

بررسی دیدگاه اساتید و دانشجویان علوم پزشکی نسبت به اخذ واحدهای درسی اختیاری و تبیین واحدهای پوچ و بررسی نیازهای آموزشی بالینی از دیدگاه دانشجویان

نویسندگان:

لیلی مصلی نژاد^۱، مینا شریعتی^۲، نوید کلانی^{۳*}، سعید عبدالهی فرد^۴

۱- گروه بهداشت و روان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۳- مرکز تحقیقات مؤلفه اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۴- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.7, No.1&2, Spring & Summer 2018

چکیده:

مقدمه: دروس اختیاری مجموعه‌ای از واحدهای درسی هستند که برای همه دانشجویان یک‌رشته در نظر گرفته می‌شود و دانشجو موظف است از میان دروس اختیاری مشخص، تعدادی واحد را انتخاب کند. واحدهای پوچ نیز واحدهایی است که در آموزش دانشجویان مؤثر نیست. این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه دانشجویان و اساتید دانشگاه علوم پزشکی جهرم در مورد اولویت واحدهای اختیاری و تبیین واحدهای پوچ و سپس بررسی نیازهای آموزشی بالینی انجام گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۲۵ نفر از اساتید بالینی و علوم پایه و ۲۸۸ نفر از دانشجویان مقطع بالینی به صورت سرشماری و دانشجویان رشته‌های مختلف به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه اولویت واحدهای اختیاری و تبیین واحدهای پوچ و نیازهای آموزشی بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی صورت گرفت.

یافته‌ها: دانشجویان شرکت‌کننده در نظرسنجی، اولویت هریک از واحدهای اختیاری مهارت استدلال بالینی (۸۷٪/۶)، طبابت مبتنی بر شواهد (۸۴٪/۳۶)، مقاله‌نویسی (۷۷٪/۷)، مهارت‌های ارتباطی (۷۶٪/۳۸) و کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط (۷۲٪/۹۱) را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) دانسته‌اند. دانشجویان دروس اخلاق و تربیت اسلامی (۶۶٪/۶۶)، تاریخ تحلیلی (۷۴٪/۶۵) انقلاب اسلامی و ریشه‌های آن (۵۰٪/۳۴) و روان‌پزشکی (۴۶٪/۵۲) را به‌عنوان واحد پوچ دانسته‌اند.

نتیجه‌گیری: برای کسب مهارت‌های حرفه‌ای مطلوب، وضعیت آموزش پزشکی نیاز به تأمین جامع‌تر امکانات و تجهیزات محیط بالینی دارد. ارتقاء عملکرد اساتید و جذب همکاری‌های حرفه‌ای نیز می‌تواند در بهبود وضعیت آموزش بالینی و کسب مهارت‌های حرفه‌ای مطلوب‌تر مفید واقع شود.

واژگان کلیدی: واحدهای درسی، دانشجویان، آموزشی بالینی

J Educ Ethics Nurs 2018; 7(1&2):7-20

مقدمه:

امروزه در جوامع مترقی تحصیل و یادگیری از اساسی‌ترین فعالیت‌های زندگی به شمار می‌رود و هر فردی باید ساعتی از روز را به امر دانش‌اندوزی اختصاص دهد، زیرا بقا و دوام هر جامعه‌ای منوط به کسب اطلاعات و به‌کارگیری آن در زندگی می‌باشد [۱]. این در حالی است که از ابتدایی‌ترین لوازم و مقتضیات یادگیری

و کسب موفقیت، علاقه و رغبت به آموزش است. علاقه را می‌توان مرکب از کنجکاوی و انگیزش که درواقع نیروی مؤثر و محرک در انجام بالفعل کار دانست [۲]. به‌عبارت‌دیگر علاقه نوعی انگیزه بالفعل است که موجب رجحان چیزی بر دیگری در حین تصمیم‌گیری می‌شود [۳]. مهم‌ترین عامل موفقیت بعد از

*نویسنده مسئول، نشانی: ایران، جهرم، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی سلامت.

پست الکترونیک: k.navid@jums.ac.ir

تلفن تماس: ۰۹۱۷۵۶۰۵۴۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱

توانایی، انگیزه و کیفیت آموزش است و دانشجویان بانگیزه بالا طی دوره‌های آموزش، فعالیت و تکالیف بیشتری را انجام داده و در نتیجه سطح موفقیت آن‌ها نیز بالا بوده است. در خیلی از موارد وجود انگیزه یا فقدان آن به‌طور آشکاری منجر به موفقیت و یا شکست می‌گردد [۴]. همچنین به نظر می‌رسد کوریکولوم موجود نمی‌تواند دانشجویان را جهت رویارویی با موضوعات و مشکلاتی که بعد از فارغ‌التحصیلی در جامعه و محیط‌های مراقبت سلامتی با آن‌ها مواجه می‌شوند به‌طور کامل آماده نماید. در همین راستا ایجاد تغییراتی در آموزش نظیر تغییر در تکنولوژی‌های آموزشی، تغییر در منابع کتابخانه‌ای و خدمات، تغییر در سیاست‌های دانشگاهی و تغییر در بودجه‌های سازمانی می‌تواند به این باور منتج شود که زمان توسعه کوریکولوم فرارسیده است. به‌ویژه در رشته‌های علوم پزشکی که هدف فارغ‌التحصیل شدن افراد توانمندی است که در محیط مراقبت سلامتی تغییر مثبت ایجاد کرده و در راستای ارتقای کیفیت زندگی افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و به‌طور کلی جامعه قدم بردارند [۵]. انواع کوریکولوم را می‌توان در سه بخش برنامه‌ریزی (واحد اختیاری)، پوچ و پنهان تقسیم‌بندی نمود. در این میان در کوریکولوم درسی واحدهایی تحت عنوان واحدهای اختیاری وجود دارد. دروس اختیاری مجموعه‌ای از واحدهای درسی هستند که برای همه دانشجویان یک‌رشته در نظر گرفته می‌شود و دانشجو موظف است از میان دروس اختیاری مشخص بر اساس قوانین اعلام‌شده تعدادی واحد را انتخاب کند و بگذراند و این دروس جزو دروس گذرانده شده کلی دانشجو محسوب می‌شود. واحدهای پوچ نیز واحدهایی است که در آموزش دانشجویان مؤثر نیست، در نتیجه این پیام را به فراگیران منتقل می‌نماید که این دروس در تجارب آموزشی فرد و در جامعه مهم نمی‌باشد. برخی از جوامع بر اساس همین اثرات ترجیح می‌دهند برخی از آن‌ها را حذف و واحدهای جدید اضافه نمایند. نکته مهم این است که پیامدهای مراکز آموزشی نه‌تنها به‌واسطه آنچه تدریس نمی‌شود، بلکه آنچه برای تدریس مورد غفلت واقع می‌شود تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در حقیقت موضوعات و دروسی که برای دانشجویان در نظر گرفته نمی‌شود و آن‌ها قادر به استفاده از آن‌ها نیستند، حتی بر انتخاب روش زندگی افراد نیز تأثیرگذار است [۶]. یکی از روش‌های افزایش بهره‌وری نیروهای انسانی متخصص؛ پرداختن به نیازها، علایق، انتظارات، انگیزه‌های آن‌ها در دوران تحصیل و کسب علم می‌باشد و لازم است با انتخاب برنامه‌های آموزشی مناسب و تأمین شرایط و امکانات مطلوب طی این دوران دیدگی‌های آن‌ها را نسبت واحدهای درسی و رشته تحصیلی خود تقویت نموده تا از تحصیل لذت برده و در طول تحصیل خود در دانشگاه باعلاقه بیشتری به یادگیری بپردازند [۷]. در زمینه واحدهای اختیاری در دانشگاه‌های

مختلف اقدامات ذیل انجام شده است. از جمله در دانشکده پزشکی شیراز برنامه ادغام با تشکیل کمیته مرکزی بازنگاری دروس علوم پایه از مهرماه سال ۱۳۸۶ زیر نظر معاون آموزشی دانشگاه و مطالعه کتابخانه‌ای کل روش‌های آموزش پزشکی در دنیا و ایران در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شروع شد. با توجه به انواع مختلف روش‌های ادغام پس از یک تحلیل موفقیت و بررسی نظرات اساتید موافق و مخالف و محدودیت‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز از مدل طراحی کوریکولوم مالکوم اسکیل بک (malcom Skilbeck) به‌صورت جلسات متعدد با اساتید مربوطه و بارش افکار از (گروه متمرکز) استفاده شد. آنچه هم‌اکنون به‌عنوان آموزش پزشکی مقدماتی در جهان شناخت می‌شود، برآیند حداقل سه مرحله از اصلاحات می‌باشد که عمدتاً در طی قرن گذشته اتفاق افتاده است. اولین موج اصلاحات مربوط به اصلاحات فکسندر بود. دومین موج تغییرات بر اساس مبانی یادگیری بزرگ‌سالان طراحی شد و سومین موج تغییرات مربوط به اعلامیه ادینورو بود. این تغییرات در نقاط مختلف جهان سبب تغییراتی در دانشکده‌های پزشکی شده است. در حال حاضر ۱۳۰ دانشکده پزشکی در دنیا درجاتی از سیستم ادغام را در برنامه خود اعمال کرده‌اند. در بیشتر دانشکده‌های دنیا تغییرات بر اساس مشخص شدن پیامدها صورت گرفته است. در کشور ما نیز دانشکده پزشکی شهید بهشتی به‌عنوان اولین دانشکده پزشکی مجری تغییرات برنامه درسی جدید خود را مشخص نمود و سپس دانشکده‌های پزشکی بقیه نقاط کشور از جمله دانشگاه علوم پزشکی شیراز نیز تغییراتی را بیشتر در جهت ادغام انجام داده شد [۸-۱۵]. تعیین نیازهای آموزشی اولین گام برنامه‌ریزی آموزش کارکنان و درواقع نخستین عامل ایجاد و تضمین اثربخش کارکرد آموزش و بهسازی است که اگر به‌درستی انجام شود، مبنای عینی‌تری برای برنامه‌ریزی به‌عنوان نقشه اثربخشی فراهم شده است. (۱۶-۱۷). یکی از مهم‌ترین اقداماتی که لازم است در کوریکولوم آموزشی و تغییرات بنیادین در برنامه‌های آموزش علوم پزشکی انجام شود، مقوله نیازسنجی آموزشی است که هرگونه طراحی آموزشی و برنامه کارگاهی بر اساس آن صورت می‌گیرد. از آنجاکه رفروم‌های مختلفی در آموزش پزشکی در حال انجام است، همه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌ناچار باید تغییراتی را پذیرفته و در جهت ارتقاء و کیفیت آموزش اقداماتی انجام داده و به آن سوء حرکت نمایند؛ اما در کشور ما روند ایجاد تغییر در آموزش بسیار کند و سال‌هاست که تغییر عمده‌ای در این زمینه انجام نشده است. لذا لازم است با انجام تحقیقات متعدد بتوان زمینه اجرایی سازی تغییرات بهینه در کوریکولوم پزشکی را فراهم ساخت. از طرفی دیگر استراتژی‌های مختلفی در آموزش پزشکی مطرح است. یکی از استراتژی‌ها، استراتژی spices است که

به صورت حضوری به دانشجویان مراجعه نمود و پس از تکمیل پرسشنامه توسط دانشجویان پرسشنامه‌ها تحویل گرفته شد. در گروه اساتید نیز کلیه اساتید گروه بالینی و علوم پایه به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. پرسشنامه توسط کمک پژوهشگر بین اساتید توزیع و در پایان پرسشنامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری گردید. داده‌های حاصل به نرم‌افزار spss نسخه ۲۱ وارد و از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی و درصد جهت بررسی توزیع داده‌ها و از آمار کای دو جهت بررسی اختلاف دیدگاه دانشجویان نسبت به واحدها برحسب رشته و جنس برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها:

در این مطالعه ۳۵۰ نسخه پرسشنامه در بین کلیه دانشجویان مقطع بالینی و اساتید دانشگاه علوم پزشکی جهرم توزیع گردید. پس از بررسی ۲۸۸ پرسشنامه کامل از دانشجویان و ۲۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی جهرم (۲۳ نفر دکتری و ۲ نفر کارشناسی ارشد) وارد مطالعه شدند. اکثریت دانشجویان شرکت‌کننده، در رشته پزشکی (۵۵/۵۵ درصد) و پرستاری (۲۴/۳ درصد) تحصیل می‌کردند. میانگین سن دانشجویان 23 ± 2 و ۱۶۸ (۵۸٪/۳) نفر مذکر و ۱۲۰ (۴۱٪) مؤنث بوده است. مقطع تحصیلی ۱۶۰ (۵۵/۵۵ درصد) از آن‌ها کارشناسی و ۱۲۸ (۴۴٪/۴۴) درصد دکتری می‌باشد.

دانشجویان شرکت‌کننده در نظرسنجی، اولویت هریک از واحدهای اختیاری مهارت استدلال بالینی (۸۷٪/۶)، طبابت مبتنی بر شواهد (۸۴٪/۳۶)، مقاله‌نویسی (۷۷٪/۷)، مهارت‌های ارتباطی (۷۶٪/۳۸) و کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط (۷۲٪/۹۱) را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) دانسته‌اند. همچنین دانشجویان شرکت‌کننده در نظرسنجی، واحدهای اختیاری تعاملات بین‌رشته‌ای (۲۸٪/۱۲)، مراقبت معنوی (۲۶٪/۳۸)، پاسخ‌گویی اجتماعی (۲۶٪/۳۸)، تفاوت‌های فرهنگی (۱۸٪/۴) و حل تعارض (۱۰٪/۶) را دارای اولویت بالا ندانسته‌اند.

دختران دانشجو واحدهای اختیاری مقاله‌نویسی، کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط، طبابت مبتنی بر شواهد و مهارت‌های ارتباطی را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) دانسته‌اند. پسران دانشجو واحدهای اختیاری کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط، مقاله‌نویسی، مهارت‌های ارتباطی، طبابت مبتنی بر شواهد و را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) و دارای اولویت دانسته‌اند.

جدول ۱ اولویت هریک از واحدهای اختیاری از دیدگاه دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی به تفکیک مقطع تحصیلی نشان می‌دهد. دانشجویان رشته‌های پزشکی، واحدهای اختیاری کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط، مقاله‌نویسی، مهارت‌های ارتباطی، طبابت

در آن واحدهای اختیاری به عنوان بخشی از این استراتژی مطرح می‌باشد. لازم است که برنامه مذکور و دیدگاه دانشجویان و اساتید نسبت به این استراتژی موردبررسی قرار گیرد. همچنین بررسی واحدهای پوچ برنامه درسی و تبیین نیازهای آموزشی دانشجویان به برنامه‌ریزی‌های آموزشی مؤثرتر و کارآمدتر کمک شایانی خواهد نمود. این مطالعه به منظور بررسی دیدگاه دانشجویان و اساتید دانشگاه علوم پزشکی جهرم در مورد اولویت واحدهای اختیاری و تبیین واحدهای پوچ و سپس بررسی نیازهای آموزشی بالینی انجام گرفته است.

روش کار:

در این مطالعه توصیفی-مقطعی، کلیه اساتید بالینی و علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی جهرم و کلیه دانشجویان مقطع بالینی دانشجویان رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی جهرم وارد مطالعه شدند. از بین دانشجویان مقطع بالینی که تمایل و رضایت کامل به شرکت در پژوهش را داشته باشند، به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. دانشجویان رشته‌های مختلف به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای و بر اساس شماره دانشجویی انتخاب شدند. در گروه اساتید نیز کلیه اساتید بالینی و علوم پایه به روش سرشماری وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای است که با بررسی منابع مختلف آموزش پزشکی از دانشگاه‌های مختلف پیش‌تاز در ریفرم‌های آموزش پزشکی از جمله دانشگاه دندی، دانشگاه خان پاکستان، ۱۳۰ دانشگاه آمریکای شمالی و آلمان تهیه گردیده و با تطبیق این واحدها و اضافه نمودن واحدهای پیشنهادی دیگر در قالب پرسشنامه تدوین گردیده است. این پرسشنامه در سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی (رشته، سن، جنس، مقطع تحصیلی)، تعیین اولویت واحدهای اختیاری مشتمل بر ۱۹ عنوان واحد درسی انتخابی نظیر حل مسئله، اخلاق حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و ... می‌باشد که از دانشجویان خواسته شد در مقابل هر عنوان درسی، اولویت آن واحد درسی را از دیدگاه خود از خیلی کم تا خیلی زیاد بر اساس یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای تعیین نمایند و در پایان یک سؤال باز برای ارائه پیشنهاد واحدهای درسی اختیاری دیگری که مدنظر دانشجویان می‌باشد، گنجانده شد. جهت تبیین واحدهای پوچ نیز از دانشجویان و اساتید خواسته شد تا واحدهای موردنظر را با سؤال باز پاسخ دهند. در تعیین نیازهای آموزشی نیز از پرسشنامه ۲۰ سؤالی استفاده شد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه نیازهای آموزش بالینی دانشجویان را در خصوص موارد مختلف موردبررسی قرار می‌دهد. موارد ارائه شده به تفکیک اساتید و دانشجویان موردبررسی آماری قرار گرفت [۱۸]. پژوهشگر

را به صورت اختیاری و ۵۷/۶۳ درصد برگزاری آن‌ها را در دوره بالین مناسب دانسته‌اند. در جدول ۴ ده اولویت مهم (اهمیت زیاد و خیلی زیاد) در خصوص کسب مهارت‌های حرفه‌ای آن‌ها در محیط‌های بالینی از دیدگاه دانشجویان عبارت است از: (۱) مهارت‌های بالینی اساتید (۹۷/۵۷٪)، (۲) وجود تکنولوژی‌های بروز شده در آموزش (۹۷/۱٪)، (۳) مهارت‌های بالینی دانشجو (۹۵/۱۴٪)، (۴) انگیزه اساتید (۹۵/۱۳٪)، (۵) دید مثبت دانشجو به حرفه خود (۹۳/۳۹٪)، (۶) در دسترس بودن اساتید (۹۲/۷۱٪)، (۷) تعداد دانشجویان (۹۲/۰۱٪)، (۸) تنوع بخش‌ها و محیط (۹۰/۲۷٪)، (۹) امکانات و تجهیزات بخش (۸۹/۵۸٪)، (۱۰) نحوه تدریس اساتید (۸۸/۸۸٪).

۲۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی چهارم (۲۳ نفر دکتری و ۲ نفر کارشناسی ارشد)، در نظرسنجی شرکت کردند. ۱۲ نفر (۴۸ درصد) مرد و بقیه زن بودند. میانگین سنی آن‌ها $40/43 \pm 8/44$ بود. اساتید دانشگاه علوم پزشکی چهارم اولویت هریک از واحدهای اختیاری مهارت استدلال بالینی (۸۴٪)، اخلاق حرفه‌ای (۷۶٪)، مقاله‌نویسی (۷۲٪)، طبابت مبتنی بر شواهد (۷۲٪) و حل مسئله (۶۸٪) را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) دانسته‌اند. همچنین اساتید شرکت‌کننده در نظرسنجی، واحدهای اختیاری معنویت در پزشکی (۴۴٪)، فلسفه پزشکی (۴۰٪)، پاسخ‌گویی اجتماعی (۴۰٪)، تفاوت‌های فرهنگی (۴۰٪) و مراقبت معنوی (۳۶٪) را دارای اولویت بالا ندانسته‌اند. جدول ۵ اولویت هریک از واحدهای اختیاری از دیدگاه اساتید را نشان می‌دهد.

جدول ۶ ضرورت گذراندن هریک از کارگاه‌های زیر را قبل از شروع دوره بالینی را نشان می‌دهد. اساتید دانشگاه قبل از شروع دوره بالینی اولویت و ضرورت گذراندن کارگاه‌های آموزشی را کارگاه CPR (۸۷/۵ درصد) و کارگاه آشنایی با Imaging (MRI, CTScan, X Ray) (۸۳/۳ درصد)، کارگاه پاراکلینیک‌های مهم (VLA, CBC, Chest X-ray, EKG) (۸۳/۳ درصد)، دانسته‌اند.

اساتید گذراندن کارگاه‌های آموزشی کارگاه CPR و کارگاه تکمیلی نحوه شرح حال‌گیری را مهم‌ترین انتخاب اول خود قبل از شروع دوره بالینی ذکر کرده‌اند. ۱۵ نفر (۶۵/۲٪)، نفر از اساتید شرکت دانشجویان در کارگاه‌های آموزشی را مهم دانسته‌اند. ۲۱ نفر (۹۱/۳٪)، از اساتید اعلام نموده‌اند که بهتر است این کارگاه‌ها در دوره بالین برگزار گردد. همچنین ۱۵ نفر (۶۵/۲٪)، از اساتید اعلام نموده‌اند که شرکت در کارگاه‌های آموزشی باید به صورت اختیاری باشد. ۱۲ نفر (۵۲/۲٪)، از اساتید تمایل به برگزاری فشرده کارگاه‌های آموزشی برای دانشجویان داشته‌اند. ۲۱ نفر (۹۱/۳٪)، از اساتید قرار دادن این کارگاه‌ها در برنامه درسی باعث افزایش انگیزه و اعتمادبه‌نفس دانشجویان برای ورود به دوره بالینی

مبتنی بر شواهد و آموزش در جامعه را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) و دارای اولویت دانسته‌اند. دانشجویان رشته‌های غیرپزشکی واحدهای اختیاری مقاله‌نویسی، طبابت مبتنی بر شواهد، کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط، مهارت‌های ارتباطی و مهارت استدلال بالینی را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) و دارای اولویت دانسته‌اند.

در قسمت واحدهای اختیاری پیشنهادی، دانشجویان دروس اصول خدمات بهداشتی، حل بحران، ارتباط با محیط، اپیدمیولوژی و مبارزه با بیماری‌ها، فرآیند یادگیری و اصول آموزش به مددجو و بررسی وضعیت سلامت را ذکر کرده‌اند. دانشجویان دروس اخلاق و تربیت اسلامی (۶۶/۶۶٪)، تاریخ تحلیلی (۷۴/۶۵٪)، انقلاب اسلامی و ریشه‌های آن (۵۰/۳۳٪) و روان‌پزشکی (۴۶/۵۲٪) را به‌عنوان واحد پوچ دانسته‌اند. اکثریت واحدهای پوچ از دروس عمومی بودند. جدول ۲ واحدهای پوچ از دیدگاه دانشجویان را نشان می‌دهد.

دانشجویان پزشکی دروس اخلاق و تربیت اسلامی (۳۵/۰۷٪)، تاریخ تحلیلی (۳۲/۹۸٪)، انقلاب اسلامی و ریشه‌های آن (۲۳/۲۶٪) و روان‌پزشکی (۲۲/۵۷٪) را به‌عنوان واحد پوچ دانسته‌اند. اکثریت واحدهای پوچ از دروس عمومی بودند. جدول ۲ واحدهای پوچ از دیدگاه دانشجویان را نشان می‌دهد. دانشجویان غیرپزشکی دروس تاریخ تحلیلی (۴۱/۶۷٪)، اخلاق و تربیت اسلامی (۳۱/۵۹٪) و روان‌پزشکی (۳۰/۹٪) و انقلاب اسلامی و ریشه‌های آن (۲۷/۰۸٪) را به‌عنوان واحد پوچ دانسته‌اند. جدول ۳ ضرورت گذراندن هریک از کارگاه‌های زیر را قبل از شروع دوره بالینی را نشان می‌دهد. دانشجویان قبل از شروع دوره بالینی اولویت و ضرورت گذراندن کارگاه‌های آموزشی را کارگاه آشنایی با بیمارستان، افراد مسئول در بیمارستان و Medical Records (۱۰۰ درصد)، کارگاه پاراکلینیک‌های مهم (VLA, CBC, Chest X-ray, EKG) و کارگاه CPR (۹۵/۶ درصد) دانسته‌اند.

دانشجویان گذراندن کارگاه‌های آموزشی آشنایی با Imaging (MRI, CTScan, X Ray) و کارگاه CPR را انتخاب اول خود قبل از شروع دوره بالینی ذکر کرده‌اند. ۲۸۵ نفر (۹۸/۹۵٪)، تمایل به شرکت در کارگاه‌های آموزشی داشتند. ۱۴۸ نفر (۵۱/۳۸٪)، از دانشجویان اعلام نموده‌اند که شرکت در کارگاه‌های آموزشی باید به صورت اختیاری باشد. تنها ۹۳ نفر (۳۲/۲۹٪)، از دانشجویان تمایل به برگزاری فشرده کارگاه‌های آموزشی داشته‌اند. ۲۱۵ نفر (۷۴/۶۵٪)، از دانشجویان برگزاری کارگاه‌ها به صورت پخش شده طی ۲ ماه باشد و در هفته ساعات زیادی را اشغال نکند، مناسب دانسته‌اند. ۷۴/۶۵ درصد از دانشجویان قرار دادن این کارگاه‌ها در برنامه درسی باعث افزایش انگیزه و اعتمادبه‌نفس شما برای ورود به دوره بالینی دانسته‌اند. ۵۸/۳۳ درصد از آن‌ها برگزاری کارگاه‌ها

اعتمادبه‌نفس دانشجو (۸۳/۳٪)، ۴) مهارت‌های بالینی اساتید (۸۳/۳٪)، ۵) مهارت‌های بالینی دانشجو (۸۳/۳٪)، ۶) علاقه‌مندی و انگیزه دانشجو (۸۳/۳٪)، ۷) دید مثبت دانشجو به حرفه خود (۷۹/۲٪)، ۸) تنوع در بخش‌ها و محیط (۷۹/۲٪)، ۹) امکانات و تجهیزات بخش (۷۹/۲٪)، ۱۰) امکانات رفاهی محیط بالین (۷۹/۲٪).

دانسته‌اند. ۱۸ نفر (۷۸/۳٪)، از آن‌ها برگزاری کارگاه‌ها را به‌صورت اختیاری و ۱۸ نفر (۷۸/۳٪)، برگزاری آن‌ها را در دوره بالین مناسب دانسته‌اند.

ده اولویت مهم (اهمیت زیاد و خیلی زیاد) در خصوص کسب مهارت‌های حرفه‌ای آن‌ها در محیط‌های بالینی از دیدگاه اساتید عبارت است از: ۱) تمرین و تکرار مهارت در مرکز مهارت‌های بالینی (۸۷/۵٪)، ۲) آمادگی علمی ورود به بالین (۸۳/۳٪)، ۳)

جدول ۱: اولویت هریک از واحدهای اختیاری از دیدگاه دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی

| عنوان درس | مقطع تحصیلی | | پزشکی | | غیر | | پزشکی | | غیر | |
|----------------------------|---------------|----------|----------|-----------|--------|-------------|----------|-----------|--------|-------------|
| | خیلی زیاد (%) | زیاد (%) | زیاد (%) | متوسط (%) | کم (%) | خیلی کم (%) | زیاد (%) | متوسط (%) | کم (%) | خیلی کم (%) |
| کامپیوتر و مهارت‌ها | ۵۴/۳ | ۵۳/۳ | ۲۱/۷ | ۱۸/۹ | ۸/۵ | ۱۱/۲ | ۸/۵ | ۱۱/۲ | ۸/۵ | ۷/۰ |
| مقاله‌نویسی | ۷۱/۲ | ۵۸/۳ | ۱۳/۵ | ۹/۸ | ۷/۱ | ۱۰/۶ | ۷/۱ | ۱۰/۶ | ۵/۸ | ۲/۶ |
| مهارت‌های ارتباطی | ۴۳/۱ | ۴۲/۴ | ۳۳/۶ | ۳۳/۷ | ۱۵/۵ | ۱۵/۷ | ۱۵/۵ | ۱۵/۷ | ۵/۲ | ۵/۲ |
| طبابت مبتنی بر شواهد | ۴۷/۳ | ۵۳/۵ | ۴۰/۴ | ۲۷/۵ | ۱۱/۶ | ۱۷/۶ | ۱۱/۶ | ۱۷/۶ | -/۷ | ۱/۴ |
| آموزش در جامعه | ۳۴/۵ | ۳۳/۷ | ۲۹/۳ | ۲۹/۷ | ۱۵/۵ | ۱۵/۱ | ۱۵/۵ | ۱۵/۱ | ۱۷/۲ | ۱۷/۴ |
| قضاوت اخلاقی و قانونی | ۱۸/۱ | ۲۰/۱ | ۵۰/۷ | ۴۴/۳ | ۱۳/۸ | ۱۹/۵ | ۱۳/۸ | ۱۹/۵ | ۱۵/۹ | ۱۵/۴ |
| روش تحقیق | ۳۹/۱ | ۳۸/۷ | ۲۳/۵ | ۲۳/۷ | ۱۴/۸ | ۱۴/۵ | ۱۴/۸ | ۱۴/۵ | ۱۱/۳ | ۱۱/۳ |
| ابعاد اجتماعی مراقبت پزشکی | ۳۶/۰ | ۳۳/۱ | ۳۰/۴ | ۳۵/۰ | ۲۴/۰ | ۱۹/۶ | ۲۴/۰ | ۱۹/۶ | ۸/۰ | ۹/۸ |
| مهارت استدلال بالینی | ۴۰/۲ | ۳۹/۶ | ۴۱/۳ | ۳۹/۶ | ۱۳/۰ | ۱۱/۵ | ۱۳/۰ | ۱۱/۵ | ۴/۳ | ۸/۳ |
| اخلاق حرفه‌ای | ۳۵/۰ | ۳۴/۵ | ۳۲/۵ | ۳۳/۳ | ۲۴/۸ | ۲۴/۶ | ۲۴/۸ | ۲۴/۶ | ۳/۴ | ۴/۱ |
| تعاملات بین‌رشته‌ای | ۱۴/۷ | ۱۵/۱ | ۸/۶ | ۸/۷ | ۳۱/۰ | ۳۰/۸ | ۳۱/۰ | ۳۰/۸ | ۲۴/۱ | ۲۴/۴ |
| فلسفه پزشکی | ۲۱/۴ | ۲۱/۱ | ۱۸/۸ | ۱۸/۷ | ۱۷/۹ | ۱۸/۷ | ۱۷/۹ | ۱۸/۷ | ۲۱/۴ | ۲۱/۱ |
| هنر در پزشکی | ۱۹/۳ | ۱۹/۷ | ۱۷/۵ | ۱۷/۹ | ۲۱/۹ | ۲۲/۰ | ۲۱/۹ | ۲۲/۰ | ۱۹/۳ | ۱۹/۱ |
| تفاوت‌های فرهنگی | ۱۰/۳ | ۱۰/۵ | ۷/۷ | ۷/۶ | ۳۵/۰ | ۳۴/۵ | ۳۵/۰ | ۳۴/۵ | ۱۶/۲ | ۱۷/۰ |
| معنویت در پزشکی | ۱۹/۰ | ۱۸/۶ | ۱۹/۰ | ۱۹/۲ | ۳۳/۶ | ۳۳/۱ | ۳۳/۶ | ۳۳/۱ | ۱۶/۴ | ۱۶/۹ |
| مراقبت معنوی | ۱۹/۰ | ۱۸/۶ | ۱۹/۰ | ۱۹/۲ | ۳۳/۶ | ۳۳/۱ | ۳۳/۶ | ۳۳/۱ | ۱۶/۴ | ۱۶/۹ |
| تفکر انتقادی | ۱۱/۲ | ۱۲/۲ | ۲۳/۳ | ۲۲/۷ | ۳۸/۸ | ۳۸/۴ | ۳۸/۸ | ۳۸/۴ | ۱۴/۷ | ۱۴/۵ |
| حرفه‌ای‌گری | ۳۰/۱ | ۲۴/۰ | ۲۶/۵ | ۱۸/۸ | ۲۵/۷ | ۳۳/۱ | ۲۵/۷ | ۳۳/۱ | ۱۱/۸ | ۱۶/۲ |
| مدیریت دانش پزشکی | ۲۱/۶ | ۲۱/۵ | ۱۴/۷ | ۱۵/۱ | ۵۰/۹ | ۵۰/۰ | ۵۰/۹ | ۵۰/۰ | ۱۱/۲ | ۱۲/۲ |
| حل مسئله | ۲۳/۳ | ۲۳/۳ | ۲۲/۴ | ۲۲/۷ | ۴۳/۱ | ۴۳/۰ | ۴۳/۱ | ۴۳/۰ | ۹/۵ | ۹/۳ |
| مهارت‌های زندگی | ۱۹/۵ | ۲۰/۶ | ۹/۳ | ۱۰/۶ | ۶۱/۰ | ۶۲/۴ | ۶۱/۰ | ۶۲/۴ | -/۰ | ۱/۲ |
| حل تعارض | ۵/۲ | ۵/۲ | ۴/۳ | ۵/۲ | ۱۲/۱ | ۱۲/۲ | ۱۲/۱ | ۱۲/۲ | ۵۳/۴ | ۵۲/۹ |
| پاسخگویی اجتماعی | ۱۶/۴ | ۱۳/۶ | ۹/۷ | ۱۳/۰ | ۱۴/۹ | ۱۳/۶ | ۱۴/۹ | ۱۳/۶ | ۲۳/۱ | ۳۰/۵ |

جدول ۲: واحدهای پوچ از دیدگاه دانشجویان

| واحد‌های پوچ | فراوانی | درصد |
|-----------------------------|---------|---------|
| آمار | ۴۵ | ٪۱۵/۶۲۵ |
| بهداشت | ۷۵ | ٪۲۶/۰۴ |
| روان‌شناسی عمومی | ۹۹ | ٪۳۴/۳۷۵ |
| روان‌پزشکی | ۱۳۴ | ٪۴۶/۵۲ |
| اخلاق و تربیت اسلامی | ۱۹۲ | ٪۶۶/۶۶ |
| تاریخ تحلیلی | ۲۱۵ | ٪۷۴/۶۵ |
| فیزیک پزشکی | ۱۶ | ٪۵/۵۵ |
| معارف اسلامی | ۸۵ | ٪۲۹/۵۱ |
| تربیت‌بدنی | ۵۴ | ٪۱۸/۷۵ |
| انقلاب اسلامی و ریشه‌های آن | ۱۴۵ | ٪۵۰/۳۴ |
| متون اسلامی | ۷۹ | ٪۲۷/۴۳ |
| زبان انگلیسی عمومی | ۲۵ | ٪۸/۶۸۰ |
| فیزیک عمومی | ۱۵ | ٪۵/۲۰ |
| بیوشیمی عمومی | ۵ | ٪۱/۷۳ |

جدول ۳: ضرورت گذراندن هریک از کارگاه‌های زیر را قبل از شروع دوره بالینی

| خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| ۳۷۳ (٪۹۴/۷۹) | ۱۵ (٪۵/۲۱) | ۰ | ۰ | ۰ |
| ۲۰۰ (٪۶۹/۴۴) | ۴۱ (٪۱۴/۲۳) | ۴۰ (٪۱۳/۸۸) | ۷ (٪۲/۴۳) | ۰ |
| ۲۶۴ (٪۹۱/۶۶) | ۱۲ (٪۴/۱۶) | ۱۰ (٪۳/۴۷) | ۲ (٪۰/۶۹) | ۰ |
| ۳۷۸ (٪۹۶/۵۲) | ۱۰ (٪۳/۴۷) | ۰ | ۰ | ۰ |
| ۱۹۹ (٪۶۹/۰۹) | ۲۰ (٪۶/۹۴) | ۳۵ (٪۱۲/۱۵) | ۱۹ (٪۶/۵۹) | ۱۵ (٪۵/۲) |
| ۲۱۵ (٪۷۴/۶۵) | ۵۰ (٪۱۷/۳۶) | ۲۱ (٪۷/۲۹) | ۲ (٪۰/۶۹) | ۰ |
| ۲۶۶ (٪۹۲/۳۶) | ۲۱ (٪۷/۲۹) | ۱ (٪۰/۳۴) | ۰ | ۰ |
| ۲۱۴ (٪۷۴/۳۰) | ۴۰ (٪۱۳/۸۸) | ۷ (٪۲/۴۳) | ۰ | ۰ |
| ۱۵۹ (٪۵۵/۲۰) | ۳۸ (٪۱۳/۱۹۴) | ۱۵۰ (٪۱۷/۳۶) | ۲۱ (٪۷/۲۹) | ۲۰ (٪۶/۹۴) |
| ۱۱۳ (٪۳۹/۲۳) | ۵۹ (٪۲۰/۴۸۶) | ۳۶ (٪۱۲/۵) | ۵۹ (٪۲۰/۴۸۶) | ۲۱ (٪۷/۲۹) |

جدول ۴: نظرات دانشجویان اولویت‌های آن‌ها در خصوص کسب مهارت‌های حرفه‌ای در محیط‌های بالینی

| عنوان | خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
|----------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| مهارت‌های بالینی اساتید | ۱۶۴ (۵۶/۹٪) | ۵۶ (۱۹/۴۴٪) | ۴۲ (۱۴/۵۸٪) | ۱۶ (۵/۵۵٪) | ۱۰ (۳/۴۷٪) |
| مهارت‌های بالینی دانشجو | ۱۵۵ (۵۳/۸۱٪) | ۵۷ (۱۹/۷۹٪) | ۵۵ (۱۹/۰۹٪) | ۲۰ (۶/۹۴٪) | ۱ (۰/۳۵٪) |
| انگیزه اساتید | ۱۶۹ (۵۸/۶۸٪) | ۶۶ (۲۲/۹۱٪) | ۴۳ (۱۴/۹۳٪) | ۹ (۳/۱۲۵٪) | ۱ (۰/۳۴۷٪) |
| دید مثبت دانشجو به حرفه خود | ۱۹۸ (۶۸/۷۵٪) | ۵۵ (۱۹/۱٪) | ۳۰ (۱۰/۴۱٪) | ۵ (۱/۷۳٪) | ۰٪ |
| در دسترس بودن اساتید | ۱۱۱ (۳۸/۵۴٪) | ۱۵۶ (۵۴/۱۷٪) | ۲۱ (۷/۲۹۱٪) | ۰٪ | ۰٪ |
| تعداد دانشجویان | ۲۰۰ (۶۹/۴۴٪) | ۶۵ (۲۲/۵۷٪) | ۱۵ (۵/۲۰٪) | ۵ (۱/۷۳٪) | ۳ (۱/۰۴۲٪) |
| تنوع بخش‌ها و محیط | ۲۱۵ (۷۴/۶۵٪) | ۴۳ (۱۴/۹۳٪) | ۲۵ (۸/۶۸٪) | ۳ (۱/۰۴۲٪) | ۲ (۰/۶۹٪) |
| امکانات و تجهیزات بخش | ۲۲۶ (۷۸/۴۷٪) | ۳۴ (۱۱/۸۰٪) | ۱۱ (۳/۸۲٪) | ۱۲ (۴/۱۶۶٪) | ۵ (۱/۷۳٪) |
| نحوه تدریس اساتید | ۲۶۴ (۹۱/۶۶٪) | ۱۰ (۳/۴۷٪) | ۱۲ (۴/۱۶۶٪) | ۲ (۰/۶۹٪) | ۰٪ |
| همکاری پرسنل بخش | ۱۱۵ (۳۹/۹۳٪) | ۷۱ (۲۴/۶۵٪) | ۵۲ (۱۸/۰۵٪) | ۳۵ (۱۲/۱۵٪) | ۱۵ (۵/۲۰٪) |
| امکانات رفاهی محیط بالین | ۲۳۱ (۸۰/۲۰٪) | ۲۵ (۸/۶۸۰٪) | ۲۰ (۶/۹۴٪) | ۱۲ (۴/۱۶۶٪) | ۰٪ |
| علاقه‌مندی و انگیزه دانشجو | ۱۶۷ (۵۷/۹۸٪) | ۴۴ (۱۵/۲۷٪) | ۳۲ (۱۱/۱۱٪) | ۳۱۳ (۱۰/۷۶٪) | ۱۴ (۴/۸۶٪) |
| آمادگی علمی ورود به بالین | ۱۴۹ (۵۱/۷۳٪) | ۳۹ (۱۳/۵۴٪) | ۴۵ (۱۵/۶۲٪) | ۲۲ (۷/۶۳٪) | ۲۳ (۷/۹۸٪) |
| تمرین و تکرار مهارت در مرکز مهارت‌های بالینی | ۲۴۷ (۸۵/۷۶٪) | ۲۲ (۷/۶۳٪) | ۱۴ (۴/۸۶٪) | ۳ (۱/۰۴۱۶٪) | ۲ (۰/۶۹۴٪) |
| به‌کارگیری مطالب تئوری در بالین | ۶۰ (۲۰/۸۳٪) | ۱۱۱ (۳۸/۵۴٪) | ۶۴ (۲۲/۲۲٪) | ۲۳ (۷/۹۸٪) | ۲۰ (۶/۹۴٪) |
| به‌کارگیری تشویق و مناسب | ۹۷ (۳۳/۶۸٪) | ۱۱۹ (۴۱/۳۲٪) | ۴۲ (۱۴/۵۸۳٪) | ۱۹ (۶/۵۹٪) | ۱۱ (۳/۸۲٪) |
| اعتماد به نفس دانشجو | ۱۱۴ (۳۹/۵۸٪) | ۷۸ (۲۷/۰۸٪) | ۳۶ (۱۲/۵٪) | ۳۹ (۱۳/۵۴٪) | ۲۱ (۷/۲۹٪) |
| وجود نقشه در اهداف آموزشی | ۲۱۶ (۷۵٪) | ۵۸ (۲۰/۱۳۸٪) | ۱۲ (۴/۵۱٪) | ۰٪ | ۱ (۰/۳۴۷٪) |
| امکانات اتاق مهارت‌های بالینی | ۱۱۲ (۳۸/۸۸٪) | ۹۴ (۳۲/۶۳٪) | ۷۷ (۲۶/۷۳٪) | ۵ (۱/۷۳٪) | ۰٪ |
| تعدد پروسیجرها جهت انجام | ۱۶۹ (۵۸/۶۸٪) | ۵۵ (۱۹/۰۹۷٪) | ۶۰ (۲۰/۸۳۳٪) | ۴ (۱/۳۸۸٪) | ۰٪ |
| مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی | ۱۲۵ (۴۳/۴٪) | ۳۵ (۱۲/۱۵٪) | ۵۹ (۲۰/۴۸٪) | ۶۶ (۲۲/۹۱٪) | ۳ (۱/۰۴۱٪) |
| رعایت موازین اخلاقی | ۱۱۰ (۳۸/۱۹٪) | ۱۱۱ (۳۸/۵۴٪) | ۶۰ (۲۰/۸۳۳٪) | ۱ (۰/۳۴۷٪) | ۶ (۲/۰۸٪) |
| مدیریت خود و فرایندهای یادگیری | ۱۴۳ (۴۹/۶۵٪) | ۹۹ (۳۴/۳۷۵٪) | ۳۶ (۱۲/۵٪) | ۴ (۱/۳۸۸٪) | ۶ (۲/۰۸٪) |
| وجود تکنولوژی‌های بروز در آموزش | ۱۹۰ (۶۵/۹۷٪) | ۹۱ (۳۱/۵۹٪) | ۵ (۱/۷۳٪) | ۱ (۰/۳۴۷٪) | ۱ (۰/۳۴۷٪) |

جدول ۵: اولویت هریک از واحدهای اختیاری از دیدگاه اساتید

| عنوان درس | خیلی کم | کم | متوسط | زیاد | خیلی زیاد |
|----------------------------|---------|---------|---------|----------|-----------|
| کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط | ۳(۱۲) | ۲(۸/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۶(۲۴/۰) | ۹(۳۶/۰) |
| روش تحقیق | ۳(۱۲/۰) | ۰(۰/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۶(۲۴/۰) | ۱۱(۴۴/۰) |
| مقاله‌نویسی | ۲(۸/۰) | ۱(۴/۰) | ۴(۱۶/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۱۱(۴۴/۰) |
| آموزش در جامعه | ۴(۱۶/۰) | ۱(۴/۰) | ۸(۳۲/۰) | ۶(۲۴/۰) | ۶(۲۴/۰) |
| معنویت در پزشکی | ۴(۱۶/۰) | ۲(۸/۰) | ۸(۳۲/۰) | ۶(۲۴/۰) | ۵(۲۰/۰) |
| پاسخگویی اجتماعی | ۴(۱۶/۰) | ۰(۰/۰) | ۹(۳۶/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۵(۲۰/۰) |
| تعاملات بین‌رشته‌ای | ۵(۲۰/۰) | ۱(۴/۰) | ۶(۲۴/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۶(۲۴/۰) |
| تفاوت‌های فرهنگی | ۵(۲۰/۰) | ۰(۰/۰) | ۱(۴۰/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۳(۱۲/۰) |
| تفکر انتقادی | ۳(۱۲/۰) | ۱(۴/۰) | ۸(۳۲/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۶(۲۴/۰) |
| مهارت استدلال بالینی | ۱(۴/۰) | ۱(۴/۰) | ۲(۸/۰) | ۱۰(۴۰/۰) | ۱۱(۴۴/۰) |
| حل مسئله | ۲(۸/۰) | ۱(۴/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۱۰(۴۰/۰) | ۷(۲۸/۰) |
| اخلاق حرفه‌ای | ۲(۸/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۱(۴/۰) | ۱۲(۴۸/۰) | ۷(۲۸/۰) |
| ابعاد اجتماعی مراقبت پزشکی | ۴(۱۶/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۸(۳۲/۰) | ۷(۲۸/۰) |
| مهارت‌های ارتباطی | ۳(۱۲/۰) | ۱(۴/۰) | ۶(۲۴/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۸(۳۲/۰) |
| طبابت مبتنی بر شواهد | ۴(۱۶/۰) | ۰(۰/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۸(۳۲/۰) | ۱۰(۴۰/۰) |
| قضاوت‌های اخلاقی و قانونی | ۳(۱۲/۰) | ۲(۸/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۱۰(۴۰/۰) | ۷(۲۸/۰) |
| مدیریت دانش پزشکی | ۳(۱۲/۰) | ۴(۱۶/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۸(۳۲/۰) |
| مهارت‌های زندگی | ۲(۸/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۸(۳۲/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۷(۲۸/۰) |
| حل تعارض | ۳(۱۲/۰) | ۴(۱۶/۰) | ۲(۸/۰) | ۸(۳۲/۰) | ۸(۳۲/۰) |
| هنر در پزشکی | ۶(۲۴/۰) | ۰(۰/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۶(۲۴/۰) | ۶(۲۴/۰) |
| فلسفه پزشکی | ۵(۲۰/۰) | ۱(۴/۰) | ۹(۳۶/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۵(۲۰/۰) |
| مراقبت معنوی | ۶(۲۴/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۷(۲۸/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۶(۲۴/۰) |
| حرفه‌ای گری | ۴(۱۶/۰) | ۲(۸/۰) | ۲(۸/۰) | ۱۲(۴۸/۰) | ۵(۲۰/۰) |
| پاسخ‌گویی اجتماعی | ۳(۱۲/۰) | ۳(۱۲/۰) | ۹(۳۶/۰) | ۵(۲۰/۰) | ۵(۲۰/۰) |

جدول ۶: ضرورت گذراندن هریک از کارگاه‌های زیر را قبل از شروع دوره بالینی از دیدگاه اساتید

| عنوان | خیلی کم | کم | متوسط | زیاد | خیلی زیاد |
|---------------------------------------------------------------------|---------|--------|---------|---------|-----------|
| ۱) کارگاه آشنایی با بیمارستان، افراد مسئول در بیمارستان | ۲(۸/۳) | ۲(۸/۳) | ۳(۱۲/۵) | ۶(۲۵/۰) | ۱۱(۴۵/۸) |
| ۲) کارگاه آشنایی با (MRI, CT Scan, X) Imaging | ۰(۰/۰) | ۰(۰/۰) | ۲(۸/۳) | ۲(۸/۳) | ۲۰(۸۳/۳) |
| ۳) کارگاه CPR | ۰(۰/۰) | ۰(۰/۰) | ۱(۴/۲) | ۲(۸/۳) | ۲۱(۸۷/۵) |
| ۴) کارگاه پاراکلینیک های مهم (VLA, CBC, Chest X-ray, EKG) | ۰(۰/۰) | ۰(۰/۰) | ۱(۴/۲) | ۳(۱۲/۵) | ۲۰(۸۳/۳) |
| ۵) کارگاه انواع تزریقات و بخیه زدن | ۰(۰/۰) | ۰(۰/۰) | ۱(۴/۲) | ۴(۱۶/۷) | ۱۹(۷۹/۲) |
| ۶) کارگاه برخورد اولیه با برخی اورژانس‌ها (سوختگی، شکستگی، مسمومیت) | ۰(۰/۰) | ۰(۰/۰) | ۲(۸/۳) | ۳(۱۲/۵) | ۱۹(۷۹/۲) |
| ۷) کارگاه تکمیلی نحوه شرح حال گیری | ۲(۸/۳) | ۱(۴/۲) | ۲(۸/۳) | ۵(۲۰/۸) | ۱۴(۵۸/۳) |
| ۸) کارگاه تکمیلی نحوه معاینه فیزیکی | ۰(۰/۰) | ۱(۴/۲) | ۱(۴/۲) | ۵(۲۰/۸) | ۱۷(۷۰/۸) |
| ۹) کارگاه نسخه‌نویسی | ۰(۰/۰) | ۱(۴/۲) | ۳(۱۲/۵) | ۵(۲۰/۸) | ۱۵(۶۲/۵) |
| ۱۰) کارگاه تفسیر تست‌های آزمایشگاهی | ۰(۰/۰) | ۱(۴/۲) | ۱(۴/۲) | ۷(۲۹/۲) | ۱۵(۶۲/۵) |

بحث:

این مطالعه باهدف بررسی دیدگاه اساتید و دانشجویان علوم پزشکی نسبت به اخذ واحدهای درسی اختیاری و تبیین واحدهای پوچ و بررسی نیازهای آموزشی بالینی از دیدگاه دانشجویان انجام شد. در این مطالعه توصیفی - مقطعی، کلیه اساتید بالینی و علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی جهرم و کلیه دانشجویان مقطع بالینی دانشگاه علوم پزشکی جهرم وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای در سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی (رشته، سن، جنس، مقطع تحصیلی)، تعیین اولویت واحدهای اختیاری مشتمل بر ۱۹ عنوان واحد درسی انتخابی و تبیین واحدهای پوچ از دانشجویان و اساتید نظرخواهی شد. در تعیین نیازهای آموزشی نیز از پرسشنامه ۲۰ سؤالی نیازهای آموزش بالینی دانشجویان استفاده شد. پس از بررسی ۲۸۸ پرسشنامه کامل از دانشجویان و ۲۵ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی جهرم (۲۳ نفر دکتری و ۲ نفر کارشناسی ارشد)، وارد مطالعه شدند. نتیجه این مطالعه نشان داد که از نظر دانشجویان واحدهای اختیاری مهارت استدلال بالینی (۸۷/۰۶٪)، طبابت مبتنی بر شواهد (۸۴/۳۶٪)، مقاله‌نویسی (۷۷/۰۷٪)، مهارت‌های ارتباطی (۷۶/۳۸٪)، کامپیوتر و مهارت‌های مرتبط (۷۲/۹۱٪)، دارای اولویت بالا هستند. واحدهای اختیاری تعاملات بین‌رشته‌ای (۲۸/۱۲٪)، مراقبت معنوی (۲۶/۳۸٪)، پاسخ‌گویی اجتماعی (۲۶/۳۸٪)، تفاوت‌های فرهنگی (۱۸/۰۴٪) و حل تعارض (۱۰/۰۶٪) را دارای اولویت بالا ندانسته‌اند. دختران و پسران دانشجو در بیان اولویت‌ها دارای نظرات مشابه بودند. دانشجویان رشته‌های پزشکی، آموزش در جامعه را نیز به‌عنوان واحد اختیاری دارای اولویت معرفی کردند. این در حالی است که دانشجویان رشته‌های غیرپزشکی واحدهای اختیاری مهارت استدلال بالینی را به‌جای آموزش در جامعه دارای اولویت معرفی کردند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت از نظر دانشجویان، مهارت استدلال بالینی و طبابت مبتنی بر شواهد، جزء اصلی توانمندی‌های یک پزشک بوده و از آن‌جهت مهم‌ترین اولویت‌ها محسوب می‌شوند که پزشک یا دانشجویان پزشکی را به برداشتن قدم‌های عاقلانه و هدفمند در تشخیص و درمان بیماران با تکیه بر شواهد رهنمون می‌سازد و در تمام مراحل ارزیابی بیمار، از مراحل اولیه گرفتن شرح‌حال تا کامل کردن درمان بیمار و پیگیری آن حضور دارد. عدم توفیق در حل درست مسائل بالینی به اشتباهات تشخیصی و خطاهای درمانی منجر می‌شود که در بسیاری از مواقع غیرقابل‌جبران است و به مرگ بیمار منتهی می‌شود. استفاده موشکافانه، مدبرانه و صریح از بهترین شواهد جاری در تصمیم‌گیری در مورد بیمار ضروری است [۱۹]. محمدی مهر (۱۳۹۴)، با بررسی وضعیت برنامه‌ی درسی سنتی دوره‌ی پزشکی

عمومی، وضعیت مهارت‌های مهارت ارتباطی، مهارت طبابت مبتنی بر شواهد و مقاله‌نویسی و جستجوی منابع علمی با استفاده از کامپیوتر را نامطلوب گزارش کردند [۲۰]. قرار گرفتن مهارت استدلال بالینی و طبابت مبتنی بر شواهد در اولویت اول، با مطالعات سلطانی عربشاهی و همکاران (۱۳۹۴)، ریچارد و همکاران (۲۰۰۹) و موسی پور و همکاران (۲۰۱۱)، همخوانی داشت. آن‌ها نشان دادند که کارآموزان و دستیاران در استدلال بالینی ضعیف عمل می‌کنند و آموزش استدلال بالینی نیاز به دانش و تمرین و کار با بیمار دارد و باید در آموزش پزشکی مهم تلقی گردد [۲۱-۲۳]. مقاله‌نویسی و آشنایی با مهارت‌های کامپیوتر در ۵ اولویت‌های مهم بعدی قرار دارند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که موفقیت در پیشبرد کارهای پژوهشی به فضا و محیط پژوهش آموزی دارد. در بالین به دلیل ارتباط مناسب با بیماران و نمونه‌های بالینی، بستر مناسبی برای فعالیت‌های پژوهشی دانشجویان وجود دارد. مطالعه زمانی و همکاران (۲۰۱۳)، با مطالعه حاضر همخوانی داشت. ایشان نشان داد که با توجه به حجم دروس دانشجویان در مقطع علوم پایه تمایل آن‌ها به انجام پژوهش و مقاله‌نویسی محدود می‌باشد و دانشجویان در مقطع بالینی دید کلی مثبتی نسبت به پژوهش داشته است [۲۴]. یکی دیگر از ۵ اولویت مهم دیگر انتخاب‌شده توسط دانشجویان مهارت‌های ارتباطی است. در تبیین این مطلب می‌توان گفت: آموزش پزشکی در ایران عمدتاً برای ارزیابی و ارتقاء کیفیت علمی پزشکان طراحی شده و برای بهبود مهارت‌های ارتباطی تدبیری اندیشه نشده است و صرفاً بر محتوای علمی و انتزاعی ارتباط تأکید می‌شود [۲۵].

امروزه تمام کارشناسان معتقدند که ارتباط با بیمار یک مهارت بالینی پایه به شمار می‌رود و مهارت‌های ارتباطی مناسب موجب رضایت بیمار، پیروی وی از دستورات درمانی و درنهایت بهبود ارائه خدمات مراقبتی می‌گردد [۲۶]. مطالعات حیدر زاده و همکاران (۱۳۸۶)، مؤید این نکته هستند که بیماران پزشکی که آموزش مهارت‌های ارتباطی را گذرانده‌اند، جامع‌تر حرف می‌زنند، اطلاعات بیشتری ارائه می‌کنند و در مقایسه با سایر بیماران کلمات دقیق‌تری بکار می‌برند. پزشکان آموزش‌دیده، مهارت‌های هدفمند بیشتری را به کار می‌برند و کاربرد این مهارت‌ها با رضایت بیشتر و تشخیص و درمان دقیق‌تر بیماران همراه بوده و فرصتی برای معاینه مؤثر توسط پزشکان و افشای اطلاعات مهم بالینی توسط بیمار فراهم می‌کند [۲۷]. کرمی و همکاران (۱۳۸۸)، مشارکت متقابل (مؤثرترین الگو در ارتباط پزشک و بیمار) را بسیار کم گزارش نمودند [۲۸]. دانشجویان ارائه واحد اختیاری مراقبت معنوی را دارای اولویت مهم ندانسته‌اند. در تبیین این مطلب

و بیمار در آموزش پزشکی مهم ارزیابی می‌شود، احتمال مقدار اطلاعات که توسط پزشک به بیمار داده می‌شود، توسط شیوه ارتباطی بیمار و خصوصیات شخصی وی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، تفاوت‌های فرهنگی را دارای اولویت ندانسته‌اند. در تبیین این قضیه می‌توان این‌گونه گفت که دانشجویان به اهمیت تفاوت‌های فرهنگی بین پزشک و بیمار در آموزش پزشکی توجهی نداشته‌اند. سمنات و همکاران (۲۰۰۶)، تفاوت فرهنگی بین بیمار و پزشک را به درک متضاد سلامت بیمار مؤثر دانسته است ولی از جهتی دیگر، می‌تواند کیفیت ارتباط روابط بیمار و پزشک و مراقبت از آن را به‌طور قابل توجهی کاهش دهد [۳۵]. برخلاف نتیجه مطالعه حاضر، کاریز و همکاران (۲۰۰۰)، کاهش تفاوت فرهنگی بین پزشکان و بیماران را در دستیابی به مراقبت‌های پزشکی مطلوب مؤثر دانسته‌اند [۳۶]. دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، حل تعارض را دارای اولویت ندانسته‌اند. در تبیین این قضیه می‌توان این‌گونه گفت که دانشجویان در محیط بالین با تعاملات مکرر و پیچیده بین پرستاران و پزشکان و دیگر افراد گروه‌درمانی و نیز تنوع نقش‌هایی که آن‌ها ایفا می‌کنند و بهره‌ی مالی، درگیر نیستند و تنها بر اساس برنامه درسی موظف به فعالیت می‌باشند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه پارسا و همکاران (۱۳۹۵)، همخوانی نداشت. به گفته پارساپور، پتانسیل بروز تعارض در محیط بیمارستان به‌طور قابل توجهی بالا می‌باشد و تعارض مخرب بین پزشک و پرستار می‌تواند تأثیر منفی بر روی کیفیت مراقبت از بیمار داشته باشد [۳۷]. در مطالعه حاضر، گذراندن کارگاه‌های آموزشی کارگاه آشنایی با بیمارستان، افراد مسئول در بیمارستان و Medical Records (۱۰۰ درصد)، کارگاه پاراکلینیک‌های مهم (VLA, CBC, Chest X-ray, EKG) را دارای اولویت ذکر کرده‌اند. دانشجویان گذراندن کارگاه‌های آموزشی آشنایی با Imaging (MRI, CT Scan, X Ray) و کارگاه CPR را انتخاب اول خود قبل از شروع دوره بالینی ذکر کرده‌اند. نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه دادگستر نیا و همکاران (۱۳۹۲)، همخوانی داشت. از نظر آن‌ها بیش‌ترین ضرورت از نظر دانشجویان سال سوم، آشنایی با پاراکلینیک‌های شایع، برخورد اولیه با اورژانس‌های مهم، مهارت‌های احیا و Imaging بود [۱۸]. نتیجه این مطالعه نشان داد که از نظر اساتید واحدهای اختیاری مهارت استدلال بالینی (۸۴٪)، اخلاق حرفه‌ای (۷۶٪)، مقاله‌نویسی (۷۲٪)، طبابت مبتنی بر شواهد (۷۲٪) و حل مسئله (۶۸٪) را مهم (زیاد تا خیلی زیاد) دانسته‌اند.

اساتید علاوه بر مهارت‌های مشترک با دانشجویان، اخلاق حرفه‌ای را نیز دارای اولویت بالا دانسته‌اند. در تبیین این نتیجه می‌توان به تجربه عملی اساتید دانشگاه در آموزش پزشکی اشاره

می‌توان گفت به نظر می‌رسد احتمالاً آگاهی دانشجویان از تعریف مراقبت معنوی ناچیز بوده و نگرشی مثبت به آن‌ها نداشته باشند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه کجویی و همکاران (۱۳۹۵)، همخوانی داشت [۲۹]. ایشان وضعیت نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بین پزشکان را نامطلوب دانسته و توجه به آموزش مراقبت معنوی برای پزشکان جوان، کم‌تجربه و نیز متخصصین توصیه نموده‌اند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه توفیقیان و همکاران (۱۳۹۵)، جعفری و همکاران (۲۰۱۲) و شهرآبادی و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی نداشت. ایشان نگرش دانشجویان پزشکی و پزشکان را نسبت به موضوع معنویت و مراقبت معنوی مطلوب دانسته‌اند. آن‌ها مراقبت معنوی را جزء اساسی عملکرد مراقبتی از بیماران دانسته و اغلب تعیین‌کننده آن است که افراد چگونه به بیماری خود و انتظارات همراه آن پاسخ می‌دهند. این نتیجه موضوعی است که نیازمند توجه مدیران آموزش پزشکی است [۳۲-۳۰]. دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، تعاملات بین‌رشته‌ای را دارای اولویت ندانسته‌اند. در تبیین این قضیه می‌توان این‌گونه گفت که دانشجویان رشته‌های پزشکی در بالین بیشتر به فکر آموختن مهارت‌های بالینی هستند و توجه کافی به تعاملات بین‌رشته‌ای ندارند. از جمله سیاست‌ها و رسالت‌های مهم حوزه آموزش پزشکی وزارت بهداشت پاسخگویی به نیازهای جامعه است و ضروری است تا با از میان برداشتن مرزهای دانش، زمینه لازم برای گسترش دامنه‌های دانش در حیطه‌های میان‌رشته‌ای فراهم گردد. موضوع اصلی در رشته‌های علوم پزشکی، انسان است و بی‌شک نمی‌توان با نگاه تک‌بعدی در این حوزه گام برداشت. حرکت‌هایی که در این حوزه صورت گرفته از جمله؛ طب اورژانس و پزشکی خانواده نشان‌دهنده توجه ویژه به مسائل اجتماعی در سلامت می‌باشد [۳۳]. دانشجویان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، پاسخگویی اجتماعی را دارای اولویت ندانسته‌اند. در تبیین این قضیه می‌توان این‌گونه گفت که دانشجویان رشته‌های پزشکی در بالین، مواجهه مستقیم با مشکلات جامعه نداشته و با نیازهای جامعه آشنا نیستند. البته شایان ذکر است از دید برخی صاحب‌نظران در کشور ایران هم آموزش پزشکی آن‌گونه که باید، نتوانسته است پاسخ‌گوی نیازهای واقعی جامعه باشد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه عمادزاده و همکاران (۲۰۱۶)، همخوانی نداشت. ایشان برنامه درسی پاسخگویی اجتماعی را به‌منزله جهت‌دهی تمامی فعالیت‌های آموزش پزشکی به سمت تربیت پزشکانی است که قادر به مرتفع نمودن نیازهای سلامتی جامعه هدف می‌داند و در زمینه فعالیت‌های بالینی، دانشجویان را با بیماری‌های شایع، انتقال اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و تغییرات بار بیماری در جامعه خود آشنا نمود [۳۴]. با توجه به اینکه تبادل اطلاعات بین پزشک

به نظر می‌رسد [۳۹]. در مطالعه حاضر اساتید تمرین و تکرار مهارت در مرکز مهارت‌های بالینی (۸۷/۵٪) را به‌عنوان مهم‌ترین مهارت حرفه‌ای در آموزش بالینی تعیین کردند. نتیجه مطالعه حاضر در خصوص ده اولویت مهم با مطالعه یکه فلاح و همکاران (۱۳۹۲)، طلاساز و همکاران (۲۰۰۵) و لاورتی (۲۰۰۵)، همخوانی داشت. ایشان اظهار می‌دارند که مربیان بالینی لایق و کارآمد می‌توانند دانشجویان را قادر سازند تا حداکثر استفاده مطلوب را از توانایی‌های خود ببرند و می‌توانند تجارب بالینی را برای دانشجو لذت‌بخش کنند و باعث افزایش اعتمادبه‌نفس دانشجو شده و تأثیر شگرفی در افزایش کیفیت آموزش بالینی داشته باشند و مربیان با شناخت دقیق از حرفه و هدف خود در امر آموزش بالینی می‌توانند راهگشای دانشجویان بوده و اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس را در آنان پرورش دهند. ارتقاء انگیزش اساتید بالینی موجب حضور فعال و مؤثر آن‌ها در عرصه‌های آموزشی درمانی شده و باعث می‌شود که مربیان با تکیه بر تجربه‌های ارزنده خود، فعالانه به امر آموزش بالینی بپردازند. عدم برآورده شدن نیازهای حرفه‌ای و رفع مشکلات فردی، باعث خستگی روحی و روانی مربی می‌گردد. ارزشیابی تدریس اساتید بر اساس چک‌لیست ارزشیابی بالینی، تأثیرات زیادی در کسب مهارت‌های حرفه‌ای مطلوب دارد. ارزشیابی، تعیین‌کننده سطح یادگیری و ستون اساسی برای برنامه‌ریزی آینده است؛ بنابراین با توجه به اهمیت ارزشیابی بالینی در تعیین میزان دستیابی به اهداف و مهارت‌های مورد انتظار، بر ضرورت اصلاح و بازنگری در روش‌های ارزشیابی بالینی دانشجو، تأکید می‌گردد [۴۰-۴۱]. عظیمی و همکاران (۱۳۹۶)، تعداد زیاد دانشجو در هر گروه را بر کیفیت آموزش بالینی مؤثر می‌داند [۴۲]. همچنین مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت مکان‌های آموزشی بالینی به‌ویژه مراکز بهداشتی و درمانی، می‌تواند نقش بسزایی در رشد و توانمندی یک حرفه ایفا نماید. امکانات بخش‌ها، اعم از کمیت و کیفیت وسایل در دسترس و نیز مراجعین و بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی، به‌ندرت با آموخته‌های تئوری و فن دانشجویان هماهنگی دارد [۴۳-۴۴].

نتیجه‌گیری:

به‌طورکلی نتایج پژوهش بیانگر این بود که برای کسب مهارت‌های حرفه‌ای مطلوب، وضعیت آموزش پزشکی نیاز به تأمین جامع‌تر امکانات و تجهیزات محیط بالینی دارد. ارتقاء عملکرد اساتید و جذب همکاری‌های حرفه‌ای نیز می‌تواند در بهبود وضعیت آموزش بالینی و کسب مهارت‌های حرفه‌ای مطلوب‌تر مفید واقع شود. اقداماتی از قبیل استفاده از اساتید صلاحیت‌دار، با در نظر گرفتن توانایی و تخصص آن‌ها، سهیم نمودن پرسنل تیم بهداشتی و درمانی در آموزش دانشجویان

نمود. اساتید اخلاق حرفه‌ای را در قالب چگونگی رفتار، ادب و عمل شخص هنگام انجام کار حرفه‌ای به دانشجویان آموزش می‌دهند. این کار می‌تواند مشاوره، پژوهش، تدریس، نویسندگی، طبابت یا هر شغل دیگری باشد. نتیجه تحقیق حاضر با مطالعه طباطبایی و همکاران (۱۳۹۰)، همخوانی داشت. دغدغه گسترده امروز پزشکان، متخصصان آموزش پزشکی و متولیان نظام سلامت این است که حرفه پزشکی، تعهد الزامی خود در حفاظت از بیماران و حفظ رفاه و منافع بیماران را از دست‌داده است. ترویج فضایل اخلاقی در حرفه پزشکی نظیر وفاداری و اعتماد، مروت، صداقت خردمندانه، دلیری، اشتیاق، نیک‌خواهی و غیره، در ضمن عملکرد حرفه‌های پزشک در جهت درمان؛ کمک به بیماران و مراقبت از آنان محقق می‌شوند [۳۶]. نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان دروس عمومی اخلاق و تربیت اسلامی (۶۶/۶۶٪)، تاریخ تحلیلی (۷۴/۶۵٪)، انقلاب اسلامی و ریشه‌های آن (۵۰/۳۴٪) و روان‌پزشکی (۴۶/۵۲٪) را به‌عنوان واحد پوچ دانسته‌اند. در تبیین این قضیه می‌توان این‌گونه گفت که دانشجویان پزشکی بیشتر در پی آموختن دروس مرتبط با پزشکی هستند و به دروس عمومی اهمیت کمتری می‌دهند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه مصطفویان و همکاران (۱۳۹۵)، در درس روان‌پزشکی و آمار و روش تحقیق همخوانی نداشت. آن‌ها رضایت خود را از درس روان‌پزشکی زیاد و از آمار و روش تحقیق کم ارزیابی کردند [۳۸]. دانشجویان، بهبود مهارت‌های بالینی اساتید (۹۷/۵۷٪)، وجود تکنولوژی‌های بروز شده در آموزش (۹۷/۱٪)، مهارت‌های بالینی دانشجو (۹۵/۱۴٪)، انگیزه اساتید (۹۵/۱۳٪)، دید مثبت دانشجو به حرفه خود (۹۳/۳۹٪)، در دسترس بودن اساتید (۹۲/۷۱٪)، تعداد دانشجویان (۹۲/۰۱٪)، تنوع‌بخش‌ها و محیط (۹۰/۲۷٪)، امکانات و تجهیزات بخش (۸۹/۵۸٪)، نحوه تدریس اساتید (۸۸/۸۸٪) را در محیط‌های بالینی مهم ارزیابی نمودند. اساتید تمرین و تکرار مهارت در مرکز مهارت‌های بالینی (۸۷/۵٪)، آمادگی علمی ورود به بالین (۸۳/۳٪)، اعتمادبه‌نفس دانشجو (۸۳/۳٪)، مهارت‌های بالینی اساتید (۸۳/۳٪)، مهارت‌های بالینی دانشجو (۸۳/۳٪)، علاقه‌مندی و انگیزه دانشجو (۸۳/۳٪)، دید مثبت دانشجو به حرفه خود (۷۹/۲٪)، تنوع‌بخش‌ها و محیط (۷۹/۲٪)، امکانات و تجهیزات بخش (۷۹/۲٪)، امکانات رفاهی محیط بالین (۷۹/۲٪) را در محیط‌های بالینی مهم ارزیابی نمودند. در مطالعه حاضر، مهارت‌های بالینی اساتید به‌عنوان مهم‌ترین مهارت حرفه‌ای در آموزش بالینی از نظر دانشجویان ذکر کردند، ولی در مطالعه یکه فلاح و همکاران (۱۳۹۲)، میزان اعتمادبه‌نفس دانشجو به‌عنوان مهم‌ترین فعالیت معرفی گردید. ارائه راهکارهایی برای افزایش اعتمادبه‌نفس دانشجو و علاقه‌مند شدن وی به حرفه خود ضروری

تشکر و قدردانی:

از واحد توسعه تحقیقات بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی
پیمانه دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جهرم بابت تأمین
تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را ذکر نکردند.

فراهم کردن تجهیزات و وسایل لازم برای اتاق پرستاری و محیط‌های بالینی و ارائه مراقبت‌های علمی و صحیح از بیمار و همچنین طراحی یک معیار ارزشیابی بالینی صحیح، دقیق و عینی و به‌دوراز قضاوت شخصی برای سنجش مهارت‌های علمی و عملی دانشجویان در محیط‌های بالینی برای دستیابی به مهارت‌های حرفه‌ای مطلوب‌تر پیشنهاد می‌شود.

References:

- Arfaie K. Assessing motivating factors in choosing midwifery as a career at medical sciences universities of Tehran, [dissertation]. Tehran: Nursing and midwifery faculty: Shaheed Beheshti University; 1384. (Persian)
- Fardanesh H. Educational technology. 16th ed. Tehran: Tehran University; 1383. Persian.
- Scott I, Wright B, Brennis F, Berret P, McCaffrey I. Career choice of new medical students at tree Canadian universities: family medicine versus specialist medicine. CMAJ 2007; 53(11): 1956- 7.
- Lefraneois guy, R. psychology for teaching, 10th Ed, wads worth, 2000:406.
- Peimani M, Aalaa M, Pajouhi M. Faculty Support for Curriculum Development in Nursing Education. HMED. 2011;4(3):45-50
- Eisner EW. Educational imagination on the design and evaluation of school programs. New York: Macmillan College Publishing Company; 1994.
- Fathi Vajargah K. Planning in service training of staff. Publication Semat, 2004.
- Anderson MB. A guide to the 130 reports in this snapshot supplement to academic medicine. Acad Med 2000; 75(9):10-16.
- Litzelman DK, Cottingham AH. The new formal competency based curriculum and informal curriculum at Indiana university school of medicine. Overview and five year analysis. Acad Med 2007; 82(4): 410_421
- Reimer L, Bjorkman DJ. University of Utah School of medicine. Acad Med 2010;85(9): 570-2.
- Anderson MB, Kanter SL. Medical education in the united states and Canada, 2010. Acad Med 2010;85(9 Suppl):S2-18.
- Grant JS, Stewart C, Ker J. How we developed a core curriculum in clinical skills. Med Teach 2005; 27(2): 103-106
- Kitzes JK, Savich RD, Kalishman S, Sander J, Prasad A Morris CR, et al. Fitting it all in: integrating of 12 cross cutting themes into school of medicine curriculum. Med Teach 2007; 29(5):437-442
- Golidie J. Integration professionalism teaching in to undergraduate medical education in the UK setting. Med Teach 2008; 30(5):513-527
- Nikendei C, Weyrich P, Junger Schrauth M. Medical education in Germany. Med Teach 2009; 31(7):591-600.
- Fathi Vahjargah C. Necessity in Curriculum Planning (Methods and Techniques). Teacher Training and Education Department, 1996.
- Fathi Vahjargah C. Educational Needs Assessment (Patterns and Techniques). AIJ 2002.
- Dadgostarnia M, Vafamehr V. Assessment of training needs of students' clinical skills prior to entering the clinical course and Impact of preliminary courses of training clinical skills on students. Iran J Med Educ 2014; 14 (1):52-63
- Adibi P, Hadagar A, Hadizadeh F, Haghjoo Sh, Monajemi A. Medical Sciecn Olympiad: Concepts, Discieplines and methods. Isfahan: Isfahan Univ Med Sci Publicat 1998. (Persian)
- Mohamadi Mehr M. The study of the traditional curriculum of general medicine program from the student's prespective. J Nurs Physician War 2015; 3 (8):25-33.
- Soltani Arabshahi K, Monajemi A, Kuhpayeh Zadeh J, Gholami T, Khajavi M. Evaluation of clinical reasoning of interns and residents of Iran University of Medical Sciences, 2013. RJMS 2015; 22 (132):18-25.
- Rechard G, Brassard D. From Student to Clinician: Enhancing Clinical Reasoning across the Curriculum. 2009;10 -12.
- Moosapour H, Raza M, Rambod M, Soltani A. Conceptualization of category-oriented likelihood ratio: a useful tool for clinical diagnostic reasoning. BMC Med Educ 2011:94.
- Rezaeian M, Zare-Bidaki M, Bakhtar M, Hadimoghadam M. A Survey of Research Self-Efficacy in Internship Medical Students of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2013. J RafsanjanUniv Med Sci 2014; 14(2): 111-24.
- Amani A, Shams B, Farajzadegan Z, Tabaeian S M. The Viewpoints of Clinical Faculty Members about Teaching Communication Skills to Medical Students. Iran J Med Educ 2003; 3 (1):45-51.
- Laidlaw TS, MacLeod H, Kaufman DM, Langille DB, Sargeant J. Implementing a communication skills

- programme in medical school: needs assessment and programme change. *Med Educ* 2002;36(2):115-24.
27. Heidarzadeh A, Dadkhah Tirani H, Asadi A, Nemati M. The Interns, Residents and Faculty Members' Knowledge and Attitudes toward Communication Skills. *Research in Medical Education. J Guilan Univ Med Sci* 2007, 9(1): 1-6.
 28. Karami Z, Keyvanara M. Models of Relationship between Physicians and Patients Referring to the Clinic of Isfahan Shahid Beheshti Hospital, 2007. *Strides Dev Med Educ* 2010; 6 (2):149-156.
 29. Kachoei A, Ahmari Tehran H, Dehghani F, Abbasi M, Parizad A. Physicians' Attitudes towards Spirituality and Pastoral Care. *J Mazand Univ Med Sci* 2016; 26(138):151-60.
 30. Shahrabadi R, Masror D, Hajizadeh S, Hosseini F. Comparison to the attitudes of the last year nursing and medical students spiritual care of patients. *Iran J Cardiovasc Nurs* 2012; 1(1):30-34.
 31. Tofighian T, Kooshki A, Borhani F, Rakhshani MH, Mohsenpour M. Nursing students and nurses attitude toward spirituality and spiritual care. *Hist Med J* 2017; 8(29):45-62.
 32. Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Soc Behav Sci* 2010; 5:1477-81.
 33. Larijani Bagher. Interdisciplinary dialogue is a prerequisite for development in medical education. Available at: URL: <http://dme.behdasht.gov.ir/news>.
 34. Emadzadeh A, Moonaghi HK, Bazzaz MM, Karimi S. An investigation on social accountability of general medicine curriculum. *Electronic Physician* 2016; 8(7):2663.
 35. Saha S. The relevance of cultural distance between patients and physicians to racial disparities in health care. *J Gen Int Med* 2006; 21(2):203-5.
 36. Carrese JA, Rhodes LA. Bridging cultural differences in medical practice. *J Gen Int Med* 2000; 15(2):92-6.
 37. Parsa Mojtaba, Namazi, Hamid Reza, Larijani Baqir. The solution to the conflict of interests and its implications in education and treatment. *Med Purif* 2012; 21 (1): 0-5.
 38. Mostafavian Z, Moein Safa M. Survey of medical graduates' opinions about medical education at Islamic Azad University of Mashhad. *FMEJ* 2015, 5(2): 1-15.
 39. Yekeh Fahhah L, Manochehri H, Jahandideh B, Talebi Alavi S Z, Azardel N, Falahat Pishheh F. Teachers, nursing and midwifery Students' Viewpoints about Effective Factors in Achieving Professional Skills in Qazvin University of Medical Science. *Res Med Educ* 2013; 5 (1):52-60.
 40. Talasaz F, Firoozi M, Shamaeian Razavi N. Nursing and Midwifery Students Perspective on Clinical Education in Gonabad University of Medical Sciences. *IJME* 2005; 5(1): 70-78. (Persian)
 41. Laverty M. Supervision of student in the practice setting policy statement. *Nurs board Tasmania* 2005; 9 (5):1-7.
 42. Azimi N, Bagheri R, Mousavi P, Bakhshandeh-Bavrsad M, Honarjoo M. The Study of Clinical Education Problems and Presenting Solutions for improvement its Quality in Midwifery. *Res Med Educ* 2017; 8 (4):43-51.
 43. Anbari Z, Ramezani M. The obstacles of clinical education and strategies for the improvement of quality of education at Arak University of Medical Sciences in 2008. *Arak Med Univ J (AMUJ)* 2010; 13 (2): 110-118. (Persian)
 44. Farnia F. Perspective of nursing and midwifery students' duo to Efficacy in clinical education. *J Yazd Univ Med Sci* 2000; 8: 68-72. (Persian)

Exploring the viewpoints of faculty members and medical students on taking optional courses and the explanation of the ineffective courses and the study of clinical educational needs from students' point of view

Leili Mosalanejad¹, Mina Shariati², Navid Kalani^{3*}, Saeed Abdollahifard⁴

Received: 2018/23/09

Accepted: 2018/24/10

1. Medical Education Dept, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Student Research committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Research Center for social determinants of health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
4. Student Research committee, Shiraz University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.7, No.1&2, Spring & Summer 2018

J Educ Ethics Nurs 2018;7(1&2):7-20

Abstract:

Introduction:

Optional courses are a set of curriculum that are considered for all students in a certain discipline and the students are required to choose some from a number of optional courses. Ineffective courses are also those that are not effective in educating students. This study was conducted to evaluate the viewpoints of students and faculty members of Jahrom University of Medical Sciences about the priority of optional courses and the correlation of ineffective courses and then to assess clinical educational needs.

Methods & Materials:

In this descriptive-cross-sectional study, 25 faculty members of clinical and basic sciences and 288 clinical students were enrolled in a census and students of different disciplines were selected by stratified sampling. The data collection tool was an optional courses questionnaire and an explanation of the ineffective courses and educational needs. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics.

Results:

Students participating in the survey considered the priority of each of the optional courses of skill in clinical reasoning (87.6%), in evidence-based practice (84.36%), in essay writing (77.7%), in communication skills (76.38%), and in computer and related skills (72.91%) as important (ranging from high to very high). The students regarded Islamic Moral Education (66.66%), Analytic History (74.64%) and the Islamic Revolution and Its Roots (34.4%) and Psychiatry (46.52%) as ineffective.

Conclusion:

In order to obtain the best professional skills, medical education needs to provide more comprehensive clinical facilities. Improving the performance of professors and attracting professional co-operation can also help improve clinical education and obtain more professional skills.

Keyword: Curriculum, Students, Clinical Education

* Corresponding author Email: k.navid@jums.ac.ir