل بعد از اولین مصاحبه آغاز و محقق بعد از دو مصاحبه، کار کدگذاری و دسته‌بندی را آغاز نمود. این کار به محقق کمک می‌کرد تا بتواند سؤالات دیگر مورد نیاز را طراحی و بهتر مسیر مطالعه را هدایت نماید. به این ترتیب، مراحل زیر در تحلیل داده‌ها به دقت دنبال گردید: مصاحبه‌ها یک به یک و کلمه به کلمه، بر روی کاغذ پیاده گردید. سپس سطر به سطر مورد بررسی قرار گرفته، و جملات معنی‌دار که مرتبط با موضوع اصلی پژوهش بودند، علامت‌گذاری شد. مفهوم اصلی جملات معنی‌دار به صورت کد، استخراج شده و دسته‌بندی کدها آغاز گردید. به این ترتیب که کدهای با مفهوم مشترک تحت یک طبقه قرار داده شده و نامگذاری می‌گردید. با هر بار مصاحبه جدید، ممکن بود طبقه‌های قبلی بازنگری و حتی ادغام و یا طبقه جدیدی ایجاد گردد. سپس با نظارت یک ناظر با تجربه در تحلیل داده‌های کیفی، کار طبقه‌بندی و نام‌گذاری طبقه‌ها مورد بازنگری قرار گرفت. به این ترتیب، با تشکیل طبقه‌بندی، تم‌های اصلی مطالعه استخراج و ارتباط بین طبقه‌ها مشخص گردید.

برای تأیید دقت داده‌ها (rigor) و صحت داده‌ها (trustworthiness)، در مورد اعتبار مطالعه (credibility) از شیوه‌های پرسش از همکار و چک اعضا استفاده گردید. به این ترتیب که نتایج تحلیل و طبقه‌بندی‌ها، به تأیید دو نفر از اساتید رسید و علاوه بر آن، از یک محقق با تجربه در تحقیق کیفی نیز نظرخواهی گردید که مورد تأیید قرار گرفت. برای چک اعضا نیز، نتایج تحلیل و کدبندی‌های حاصل از مصاحبه‌شونده‌ها، در اختیار چهار نفر از مصاحبه‌شونده‌ها قرار گرفت که آنها را تأیید نمودند. در مورد انتقال‌پذیری (transferability)، سعی شد که تمام جزئیات تحقیق از نمونه‌گیری گرفته تا فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها بطور کامل شرح داده شود تا در مورد انتقال‌پذیری، نقطه مبهمی باقی نماند. در مورد قابلیت اطمینان (dependability) در مطالعه حاضر، از یک ناظر خارجی با تجربه در تحقیق کیفی استفاده شد که فرایند جمع‌آوری داده‌ها و فرایند تحلیل را بررسی و تأیید نماید و در نتیجه، قابلیت اطمینان مطالعه حاصل گردید. استفاده از ناظر خارجی که به مواردی از قبیل نوارهای مصاحبه، متون پیاده شده، یادداشت‌ها، داده‌های تحلیل شده، یافته‌های مطالعه، معانی استخراج شده، کدها، تم‌ها و طبقه‌بندی‌ها،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

جزئیات فرایند انجام مطالعه، قصد اولیه مطالعه و پرسشنامه اولیه، سؤالات مصاحبه و در کل تمامی جزئیات مطالعه دسترسی داشته باشد، علاوه بر قابلیت اطمینان، سبب تأییدپذیری (conformability) مطالعه نیز می‌شود که در مطالعه حاضر به آن توجه شده است.

نتایج

مشارکت‌کنندگان این مطالعه، اساتید دارای میانگین سابقه کار ۱۹/۲ سال، هفت نفر مرد و سه نفر زن بودند، هفت نفر آنان دارای فوق‌تخصص‌های مختلف رشته داخلی، و سه نفر جراحی بودند. از بین این اساتید، چهار نفر استادیار، چهار نفر دانشیار و دو نفر استاد بودند. بنابراین، طیف مناسبی از اساتید برای مصاحبه دعوت شدند. در مورد کارورزها، پنج نفر از آنها زن و پنج نفر مرد، همگی آنان ورودی سال ۱۳۸۱، و در زمان مصاحبه، شش نفر کارورز ماه نهم، سه نفر ماه ۱۵ و یک نفر ماه ۱۸ بودند بطوری که متوسط ماه کارورزی آنان ۱۱/۷ ماه بود.

جدول ۱: تم‌های اصلی و تم‌های فرعی به دست آمده در مطالعه

آموخته‌های حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی	**تبادل اطلاعات**
	برقراری ارتباط با بیمار و همکار
	اطلاع رسانی به بیمار
	پاسخ‌گویی به کرامت انسانی
	رعایت حقوق بیمار
	احترام به دیگران
	مهربانی
	محبت و دلسوزی
	ایثار و از خودگذشتگی
	جلب اعتماد
	صداقت و رازداری
	اطمینان به پزشک
	پاسخ‌گویی حرفه‌ای
	مسؤولیت پذیری
	پذیرش خطا

در تحلیل مصاحبه‌ها، بعد از حذف کدهای تکراری و ادغام موارد مشابه، در نهایت ۱۴۵ کد به دست آمد که در پنج طبقه یا تم اصلی قرار داده شدند. این تم‌ها عبارت بودند از «تبادل اطلاعات»، «پاسخ‌گویی به کرامت انسانی»، «مهربانی»، «جلب اعتماد»، و «پاسخ‌گویی حرفه‌ای» که بطور جداگانه در جدول یک نشان داده و توصیف شده است.

تبادل اطلاعات

این تم دارای دو زیرطبقه برقراری ارتباط با بیمار و همکار، و اطلاع‌رسانی به بیمار بود. برقراری ارتباط صحیح با بیمار و همکار یکی از مواردی است که تمامی مصاحبه‌شوندگان از هر دو گروه اساتید و کارورزها بر آن تأکید داشتند، زیرا در روند تشخیص و درمان بیماری از اهمیت زیادی برخوردار است. تجاربی مثبت و منفی در برقراری ارتباط با بیمار گزارش گردید. برخی موارد مثبت مطرح عبارت بودند از: برقراری ارتباط مناسب و با صبر و حوصله با بیمار و همراه او، ارتباط و نفوذ برای تغییر تصمیم‌گیری بیمار، روابط مناسب با پرسنل بیمارستان، آرامش و روحیه دادن به بیمار، و تواضع استاد در برابر بیمار. برخی از موارد منفی نیز شامل: نامناسب بودن نحوه ارتباط و برخورد سرد با بیماران و همراه، و نگاه نکردن و لمس نکردن بیمار در برخورد با او بودند. نقل قول مصاحبه‌شوندگان این موضوع را تأیید می‌کند. به عنوان مثال:

استاد شماره ۸، تماس بدنی با بیمار مسن را یکی از راه‌های برقرار ارتباط و آرامش دادن به بیمار می‌داند: «*من روی شونه مریض دست می‌ذاشتم، برای مریض خیلی مهم بود، من این کار را از یکی از استادام یاد گرفتم، هر وقت می‌رفت بالای سر مریض، دست می‌ذاشت رو شونه مریض‌ها، بویژه اونایی که پیر بودند، همین که حرف می‌زد دست رو شونش می‌ذاشت، یعنی اینکه من حواسم به تو هست و بیمار آرامش پیدا می‌کرد*» و یا کارورز شماره ۹ بر مسأله ارتباط نامناسب تأکید داشت: «*اساتید ما وقتی میان بالای سر بیمار، من خیلی کم دیدم که ارتباط با بیمار برقرار کنند، طوری که هم مریض و هم*

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

همراه مریض قانع بشه».

در مورد اطلاع‌رسانی به بیمار اکثر کارورزها مواردی را ذکر کردند که به دلیل ندادن اطلاعات لازم به بیمار از سوی پزشک، عواقبی از قبیل مشکلات درمانی، یا نارضایتی بیمار به وجود می‌آورد. آنان معتقد بودند که به دلایل گوناگون از قبیل نبود وقت کافی یا اهمیت ندادن به بیمار، وقت کافی برای اطلاع‌رسانی به بیمار، بویژه در بخش‌هایی نظیر جراحی، در نظر گرفته نمی‌شود و بیماران اکثراً در جریان سیر بیماری و درمان خود قرار نمی‌گرفتند. این زیرطبقه نیز شامل یادگیری‌های مثبت و یادگیری‌های منفی بود. برخی از یادگیری‌های مثبت شامل توضیح صبورانه روند کار و اتفاقات در جریان به بیمار، توجیه سیر بیماری و درمان برای همراه بیمار، توصیف نحوه مراقبت و حمایت بیمار برای همراه، ارائه توضیحات مورد لزوم در هنگام ترخیص، توصیف ضرورت درخواست مشاوره پزشکی و آزمایشات خاص، و پاسخ دادن به سؤالات بیمار و همراه وی بود.

به عنوان مثال، تجربه کارورز شماره ۳ حاکی از دادن اطلاعات مناسب به بیمار و توجیه شدن مریض است: «*خانم دکتر الف روابطشون با بیمار خوب بود، توضیحی که می‌دادن برای بیمار که حالا می‌خواهیم برا شما چیکار کنیم خوب بود، درمانی که می‌کردن کاملاً براش توضیح می‌دادن، کاملاً برای مریض توجیه می‌کردن که چه اتفاقی می‌خواد برات بیفته*».

مواردی حاکی از عدم اطلاع‌رسانی مناسب به بیمار از قبیل عدم توضیح بیماری و روند درمان و جراحی و عوارض به بیمار و همراه، برخورد با بیمار به‌گونه‌ای که مانع سؤال شود، توضیح ندادن داروها و بیماری به فرد در درمانگاه، و ابهام و نگرانی بیمار و همراه از بی‌اطلاعی از اتفاقات در جریان بود. تجارب کارورز شماره ۲ نشان‌دهنده ندادن اطلاعات لازم به بیمار، بویژه در بخش‌هایی نظیر بخش جراحی است: «*پزشکای جراح ما اصلاً لزومی نمی‌بینن که به مریض توضیح بدن که چه عملی قراره بشی، اگه قراره مریض لاپاراتومی تجسسی بشه خوب باید بدونه که چرا شکمش داره باز می‌شه، ما مواردی را داشتیم که مریض می‌گفت آقا تو که نمی‌دونستی من چمه چرا شکمم رو پاره کردی؟ دکترم به جای اینکه دو دقیقه وقت بذاره توضیح بده، داد و بیدادش به هوا می‌رفت*».

پاسخ‌گویی به کرامت انسانی

این تم دارای دو زیرطبقه رعایت حقوق بیمار و احترام به دیگران بود. در رعایت حقوق بیمار مواردی مانند کسب اجازه از بیمار و رعایت حریم بیمار برای معاینه، رعایت موارد مربوط به جنسیت موقع معاینه بیمار، عدالت در رفتار با بیمار صرف نظر از مذهب و قومیت و شغل و موقعیت اجتماعی، ویزیت و معاینه تک به تک بیماران و توجیه بیمار برای فهم ضرورت اقدامات تشخیصی و درمانی مطرح گردید. عدم رعایت حقوق بیمار نیز با تفاوت در نوع رفتار با فرد پولدار و فقیر، استفاده از بیمار برای مسائل تحقیقی و آموزشی بدون کسب رضایت و آگاهی، عدم رعایت حریم بیمار، برخورد طلبکارانه با بیمار و رد کردن بیماران طبقه اقتصادی اجتماعی پایین بروز می‌یافت. به عنوان مثال، کارورز شماره ۱۰: «*توی بیمارستان‌های ما حریم خصوصی بیماران رعایت نمی‌شه، ما باید امانتدار بیماران باشیم، ... ساده‌ترین حریم یک بیمار که نیاز داره رعایت بشه، موقع معاینه هست، مثلاً همراهان مرد بیمار بغلی حضور دارند، ما عجله داریم می‌خوایم قلب بیمار زن را معاینه کنیم، و چون برای خودمان عادی شده، خیلی راحت دکمه‌های بیمار را باز می‌کنیم*»

در احترام به دیگران نیز برخی موارد مانند رفتار انسانی و گفتگو و رفتار احترام‌آمیز با بیمار و همراه، سرزنش نکردن کارورز جلوی دیگران، به احترام جلوی بیمار بلند شدن، احترام به بیماران صرف نظر از مذهب، و موقعیت اجتماعی و اقتصادی، معرفی خود، کارورز و دستیار قبل از معاینه، پرهیز از تحقیر بیماران حتی در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

موارد حرف غیر منطقی مطرح بود. به عنوان مثال، کارورز شماره ٦: «*آقای دکتر الف اونقدر محترمانه و اونقدر قشنگ با مریض صحبت می‌کنند، به مریض گوش می‌دن و بهش فرصت می‌دن که حرفش را بزنه، این قدر احترام می‌ذارن، به هر مدل مریضی هم که از پشت کوه اومده باشه، بهش همانقدر احترام می‌ذارن*».

مواردی از تجارب اساتید و کارورزها راجع به بی‌احترامی به دیگران نیز اشاره به رفتارهایی مانند کتک زدن و تحقیر و پرخاش کردن و حرف بد زدن، بی‌احترامی به دیگران با ترک آنها و عدم پذیرش نظرات، دیدن بیمار به عنوان یک مورد آموزشی نه انسانی داشت. تجارب کارورز شماره ١ نشان‌دهنده بی احترامی به بیمار در کلینیک است: «*در کلینیک برخی اساتیدمون به مریض پرخاش می‌کنن، که اشتباه کردی، بی‌جا کردی، حتی بعضی وقت‌ها حرف‌های بدتری بهش می‌زنن، چرا مثلاً این کار رو کردی، در مورد نادانی بیمار ... خیلی بیمارا تحقیر می‌شن*».

مهربانی

این تم نیز دارای دو زیرطبقه محبت و دلسوزی، و ایثار بود. ایثار نیز شامل تجارب مثبت حاکی از خود-گذشتگی پزشک و تجاربی منفی نشان‌دهنده توجه پزشک به منافع فردی خود بود. برخی از موارد در رابطه با تجارب اساتید و کارورزها از محبت و دلسوزی در قبال بیماران شامل همدلی و همدردی با بیماران، مهربان بودن پزشک، ایجاد محبت در بیمار با گفتگو و احوالپرسی؛ دلسوزی برای بیمار، و کمک به بیماران بدون احساس کسر شأن بود. مواردی مانند پذیرش بیمار و درمان بیمار حتی در صورت نداشتن مسؤولیت قانونی، مایه گذاشتن از خود و ارائه خدمت و رسیدگی به بیماران حتی درساعات خارج از وقت اداری و شب هنگام، کمک مالی به بیمار، رسیدگی و ویزیت بیماران ارجاع شده برای مشاوره، خارج از حد درخواست شده، و گذشتن از حق الزحمه، نشان‌دهنده موارد حاکی از خودگذشتگی بود. به عنوان مثال، کارورز شماره ٩: «*پزشک وقت استراحتشه، مریض را می‌بینه کارش را انجام می‌ده، هیچ اعتراضی هم نداره، حتی با انجام این کار احساس خوشحالی می‌کنه، یا اینکه شیفت کاریشون نیست به بیمارستان می‌یاند تا مریض بدحالشون رو ویزیت کنن*».

مصاحبه‌شوندگان موارد متعددی از رفتارهای غیر حرفه‌ای را نیز گزارش نمودند که پزشک به دلیل منافع شخصی و مادی خود مرتکب آن رفتارها می‌گردید و از نظر آموزشی تأثیر خوبی بر یادگیرندگان در محیط‌های آموزش بالینی نداشت. مواردی مانند جذب بیماران بیمارستان برای مطب خصوصی خود و گرفتن پول زیرمیزی خصوصی، بستری بیماران غیر مرتبط به تخصص برای کسب درآمد، در نظر گرفتن بیمار به عنوان منبع درآمد، سوء استفاده از کارورز و دستیار و تخت‌های آموزشی برای درآمدزایی نشان‌دهنده این رفتارها بود. به عنوان مثال، تجاربی از قبیل تجربه کارورز شماره ٦ دلالت بر این دارند که اساتید، در بیمارستان آموزشی از موقعیت خود برای جلب بیمار به مطب‌های خصوصی خود استفاده می‌کنند، در حالی که می‌توانند بیمار را به درمانگاه بیمارستان ارجاع دهند: «*مریضایی که می‌خوان مرخص بشن یه برگه می‌ده بهشون میگه بیا، من این برگه رو برات امضا کردم که منشیم بدون نوبت بفرستت تو، خوب این یعنی چی؟ قضیه بیزینسه دیگه*».

جلب اعتماد

این تم خود دارای دو زیر طبقه صداقت و رازداری، و اطمینان به پزشک بود. صداقت در برابر بیمار امری است نسبی و بسته به موقعیت فرهنگی و اجتماعی، مفهوم آن می‌تواند متفاوت باشد، هم اساتید و هم کارورزها مواردی را از تجارب مثبت و منفی در ارتباط با صداقت و رازداری مطرح نمودند. رعایت صداقت و رازداری شامل مواردی از قبیل اطلاع رسانی پیش‌آگهی بد بیماری به همراه و نه خود بیمار، فاش نکردن راز بیمار به فامیل و نزدیکان و دانشجو، معرفی موارد جالب بیماری به صورت بیمار ناشناس، رعایت صداقت و راستگویی به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

بیمار با توجه به مسائل فرهنگی بود. به عنوان مثال، استاد شماره ۷ تأکید بر رازداری برای بیمار حتی در برابر شوهر وی دارد: «*وقتی مریض می‌گه من می‌خوام شوهرم ندونه من چمه، وای به حال من اگه به شوهرش بگم و شوهرش رو این یه طوری عکس‌العمل نشون بده، اونوقت دیگه شخصیتی برای من پیش مریض نمی‌مونه، حفظ راز مریض چقدر اهمیت داره*». مواردی از تجارب اساتید و کارورزها در مورد عدم رعایت صداقت و رازداری شامل ذکر موارد محرمانه در حضور بیمار، رعایت نکردن رازداری بیمار در مقابل همکاران، نگفتن حقیقت به بیمار، عدم تمایل پزشک برای شرح واقعیت و شرایط بد بیماری به همراه بیمار، و فاش نمودن موارد محرمانه برای حفظ سلامتی پرسنل می‌گردید.

از طرفی، پزشک با نحوه برخورد با بیمار می‌تواند در جلب اطمینان یا بی‌اعتمادی بیمار نقش داشته باشد. انجام کارهای مصلحتی برای ایجاد اطمینان به بیمار و خانواده، جلب اعتماد بیمار و خانواده بیمار با ارائه توضیحات مورد نیاز فردی، امکان گفتگو با بیمار و ایجاد سهولت برای طرح مسائل شخصی زندگی، و جلب اعتماد بیمار از طریق نشان دادن تلاش پزشک برای بهبودی بیمار از موارد نقل شده بود.

از سوی دیگر، بی‌اعتمادی بیماران به صورت سلب اعتماد از پزشک به دلیل عدم دریافت توضیحات کافی از سوی پزشک، عوض کردن پزشک به علت عدم اطمینان به او، بروز خطر در بیمار متعاقب بی‌اعتمادی به پزشک بروز می‌یافت. مانند تجربه کارورز شماره ۱: «*مثلاً پدر و مادری بودند که بچه‌شون آرتریت سپتیک (عفونت مفصل)، کرده بود، مسأله مفصل هیپ بود و جراحی اورژانسی لازم داشت، آنها زیر بار نرفتند و گفتن شما دستیار و کارورز هستید و نمی‌ذاریم بچه‌مون رو عمل کنید، خطر این بی‌اعتمادی اینه که مفصل بچه از کار می‌افته و برای همیشه در وضعیت ثابت می‌مونه*».

پاسخ‌گویی حرفه‌ای

این تم دارای دو زیرطبقه مسؤولیت‌پذیری، و پذیرش خطا بود که هر زیرطبقه نیز در برگیرنده موارد مثبت و منفی می‌گردید. مسؤولیت در قبال بیمار، یعنی انجام وظایف محوله و پاسخ‌گویی به نیازهای بیمار. در راستای مسؤولیت‌پذیری، در مصاحبه به مواردی مانند صرف وقت و دقت در شناخت بیمار و شرح حال او، نگاه کل‌گرا به بیمار و بررسی همه جانبه ویژگی‌ها و مشکلات بیمار، دقیق بودن در انجام کارهای بیمار، کوتاهی نکردن در قبال مسؤولیت در برابر بیمار، توجه و حساسیت داشتن به موارد سهل‌انگاری و کم‌کاری برای بیمار، تذکر اهمیت مسأله بیمار به همکاران برای پیشگیری از رها کردن بیمار، در نظر گرفتن منافع بیمار در مقابل درخواست او، و رعایت پوشش مناسب برای بخش بود. بر اساس تجربه کارورزشماره ۹، اساتید مسؤولیت‌پذیری بالا دارند و از دید وی مسؤولیت‌پذیری یک ارزش محسوب می‌شود: «*اساتید بر حسب وظیفه و به خاطر مسؤولیت‌پذیریشون هست که وظیفه‌شون رو در قبال بیمارشون انجام می‌دهند، مسؤولیت پذیرفتن براشون یک ارزشه*». در مقابل، اهمیت ندادن به شکایات بیماران، جدی نگرفتن عوارض بیماری و جراحی، عدم احساس مسؤولیت در هنگام آنکالی (کشیک اساتید)؛ گرفتن شرح حال ناقص و صرف وقت کمتر برای بیماران غیر فارسی زبان، ایجاد نگرانی در بیمار و همراه وی، از سرخود باز کردن بیمار، بی‌توجهی به صحبت‌ها و نظرات بیمار، عدم پذیرش بیمار و ارجاع بیماران مشکلدار به پزشکان جوان، فرار از دردسر و زیر بار عمل جراحی سخت نرفتن، تجویز دارو بدون معاینه دقیق بیمار، آرایش کردن و ناخن بلند داشتن، از سوی مصاحبه‌شوندگان به عنوان یک کار غیر حرفه‌ای و بی‌مسؤولیتی در قبال بیمار قلمداد گردید. استاد شماره ۱، تجاربی در مورد همکاران خود نقل می‌کند که حتی به مریض پر خطر اهمیت نمی‌دهند و این مسأله بار آموزشی منفی برای دستیار و دانشجو دارد. «*متخصص دانشگاه ما، بالای سر مریض*

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

نمیاد، مثلاً مریض را می‌نویسیم های‌ریسکه (پر خطره)، و دم مرگه، هیچ کدوم نمیان یه ده دقیقه بالای سرش باشن، پرونده مریض را دستیار می‌بره پیشش ببینه».

بحث

هدف از این مطالعه، توصیف تجارب فراگیری حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی پزشکی بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه پنج تم اصلی «تبادل اطلاعات»، «پاسخ‌گویی به کرامت انسانی»، «مهربانی»، «جلب اعتماد»، و «پاسخ‌گویی حرفه‌ای» و ۱۰ تم فرعی یا زیرطبقه شامل برقراری ارتباط با بیمار و همکار، اطلاع‌رسانی به بیمار، رعایت حقوق بیمار، احترام به دیگران، محبت و دلسوزی، ایثار، صداقت و رازداری، اطمینان به پزشک، مسؤولیت‌پذیری، و پذیرش خطا را به عنوان آموخته‌های آموزش بالینی در ارتباط با موارد انسانی مرتبط با بیمار مطرح نمودند. تأمل در این موارد نشان می‌دهد که در واقع، موارد آشکار شده از تجارب اساتید و کارورزها همان ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری است که به صورت تجارب مثبت و منفی، هر دو مطرح گردیده است.

سایر مطالعات انجام شده پیرامون حرفه‌ای‌گری ویژگی‌های مشابهی را برای حرفه‌ای‌گری در پزشکی ذکر می‌کنند. اما برخی از ویژگی‌های به دست آمده در این مطالعه در هیچ کدام از منابع در دسترس به این شکل ذکر نشده، کمتر نامی از آن برده شده یا در دل سایر ویژگی‌ها بیان شده است. به عنوان مثال، انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا (Association of American Medical Colleges)، ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری را، ایثار، شرافت، محبت، احترام، مسؤولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی، تعالی، دانش‌پژوهی و رهبری می‌داند(۷). کوهن (Cohen)، ویژگی‌های ازخودگذشتگی، احترام، صداقت، امانت‌داری، وظیفه‌شناسی، شرافت، تعالی و پاسخ‌گویی را ذکر می‌کند(۲). به همین ترتیب، دیگران نیز ویژگی‌هایی را برای حرفه‌ای‌گری برشمرده‌اند که برخی با ویژگی‌های مطالعه حاضر همخوانی دارد و برخی متفاوت است(۳و۱۳تا۱۵).

دقت در این تعاریف و بیان ویژگی‌ها نشان می‌دهد که موارد از خودگذشتگی یا ایثار، احترام، محبت و مسؤولیت‌پذیری در اغلب تعاریف ذکر شده است. مواردی از قبیل برقراری ارتباط مناسب، اطلاع‌رسانی به بیمار، رازداری و صداقت، قابل اطمینان بودن در برخی از منابع و تمایل به پذیرش اشتباه در یک یا دو منبع به عنوان ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری نام برده شده است. ویژگی‌هایی از قبیل شرافت، پاسخ‌گو بودن، تعهد به یادگیری همیشگی، یادگیری خودراهبر، تعالی و رهبری در برخی منابع نام برده شده است اما جزو ویژگی‌های استخراج شده در مطالعه حاضر نبوده است. دلیل آن هم این است که ویژگی‌هایی از قبیل شرافت و پاسخ‌گویی در دل بقیه ویژگی‌ها مانند احترام و ایثار و مسؤولیت‌پذیری نهفته است و مواردی از قبیل تعهد به یادگیری همیشگی، یادگیری خودراهبر و تعالی به جنبه‌های دانشی حرفه‌ای‌گری مربوط می‌شود تا جنبه‌های انسانی، در حالی که در مطالعه حاضر بیشتر جنبه‌های انسانی حرفه‌ای‌گری مد نظر بوده است.

قابل ذکر است که رعایت حقوق بیماران، موردی می‌باشد که تنها در مطالعه حاضر ذکر شده و در سایر مطالعات به آن اشاره نشده است. ممکن است برخی موارد حقوق بیمار به جنبه‌هایی از قبیل اطلاع‌رسانی و رازداری و احترام مربوط شود ولی برخی موارد نیز خاص حقوق بیمار است و به خاطر اهمیت به آن به عنوان حیطه جداگانه‌ای در نظر گرفته شده است. شاید یکی دیگر از دلایل آن، نادیده گرفته شدن حقوق بیمار در بیمارستان‌های ما نسبت به بیمارستان‌های سایر کشورها باشد، که موجب شده است در تجارب کارورزها و اساتید، رعایت آن یا عدم رعایت آن نقش بارزی به خود اختصاص دهد. در مقالات مربوط به اخلاق پزشکی در داخل کشور هم به کرات در مورد حقوق بیمار تأکید شده است که نشان‌دهنده احساس اهمیت توجه به حقوق بیمار در جامعه ماست(۱۶).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

مطالعات اندکی در ایران راجع به حرفه‌ای‌گری در رشته پزشکی انجام شده، در مطالعه‌ای بر روی کارورزان و دستیاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از ۳۷۳ نفر راجع به اهمیت و تأثیر ویژگی‌های حرفه‌ای اساتید بر روی فراگیران سؤال گردید و نشان داده شد که اساتید به عنوان یک الگوی حرفه‌ای، بر روی ایجاد انگیزه آموزشی، نگرش اخلاقی و انسانی و رفتار و مهارت‌های انسانی بسیار مؤثر هستند(۱۷). ناگفته نماند که اغلب پیشینه پژوهشی در مورد حرفه‌ای‌گری موجود در بررسی متون مربوط به سایر کشورهاست.

در یک مطالعه، دانشجویان شش دانشکده پزشکی مورد بررسی قرار گرفتند، ۹۸ درصد آنان گزارش کردند که اساتید آنها بطور توهین‌آمیزی با بیماران خود در بخش صحبت می‌کنند و ٦١ درصد آنان اشاره نمودند که اعضای تیم پزشکی را در حال ارتکاب رفتارهای غیر اخلاقی مشاهده کرده‌اند(۱۸). کولهان (Coulehan)، نیز گزارشی در مورد فرهنگ بیمارستان مدرن و برنامه درسی پنهان و نقش آن در ارتقای حرفه‌ای‌گری تهیه نمود. از دید او محیط‌های یادگیری فعلی خالی از همدلی بوده و اغلب جایی است که جهان اصلی بطور کامل در خارج از اتاق بیمار و در سالن کنفرانس، راهروهای بیمارستان یا ایستگاه بخش واقع شده است(۵). یافته‌های مشابهی توسط بوراک (Burack)، ارائه شد که به مشاهده نحوه پاسخ به رفتارهای غیر حرفه‌ای در تیم‌های پزشکی پرداخته است. وی دریافت که اساتید تمایلی برای واکنش در برابر رفتارهای غیر حرفه‌ای از قبیل عدم رعایت دیگران، بی‌مهری و بی‌احترامی نسبت به بیماران ندارند و در مقابل، به این رفتارها توجهی نکرده و حتی آنها را بعضاً توجیه می‌کنند(۱۹). تمامی اینها نشان‌دهنده مواردی از امکان یادگیری رفتارهای غیر حرفه‌ای توسط یادگیرندگان است که تأییدکننده یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد، چرا که مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نیز نقل کننده تجارب منفی در ارتباط با رفتارهای مشاهده شده در بخش‌های بالینی بودند. رحیمی، نیز مواردی از یادگیری جنبه‌های مثبت و منفی در محیط‌های آموزش بالینی را ذکر نموده است(۲۰)

تأمل در نحوه یادگیری رفتارها، نگرش‌ها و ویژگی‌های ذکر شده در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اغلب این موارد حاصل مشاهده رفتارها و تعاملات استاد با بیماران، دانشجویان، پرسنل و همراه بیماران و همچنین قرار گرفتن کارورزها در محیط آموزش بالینی بوده است. این جنبه‌ها، همان طور که قبلاً در تعریف برنامه درسی پنهان ذکر گردید، در واقع، مربوط به برنامه درسی پنهان است. از دید متخصصان آموزش پزشکی، برنامه درسی پنهان قوی‌ترین راه برای انتقال ارزش‌های حرفه‌ای‌گری است(۲۱،۲و۲۲) که یافته‌های مطالعه حاضر نیز مؤید این مطلب می‌باشد.

بنابراین، می‌توان گفت که آموزش پزشکی، ابعاد دیگری به غیر از برنامه درسی صریح یا قصد شده دارد. این امر نشانگر این است که بین آنچه به دانشجویان پزشکی در محیط‌های آموزشی یاد داده می‌شود و بین آنچه آنها یاد می‌گیرند تمایز اساسی وجود دارد و برنامه درسی پنهان در برگیرنده یادگیری در سطح تعاملات بین فردی است. الگو بودن اساتید برای دانشجویان و الگو قرار دادن اساتید از سوی دانشجویان به واسطه نقشی که در یادگیری آنان، بویژه در راستای رفتارها و نگرش‌های حرفه‌ای دارد، می‌تواند بخشی از برنامه درسی پنهان قلمداد گردد(۲۳). رینولدز (Reynolds) معتقد است که آموزش پزشکی بر جامعه‌ای از پزشکان با ارزش‌های مشترک استوار است. در چنین اجتماعی، تعاملات دانشجویان با اساتید، آنان را با این ارزش‌ها روبرو ساخته و بنابراین، تأثیر زیادی در یادگیری آنان و پذیرش این ارزش‌ها از سوی دانشجویان می‌تواند داشته باشد(۲٤). پس علاوه بر هدفمند ساختن آموزش بالینی در راستای آموزش حرفه‌ای‌گری، و برنامه‌ریزی برای آموزش و ارزشیابی رسمی آن، باید به خنثی کردن عناصر منفی در برنامه درسی پنهان همت گمارد و در این راستا شناخت نقش برنامه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

درسی پنهان اهمیت ویژه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه زمینه‌ای است که مطالعه در آن صورت گرفته که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه سازد، چرا که در هر مؤسسه یا دانشگاه ممکن است تمایل به بروز برخی ویژگی‌های خاص در حرفه‌ای‌گری کمتر یا بیشتر باشد. به علاوه، فقط اساتید و کارورزهای بخش‌های داخلی و جراحی مورد بررسی قرار گرفتند و همچنین رفتارهای حرفه‌ای‌گری بطور مستقیم مورد مشاهده نبوده و اطلاعات حاصل در نتیجه تجارب بیان شده توسط مشارکت کنندگان در تحقیق بوده است. به عبارت دیگر، مطالعات کیفی، هر چند در توصیف پدیده، قوی و زمینه‌ساز تئوری و فرضیه هستند، ولی از نظر تعمیم‌پذیری محدودیت دارند.

پژوهشگران پیشنهاد می‌نمایند کلیه اساتید و مدرسان باید با نقش برنامه درسی پنهان در آموزش حرفه‌ای‌گری بیشتر آشنا شوند. این امر در آنان این بینش را فراهم می‌کند که فراگیران ارزش‌ها، هنجارها و طرز تفکرهای خاص را بطور ضمنی از آنان می‌آموزند و با دوربین‌های ذهنی خود از رفتار استادان خود فیلم برداری و پس از تفسیر، آنان را درونی می‌کنند. در کنار برنامه درسی پنهان، باید به نقش آموزش آشکار حرفه‌ای‌گری نیز توجه نمود. تلفیق آموزش حرفه‌ای‌گری در طول دوره آموزش پزشکی و استفاده از فرمت‌های مختلف تدریس شامل دروس انتخابی، تیم‌های یادگیری در گروه‌های کوچک، و موقعیت‌هایی برای خدمت در جامعه و پیگیری بیماران ممکن است مفید باشد. سایر اقدامات از قبیل برنامه‌ریزی برای آموزش اساتید به منظور بهبودی اثربخشی آموزش رسمی در حرفه‌ای‌گری و الگو بودن برای یادگیرندگان، ایجاد و حفظ محیط‌های یادگیری سالم، برگزاری مراسم ویژه‌ای به منظور توجه به حرفه‌ای‌گری مانند مراسم روپوش سفید در بیمارستان، تشویق و جایزه به افراد شایسته، تلفیق ملاک‌های حرفه‌ای‌گری در فرم‌های ارزشیابی و اعمال روش‌های ارزشیابی حرفه‌ای‌گری در مقاطع مختلف آموزش بالینی و در ارزشیابی اساتید پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه پنج تم اصلی و ۱۰ تم فرعی را که نشان‌دهنده جنبه‌های انسانی رفتارهای حرفه‌ای بود، به عنوان آموخته‌های آموزش بالینی برای حرفه‌ای‌گری مطرح نمودند. این آموخته‌ها بیشتر در قالب برنامه درسی پنهان رخ می‌دهد و نشان‌دهنده اهمیت نقش برنامه درسی پنهان و آموزش‌های ضمنی در انتقال ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری است. در این زمینه تجاربی مثبت و منفی در آموخته‌های حرفه‌ای‌گری در آموزش بالینی گزارش گردید، که تجارب منفی می‌تواند موجب بروز رفتارهای غیر حرفه‌ای و غیر اخلاقی شده و تأثیر آموزشی منفی بر شکل‌گیری رفتارهای حرفه‌ای داشته باشند.

اگر بپذیریم که در تربیت نیروی پزشکی، علاوه بر دانش و مهارتی که برای پرداختن به این حرفه ضروری است، باید به توسعه و تقویت ارزش‌ها، نگرش‌ها، هنجارهای اخلاقی، مهارت‌های اجتماعی و بقیه ویژگی‌هایی که شکل‌دهنده رفتارهای انسانی یک پزشک یا همان مهارت‌های حرفه‌ای‌گری است نیز توجه لازم بنماییم، باید به نقش برنامه درسی پنهان توجه کنیم. بنابراین، لازم است که برنامه‌های درسی پنهانی که در حال اجراست بطور دقیق و مداوم مورد شناسایی قرار گرفته و در کنار توجه به آموزش آشکار حرفه‌ای‌گری، راهکارهایی برای مقابله با پیامدهای منفی و تقویت پیامدهای مثبت برنامه درسی پنهان ارائه گردد. هدفمند ساختن آموزش بالینی در راستای آموزش حرفه‌ای‌گری، آشنایی بیشتر اساتید با حرفه‌ای‌گری و نقش برنامه درسی پنهان در این میان، توجه به الگو گیری فراگیران از ارزش‌ها، هنجارها و طرز رفتارها، تلفیق ملاک‌های حرفه‌ای‌گری در فرم‌های ارزشیابی و نظارت سیستمی بر عملکرد دانشجویان و اساتید در مورد حرفه‌ای‌گری، و انجام مطالعات مداخله‌ای به منظور اصلاح وضعیت، پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که مراتب تشکر خود را از خانم مینا توتونچی، که بی‌دریغ در فرایند انجام پژوهش و نظارت بر تحلیل داده‌ها همکاری نمودند و خانم دکتر فریبا طالقانی، که در تحلیل داده‌ها راهنمایی کردند، اعلام دارند. همچنین از خانم میترا دادمان و خانم مریم تیموری، کارشناسان محترم مدیریت مطالعات و توسعه آموزش به خاطر زحماتشان در فرایند جمع‌آوری اطلاعات تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V. Defining medical professionalism: a qualitative study. Med Educ 2007; 41(3): 288-94.
2. Cohen JJ. Professionalism in medical education: an American perspective: from evidence to accountability. Med Educ 2006 Jul; 40(7): 607-17.
3. Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K, Wenrech MD, Oelschlager AA, Baernstein A, et al. Professionalism in medical education: an isntitutional challenge. Med Educ 2006; 81(10): 871-6.
4. Shrank WH, Reed VA, Jernstedt GC. Fostering professionalism in medical education: a call for improved assessment and meaningful incentives. J Gen Intern Med 2004; 19(8): 887-92.
5. Coulehan J. Viewpoint: today's professionalism: engaging the mind but not the heart. Acad Med 2005 Oct; 80(10): 892-8.
6. Whitcomb ME. Medical Professionalism: can it be taught? Acad Med 2005; 80(10): 883-4.
7. Glicken AD, Merenstein GB. Addressing the hidden curriculum: understanding educator professionalism. Med Teach 2007; 29(1): 54-7.
8. Stern DT. Practicing what we preach? An analysis of the curriculum of values in medical education. Am J Med 1998; 104(6): 569-75.
9. Stern DT. Culture, Communication, and the informal curriculum, in search of the informal curriculum: when and where professional values are taught. Acad Med 1998; 73(10): S28-S30.
10. D'eon M, Lear N, Turner M, Jones C. Perils of the hidden curriculum revisited. Med Teach 2007; 29(4): 295-6.
11. Gall MD, Gall JP, Borg W. Educational research: an introduction. 7th ed. Boston: Pearson Education. 2003.
12. Krippendorff KH. Content analysis: an introduction to its methodology. 2nd ed. London: Sage Publications. 2003.
13. Buyx AM, Maxwell B, Schone-Seifert B. Challenges of educating for medical professionalism: who should step up to the line? Med Educ 2008 Aug; 42(8): 758-64.
14. Bryan RE, Krych AJ, Carmichael SW, Viggiano TR, Pawlina W. Assessing professionalism in early medical education: experience with peer evaluation and self-evaluation in the gross anatomy course. Annals Academy of Medicine 2005; 34(8): 486-91.
15. Cottrell S, Diaz S, Cather A, Shumway J. Assessing medical students professionalism: an analysis of a peer assessment. Medical Education Online 2006; 11(8): Available from: http://www.med-ed-online.net/index.php/meo/article/viewFile/4587/4766
16. Mahdavi Omran S. [Pezeshk va khatarati ke dar kamine uo ast (sefate yek pezeshk. rabeteye pezeshk va bimar)]. Tehran: Markaze Motaleat va Tahghighate Akhlaghe Pezeshki; 1994. [Persian]
17. Barzegar M. [Barrasiye moghayeseieye vighegihaye yek olgoye herfei az nazare faragirane pezeshki dar maghatea karvarzi va dastyari goroohe dakheliye daneshkadeye pezeshkiye Isfahan]. [dissertation]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences. 2007. [Persian]
18. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. Acad Med 1994; 69(8): 670-9.
19. Burack JH, Irby DM, Carline JD, Root RK, Larson EB. Teaching compassion and respect : attending physicians' responses to problematic behaviors. J Gen Intern Med 1999 Jan; 14(1): 49-55.
20. Rahimi M. [Barrasiye tajarebe daneshjoyan az barnameye darsiye mostater dar daneshkadeye parastari mamaiye daneshgahe olume pezeshkiye Isfahan]. [Dissertation]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences. 2001. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

21. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of med educ. Acad Med 1994; 69(11): 861-71.
22. Haidet P, Kelly P, Chou C. Characterising the patient-centredness of hidden curriculua in medical schools: development and validation of a new measure. Acad Med 2005; 80(1): 44-50.
23. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perception of teaching. BMJ 2004; 329(7469): 770-73.
24. Reynolds PP. Reaffirming professionalism through the education community. Ann Intern Med 1994; 120(7): 609-14.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]

How Do Medical Students Learn Professionalism During Clinical Education? A Qualitative Study of Faculty Members' and Interns' Experiences

Yamani N, Liaghatdar MJ, Changiz T, Adibi P.

Abstract

Introduction: *Influence the professional personality development and related behaviors is one of the most challenging and complicated issues in medical education. Medical students acquire their professional attitudes gradually during their education in clinical wards which profoundly affects their future manner. This study was performed in order to answer this core question: "Which experiences do teachers and interns have from professionalism learning in clinical education?".*
Methods: *In a qualitative study with purposive sampling, 10 teachers and 10 interns of internal medicine and surgery wards were selected and interviewed using semi-structured method. Data was analyzed using thematic content analysis based on Krippendorff's approach including: data gathering, data reduction, deduction, and analysis. Member check and asking colleagues were used for data authentication and rigor.*
Results: *Five themes were revealed as taught matters of professionalism in clinical education by participants in this study which included "information exchange" such as communication with patient and colleague, and providing patient with information, "response to human munificence" such as observing patients' rights, and respecting others, "affection" such as sympathy, compassion, and altruism, "trust" such as honesty and confidentiality, and trust to physician, and "professional accountability" such as responsibility, and fault acceptance.*
Conclusion: *Positive and negative experiences in learning professionalism demonstrates the role of hidden curriculum in clinical education. Negative experiences may cause unprofessional and immoral behaviors and leave a negative educational effect on forming professional performances. It is recommended to familiarize faculty members with professionalism more than before, pay attention to the role of hidden curriculum and faculty members as role models, integrate professionalism criteria in evaluation forms, and consider kind of systematic supervision on students' and faculty members' performance in order to modify the current situation.*

Keywords: Professionalism, Hidden curriculum, Medical students, Faculty members, Qualitative study.

Addresses:
Corresponding Author: Tahereh Changiz, Associate Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
E-mail: changiz@edc.mui.ac.ir
Nikoo Yamani, Ph.D candidate, Department of Educational Sciences, School of Education and Psychology, The University of Isfahan, Isfahan, Iran. E-mail: yamani@edc.mui.ac.ir
Mohammad Javad Liaghatdar, Associate Professor, Department of Educational Sciences, School of Educational Sciences and Psychology, The University of Isfahan, Isfahan, Iran.
E-mail: mj_liaghatdar@yahoo.com
Peyman Adibi, Associate Professor, Department of Internal, Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: adibi@med.mui.ac.ir

Source: Iranian Journal of Medical Education 2010 Win; 9(4): 382-394.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-13]