

Identification of Effective Factors on Formation of Clinical Empathy Hidden Curriculum of Residents in Medical Universities

Rahimi Sh¹, Samadi P^{2*}, Ahmadi P²

1- PhD student curriculum, Department of Educational Administration and Planning, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

2-Department of Educational Administration and Planning, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

Article Info

Article Type:

Research Article

Article History:

Received: 2023/01/02

Accepted: 2023/05/29

Key words:

Medical Education
Hidden Curriculum
Residents
Clinical Empathy

*Corresponding author:

Samadi P, Department of Educational Administration and Planning, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
psamadi@alzahra.ac.ir



©2023 Guilan University of Medical Sciences

ABSTRACT

Introduction: Clinical empathy is a essential skill in medical profession, ability to understand the patient's perspectives and experiences and convey this understanding to the patient. aspects of education such as transferring behaviors, norms and values in the form of hidden curriculum work better than explicit. Hidden curriculum factors affect the formation of clinical empathy that is implicitly and unintentionally transmitted through structures, culture and organizational interaction. Thus, the main goal of this study is to determine the influencing factors on the formation of the hidden curriculum of empathy of residents of medical universities.

Methods: This qualitative study was conducted based on grounded theory. The participants include the third- year assistants of the internal medicine department of Tehran University of Medical Sciences, whose selection method was a purposive and theoretical. In total, semi- structured interviews were conducted with 22 assistants,. Interviews were analyzed using Corbin and Strauss coding methods (open, selective and axial) which were identified. To ensure reliability and validity, criteria: acceptability, transferability, reliability, and verifiability were used.

Results: Findings indicate that the total number of free codes extracted from the content of the interviews was 73, which after merging similar codes with each other, classified in 9 similar concepts and finally in 4 the main themes were categorized. Results show that effective components on the formation of the hidden curriculum of empathy of residents included components of Skills needed by assistants (educational skills and basic skills), components of individual characteristics (psycho- personality and lifestyle), support factors including (material support and spiritual support) and the issues of organizational include (working environment of hospitals and clinics, job satisfaction and the structure of the educational system).

Conclusions: According to the results of the current research, for the formation of clinical empathy in the competent assistants, it is necessary for universities of medical sciences to carry out formal evaluation of clinical empathy, comply with international standards, provide Sufficient comfort facilities take steps to prevent job dissatisfaction and job burnout, create positive and supportive relationships, so the findings of this research can be helpful in the field of clinical empathy formation in assistants.

How to Cite This Article: Rahimi Sh, Samadi P, Ahmadi P. Identification of Effective Factors on Formation of Clinical Empathy Hidden Curriculum of Residents in Medical Universities. *RME*. 2023;15 (2):61-72.

شناسایی مؤلفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی دستیاران دانشگاه‌های علوم پزشکی

شهلا رحیمی^۱، پروین صمدی^{۲*}، پروین احمدی^۲

۱- دانشجوی دکترای برنامه‌ریزی درسی، گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۲- گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۸

کلیدواژه‌ها:

آموزش پزشکی

برنامه درسی پنهان

دستیاران

همدلی بالینی

چکیده

مقدمه: همدلی بالینی یک مهارت اساسی در حرفه پزشکی، توانایی پزشک برای تشخیص و درک دیدگاه بیمار، همراه با ظرفیت انتقال این درک به بیمار است. جنبه‌هایی از آموزش مانند انتقال رفتارها، هنجارها و ارزش‌ها در قالب برنامه‌درسی پنهان بهتر از آشکار عمل می‌نماید. شکل‌گیری همدلی بالینی تحت تأثیر برنامه‌درسی پنهان است که به صورت پنهان و غیرعمدی از طریق ساختارها، فرهنگ و تعاملات سازمانی انتقال پیدا می‌کند. از این رو هدف اصلی این پژوهش شناسایی مؤلفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی دستیاران دانشگاه‌های علوم پزشکی است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع پژوهش‌های کیفی و مبتنی برنظریه داده بنیاد است. شرکت‌کنندگان شامل دستیاران سال سوم رشته داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران است که شیوه انتخاب آن‌ها هدفمند و از نوع نظری بود. در مجموع ۲۲ دستیار در مصاحبه نیمه‌ساختارمند شرکت کردند. مصاحبه‌ها با استفاده از روش‌های کدگذاری کوربین و اشتراش (باز، انتخابی و محوری) تحلیل شدند. برای تعیین روایی و پایایی نیز از شاخص‌های مقبول بودن، انتقال پذیری، اطمینان پذیری و تایید پذیری استفاده شد.

یافته‌ها: مجموع کدهای استخراج شده از محتوای مصاحبه ۷۳ مقوله اولیه، ۹ مقوله ثانویه طبقه‌بندی و در نهایت در ۴ تم اصلی دسته‌بندی شدند. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران شامل مؤلفه‌های مهارت‌های مورد نیاز دستیاران (مهارت‌های آموزشی و مهارت‌های پایه)، مؤلفه‌های ویژگی‌های فردی (ویژگی روانی- شخصیتی و سبک زندگی)، عوامل حمایتی (حمایت مادی و حمایت معنوی) و مسایل سازمانی (محیط کاری بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، رضایت شغلی و ساختار نظام آموزشی) است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی برای شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران شایسته است که در زمینه آموزش مهارت‌های آموزشی و پایه (آموزش‌های لازم با هدف ضرورت توجه به احساسات بیمار) در کنار علوم تخصصی، ارزیابی رسمی همدلی بالینی، رعایت استانداردهای جهانی، تامین امکانات رفاهی کافی برای جلوگیری از نارضایتی شغلی و فرسودگی شغلی، ایجاد روابط مثبت و حمایتی گام بردارند، بنابراین یافته‌های این پژوهش می‌تواند در زمینه شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران راه‌گشا باشد.

* نویسنده مسئول:

پروین صمدی، گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

psamadi@alzahra.ac.ir

مقدمه

تربیت پزشکان شایسته، توانمند و متعهد، برای پاسخ‌گویی به نیازهای پیچیده انسانی در قرن حاضر رسالتی خطیر و دشوار است در طول دوره آموزش پزشکی حجم سنگینی از دانش، توانمندی‌های درمانی باید کسب شود و درک جامعی از نقش پزشک تحصیل شود. در تربیت نیروی پزشکی در کنار کسب دانش پزشکی باید به توسعه و تقویت ارزش‌ها، هنجارهای اخلاقی و مهارت‌های ارتباطی نیز توجه شود (۱). یکی از

مهارت‌های کلیدی در حرفه پزشکی و رابطه پزشک با بیمار همدلی بالینی (Clinical Empathy) می‌باشد (۲)، همدلی بالینی یکی از عناصر مهم مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت است. همدلی بالینی ظرفیت کارکنان مراقبت‌های بهداشتی برای گوش دادن به روشی است که همدلی شناختی و عاطفی را تلفیق می‌کند (۳). همدلی بالینی رفتار دلسوزانه، توانایی پزشک برای تشخیص و درک دیدگاه، احساسات و تجربه

بیمار، همراه با ظرفیت انتقال این درک به بیمار است. هدف آن توانایی درک وضعیت، احساسات و اقدامات بیمار براساس درک بیمار، به روشی کمک کننده یا درمانی است. همدلی بالینی موجب ایجاد اعتماد در رابطه، رضایت پزشک- بیمار و افزایش توانایی بیمار برای مقابله با استرس می‌شود (۴).

همدلی بالینی جزیی از رابطه با بیمار است که هم بر تشخیص و هم بر مراقبت بیمار موثر است، همدلی با کاهش اضطراب، استرس و درد بیماران، نتایج تسکینی و درمانی موجب افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران، اعتماد بیماران به کادر درمانی و در نتیجه بیماران اقدامات درمانی را بهتر می‌پذیرند (۵). همدلی مانند مانعی در برابر استرس‌های شغلی که پزشکان با آن روبه رو هستند عمل می‌کند (۶،۷). همدلی با بیماران منجر به افزایش رضایت حرفه‌ای، افزایش احساس موفقیت، مدیریت بهتر بیمار و افزایش دقت و صلاحیت بالینی پزشکان می‌شود. بر همین اساس انتظار می‌رود آموزش پزشکی پزشکانی تربیت کند که علاوه برداشتن دانش کافی در پزشکی، همدلی مورد قبولی نیز داشته باشند.

در دانشکده‌های پزشکی دانشجویان از طریق برنامه‌درسی رسمی و برنامه درسی پنهان می‌آموزند. دستیاران پزشکی نیز بسیاری از ارزش‌ها را به‌صورت غیررسمی و ناآشکار از طریق برنامه‌درسی پنهان کسب می‌کنند (۸). برنامه‌درسی پنهان برای رشد حرفه‌ای و عاطفی حیاتی است و ممکن است در مراقبت از بیمار مفید باشد چرا که اگر بیماران به پزشکان اعتماد کنند، رابطه خوبی با پزشک برقرار می‌کنند، شناخت و بازاندیشی و تأمل درمورد برنامه درسی پنهان ممکن است باعث کاهش فرسودگی شغلی و در نتیجه افزایش همدلی بالینی شود (۹، ۱۰). لذا لازم است با مشخص کردن مواردی که پنهان هستند و لحاظ کردن آن‌ها در برنامه‌درسی آشکار از باقی ماندن برنامه درسی پنهان در جعبه سیاه واقعیت‌های ناگفته جلوگیری کرد (۱۱). برنامه‌درسی پنهان یکی از انواع برنامه‌های درسی دانشکده‌های پزشکی است، دانشجویان فقط از برنامه‌درسی تدریس شده یاد نمی‌گیرند بلکه آن‌ها مواردی را یاد می‌گیرند که دانشکده قصد آموزش آن‌ها را نداشته است، این نوع برنامه‌درسی، همان برنامه‌درسی پنهان می‌باشد. برنامه‌درسی پنهان که (عمداً یا ناخواسته) به موازات اهداف برنامه‌درسی تعریف شده تدریس می‌شود، به‌عنوان «فرآیندها، فشارها و محدودیت‌هایی که خارج از برنامه‌درسی رسمی قرار دارند و اغلب بیان نشده یا کشف نشده هستند» توصیف شده

است (۱۲). برنامه‌درسی پنهان در آموزش علوم پزشکی به‌طور گسترده توسط هافرتی (Hafferty) مورد بحث قرار گرفته است که آن را مجموعه‌ای از تأثیرات در سطوح سازمانی و فرهنگی از جمله سیاست‌های سازمانی، فعالیت‌های ارزیابی، تصمیمات تخصیص منابع و سیاست‌های درون سازمانی تعریف کرده است (۱۳). برنامه‌درسی پنهان کیفیت فعالیت‌های آموزشی و تربیتی را تعیین می‌کند، برنامه درسی پنهان محیط فیزیکی (معماری و دکوراسیون مرکز آموزشی) و روانی و پیام‌های پنهانی را در برمی‌گیرد که فراگیران از مدیران و آموزش‌دهندگان به‌طور پنهانی برای کسب احساسات، ارزش‌ها، عادات و مهارت‌ها دریافت می‌کنند (۱۴).

آموزش پزشکی دارای یک بعد نهفته است، در طول دوره آموزش پزشکی بخش زیادی از آن‌چه که آموزش داده می‌شود خارج از برنامه درسی آشکار و در جو محیط آموزشی شکل می‌گیرد، برنامه درسی پنهان در تجارب فراگیران نهفته است. برنامه درسی پنهان می‌تواند انتظارات رسمی یادگیری را پشتیبانی یا با آن مخالفت کند، به‌طور مثال در برنامه‌درسی رسمی ممکن است به‌صورت آشکار از دانشجویان خواسته شود تا در اقدامات روزمره نگرش انسانی داشته باشند، ممکن است در بیمارستان به‌شکل دیگری آموزش ببینند (۱۵). برنامه‌درسی پنهان به‌صورت ضمنی در بخش‌های مختلف مراکز درمانی انتقال داده می‌شود و شامل فرهنگ سازمانی حاکم در محیط یادگیری است که شیوه یادگیری فراگیران را شکل می‌دهد، مانند ساختار قدرت و امتیاز، فشارهای فرهنگ سازمانی و طرح معماری محیط کار. این‌ها یادگیری‌هایی هستند که در هر جایی نوشته نشده بلکه آموزش داده می‌شوند و آموخته می‌شوند (۱۶).

برنامه‌درسی پنهان مجموعه‌ای از آموزه‌های اخلاقی و ارزشی است که پزشکان اغلب به‌صورت ضمنی در حین تحصیل یاد می‌گیرند. این نوع از یادگیری‌ها پایه‌ای برای ارتباطات و تعاملات آینده پزشکان با بیماران، همسالان و همکاران‌شان شود (۹). مطالعات نشان داده که همدلی بالینی به‌دلیل تأثیر برنامه‌درسی پنهان، از طریق ساختارها و فرهنگ سازمانی و تعاملات و به صورت قصد نشده انتقال پیدا می‌کند (۱۷). علی‌رغم اهمیت همدلی بالینی، بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد دستیاران در همدلی با بیماران خود مشکل دارند و میزان همدلی آن‌ها در طول سال‌های تحصیل کاهش پیدا کرده است. بسیاری از دانشجویان پزشکی توانایی محدودی در

برقراری ارتباط همدلانه، طی تجارب بالینی دارند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که میزان همدلی بالینی با افزایش سنوات تحصیلی دانشجویان پزشکی، کاهش یافته است (۱۹)، کاهش همدلی دانشجویان پزشکی در ایران نیز مشاهده شده است (۲۰). با توجه به این‌که برنامه‌درسی پنهان در مقایسه با برنامه‌درسی آشکار تاثیر بیشتری بر یادگیری و ماندگاری یادگیری دارد، جنبه‌هایی از آموزش مانند انتقال رفتارها، هنجارها و ارزش‌ها در قالب برنامه‌درسی پنهان بهتر از آشکار عمل می‌نماید و همدلی یک ویژگی عمده‌شناختی، قابل آموزش و یادگیری است و چگونگی تأثیرگذاری برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری همدلی بالینی مشخص نیست. لذا پژوهش حاضر با هدف شناسایی مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شد. به عبارت دیگر این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران کدامند؟

روش‌ها

پژوهش حاضر به‌عنوان یک پژوهش کاربردی، در زمره‌ی تحقیقات کیفی قرار دارد و با بهره‌گیری از روش داده‌بنیاد و با بهره‌گیری از روش داده‌بنیاد اشتراوس و کوربین (Strauss & Corbin) (۲۱) انجام شده است. نظریه داده‌بنیاد رویکرد پژوهشی است که در آن براساس داده‌های واقعی و از طریق روش علمی، نظریه‌های جدید تدوین می‌شود. روش نمونه‌گیری هدفمند و از نوع نظری است، رسیدن به اشباع نظری ملاک حجم نمونه بوده است. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر دستیاران سال سوم گروه داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران به تعداد ۲۲ نفر (۱۰ نفر زن و ۱۲ نفر مرد) است، در پژوهش کیفی زمانی که اطلاعات درمورد تمام دسته‌بندی‌های مورد نظر اشباع و نظریه مورد مطالعه کامل شود و اطلاعات جدید به دست نیاید، جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها متوقف می‌شود (۲۲). سوالات مصاحبه از نوع باز پاسخ و براساس ابعاد نظریه داده‌بنیاد و مدل پارادیمی اشتراوس و کوربین (Strauss & Corbin) طراحی شده بود و دیدگاه شرکت‌کنندگان در زمینه مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی دستیاران

دریافت شد. مدت مصاحبه براساس نظر دستیاران بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه با میانگین ۴۵ دقیقه بود. تمام مصاحبه‌ها توسط محقق انجام و در ادامه پیاده‌سازی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل خرد استفاده و داده‌ها از طریق فرآیند کدگذاری باز و محوری و انتخابی با الهام از نظریه داده‌بنیاد تحلیل شدند. در این کدگذاری‌ها، هدف یافتن مقولات و ارتباط بین آن‌ها در سطوح مختلفی از انتزاع بود، بدین شکل که در کدگذاری باز ابتدا داده‌ها به بخش‌های مجزا خرد شد، مقولات اصلی استخراج و در مرحله کدگذاری محوری مقولات استخراج شده در مرحله قبل به هم مرتبط شد و پیوند معنایی بین مقوله‌ها ایجاد گردید. در نهایت، نظریه مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران ارائه شد. برای تأمین روایی و پایایی مطالعه از چهار شاخص اعتبار، اعتماد، تایید پذیری و انتقال پذیری استفاده شد. برای تأمین اعتبار پذیری: این پژوهش، گزارش پایانی فرآیند تحلیل داده‌ها و مقوله‌های حاصل به همراه متن مصاحبه برای چهار نفر از شرکت‌کنندگان ارسال و نظرات آن‌ها دریافت شد. برای افزایش تایید پذیری سه نفر صاحب‌نظر کدها و یافته‌ها و مدل را بررسی کردند، محقق با ارایه مراحل به صورت جز به جز نظرات صاحب‌نظران را درمورد مدل دریافت کرد. برای اعتماد پذیری و انتقال پذیری: از روش تحلیل اعضای پژوهش استفاده شد. در این روش گزارش محقق از نظر صحت و کامل بودن مطالعه و بررسی شد. معنای اعتماد پذیری این است که از کدگذاری فرد دیگری غیر از محقق نیز همین یافته‌ها حاصل شود.

یافته‌ها

در این پژوهش با تعداد ۲۲ نفر از دستیاران سال سوم رشته داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها و استخراج ۷۳ کد باز در مرحله اول کدگذاری باز و طبقه‌بندی آن‌ها به ۹ کد محوری (مولفه) در مرحله دوم کدگذاری باز، مولفه‌ها در مرحله سوم کدگذاری انتخابی به ۴ طبقه اصلی دسته‌بندی شدند. در جدول شماره ۱، کدهای باز، محوری و انتخابی ارایه شده است.

جدول ۱: مقوله‌های به دست آمده از کدگذاری باز، محوری و انتخابی

کد گزینشی	کد محوری	کد باز
مهارت‌های مورد نیاز دستیاران پزشکی	مهارت‌های آموزشی	ارائه آموزش‌های لازم با هدف ضرورت توجه به احساسات بیمار/ ضرورت توجه به اخلاق حرفه‌ای/ آموزش مهارت همدلی در دوران تحصیل/ توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های اجتماعی/ توجه و ضرورت مهارت‌های آموزشی/ توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی نظام آموزشی پزشک
	مهارت‌های پایه	ضرورت توجه و آموزش مسئولیت‌پذیری/ توجه و درک شرایط موجود بیمار/ توجه به مهارت‌های ارتباط بین فردی/ توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی/ توجه به ضرورت حفظ حریم خصوصی بیمار/ توجه به ضرورت احترام به بیمار/ ضرورت برقراری ارتباط صادقانه با بیمار/ آموزش مهارت‌های کنترل استرس/ درک احساسات بیمار/ میزان مسئولیت پذیر بودن دستیاران/ ضرورت توجه به حفظ احترام دستیاران/ توجه به ضرورت آموزش مسایل انسانی/ توانایی برقراری ارتباط موثر/ ضرورت توجه به آموزش تعاملات بین فردی/ ضرورت توجه به آموزش مهارت گوش دادن فعال/ توجه به مسایل مربوط به رفتار اجتماعی/ ظهور رفتار سازگار با موقعیت توسط دستیار/ توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباط بین گروهی/ توجه به ضرورت مهارت‌های غیرکلامی/ توجه به ضرورت مهارت‌های ارتباط کلامی
	ویژگی‌های فرد	روحیه پزشک/ توجه به اطرافیان/ نحوه برقراری ارتباط با بیمار/ توانایی مدیریت احساسات/ احساس رضایت بیمار از ارتباط با پزشک/ احساس امنیت بیمار از ارتباط با پزشک/ احساس آرامش بیمار از ارتباط با پزشک/ توجه به مسایل اخلاقی/ صبر و حوصله داشتن/ توجه به مهارت‌های اجتماعی/ ضرورت توجه به مسئولیت‌پذیری اجتماعی/ گرایش به فردگرایی/ توجه به وضعیت اقتصادی بیمار/ احساس ضعف شخصی/ ویژگی‌های شخصیتی افراد/ تجارب اکتسابی فرد/ توجه به هویت اخلاقی/ روش تربیتی فرد در خانواده/ سبک زندگی/ فرهنگ خانوادگی
عوامل تأثیرگذار	حمایت مادی	سطح درآمد پایین/ توجه به مسایل و مشکلات اقتصادی دستیاران/ ضرورت توجه به رفاه دستیاران/ توجه به ضرورت تعیین ساعت کاری/ ضرورت توجه به مسایل سلامت جسمانی دستیاران
	حمایت معنوی	رفتار بیمار/ ارزش‌های فرهنگی جامعه/ تاثیر جامعه بر نظام ارزشی آموزشی/ توجه به مساله آرامش روانی دستیاران/ ضرورت توجه به سطح استرس دستیاران
مسائل سازمانی	محیط کاری بیمارستان - ها و درمانگاه‌ها	محیط پر تنش بیمارستان/ کمبود تجهیزات و امکانات پزشکی/ عدم تناسب معماری و طراحی داخلی در اتاق‌های ویزیت و درمان بیماران در اغلب بیمارستان‌ها
	رضایت شغلی	فشار کاری/ شرایط محیط کار/ فرسودگی شغلی/ خستگی عاطفی/ کمبود خواب/ خستگی جسمانی
	ساختار نظام آموزشی	ارائه الگوهای اخلاقی مناسب به دستیاران پزشکی/ وجود قوانین نظارت و ارزیابی رفتار پزشکان/ نقش استادان در یادگیری رفتارهای اخلاقی حرفه‌ای/ آگاهی اساتید از اصول و تعلیم و تربیت و کلاس‌داری/ توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های کنترل هیجانات و احساسات/ تدوین منشور کارکرد دستیاران پزشکی/ ضرورت تدوین دستورالعمل‌های نظارتی/ ارزیابی از مهارت‌های ارتباطی

مولفه‌های شناسایی شده

براساس یافته‌های حاصل از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران در چهار مولفه تقسیم‌بندی شد.

مهارت‌های مورد نیاز دستیاران: شامل مهارت‌های آموزشی و پایه می‌شود، یکی از موضوعات اساسی که ضرورت دارند در فرآیند آموزش دستیاران پزشکی به آن توجه نمود. چرا که ضعف منابع یادگیری و نبود محتوای متناسب و مدون در اهداف و رسالت برنامه شکل‌گیری همدلی بالینی را با مانعی اساسی روبه رو ساخته است. برنامه‌ها و آموزش‌های پزشکی به خوبی از عهده پرورش مهارت‌های ارتباطی در میان دستیاران

برنیامده است. در برنامه‌های آموزش پزشک می‌بایست به مساله مهارت‌های ارتباطی توجه نمود.

به عنوان مثال مشارکت کننده ۷ در این باره چنین گفت: "اینجا برمی‌گرده به اصطلاح مهارت‌های اجتماعی این سری مهارت‌ها مهارت‌هایی هست که افراد باید بلد باشند متأسفانه آموزش مهارت‌های ارتباطی علی‌رغم سی تا چهل سال که در غرب در کوریکولوم پزشکی بوده ولی در ایران به‌طور کامل جا نیافتاده، نتیجتاً پزشکی که تربیت می‌کنیم فاقد اون مهارت‌هاست. مهارت‌های پایه در ایران به‌صورت رسمی تدریس نمی‌شود و جز برنامه درسی نیست." به این معنا است

که مهارت‌های اجتماعی باید در آموزش دستیاران پزشکی مورد توجه قرار گیرد و نقش مهمی در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران دارد.

ویژگی‌های فردی: ویژگی‌های فردی دستیاران یکی از عوامل موثر بر شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران است که شامل ویژگی روانی- شخصیتی، سبک زندگی می‌باشد. اعتقادات و تربیت خانوادگی، وضعیت اقتصادی خانواده، سبک زندگی و میزان درک و فهم خانواده در همراهی با فرد از موارد مهم و تاثیرگذار بر شکل‌گیری همدلی در دستیاران است. دستیارانی که به لحاظ اعتقادی و تربیت خانوادگی بهره بیش‌تری از درک و فهم موقعیت افراد در شرایط متفاوت دارند، از حس همدلی بالاتری برخوردارند. هم‌چنین سبک زندگی و اثر رفتار و کنش‌های سایر افراد خانواده در چگونگی رفتار دستیار با بیماران در محیط کاری بسیار اثرگذار است. هر میزان درک افراد خانواده از حساسیت شغلی دستیار و اهمیت توان روحی او در برخورد با بیماران بیش‌تر باشد، دستیار از حس همدلی قوی‌تری در تعامل با بیماران خود بهره‌مند است.

به عنوان مثال مشارکت کننده ۱ در این‌باره چنین گفت: "ارتباط پزشک با بیمار یه بخشیش به روحیات خود اون پزشک برمی‌گرده، بر پایه روحیات هر فرد، اعتقادات و تربیت خانوادگی هر فرد هست، ایناست که روی رفتارش روی مریض یا هر آدمی با آدمی ارتباط داشته باشه همینا روش موثره پزشکان از این مقوله به نظرم جدا نیستن". به این معنا است که ویژگی‌های فردی دستیاران نقش مهمی در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران دارد.

عوامل حمایتی: از مولفه‌های حمایت مادی و معنوی تشکیل شده است. یکی از عوامل موثر بر شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران حمایت‌های مادی در قالب رویه‌ها و خط مشی‌هایی با هدف پشتیبانی از ایجاد و تقویت حس همدلی در دستیاران است. در حال حاضر ترس از آینده شغلی و کاری، دغدغه‌های رفاهی دستیاران و نیز عدم دریافت حقوق متناسب با حجم کاری، فقدان مشوق‌های مالی برای دستیاران، تعهد تمام وقت دستیار به بیمارستان و عدم امکان فعالیت در شغلی دیگر از جمله موانع موجود بر سر راه شکل‌گیری همدلی در دستیاران است. زمانی که فرد در ابتدایی‌ترین نیازهای خود که همانا مسایل مالی و رفاهی است دارای امنیت و احساس آرامش خیال نیست، چگونه می‌تواند در شرایط سخت شغلی با بیماران خود احساس همدلی داشته باشد. حس همدلی نیازمند یک آرامش و اطمینان خاطر است تا فرد امکان بروز و

ظهور عواطف و احساسات خود را نسبت به موقعیت‌های مختلف داشته باشد. مشارکت کننده ۲۲ در این‌باره چنین گفت: "یه رزیدنت باید از جهت مالی تامین باشه یعنی یه حقوقی داشته باشه از جهت اعصاب و روانش آن‌قدر آروم باشه که بتونه با مریض ارتباط برقرار کنه الان حقوق ما در ماه که هر روز میایم و بدون مرخصی هستیم ۶ میلیون تومن و بیمه هم نداریم هیچ کسی با ۶ میلیون تومن شاگرد مغازه هم واینمیشه وقتی شما از نظر مالی دانشجوی تخصص رو تامین نکردی و فشارهای اجتماعی روانی و از طرف خانواده برش هست چطور ازش انتظار داری بتونه با بیمارش همدلی کنه؟..."

حمایت‌های معنوی یکی دیگر از عوامل موثر بر شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران است. در حال حاضر گارد بسته اذهان عمومی نسبت به پزشکان، تغییر ارزش‌های فرهنگی جامعه و تاثیر جامعه بر نظام ارزشی آموزشی و نیز توقع و انتظارات نامتعارف از پزشکان فضای روانی را بر دستیاران تحمیل می‌کنند که در آن شکل‌گیری همدلی بالینی امری غیرممکن به نظر می‌رسد. اوج‌گیری جو پزشک ستیز و پرخاشگری مردم نسبت کادر درمان، موجبات فاصله گرفتن کادر درمان از بیماران را فراهم می‌سازد و همین امر خود مزید بر علت شده و امکان بروز و ظهور همدلی را از سوی دستیاران با چالش بزرگی مواجه می‌سازد و تمرکز را در ارائه خدمات بهینه به بیماران کاهش می‌دهد چه برسد به ارتقاء سطح همدلی با آنان. مشارکت کننده ۲۱ در این‌باره چنین می‌گوید: "بعضی وقتا کم لطفی بیمار یا همراهان اون باعث میشه که خستگی تو تن آدم بمونه و آستانه تحمل پایین بیاد". به این معنا است که حمایت‌های مادی و معنوی باید در آموزش دستیاران پزشکی مورد توجه قرار گیرد و نقش مهمی در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران دارد.

مسایل سازمانی: این مولفه از سه زیر مولفه محیط کاری بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، رضایت شغلی و ساختار نظام آموزشی تشکیل شده است. محیط کاری بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها از یکسو، از سوی دیگر رضایت شغلی و ساختار نظام آموزشی در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران ایفای نقش می‌کنند. در حال حاضر محیط پر تنش بیمارستان و حضور بیماران مختلف با مشکلات متعدد و متنوع، کمبود تجهیزات و امکانات پزشکی، عدم تناسب معماری و طراحی داخلی در اتاق‌های ویزیت و درمان بیماران در اغلب

هم استراحت کافی نداشتیم، انگیزه‌ای وجود نداره که به حرف مریض گوش بدیم و براش وقت بزاریم".

ساختار نظام آموزشی نیز بر شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران تاثیرگذار است، وجود قوانین نظارت و ارزیابی رفتار پزشکان، توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های کنترل هیجانات و احساسات، تدوین منشور کارکرد دستیاران همچنین تدوین دستورالعمل‌های نظارتی می‌تواند نقش موثری در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران داشته باشد. در حال حاضر عدم نظارت و ارزشیابی رفتارهای غیرهمدلانه، عدم تاثیر رفتار همدلانه در جذب (ترفیح، ارتقاء اساتید)، فقدان ابزار اندازه‌گیری واحد برای ارزشیابی دانش، مهارت و نگرش به صورت یکپارچه اشکال در شیوه گزینش دستیاران شکل‌گیری همدلی بالینی را در دستیاران با چالش اساسی مواجه ساخته است. به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده ۴ در این‌باره چنین گفت:

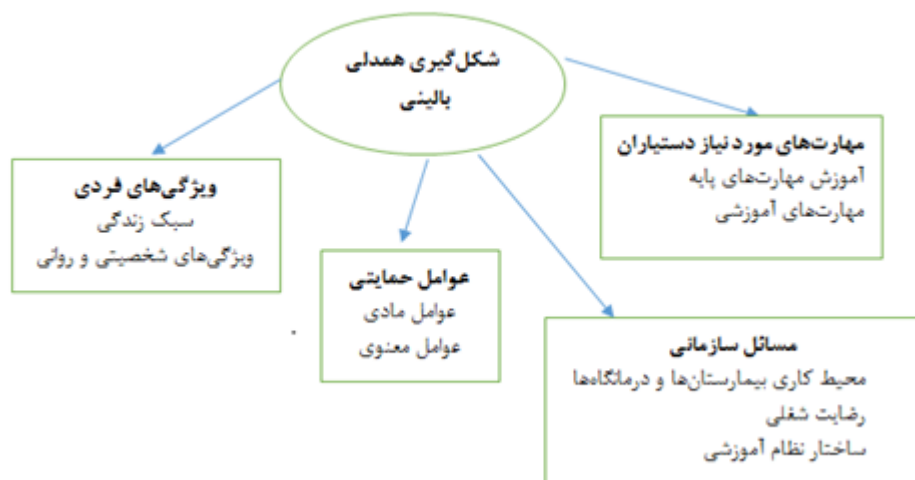
"ما هیچ قانون بازدارنده‌ای نداریم یه قانون یا منشور حقوقی و یه سندی باشه که بشه بهش استناد کرد و حدی رو برا رزیدنت گذاشت ما منشوری برای حقوق رزیدنتی نداریم". به این معنا است که محیط کاری بیمارستان و درمانگاه‌ها، رضایت شغلی و ساختار نظام آموزشی نقش مهمی در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران دارند.

بیمارستان‌ها شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران را با مشکل مواجه کرده است.

مشارکت‌کننده ۱۷ در این‌باره چنین می‌گوید: "طراحی داخلی اتاق‌های بیمارستان اعم از میزان نور، رنگ دیوارها و پرده‌ها، میز و صندلی و غیره به‌گونه‌ای که مغز آدم رو خسته نگه می‌داره و تقریباً بعد از چند ساعت متمادی کار در اون فضا احساس آشفته‌گی و فرار از محیط بهت دست میده، همین موضوعات روی روانت تاثیر می‌ذاره و فقط می‌خوای ویزیت بیمار و انجام بدی و نفر بعدی بیاد تا زودتر ساعت کاریت به اتمام برسه دیگه اعصاب و حوصله‌ای برای همدلی کردن با بیمار برات نمی‌مونه".

علت اساسی بعدی در شکل‌گیری همدلی بالینی، رضایت شغلی دستیاران است. در حال حاضر فشار کاری، خستگی بیش از حد جسمی و روحی دستیاران، در معرض استرس بودن و فرسودگی شغلی از موارد مهم و تاثیرگذار بر شکل‌گیری همدلی در دستیاران است. در حالت کلی نارضایتی شغلی موجب فاصله گرفتن از بیمار هم‌چنین سرکوب عاطفی و جداسازی بالینی به عنوان جزیی از برنامه درسی پنهان می‌گردد. مشارکت‌کننده ۱۵ در این خصوص چنین گفت:

"برای رزیدنت‌ها حداقل‌های رفاهی فراهم بشه که بتونن به اندازه کافی استراحت کنن، وقتی مثلاً من چند شب پشت سر



شکل ۱: مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی

جامعه از کارکردهای سیستم درمانی کشور را افزایش می‌دهد. لذا ضروری است که با در نظر گرفتن عناصر اثرگذار (مستقیم و غیرمستقیم) بر شکل‌گیری حس همدلی در بین دستیاران، در ایجاد و توسعه تعاملات و رفتارهای اثربخش کادر درمان گامی موثر برداریم.

به‌طور کلی شکل‌گیری حس همدلی در دستیاران، به‌عنوان یک پیامد مثبت از برآیند مجموعه رفتارها و تصمیمات در سطوح مختلف فردی، گروهی و سازمانی، از رسالت‌های مهم در حیطه درمان و پزشکی است. جایگاه حساس و حیاتی کادر درمان در سرنوشت مرگ یا زندگی آحاد جامعه، لزوم توجه به انتظارات

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج کدگذاری مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی دستیاران دانشگاه‌های علوم پزشکی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان عبارتند از:

- ۱- مهارت‌های آموزشی، ۲- مهارت‌های پایه، ۳- سبک زندگی، ۴- ویژگی‌های روانی- شخصیتی، ۵- حمایت مادی، ۶- حمایت معنوی، ۷- محیط کاری بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، ۸- رضایت شغلی، ۹- ساختار نظام آموزشی.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مهارت‌های آموزشی و مهارت‌های پایه از دلایل مهم شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران می‌باشند. یکی از جنبه‌های برنامه‌درسی پنهان ارزش‌گذاری‌های ترجیحی برای مواد و موضوعات درسی است (۲۳). ساختار برنامه‌درسی، محتوایی که در برنامه‌درسی گنجانده شده یا از آن خارج شده است می‌تواند یک برنامه‌درسی پنهان ایجاد کند. دانشجویان پزشکی ممکن است همدلی بالینی را مهم بدانند اما با توجه به این که بحث‌های مربوط به این موضوعات در طول سال‌های تحصیل کاهش می‌یابد، این پیام پنهان را دریافت کنند که اگر همدلی بالینی آموزش داده نمی‌شود به این معناست که ارزشمند نیست. در نظام آموزشی پزشکی آموزش مطالب و تکنیک‌های بالینی بر آموزش دانش انسانی و همدلی اولویت دارد. اولویت داشتن آموزش تکنیک‌های بالینی موجب شده دستیاران قادر به برقراری روابط همدلانه با بیماران خود نباشند. نتایج پژوهش Thangarasu & et al هم راستا با نتایج مطالعه حاضر به این نکته اشاره دارد که برنامه‌درسی پزشکی به طور نامتناسبی بر پاتوبیولوژی مولکولی و آزمایشات تمرکز دارد. ویژگی‌های انسان‌گرایانه ضروری برای ایجاد پزشکی که قادر به ارائه مراقبت جامع برای بیمار و جامعه باشد را نادیده می‌گیرد (۲۴). در اهداف و رسالت برنامه‌های آموزش پزشکی عنوان همدلی بالینی و محتوای متناسب با آن وجود ندارد که این امر نشان‌دهنده عدم توجه به جایگاه همدلی در دروس دانشگاهی است. مداخلات آموزشی از قبیل تدوین محتوای متناسب و مدون آموزش همدلی بالینی مانند مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباط بین فردی، گوش دادن فعال، مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیرکلامی می‌توانند همدلی دستیاران را افزایش دهند. Winter & et al نیز همسو با این مطالعه در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند. در حال حاضر آموزش مبتنی بر همدلی به‌طور معمول در آموزش

مراقبت‌های بهداشتی دیده نمی‌شود، هیچ برنامه‌درسی استاندارد برای آموزش مهارت‌های آموزشی و پایه در جهت شکل‌گیری همدلی وجود ندارد (۲۵).

از دیگر مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران می‌توان به سبک زندگی و ویژگی‌های روانی- شخصیتی دستیاران اشاره کرد که به تاثیر ویژگی‌های فردی برمی‌گردد. ویژگی‌های فردی هم‌چون عواطف مثبت، رفتارهای اینارگرانه، ظرفیت ذاتی دستیاران برای دلسوزی و مراقبت از دیگران، وظیفه‌شناسی، تجارب اکتسابی فرد، سبک زندگی و فرهنگ خانوادگی تاثیر قابل توجهی بر همدلی بالینی دارد. محیطی که فرد در آن متولد شده و رشد نموده تاثیر بسیار زیادی بر همدلی بالینی دارد. خانواده و فرهنگ از جمله متغیرهای موثر بر همدلی بالینی دستیاران است. دانشجویان پزشکی با مجموعه‌ای از ارزش‌ها و باورهای منحصر به خود که حاصل نظام‌های فرهنگی و آموزشی آن‌ها هستند وارد نظام آموزش پزشکی می‌شوند. در حقیقت فردی که وارد محیط آموزشی و درمانی می‌شوند مانند لوح سفید نیستند و زمینه اخلاقی آن‌ها می‌تواند به‌عنوان درونداد برنامه‌درسی پنهان در تاثیرات بعدی عمل کند. نتایج پژوهش Laughey & et al هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر به این نکته اشاره دارد که همدلی براساس تجربیات زندگی و نحوه تربیت دانشجویان پزشکی شکل می‌گیرد (۲۶). هم‌چنین پاداش و همکاران در پژوهش خود هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، به این نتیجه رسیدند تربیت خانوادگی با رفتارهای اخلاقی ارتباط دارد و نحوه تعاملات با بیماران نیز به نوعی به زمینه اخلاقی فرد مرتبط است (۲۷). نتایج این پژوهش با مطالعه Yasien & Almuzaini مطابقت دارد که ویژگی‌های فردی با جنبه‌های مختلف رفتارهای همدلانه مرتبط است (۲۸).

براساس یافته‌های این پژوهش حمایت‌های مادی و معنوی از مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران است. دستیاران بیش از آن‌چه در برنامه‌درسی رسمی در نظر گرفته شده است، می‌آموزند. در برنامه‌درسی پنهان، دانشجویان شاهد اولویت مسایل قانونی نسبت به مسایل انسانی و برقراری روابط همدلانه، امکانات رفاهی پایین، حمایت عاطفی پایین و نبود قوانین و مقررات محدودکننده برای جلوگیری از رفتار غیرهمدلانه می‌باشند که شکل‌گیری همدلی بالینی را با مانعی اساسی روبه رو ساخته است. این نتایج با پژوهش Laughey مطابقت دارد. نتایج وی نشان داد

که دستیاران از واقعیت‌های سخت کار در محیط‌های شلوغ، مراقبت‌های بهداشتی یاد می‌گیرند مانند حداقل حمایت عاطفی، فاصله گرفتن الگوها از خود برای کنار آمدن با سختی‌های شغل برنامه‌درسی پنهان پزشکی است. که این امر بر نیاز برای شفقت غلبه می‌کند و خطر دور کردن دستیاران از همدلی بالینی را به‌همراه دارد (۲۶). همچنین Bredicean در پژوهش خود هم راستا با یافته‌های پژوهش حاضر به این نتیجه رسید که حمایت مادی، رفاه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با همدلی ارتباط دارد (۲۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، یکی از مولفه‌هایی که بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی تاثیر می‌گذارد حمایت معنوی است، که شامل گارد بسته اذهان عمومی نسبت به پزشکان، تغییر ارزش‌های فرهنگی جامعه، تاثیر جامعه بر نظام ارزشی آموزشی و توقع و انتظارات نامتعارف از پزشکان است و مانع شکل‌گیری روابط همدلانه دستیاران با بیماران خواهد شد. دستیاران تحت تاثیر فرهنگ جامعه‌ای هستند که در آن زندگی می‌کنند، انتظارات فرهنگی و اجتماعی پیام‌هایی را به دستیاران منتقل می‌کند و می‌تواند تاثیرات ناخواسته بر رفتار و احساسات آن‌ها داشته باشند. در واقع اعمال ضدارزش به ارزش تبدیل شده و سیستم آموزشی هم عکس‌العمل مناسبی از خود نشان نمی‌دهد. عواملی مانند غالب شدن مسایل مادی بر مسایل اخلاقی، رواج پزشک ستیزی و افت اخلاقی جامعه بر شکل‌گیری همدلی بالینی دستیاران تاثیر گذاشته است. در واقع دستیاران نمی‌توانند متاثر از شرایط فرهنگی و اخلاقی حاکم بر جامعه نباشند. این نتایج با پژوهش Ellison & Pruzinsky مطابقت دارد که تاثیرات فرهنگی یکی از موانع بالقوه برای همدلی است، برعکس افزایش حمایت معنوی از سوی اجتماع می‌تواند تاثیر مثبتی بر توسعه همدلی داشته باشد (۳۰).

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که یکی دیگر از مولفه‌های موثر بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی محیط کاری بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها می‌باشد. آموزش‌های غیرکلامی و رفتار غیربیانی بیشتر از سایر عوامل در انتقال پیام به فراگیران موثر می‌باشند. بنابراین مراکز آموزشی و عناصر تشکیل دهنده آن مانند رنگ، نور، صدا، تجهیزات، راهروهای تنگ و طولانی همه و همه اثرات آموزشی و تربیتی دارند. این عناصر و فاکتورها در قالب برنامه‌درسی پنهان بر دانشجویان تاثیر می‌گذارند. کمبود تجهیزات و امکانات پزشکی، کمبود فضای خصوصی برای رعایت حریم خصوصی بیماران می‌تواند

بر کیفیت روابط پزشک و بیمار موثر باشد. کمبودهای محیط در قالب برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری همدلی بالینی تاثیر دارد، این نتایج با مطالعه احمدیان یزدی و عرب شاهی همخوانی دارد که کمبودها و مشکلات موجود در شرایط بالینی مانع از ایجاد شرایط ایده‌آل برای ایجاد یک رابطه خوب و همدلی بین دستیاران و بیماران می‌شود (۲۰).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که رضایت شغلی دستیاران نقش موثری در شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی دارد. رضایت شغلی درجه‌ای از خشنودی است که کارکنان از ارضای نیازهای خود به‌وسیله شغل کسب می‌کنند، دوره دستياري یکی از دوره‌های پر استرس و دشوار است که دستیاران ساعت‌های طولانی کار می‌کنند، استرس ناشی از شغل موجب ایجاد نارضایتی در فرد شده و این به نوبه خود باعث فرسودگی شغلی می‌شود، که این امر مانعی برای شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران است. اثرات منفی برنامه‌درسی پنهان ارزش‌های حرفه‌ای مانند نوع دوستی و اعتماد را با فرصت طلبی، بدبینی و بی‌تفاوتی جایگزین می‌کند، همان‌طور که رفتارها و نگرش‌های اخلاقی اغلب به آموزش وابسته است در دوره دستياري به احتمال زیاد دستیاران رفتارهای غیرحرفه‌ای را در محیط‌های کاری پر استرس تحت سلطه اثرات منفی برنامه‌درسی پنهان می‌آموزند. بنابراین قرار گرفتن طولانی مدت در معرض محیط‌های بالینی تحت فشار و استرس موجب می‌شود دستیاران به‌صورت پنهان یاد بگیرند برای کاهش خطرات بهداشت جسمی و روانی، فقط به وظایف خود بپردازند (انجام وظیفه پزشکی بدون همدلی بالینی). این نتایج با مطالعه Pourbairamian و Anzaldia & Halpern و Charles هم‌راستا است که رضایت شغلی یکی از عوامل مرتبط با همدلی بالینی است و افزایش رضایت شغلی موجب افزایش همدلی بالینی می‌شود، افزایش رضایت شغلی با کاهش فرسودگی شغلی موجب افزایش همدلی بالینی می‌شود (۳۱، ۳۲، ۳۳).

بدون شک یکی از مولفه‌های مهم در شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران ساختار نظام آموزشی است. در هر موسسه آموزشی ساختار و مقررات آموزشی یکی از عوامل موثر بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان است. این عناصر شامل شیوه‌های ارتقاء شایستگی برای فعالیت‌ها در مرکز آموزشی و روش‌های ارزشیابی می‌باشد. هر یک از مقررات و ضوابطی که برای اداره امور مختلف دانشگاه وضع می‌شود تاثیراتی را در شخصیت دانشجویان دارد و موجب شکل‌گیری

تصورات مثبت و منفی در دانشجویان می‌شود که این تصورات بخشی از برنامه‌درسی پنهان است (۳۲). ساختار و قوانین نظام آموزش پزشکی هر یک پیام‌های پنهانی را در بر دارد و در نتیجه بر طرز رفتار دانشجویان با بیماران تاثیرگذار خواهد بود. قوانین و سیاست‌های حاکم بر دوره دستیاری بر مراقبت از بیمار تاثیر منفی گذاشته و موجب شده برقراری روابط همدلانه با بیماران در اولویت نباشد. هم راستا با این نتایج Rolinga نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که تاثیر منفی قوانین و سیاست‌های حاکم بر دوره دستیاری باعث شده دستیاران بهره‌وری و کارایی بالینی را بر برقراری روابط همدلانه با بیماران در اولویت قرار دهند و در روابط خود با بیماران ویژگی‌های انسان‌گرایانه را نادیده بگیرند (۳۳).

ارزیابی به‌عنوان یکی از عناصر برنامه‌درسی پنهان نقش مهمی در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران دارد. نظام ارزشیابی می‌تواند پیام‌هایی پنهانی را به‌همراه داشته و عادات و نگرش‌هایی خاص را ایجاد کند. در دانشکده‌های پزشکی ارزیابی یک عامل کلیدی است که دانشجویان از طریق آن متوجه ارزش‌های دانشکده می‌شوند، اما می‌تواند یک برنامه‌درسی پنهان ایجاد کند. زمانی که همدلی در دانشگاه مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد حامل این پیام پنهان است که چنین مراقبتی ارزشمند نیست. دستیاران نیز برای اموری مثل همدلی با بیمار که مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد وقت زیادی صرف نمی‌کنند. هم راستا با نتایج این پژوهش Wright نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که دانشجویان پزشکی ممکن است احساس کنند که همدلی بالینی مهم است و جزء مهمی در روابط مثبت پزشک و بیمار است اما با توجه به این‌که به‌طور رسمی ارزیابی نمی‌شود پس به آن توجه نمی‌کنند (۳۴).

با توجه به مولفه‌های حاصل از مطالعه حاضر تمام مولفه‌های ارائه شده در پایان منجر به شکل‌گیری همدلی بالینی می‌شود. به این معنا که شکل‌گیری همدلی بالینی، موجب تقویت مهارت‌های اجتماعی دستیاران شده و درگیری‌های قانونی دستیاران در زمینه پزشکی را کاهش می‌دهد، همچنین

موجب کاهش فرسودگی شغلی، شناخت مهارت‌های ارتباطی، افزایش بازده کارهای خدماتی در زمینه سلامتی، تربیت پزشکانی همدل و متعهد به ارزش‌های انسانی، تربیت پزشکانی توانا در کمک موثر به بیماران و پزشکانی با روحیه همکاری و کار گروهی می‌گردد. این نتایج با نتایج پژوهش Decety و Guidi & Traversa هم راستا می‌باشد (۳۵، ۳۶). لذا پیشنهاد می‌شود با استفاده از مولفه‌های اثرگذار بر شکل‌گیری برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی در دستیاران، سیاست‌گذاران دانشگاه‌های علوم پزشکی در کنار دانش تخصصی به مهارت‌های آموزشی و پایه (برنامه‌های علوم انسانی)، آموزش‌های لازم با هدف ضرورت توجه به احساسات بیمار توجه بیشتری داشته باشند و با ارزیابی رسمی همدلی بالینی، رعایت استانداردهای جهانی، تعدیل وظایف دستیاران، تامین امکانات رفاهی کافی برای جلوگیری از نارضایت شغلی و فرسودگی شغلی، روابط مثبت و حمایتی (اساتید و دستیاران ارشد و بیمار) موجب مشارکت بیشتر دستیاران در روابط همدلانه شوند. مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی باید این مولفه‌ها را در اولویت قرار دهند، در حقیقت مولفه‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند به‌عنوان چارچوبی برای ایجاد تغییرات در دانشگاه‌های علوم پزشکی با رویکرد همدلی دستیاران مورد استفاده قرار گیرد. در مطالعه حاضر نظرات دستیاران درمورد برنامه‌درسی پنهان همدلی بالینی مورد مطالعه قرار گرفت. انجام مطالعه‌ای که بتواند نظرات اساتید، عوامل سیاست‌گذار و تصمیم‌ساز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را نیز پوشش دهد و مولفه‌های بیشتری را بررسی نماید جامعیت بیشتری را در نتایج حاصل خواهد کرد.

قدردانی

این مقاله از رساله دکتری رشته برنامه‌ریزی درسی دانشگاه الزهرا است که در تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۷ تصویب شد، بدین وسیله از تمام افرادی که ما را در انجام پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.ALZAHRA.REC.1401.008 یاری کردند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Jones T, Marino S, Parker JA, Ashworth SK, Nibert MB, Dickerson A. Role competencies for a faculty member in an occupational therapy assistant academic setting. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy* 2005; 59 (6): 635- 7. [DOI:10.5014/ajot.59.6.635]
2. Haider SI, Riaz Q, Gill RC. Empathy in clinical practice: a qualitative study of early medical practitioners and educators. *The Journal of the Pakistan Medical Association* 2020; 70 (1): 116. [DOI:10.5455/JPM.14408]

3. Anzaldua A, Halpern J. Can clinical empathy survive? Distress, burnout, and malignant duty in the age of Covid- 19. Hastings Center Report 2021; 51 (1): 22-7. [DOI:10.1002/hast.1216]
4. Kesbakhi MS, Rohani C. Exploring oncology nurses' perception of the consequences of clinical empathy in patients and nurses: A qualitative study. Supportive Care in Cancer 2020; 28 (6): 2985- 93. [DOI:10.1007/s00520-019-05118-z]
5. Williams B, Boyle M, Earl T. Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. Prehospital and Disaster Medicine 2013; 28 (2): 145- 9. [DOI:10.1017/S1049023X1300006X]
6. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. Health Science Journal 2012; 6 (3): 534.
7. Ozcan CT, Oflaz F, Sutcu Cicek H. Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. International Nursing Review 2010; 57 (4): 493- 9. [DOI:10.1111/j.1466-7657.2010.00832.x]
8. Beach SR, Shalev D, Fischel SV, Boland RJ, Ernst CL. Optimizing Fit: Targeting a Residency Psychiatry Consultation- Liaison Rotation to Various Levels of Training. Psychosomatics 2020; 61 (6): 645- 54. [DOI:10.1016/j.psych.2020.07.002]
9. Hopkins L, Saciragic L, Kim J, Posner G. The hidden curriculum: exposing the unintended lessons of medical education. Cureus 2016; 8 (10). [DOI:10.7759/cureus.845]
10. Bredicean C, Tamasan SC, Lungeanu D, Giurgi- Oncu C, Stoica IP, Panfil AL, Vasilian C, Secosan I, Ursoniu S, Patrascu R. Burnout toll on empathy would mediate the missing professional support in the COVID- 19 outbreak. Risk Management and Healthcare Policy 2021; 2231- 44. [DOI:10.2147/RMHP.S300578]
11. Tekian A. Must the hidden curriculum be the 'black box' for unspoken truth? Medical education 2009; 43 (9): 822- 3. [DOI:10.1111/j.1365-2923.2009.03443.x]
12. Ludwig B, Turk B, Seitz T, Klaus I, Löffler- Stastka H. The search for attitude- a hidden curriculum assessment from a central European perspective. Wiener Klinische Wochenschrift 2018; 130: 134- 40. [DOI:10.1007/s00508-018-1312-5]
13. Pourbairamian G, Bigdeli S, Arabshahi SK, Yamani N, Sohrabi Z, Ahmadi F, Sandars J. Hidden Curriculum in Medical Residency Programs: A Scoping Review. Journal of Advances in Medical Education & Professionalism 2022; 10 (2):69.
14. Ipekeli II, Şahin H. Hidden Curriculum Scale in Teacher Education: a Scale Development Study. European Journal of Education Studies 2019;6 (4):323-38.
15. Monrouxe LV, Rees CE. Theoretical perspectives on identity: researching identities in healthcare education. Researching medical education . Wiley Blackwell;2015. [DOI:10.1002/9781118838983.ch12]
16. Brown ME, Coker O, Heybourne A, Finn GM. Exploring the hidden curriculum's impact on medical students: professionalism, identity formation and the need for transparency. Medical Science Educator 2020; 30: 1107- 21. [DOI:10.1007/s40670-020-01021-z]
17. Vinson AH, Underman K. Clinical empathy as emotional labor in medical work. Social science & medicine 2020; 251: 112904. [DOI:10.1016/j.socscimed.2020.112904]
18. Yang C, Zhu YL, Xia BY, Li YW, Zhang J. The effect of structured empathy education on empathy competency of undergraduate nursing interns: A quasi- experimental study. Nurse education today 2020; 85: 104296. [DOI:10.1016/j.nedt.2019.104296]
19. Karayiannis G, Papastavrou E, Farmakas A, Tsangari H, Noura M, Roupa Z. Exploration of empathy in Cyprus nursing and health care students: A mixed method study. Nurse Education in Practice 2020; 1- 8. [DOI:10.1016/j.nepr.2019.102686]
20. Yazdi NA, Arabshahi KS, Bigdeli S, Ghaffarifar S. Challenges in promoting clinical empathy skills in medical students: A content analysis study. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 2019; 33 :104.

21. Corbin JM, Strauss AL.[Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory]. translated by Afshar E.Tehran: Ney Publication; 2015. [Persian]
22. Bazargan A. [Introduction to qualitative and mixed research methods]. 3rd ed. Tehran: Didar Publications; 2016. [Persian]
23. Mehr Mohammadi M. [Curriculum: viewpoints, approaches, perspectives]. 2nd ed. Mashhad: Astan Quds Razavi Publishing House; 2014. [Persian]
24. Thangarasu S, Renganathan G, Natarajan P. Empathy Can Be taught, and patients teach it best. *Journal of Medical Education and Curricular Development* 2021; 8. [DOI:10.1177/23821205211000346]
25. Winter R, Issa E, Roberts N, Norman RI, Howick J. Assessing the effect of empathy- enhancing interventions in health education and training: a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ open* 2020; 10(9):e036471. [DOI:10.1136/bmjopen-2019-036471]
26. Laughey WF, Atkinson J, Craig AM, Douglas L, Brown ME, Scott JL, et al. Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture- a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors. *Medical Science Educator* 2021; 31:1941-50. [DOI:10.1007/s40670-021-01430-8]
27. Padash L, Sanagoo A, Jouybari L, Mobasher EI.[The Perspectives of the Faculty Members, Medical Interns and Residents of Obstetrics and Gynecology Ward about Influencing Factors of Professional Ethics Development in Practice]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2017; 20(5): 39-47. [Persian]
28. Yasien S, Almuzaini F. The relationship between empathy and personality traits in Saudi medical students. *Journal of Education and Health Promotion* 2022; 11:150. [DOI:10.4103/jehp.jehp_851_21]
29. Bredicean C, Tamasan SC, Lungeanu D, Giurgi- Oncu C, Stoica IP, Panfil AL, Vasilian C, Secosan I, Ursoniu S, Patrascu R. Burnout toll on empathy would mediate the missing professional support in the COVID- 19 outbreak. *Risk Management and Healthcare Policy* 2021; 2231- 44. [DOI:10.2147/RMHP.S300578]
30. Ellison G, Pruzinsky T. A Qualitative Exploration of Medical Student Empathy During the COVID- 19 Pandemic. *Research squar* 2021; 1- 16. [DOI:10.21203/rs.3.rs-1121899/v1]
31. Charles JA, Ahnfeldt- Mollerup P, Søndergaard J, Kristensen T. Empathy variation in general practice: a survey among general practitioners in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15 (3): 433. [DOI:10.3390/ijerph15030433]
32. Maleki, H. [Qualifications of teaching profession]. Tehran: Madraseh Publications; 2011. [Persian]
33. Roling G, Lutz G, Edelhäuser F, Hofmann M, Valk- Draad MP, Wack C, Haramati A, Tauschel D, Scheffer C. Empathy, well- being and stressful experiences in the clinical learning environment. *Patient Education and Counseling* 2020; 103 (11): 2320- 7. [DOI:10.1016/j.pec.2020.04.025]
34. Wright SR, Boyd VA, Ginsburg S. The hidden curriculum of compassionate care: can assessment drive compassion?. *Academic Medicine* 2019; 94 (8): 1164-9. [DOI:10.1097/ACM.0000000000002773]
35. Decety J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. *The American journal of medicine* 2020; 133 (5): 561- 6. [DOI:10.1016/j.amjmed.2019.12.012]
36. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from ‘Clinical Empathy’to ‘Empathic Concern’. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2021; 24 (4): 573- 85. [DOI:10.1007/s11019-021-10033-4]