

تبیین فرآیند حرفه‌ای‌گرایی دانشجویان پزشکی در بالین

* زهره سادات میرمقتدایی، سلیمان احمدی، محمدعلی حسینی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۲/۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۲۶

چکیده

مقدمه: تجربه بالینی همواره یک بخش مکمل از آموزش پزشکی است که دانشجویان را آماده می‌کند تا بتوانند به همان خوبی که اصول بالینی را می‌دانند در عمل هم بتوانند آن‌ها را انجام دهند. اخلاق چه در مقوله مداوای بیمار و چه در امر آموزش دانشجویان تربیت وی برای اعتلای علمی و مهارتی ضروری است. این مطالعه به بررسی تجارب و دیدگاه‌های اساتید و دانشجویان رشته‌های پزشکی در زمینه فرآیند حرفه‌گرایی در آموزش بالینی با هدف تبیین فرآیند حرفه‌ای‌گرایی دانشجویان پزشکی در بالین انجام گرفت.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع تحلیل محتوا بود. جامعه مورد پژوهش را دانشجویان پزشکی بخش زنان مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی اصفهان که در نیمسال اول سال ۱۳۹۲ به صورت هدفمند انتخاب شده بودند، تشکیل می‌داد. دانشجویان از طریق مصاحبه ساختارمند (۱۸ نفر) و همچنین اساتید صاحب‌نظر بالینی که حداقل به مدت یک سال دروس بالینی تدریس کرده و قدرت بیان و قابلیت انتقال معانی در مورد حرفه‌ای‌گرایی را داشتند (۹ نفر)، دعوت به مصاحبه نیمه ساختار یافته (مصاحبه فردی) شدند. داده‌ها بر اساس روش اشتراوس و کوربین تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: به‌طور کلی هشت طبقه اصلی و شش طبقه فرعی ایجاد شد که در نهایت چهار تم از این طبقات تحت عنوان عوامل فرهنگی، عوامل اجتماعی، عوامل سیاسی، عوامل اقتصادی استخراج شدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که مفهوم حرفه‌ای‌گرایی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان ارتباط تنگاتنگی با نحوه برخورد آنان با موارد بالینی در بخش‌های آموزشی دارد. آن‌ها اگرچه اخلاقیات را یک امر بسیار مهم می‌دانند اما در برخورد با آن عوامل بسیار زیادی را دخیل دانسته که همگی در ارتباط تنگاتنگی با هم می‌توانند فرآیند اخلاقی شدن را ملکه سازند.

کلمات کلیدی: آموزش، صلاحیت بالینی، پژوهش کیفی، حرفه‌ای‌گرایی، تحلیل محتوا

مقدمه

نظام اخلاقی علم و آموزش عالی منعکس‌کننده هنجارهای درونی علمی، حرفه‌ای و احساس تعهد اخلاقی از سوی خود حرفه‌ای‌ها و نهادهای تخصصی آن‌هاست و پایه و اساس آن خودفهمی حرفه‌ای و عبور از مفهوم معیشتی کسب و کار علمی است. ارزش‌ها و منش‌های اخلاقیات حرفه‌ای علمی نه براساس الگوی فرهنگ‌سازی از بالا بلکه با الگوی شیوع و انتشار درون‌زا در بستر فعالیت‌های خودجوش از سوی نهادهای حرفه‌ای دانشگاه‌ها توسعه می‌یابد (۱).

موضوع حرفه‌ای‌گرایی مدت زمانی است در کشورهای مختلف و در گروه‌های شغلی و حرف مختلف مورد توجه قرار گرفته و تلاش‌هایی در جهت تدوین کدها و استانداردهای اخلاقی صورت گرفته است. حرفه‌ای‌گرایی به مسائل و پرسش‌های اخلاقی و نیز اصول و ارزش‌های اخلاقی یک نظام حرفه‌ای

* نویسنده مسئول: زهره سادات میرمقتدایی، دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. mirmoghtada@yahoo.com

سلیمان احمدی، استادیار گروه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رییس مرکز خدمات آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.

مانند حرفه پزشکی می‌پردازد و ناظر بر افعال ارادی حرفه‌ای‌ها در حیطه فعالیت‌های حرفه‌ای خودشان است (۱).

دانشگاه‌ها به عنوان نهاد تولیدکننده و انتقال‌دهنده دانش و تأمین‌کننده نیروی انسانی متخصص در جامعه وظیفه دارند به طور مستمر به بررسی وضعیت موجود خود پرداخته و با تحلیل مسائل به راهکارهای عملی برای ارتقاء کیفیت آموزش دست یابند (۲). از جمله مسئولیت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تعلیم و تربیت پزشکان و پرسنل درمانی است که پس از دانش آموختگی بتوانند با انجام وظایف حرفه‌ای خود و پایبندی به اصول مشخصی که این حرف ایجاد می‌کند در راه ارتقای سلامت جامعه تلاش کنند. آموزش پزشکی به تنهایی برای تربیت یک پزشک خوب و متعهد کافی نیست و به نظر می‌رسد باید جایگاهی برای بحث اخلاق در این‌جا در نظر گرفته شود (۳). توماسما و پلگرینو (۱۹۹۳) (Thomasma & Pellegrino) معتقدند یکی از دلایل عدم احیای فضایل اخلاقی در مراکز آموزش پزشکی، نبود محتوای اخلاق معنوی و راهنمای عملکردی یا قواعد ویژه حرفه‌ای است (۴). باقری نیز در تحقیق خود که در سطح ملی و از نگاه اندیشمندان این

دچار تغییر می‌شوند و چه بسا ارزش‌های منفی به جای ارزش‌های مثبت در آنان شکل می‌گیرد (۱۲).

نهادینه کردن اصول اخلاقی در بین دانشجویان و آماده نمودن آن‌ها برای زندگی حرفه‌ای از یک طرف و اجرای این اصول اخلاقی در محیط آموزشی بالینی از طرف دیگر همگی جزء مسئولیت‌های یک دانشگاه علوم پزشکی است که به نظر می‌رسد این روزها رنگ باخته و از حساسیتش کاسته شده است (۱۳). این کم توجهی می‌تواند در دراز مدت اثری منفی در بخش بهداشت و درمان داشته باشد چرا که ایجاد بی‌حسی اخلاقی در این قشر در واقع تخریب پایه‌های اساسی درمان محسوب می‌گردد. دانشجویان به عنوان دریافت کنندگان خدمات آموزشی بهترین منبع برای شناسایی مشکلات آموزش بالینی هستند زیرا حضور و تعاملی مستقیم و بی واسطه با این فرآیند دارند (۱۴).

هدف از این تحقیق کشف جنبه‌های مختلف یادگیری حرفه‌ای‌گرایی در آموزش بالینی است. با استفاده از مطالعه کیفی تلاش شده با توصیف تجاربی که دانشجویان به عنوان برون داده‌های آموزشی در طول سال‌های تحصیل و در بالین بیماران تجربه کرده اند بتوان تصویری از آن‌چه در حال رخداد است بدست آورد. در کنار این تصویر تلاش شده تا از تجارب اساتید آموزش بالینی استفاده شود تا با کنار هم قرار دادن دیدگاه‌ها و تجارب از وضعیت حال آگاهی پیدا کرد و در جهت ارائه راهکارهای لازم برای حرکت به سمت تربیت نیروهایی با ویژگی‌های اخلاقی والاتر و بالاتر قدم برداشت لذا سوال اساسی این مطالعه این است که: فرآیند حرفه‌ای‌گرایی در آموزش بالینی چگونه است؟

روش‌ها

مطالعه حاضر یک تحقیق کیفی و از نوع آنالیز محتوا می‌باشد. شرکت کنندگان در پژوهش بطور هدفمند انتخاب شدند. هدف تحلیل محتوا، فراهم کردن دانش و ادراک از پدیده مورد مطالعه و یا فراهم کردن شناخت، بینشی نو، تصویری از واقعیت و راهنمایی برای عمل است (۱۵). در این پژوهش نمونه‌ها از بین دانشجویان و اساتید رشته پزشکی که دروس کارآموزی و کارورزی را در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان گذرانده و یا تدریس نموده اند، انتخاب شدند. شرکت کنندگان در این پژوهش مشتمل بر ۱۸ دانشجو و ۹ استاد بودند که با هر کدام حداقل دو مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌های بعد از مصاحبه اول برای رفع نکات مبهم مصاحبه‌های قبلی و تأیید

حوزه بوده بیان کرده که یکی از ده اولویت اخلاق پزشکی در ایران ملاحظات اخلاقی در آموزش پزشکی است (۵).

محیط بالینی در فرآیند آموزش حرفه‌های علوم پزشکی حائز اهمیت بسیاری است (۶). آموزش در بالین یکی از اجزای مهم آموزش بالینی محسوب می‌گردد. زمانی که با بیمار گذرانده می‌شود مملو از تجربیات دیداری، شنیداری و لمسی است و لذا باید در جهت ارتقای هرچه بیشتر این نوع آموزش تلاش جدی صورت گیرد. اکثر یادگیرندگان بر این باور هستند که یادگیری واقعی مباحث تئوری در یک محیط بالینی امکان پذیر است (۷).

اساتید و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها که عهده دار آموزش بالینی دانشجویان می‌باشند به سبب حرفه معلمی خود وظایف و مسئولیت‌های اخلاقی بیشتری دارند. چرا که از یک طرف به عنوان معلم وظیفه آموزش دانشجو را بر عهده دارند و از طرف دیگر به عنوان درمانگر بیمار شناخته می‌شوند. برخی معتقدند که حرفه‌ای‌گرایی بیشتر یک علم بالینی است و مجموعه‌ای از رفتارهاست که در آن‌ها ضرورت توجه به موارد اخلاقی، قانونی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی لحاظ شده است (۸).

با توجه به این که در دوره دانشجویی یکی از عوامل مهم شکل دهنده شخصیت اخلاقی و حرفه‌ای دانشجویان اساتید آنان هستند، ضروری است به این موضوع توجه ویژه‌ای شود. اساتید بالینی مسئول شکل دهی رفتار دانشجو و پرورش فضایل اخلاقی در آن‌ها هستند (۹) و این خود نشانه آن است که اخلاق جزئی از کار بالین بوده که بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

دانشجوی پزشکی در طول تحصیل ناخود آگاه تلقی خاصی نسبت به بیمار و بیماری بدست می‌آورد که تا پایان کار با او همراه می‌شود. این ناخود آگاه اغلب در حین آموزش بالینی شکل می‌گیرد (۱۰). از سال ۱۹۸۰ به بعد با افزایش موارد مشکل اخلاقی، ترویج حرفه‌ای‌گرایی در بین دانشجویان اهمیت خاصی یافته است (۱۱). افزایش مشکلات اخلاقی ناشی از دلایل متعددی است اما علت هرچه باشد، در صورتی که در دوران دانشجویی باورها و رفتارهای خاص حرفه‌ای نهادینه نشود سبب کاهش حساسیت اخلاقی دانشجو شده و در نتیجه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را در آینده برای او دشوار می‌کند. انتظار می‌رود ارزش‌های حرفه‌ای‌گرایی در طول تحصیل و مراقبت از بیماران شکل بگیرد، اما برخی مطالعات نشان می‌دهد که ارزش‌هایی که دانشجویان هنگام ورود به دانشگاه از آن برخوردار هستند در طول تحصیل در دانشگاه

مصاحبه‌های غیررسمی که قبلاً اشاره شد بصورت اتفاقی و طی ملاقات‌های روزمره صورت می‌گرفت. یادداشت‌های حاصل از این مصاحبه‌ها نیز به روند نمونه گیری و تحلیل یافته‌ها بخصوص در اعتباربخشی تئوری کمک نمود.

جمع آوری داده‌ها در این پژوهش با مصاحبه عمیق و مشاهده و یادداشت برداری در عرصه انجام شد. داده‌های حاصل از مصاحبه‌های غیررسمی و دست نوشته‌های چند تن از شرکت کنندگان که در مصاحبه رسمی گفته بودند خاطرات خود را ثبت می‌کنند نیز بصورت یادآور و یادداشت عرصه در روند تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت و با استفاده از این منابع فرعی به اعتباربخشی یافته‌ها کمک شد.

مصاحبه‌ها ابتدا به صورت نیمه ساختارمند و با سوالات باز برای بدست آوردن اطلاعات فردی شرکت کنندگان با طرح سوالات کما بیش یکسان شروع می‌شد. مثل، لطفاً خودتان را معرفی کنید و در طی آن برای تکمیل اطلاعات سوالات متناسب دیگر نیز مطرح می‌شد. مرحله بعدی مصاحبه به شکل غیرهدایت شده و باز انجام شد تا شرکت کنندگان بتوانند به صورت داستان گویی نظرات خود را بیان کنند. در این مرحله ابتدا از آن‌ها خواسته می‌شود درباره اخلاقی بودن و اخلاقی شدن بگویند و احساس خود را نسبت به آن بیان کنند. با پیشرفت روند مصاحبه از آن‌ها خواسته می‌شد در مورد اخلاقی شدن خود در کارآموزی‌ها صحبت کنند. موارد مربوط به آن‌چه به نظر آن‌ها در این زمینه مهم بود در طی مصاحبه به طور عمیق بررسی شد. به منظور دستیابی پژوهشگر به مهارت و اطلاعات لازم برای هدایت بهینه مصاحبه‌ها ابتدا دو مصاحبه مقدماتی انجام و در مورد روند مصاحبه و واکنش‌ها و پاسخ‌های شرکت کنندگان تعمق شد و نکته‌های برگرفته از آن در اجرای سایر مصاحبه‌ها مدنظر قرار گرفت. همه مصاحبه‌ها ابتدا بر روی نوار ضبط شده سپس روی کاغذ آورده شد و جهت تأیید به رؤیت مصاحبه شونده‌ها رسید.

مشاهده در زمان حضور پژوهشگر در بخش‌ها در شرایط طبیعی محیط کار انجام می‌شد. هم‌چنین محیط مشاهده و رفتار غیرکلامی شرکت کنندگان و شرایط محیطی مصاحبه نیز مورد مشاهده قرار گرفت و اطلاعات مربوط به آن بصورت یادداشت‌های عرصه ثبت شد.

تحلیل داده‌ها بر مبنای روش پیشنهادی اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) طی سه مرحله کد دهی باز (open coding)، محوری (axial coding) و انتخابی (selective coding) انجام گرفت. در مرحله کددهی باز که عمدتاً شامل شکستن داده‌هاست،

برداشت‌های پژوهشگر از گفته‌های شرکت کنندگان انجام شد. ضمناً با پنج نفر دیگر از افراد مطلع شامل دو پزشک یک سوپروایزر آموزشی بیمارستان و چند نفر از بستگان بیماران مصاحبه‌های غیررسمی به صورت گپ اتفاقی و دوستانه انجام شد که آن‌ها نیز طی گفتگو در جریان پژوهش قرار داده می‌شوند و از آن‌ها به طور شفاهی کسب اجازه می‌شد که از نظرات آن‌ها بدون ذکر نام در تحلیل یافته‌ها استفاده شود. نظرات این گروه به صورت یادآور و یادداشت عرصه ثبت می‌شد.

فرآیند نمونه گیری

پژوهشگر بعد از گرفتن رضایت آگاهانه و شفاهی از سوپروایزهای آموزشی و مراجعه به بخش‌های زنان، مامایی و داخلی جراحی مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی اصفهان نمونه‌ها را از بین دانشجویان و اساتید حاضر در بخش‌ها انتخاب کرد. دو شرکت کننده اول از ۱۸ دانشجوی مورد مصاحبه، دانشجویانی بودند که پژوهشگر وضعیت آنها را در مورد تعداد واحدهای گذارنده و مدت حضور در بخش‌های بالینی می‌دانست و از واحدهای عملی گذارنده آن‌ها اطلاع نسبی داشت. با پیشرفت نمونه گیری و تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های اولیه پژوهشگر براساس یافته‌ها و معرفی شرکت کنندگانی که با آن‌ها مصاحبه انجام داده بود به مصاحبه با دانشجویان و اساتید بخش‌های دیگر همان بیمارستان و یا بیمارستان‌های آموزشی دیگر هدایت شد و در نهایت برای یافتن شواهد مرتبط با محتوای تحلیل شده و اعتبار آن به همه بخش‌ها بازگشت تا کار خود را تکمیل کند. به این ترتیب اولین شرکت کنندگان از طریق نمونه گیری هدفمند و بقیه براساس نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند.

در هر مرحله از نمونه‌گیری پس از انتخاب شرکت کنندگان اطلاعات لازم در مورد پژوهش و اهداف آن به آن‌ها ارائه و بصورت شفاهی رضایت گرفته می‌شد و سپس با آن‌ها مصاحبه انجام شد. با توجه به اینکه جلب اطمینان شرکت کنندگان برای بررسی عمیق آن‌ها ضروری است، پژوهشگر سعی کرد با در نظر گرفتن مقررات مرکز آموزشی درمانی برای مدتی بیش از آن‌چه برای مصاحبه‌ها لازم است در بخش بماند و حتی گاهی به دانشجویان در انجام فعالیت‌های روزانه و مراقبت بیماران کمک کند. این کار می‌توانست فرصت مشاهده در شرایط طبیعی را نیز برای پژوهشگر فراهم کند و یادداشت‌های حاصل از آن به نوبه خود توانست به تحلیل اطلاعات و هدایت روند پژوهش کمک نماید.

در مرحله بعد عملیات فشردگی (Condensation) انجام شد که به پروسه‌ای از کوتاه شدگی اشاره می‌کند که با حفظ و نگهداری هسته محتوایی انجام می‌شود واحد فشرده شده در عبارت بالا عبارتست از عدم تسلط اساتید به جنبه‌های نظری و عملی علم اخلاق. بعد از فشرده شدن واحدهای معنی به آن‌ها یک عنوان داده شد که به این عناوین کد گفته می‌شود. در مجموع به همین شیوه از واحدهای معنی خلاصه شده ۱۰۵ کد استخراج شد که پس از مرور کدها و ادغام کدهای مشابه در یکدیگر تعداد آن‌ها به ۷۰ کد کاهش یافت.

سپس کدهای متفاوت براساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها با یکدیگر مقایسه شده و در داخل طبقات اصلی و فرعی جای داده شدند که به طور کلی ۸ طبقه اصلی و ۶ طبقه فرعی ایجاد شدند. (منظور از طبقه فرعی طبقه ای است که زیر طبقه اصلی است)

خلق طبقات ویژگی اصلی آنالیز محتوای کیفی است. طبقه در واحد گروهی از مفاهیم است که با یکدیگر در یک ویژگی اشتراک دارند. در نهایت معانی بنیادی یا مفاهیم پنهان از طبقات استخراج و تم‌ها را تشکیل می‌دهند. در واقع خلق تم راهی برای متصل کردن معانی بنیادین موجود در طبقات است و از آنجایی که این اتصال در یک سطح تفسیری انجام می‌گیرد، بنابراین تم‌ها بیانگر مفاهیم پنهان می‌باشند.

برای مثال کدهای زیر که مرتبط با عوامل فیزیکی و محیطی بخش‌های بیمارستانی بود پس از ایجاد طبقات با تمی بنام ضوابط ضمنی حاکم بر بالین در کنار یکدیگر قرار گرفتند.

- عدم روحیه انجام کار بصورت تیمی
 - مشکل بودن رعایت اخلاقیات در بیمارستان
 - افق درمانی متفاوت پرسنل بیمارستانی و کادر آموزشی
 - عدم رعایت اخلاقیات بصورت یک هنجار در بیمارستان‌ها
 - پیش بینی ناپذیری فرآیندهای درمانی
- در مجموع ۴ تم از طبقات استخراج شد که عبارتند از:

- عوامل فرهنگی
- عوامل اجتماعی
- عوامل سیاسی
- عوامل اقتصادی

در جدول شماره یک به صورت مشروح طبقات و زیر طبقات این تم‌ها به تفکیک بیان گردیده است. بعضی از طبقات دارای طبقات فرعی نیز بوده و گستره وسیع تری را شامل شده است.

داده‌ها را از هم جدا نموده و قطعه‌های جدا از هم را از نظر تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان بررسی کرد. منظور از داده یک جمله یا پاراگراف از یک مصاحبه یا مشاهده است. در همین حال سوالاتی مطرح نموده مثلاً «اساس این نقطه نظر چیست؟» آیا سایر شرکت کنندگان نیز چنین نظری دارند «آیاتم یا مفهومی وجود دارد که این موضوع به آن مرتبط باشد؟» این نحوه پرسش به اکتشاف آن‌چه در داده‌ها نهفته است می‌انجامد. هدف از این مرحله تشخیص مفاهیم مجزا از هم است. این مفاهیم واحدهای پایه را در تحلیل گراند تئوری تشکیل می‌دهند. در حالی که کدگذاری باز برای شکستن داده‌ها و تشخیص مفاهیم و طبقات سطح اول استفاده می‌شود، کدگذاری محوری روشی برای برقراری ارتباط به شکل جدید بین طبقات اصلی و فرعی است.

این مرحله شامل تعیین یک یا دو طبقه محوری است که تمام طبقات فرعی به آن مربوط باشند و یک چارچوب ادراکی بوجود آورند که به گراند تئوری بیانجامد. این مرحله آخر تبدیل کدها و طبقات به یک تئوری منسجم است و مهم‌ترین چالش تحقیق می‌باشد (۱۶).

ملاحظات اخلاقی شامل رضایت از شرکت، معرفی نامه جهت ورود به محیط پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، با دادن شماره و آدرس به شرکت کنندگان امکان برقراری و ارتباط دوطرفه بود.

یافته‌ها

در این پژوهش متن مصاحبه‌های شرکت کنندگان به داخل شش منطقه محتوایی زیر تفکیک شد:

- نقش دانشجویان در یادگیری مفاهیم اخلاقی
- عملکرد برنامه درسی و آموزشی در حرفه ای گری
- امکانات و فضای بالینی (عوامل محیطی)
- عوامل تأثیرگذار بر یادگیری در فرآیند اخلاقی شدن دانشجویان

- ساختارهای کلی مدیریتی اثرگذار بر حرفه‌ای گری
- نقش اساتید در یادگیری

سپس در هر منطقه محتوایی واحدهای معنی تعیین گردیدند مثال زیر مشخص کننده این مورد است:

«استاد خود نمی‌داند که در این حالت خاص مورد اخلاقی و غیر اخلاقی چیست و نمی‌داند بایستی چکار کند». معنای استخراج شده نداشتن سواد اخلاقی اساتید و عدم توانایی در برخورد با موارد اخلاقی می‌باشد.

جدول ۱: طبقات، زیر طبقات و تم‌های حرفه‌ای گرای دانشجویان پزشکی در بالین

تم	طبقات اصلی	طبقات فرعی ۱	طبقات فرعی ۲	کد	
عوامل فرهنگی (مؤثر بر سیستم آموزشی)	الگوپذیری بالینی (عوامل مرتبط با اساتید)	عوامل ذاتی	-	- شخصیت فردی استاد - اعتقادات فرهنگی مذهبی - میزان رضایت شغلی و رشته تحصیلی	
		عوامل اکتسابی	-	- به روز رسانی سواد اخلاقی - حساسیت اخلاقی - سوابق آموزشی - ساعت زیاد کاری اساتید - ناتوانی در تصمیم گیری اخلاقی	
	عوامل مرتبط با دانشجویان	عوامل ذاتی	-	- نگرانی در مورد آینده شغلی - میزان رضایت از رشته - میزان تخصص کافی در کار	
		عوامل اکتسابی	-	- شخصیت ذاتی فرد - خودآگاهی فردی - اعتقادات فرهنگی	
	امکانات و فضای آموزشی	شرایط محیطی	عوامل فرهنگی حاکم	-	- تجهیزات و وسایل - کم اهمیتی به بحث اخلاق در محیط بالین - تجهیزات و وسایل مورد نیاز جهت رعایت اخلاقیات
				عوامل انسانی	پرستل و پرستاران
		بیماران	- بی توجهی به بیمار و نگاه ابزاری - ازدحام زیاد بیماران		
		راهبردهای آموزشی	الگوهای برنامه ریزی درسی و آموزشی	عوامل کاهنده	- زمان کم کارآموزی ها - مشکلات ارزشیابی - زمان کم کارآموزی ها و فرصت کم جهت بحث
	عوامل اجتماعی	پارادوکس ذهنی آموزش و تدریس	برنامه درسی و دروس عملی	عوامل پیش برنده	- گذراندن واحد درسی اخلاق قبل از کارآموزی
			محیط بیمارستان	-	- عدم پیوستگی بین محتوای دروس - همخوانی دروس با فرهنگ اسلامی- ایرانی - پررنگ نبودن بحث اخلاقی دروس تئوری
عوامل اجتماعی	پارادوکس ذهنی از محیط بالینی	بیماران	-	- جایگاه بالاتر استاد نسبت به دانشجو - بی اخلاقی ذاتی در آموزش در بالین - سرعت کار زیاد در صورت عدم رعایت اخلاقیات در بعضی مواقع - کم رنگ شدن فرهنگ اخلاقی در جامعه - طرد شدن فرد در صورت اجرای درمان بصورت اخلاقی	
		بیماران	-	- رفع کسری پرستل با دانشجو - اعتقاد به عدم آگاهی بیمار - ندانستن حقوق بیمار - کم شدن سرعت کار در صورت مطالبه بیشتر بیمار	
عوامل سیاسی	قوانین و ضوابط	-	-	- عدم رعایت اخلاقیات بصورت یک هنجار - افق درمانی غیرهمسان برای پرستل و کادر دانشگاهی - روحیه انجام کار تیمی - عادی بودن نقض اخلاق در بطن بیمارستان‌ها - پیش بینی ناپذیری فرآیندهای درمانی	
		-	-	- تعارض اخلاق و قانون - صرفه جویی در مصرف لوازم درمانی - پیچیدگی زیاد سازمانهای بهداشتی- درمانی	
عوامل اقتصادی	جاذبه های فردی- گروهی	-	-	- انجام جراحی های غیرضروری و غیر لزوم - بستری تعداد بیشتر بیمار توسط اساتید	
		-	-	- آموزش در جهت مصرف بهینه و یا صرفه جویی در مصرف - نسبت بیمار/پزشک و یا بیمار/پرستار - ساعت کاری پرستل درمانی - حق الزحمه دانشجویان پزشکی در زمان اینترنی	

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش نتایج یک مطالعه کیفی آنالیز محتوا را گزارش نموده که هدف از آن تبیین فرآیند حرفه‌ای گرایی در آموزش بالینی بوده تا بتواند به عنوان راهنمایی اولیه برای کمک به بهبودی وضعیت اخلاقی شدن در بالین مورد استفاده قرار گیرد. یکی از سوالات این پژوهش آن بود که: اساتید و دانشجویان حرفه‌ای گرایی را چگونه درک و توصیف می‌کنند؟ یافته‌های این پژوهش نشان داد که مفهوم حرفه‌ای گرایی از دیدگاه مشارکت کنندگان ارتباط تنگاتنگی با نحوه برخورد آنان با موارد بالینی در بخش‌های آموزشی دارد. آن‌ها اگر چه اخلاقیات را یک امر بسیار مهم می‌دانند اما در برخورد با آن عوامل بسیار زیادی را دخیل دانسته که همگی در ارتباط تنگاتنگی با هم می‌توانند فرآیند اخلاقی شدن را ملکه سازند. ترابی زاده (۱۳۹۱) در کار پژوهشی خود بیان می‌کند که یکی از علل عدم رعایت شأن بیمار در مراکز درمانی آگاه نبودن پرسنل درمانی از اصول اخلاقی و رعایت آن‌ها در بالین می‌باشد (۱۷).

یکی دیگر از سوالات درباره عوامل مؤثر برای ایجاد یا عدم ایجاد حرفه‌ای گرایی بود. نتایج تحقیق نشان داد که عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی همگی به نوعی می‌توانند در این باره دخیل باشند. دوکوئت (۲۰۰۴) (Duquette) معتقد است ارزش‌های فردی و حرفه‌ای دانشجویان در اثر گذشت زمان و با آموزش رسمی دچار تغییر می‌شود او در تحقیق خود تحت عنوان «اثرات آموزش پرستاری در شکل دهی ارزش‌های حرفه‌ای» به این نتیجه رسید که تجربیات بالینی، الگو پذیری از رفتار اساتید و پرسنل درمانی و سخنرانی‌های رسمی در مورد اخلاق حرفه‌ای همگی مبنای تحولات فردی در زمینه اخلاق حرفه‌ای بوده و تجربیات بالینی و الگوپذیری نقش‌های مهم‌تری محسوب می‌شوند (۱۸).

سوال دیگر تحقیق چگونگی درونی شدن حرفه‌ای گرایی را مطرح می‌کرد. براساس دیدگاه مشارکت کنندگان اعم از دانشجویان و اساتید آموزش مستمر و مداوم و به روز رسانی این علم در هر دو گروه می‌تواند قدرت تصمیم‌گیری اخلاقی را رشد داده و با تمرین مکرر در بالین فرد به صورت حرفه‌ای عمل نماید. آن‌چه که در این جا حائز اهمیت است آن است که صرف دانستن اصول اخلاقی برای دانشجویان رشته‌های پزشکی کافی نبوده، بلکه پایبندی به رعایت این اصول است که می‌تواند در ارتقاء سلامت جامعه مؤثر باشد. این همان

چیزی است که فاهی (۱۹۹۴) در تحقیق خود به آن دست یافت. او بیان نمود که هرچند نزدیک ۹۷ درصد دانشجویان درس اخلاق را در برنامه درسی خود می‌گذرانند اما عملکرد آن‌ها در محیط‌های بالینی نشان دهنده عدم کفایت آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی است (۱۹). واحدیان و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود تحت عنوان «چالش‌های آموزشی در تصمیم‌گیری اخلاقی» پیشنهاد می‌کند که مربیان بالینی، پرستاران شاغل و دانشجویان همگی بایستی تحت آموزش‌های مداوم اخلاق حرفه‌ای قرار گیرند تا حرفه‌ای‌گری بصورت نهادینه در جامعه اجرا گردد (۲۰).

سوال آخر در مورد نتایج و پیامدهای حرفه‌ای گرایی در رشته‌های پزشکی بود که بر اساس تحلیل محتوای مصاحبه‌ها و دست نوشته‌های داستان گونه دانشجویان، با طبع حفظ آرامش بیرونی و درونی بیمار و کادر پرسنل درمان رضایت بیمار و بالاتر از همه رضایت خداوند متعال با توجه به صحبت‌های دانشجویان در مصاحبه‌ها از نتایج حرفه‌ای عمل کردن است. لازم است در این‌جا به مقاله مارتینز (۲۰۰۲) (Martinz) تحت عنوان «رویکرد اخلاق معاصر» توجه شود که می‌گوید هزینه مالی اصلاح روش آموزش زیاد نبوده و تحول ساختاری در این زمینه می‌تواند هم به سود حرفه پزشکی و هم به سود بیمارانی باشد که جهت درمان به این گروه مراجعه می‌نمایند (۲۱).

از آن‌جا که مطالعات کیفی به بررسی ذهنی پدیده می‌پردازد و یافته‌های آن‌ها ریشه در داده‌های حاصل از موقعیت‌ها و یا گروه خاص است. در بکارگیری این یافته‌ها در موقعیت‌های دیگر باید احتیاط نمود. در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل و نگارش آن توسط دانشجو به عنوان پژوهشگر انجام شد. لذا از نظر تحلیل ممکن است کامل نباشد اگرچه برای کاهش نقیصه از نظر استاد راهنما، استاد مشاور، همکاران و سایر افراد خبره در روند تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌های پژوهش می‌تواند در جهت تنظیم برنامه‌های آموزشی رسمی جهت اساتید و آموزش مستمر و به روزرسانی این علم تنظیم گردد و توجه بیشتری به کادر درمانی و لزوم ایجاد آموزش ضمن خدمت شود. همچنین ایجاد یک چارچوب کلی جهت ارتقاء فرهنگ اخلاقی در سازمان ضروری به نظر می‌رسد.

توصیه می‌گردد تحقیقاتی در زمینه بررسی تأثیرگذارترین عامل بر روند فرآیند اخلاقی شدن، چالش‌های پیش رو در رعایت اخلاقیات در بالین، مقایسه فرآیند اخلاقی شدن در

دانشگاه‌های اسلامی و غیراسلامی و بیان تفاوت‌ها و پژوهشی کیفی در این زمینه انجام گیرد.

قدردانی

بدینوسیله شایسته است از راهنمایی‌های معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی جناب آقای دکتر سلیمان احمدی و مشاوره های مکرر و در خور استاد محترم جناب آقای محمد علی حسینی تشکر نموده و مراتب قدردانی خود را به پاس محبت های بی دریغ شان تقدیم داریم که هرگز فروکش نمی کند.

References

- 1- Farastkhah M. [The role of academic ethics in romotion of higher education]. Journal of ethics in behavior 2007; 27(1): 24-27. [Persian]
- 2- Fasihi Harandy T, Soltani Aarbshahi k, [A survey of input and process of clinical education in Iran university of medical science]. Payesh (Journal of the Iranian Institute for Health sciences research) 2003; 2 (2): 131-6. [Persian]
- 3- Atashkhane M [Hoghughe Bimar]. 1th ed. Shiraz: Tamin ejtemaie, treatment management. 2001: 70-94. [persian]
- 4- Thomasma D.C, Pellegrino ED. The virtues in medical practice. Newyork :Oxford University press,1993.
- 5- Bagheri A. [Priority of medical ethics: results of a national study]. J med ethics Hist med 2010; 4 (5): 3-9. [Persian]
- 6- Raij. Clinical leaening in hospital environment as described by student nurses [Research report] university of Helsinki: Department of education; 2000.
- 7- Lambert V, Glacken M. Clinical support roles: areview of the liteAutre.nurse educ pract 2004; 4 (3): 177-83.
- 8- Martinz S. Currenents in contemporary ethics; Reforming medical ethics education. Med & ethics 2002. Avaiable from:<http://hein online.org/Hol/landing page? collection>
- 9- Whitecomb ME. Medical professionalism;can it be taught? Acadd med 2005; 80 (10): 83-4.
- 10- Pauli HG , white KL, MC whinney IR. Medical educatin, research and scientific thinking in the 1st century (part one of three). Educ Health (Ambingdom) 2000; 13 (1): 15-25.
- 11-Lovett LM, Seedhouse D. An innovation in teaching ethics to medical students. Med Educ 1990; 24 (1): 37- 41.
- 12- Stern DT. Practicing what we preach? An Analysis of the curriculum of values in medical education. Amj med 1998; 104(6): 560-75
- 13- Gharamaleki F. Professionalism. Ghom: majnun published, 2006. [persian]
- 14- Zeyghamina m,Jahanmiri Sh, Ghodsbin F. [Moshkelate amuzeshe balini az didgahe daneshjuyan parastary]. Journal of ghazvin medical university 2004; 8 (30): 51-55. [persian]
- 15- Naiebi H. Kripendorf. [Tahlile mohtava: mabani methology]. Tehran: ney publication. 2004. [persian]
- 16- Priest H. Roberts P, Woods L. An Overview of Three Different Approaches to the inter Pretation of Qualitative Data. Part 1: Theoretical issues. Nurse Researcher 2002; 10(1): 30-42.
- 17- Torabizadeh C, Ebrahimi H, et al. The relationship between privacy and diginity. Medical ethics 2012; 6 (19): 19-33. [persin]

- 18- Duquette LM. Effects of nursing Education on the formation of professional values. Canada; university of Toronto 2004.
- 19- Fahey BE. The effect of ethical curricular presentation, An integrated versys a nin integrated Approach on the ethical Decision making Ability of B.S student. United States: Duquesne university; 1994.
- 20- Vahedian A , Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. Ethics and history of medicine 2008; 4 (1): 21-30.
- 21- Martinz SA. Currenents in contemporary ethics; Reforming medical ethics education. Med & ethics 2002. Avaiable from:<http://hein online.org/Hol/landing page? Collection>.

Exploring the Process of Professionalism in Clinical Education

*Mirmoghtadaie Z.S, Ahmadi S, Hosseini M.A

Received: 2013/4/22

Accepted: 2013/8/17

Abstract

Introduction: Clinical experience has always been an integral part of medical education and prepare students to work as well as clinical principles as they do so in practice . Ethics both in remediation of patients and students' teaching in respect to sciences and skills promoting is necessary. This study try to assess attitude and experiences of teachers' and medical students in the process of professionalism in clinical education. The aim of this study is to explore the process of professionalism in clinical education.

Methods: This study is a qualitative research and content analysis. Participants in the study were medical students that were chosen purposefully. The clinical professors who are willing and able to transfer rich data about study selected. Semi-structured interview (personal interview) was used data were analyzed based on Strauss and Corbin.

Results: Finally 6 to 8 main categories and sub- categories were created respectively and 4 themes extracted from these factors including: social, political, economic and cultural factors.

Conclusion: Findings showed that the concept of professionalism from the viewpoints' of participants is associated with their handling of the case in training. Although ethics is very important in clinical practice, however, many factors contribute to the creation of it.

Key words: Education, Clinical Competency, Qualitative Research, Professionalism Content Analysis

Corresponding author: Mirmoghtadaie Z.S, ph.D candidate, Medical Education Dept, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mirmoghtada@yahoo.com

Ahmadi S, Medical Education Dept, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Hosseini M.A, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.