

# شناسایی و اولویت‌بندی چالش‌های برنامه درسی دوره پزشکی عمومی با رویکرد اخلاق حرفه‌ای

مریم نعمتی<sup>۱</sup>، وحید فلاح<sup>۲\*</sup>، ترانه عنایتی<sup>۳</sup>

۱ گروه برنامه‌ریزی درسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

۲ گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد ساری، ساری، ایران.

۳ گروه مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد ساری، ساری، ایران.

## چکیده

## مشخصات مقاله



### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۰۳

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۸/۱۰

چاپ: ۱۳۹۹/۱۲/۲۰

### نویسنده مسوول:

وحید فلاح، گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد ساری، ساری، ایران.

ایمیل: Vahidfallah20@yahoo.com

**زمینه و هدف:** اخلاق پزشکی یکی از اصول مهم برنامه درسی پزشکی است. این مطالعه با هدف شناسایی و اولویت‌بندی چالش‌های برنامه درسی دوره پزشکی عمومی با رویکرد اخلاق حرفه‌ای انجام شده است.

**روش بررسی:** تحقیق از نوع ترکیبی، از نظر هدف کاربردی و از لحاظ اجرا توصیفی-تحلیلی است. داده‌های بخش کیفی به شیوه هدفمند و مصاحبه نیمه ساختارمند با ۱۴ نفر از صاحب‌نظران حوزه اخلاق پزشکی جمع‌آوری و به روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی تحلیل گردید. از نتایج مصاحبه، پرسشنامه استخراج و روایی آن توسط نرم‌افزار R و به روش لاوشه و والتز-باسل و توافق بین متخصصان به روش ضریب کاپا تعیین شد و پایایی نیز به شیوه آلفای کرونباخ با نرم‌افزار SPSS(21) محاسبه شد. جامعه آماری بخش کمی، ۴۵۷ نفر از پزشکان و دستیاران بالینی بودند و مطابق فرمول کوکران ۲۰۹ نفر به روش تصادفی طبقه‌ای از گروه‌های آموزشی بالینی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. آزمون تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل اهمیت-عملکرد عامل‌های تحقیق توسط نرم‌افزار SMART PLS(3) انجام شد.

**یافته‌ها:** در بخش کیفی ۱۳ درون‌مایه و ۴۸ طبقه از چالش‌های عناصر برنامه درسی استخراج و تبدیل به گویه شد. شاخص‌های  $CVI=0.93$ ،  $CVR=0.9$ ، ضریب  $Kappa>0.7$  و پایایی پرسشنامه  $r=0.89$  محاسبه گردید. در آزمون تحلیل عاملی کلیه درون‌مایه‌های تحقیق تأیید شد و تحلیل نقشه اهمیت-عملکرد نشان داد مهم‌ترین چالش‌های آموزش اخلاق پزشکی «بازبینی محتوا و منابع آموزشی»، «اجرای نامناسب»، «ضعف امکانات و فرصت‌ها» و «مدیریت برنامه پنهان» است.

**نتیجه‌گیری:** شناسایی و اولویت‌بندی چالش‌های برنامه آموزشی، می‌تواند به عنوان راهنما در بهبود سیاست‌گذاری و اثربخشی برنامه مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** برنامه درسی، اخلاق، دانشجویان پزشکی.

## مقدمه

چندانی نمایند و بی‌توجهی به آن، با از بین بردن قبح اخلاقی، شرافت این حرفه را خدشه‌دار نموده و از اعتماد جامعه می‌کاهد(۵). گرچه تلاش‌های بسیاری برای توسعه آموزش اخلاق دانشجویان به‌عمل آمده و به‌عنوان یک ضرورت در انجمن‌های پزشکی، شوراها و کالج‌های پزشکی مورد تأکید واقع شده(۶)، اما همچنان چگونگی شکل‌گیری رفتارهای حرفه‌ای یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های آموزش پزشکی محسوب می‌شود(۷، ۸). برخی محققان شاخص‌های پویا مانند محتوای مقطع بالینی و اجرا را در مقایسه با استانداردهای ملی و جهانی نامطلوب ارزیابی کرده‌اند(۹). دانشجویان بسیاری از وضعیت نامتعادل و صرفاً تئوریک برنامه‌های آموزشی اخلاق پزشکی ناراضی‌اند(۱۰). مطالعاتی نیز رفتار، نگرش و ارزش‌های حرفه پزشکی را تحت تأثیر ساختار پیچیده مذهب، فرهنگ، موقعیت جغرافیایی و تربیت اجتماعی دانشجویان دانسته و به دلیل تنوع دیدگاه‌های فرهنگی، آموزش آن را دشوار می‌دانند(۱۱). حتی برخی معتقدند ممکن است دانشجویان پزشکی در طول تحصیل، کاهش استدلال اخلاقی یا فرسایش اخلاقی را تجربه کنند(۲). این مطالعه با هدف شناسایی و اولویت‌بندی چالش‌های برنامه درسی دوره پزشکی عمومی با رویکرد اخلاق حرفه‌ای با

اخلاق پزشکی رویکردی تحلیلی است که افکار، عقاید، رفتار و نحوه تصمیم‌گیری پزشک در مواجهه با مسائل مختلف را به‌صورت دقیق و انتقادی بررسی کرده و دستورالعمل و تذکرات مناسب را ارائه می‌دهد(۱). هدف آموزش اخلاق پزشکی کسب مهارت تحلیل، استدلال، تصمیم‌گیری و حل معضلات اخلاقی در دانشجویان است(۲). امروزه با پیشرفت علوم پزشکی و پیچیده‌تر شدن ابعاد اخلاقی، بسیاری از دانشجویان مهارت‌های کافی را کسب نکرده و در عرصه واقعی عمل، با تردید و تزلزل در داوری اخلاقی و تصمیم‌گیری روبرو می‌شوند(۳). امروزه تربیت اخلاقی یکی از اصول مهم برنامه درسی پزشکی به‌شمار می‌آید(۴). در نظام نوین آموزش پزشکی، نقش برنامه درسی تنها تربیت افرادی نیست که بتوانند چالش‌های اخلاقی را تشخیص داده و یا درک کنند، بلکه باید بتوانند به‌گونه اخلاقی، رفتار نمایند. به‌عبارت‌دیگر هدف برنامه درسی، گامی فراتر از دانش و مهارت بوده و باید در جهت تقویت عملکرد اخلاقی و افزایش حساسیت اخلاقی دانشجویان عمل نماید(۲). برخی محققان اعلام کرده‌اند درس اخلاق پزشکی توانسته به افزایش مهارت‌های اخلاقی پزشکان کمک

در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان اعمال گردید. تعداد مصاحبه‌ها و نحوه اشباع داده‌ها در جدول شماره (۱) آمده است.

کدهای بدست آمده از تحلیل مصاحبه‌ها تبدیل به گویه شد و در قالب جداول روایی محتوا (CVI) و نسبت روایی محتوایی (CVR) تنظیم گردید و از ده نفر از پزشکان بالینی و متخصصان آموزش پزشکی و برنامه‌ریزی خواسته شد تا در مورد تناسب، ارتباط، ابهام، حذف یا ادغام گویه‌ها اظهار نظر نمایند. مطابق روش پولیت و بک (۲۰۰۶) ابتدا این دو شاخص برای تک‌تک گویه‌ها محاسبه شد و موارد نامناسب حذف گردید. محاسبه CVR به روش لاوشه (Lawshe) انجام شد (۱۵-۱۷). در این روش، حداقل مقدار قابل قبول وقتی ۱۰ نفر متخصص نظر می‌دهند  $0/62$  است (۱۸). شاخص CVI به روش والتز و باسل (Waltz & Bausell) بررسی شد (۱۹). این ضریب دارای سه مؤلفه «سادگی»، «مربوط بودن» و «واضح بودن» است. حداقل میانگین قابل قبول برای CVI، با  $10$  نفر متخصص، برای تک‌تک گویه‌ها  $(Item-CVI \geq 0.79)$  و برای کل پرسشنامه  $(Scale-CVI \geq 0.9)$  است (۲۱-۲۳). پس از حذف ۱۷ گویه که CVI نامناسب داشتند، میانگین کل مؤلفه سادگی  $0/94$ ، مربوط بودن  $0/91$  و واضح بودن  $0/94$  بدست آمد. بدین ترتیب شاخص روایی محتوایی  $CVI = \frac{0.94 + 0.91 + 0.93}{3} = 0.93$  و  $[CVR - Total/Ave = 0.9]$  تأیید شد (۲۴، ۲۵). جهت بررسی میزان توافق بین ارزیابان، ضریب کاپا ارزیابی شد. این ضریب در روایی محتوا اطمینان می‌دهد که میان متخصصان توافق نظر وجود داشته و روایی محاسبه شده مربوط به احتمال و شانس نیست (۲۸). آماره کاپا بالاتر از  $0/74$  عالی،  $0/74 - 0/76$  خوب و کمتر از  $0/6$  ضعیف محسوب می‌شود (۲۶). این شاخص در همه گویه‌ها بالاتر از  $0/7$  و مناسب بود. پایایی به روش آلفای کرونباخ  $0/89$  با نرم‌افزار SPSS (21) بدست آمد با توجه به اینکه مقادیر بالای  $0/8$  مناسب تلقی می‌شود، پایایی پرسشنامه تأیید گردید (۲۷). سرانجام پرسشنامه بسته پاسخ با طیف لیکرت (۵-۱) حاوی ۷۱ گویه تنظیم شد. جامعه آماری بخش کمی ۴۵۷ نفر از اعضای هیئت‌علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی مازندران (۲۱۵ نفر) و دستیاران سال دوم و بالاتر (۲۴۲ نفر) بودند. با استفاده از فرمول کوکران (۲۸) تعداد ۲۰۹ نفر به روش تصادفی طبقه‌ای از گروه‌های آموزشی دارای کارآموز و کارورز به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای تشخیص مناسب بودن حجم نمونه از شاخص تناسب کایزر-مایر و بارتلت و آزمون تحلیل عاملی تأییدی جهت تأیید درون‌مایه‌های بخش کیفی تحقیق و تحلیل اهمیت-عملکرد از نرم‌افزار (3) SMART PLS استفاده شد. از این تحلیل برای شناخت درجه اولویت شاخص‌ها و کمک به بهبود فرایند تصمیم‌گیری استفاده می‌شود (۲۹). در این مدل، محور X نشانگر اهمیت عامل‌ها و محور Y نشانگر عملکرد آنهاست. بعد اهمیت با بررسی روابط خطی بین عامل‌های

مدل تحلیل نقشه اهمیت-عملکرد IPMA (Important Performance Map Analysis)، در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

## روش بررسی

تحقیق از نظر هدف کاربردی، از لحاظ زمان مقطعی و از نظر روش اجرا توصیفی-تحلیلی است و داده‌ها به روش آمیخته اکتشافی جمع‌آوری و تحلیل شده‌اند. در بخش کیفی برای کنکاش در برنامه درسی، با ۱۴ نفر از اساتید هیئت‌علمی بالینی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران شاغل در دانشکده پزشکی ساری و پردیس رامسر، به روش هدفمند از مدرسان واحدهای آداب و اخلاق پزشکی و اعضای کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه و بیمارستان‌های آموزشی، مصاحبه نیمه ساختار به عمل آمد. هر مصاحبه به شیوه مستقیم و چهره به چهره انجام شد و فرایند آن ضبط گردید. زمان مصاحبه بین ۶۰-۴۵ دقیقه با آنان توافق شد و تعداد مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری، ادامه یافت (۱۲). تحلیل محتوای متن به روش عرفی استقرایی (شیء و شانون) انجام گرفت (۱۳). متون مصاحبه‌ها در کوتاه‌ترین زمان به‌طور کامل بر روی کاغذ پیاده‌سازی و زیر گفته‌های اساسی خط کشیده شد. پس از استخراج کدهای اولیه، موارد تکراری، اضافی، جمله‌های معترضه و انحرافی حذف گردید (۱۴). جهت اطمینان بیشتر چندین بار به متن اولیه رجوع گردید تا هیچ یک از مطالب کلیدی مغفول نماند. تعداد ۶۷۰ کد اولیه استخراج و از دسته‌بندی و ترکیب آنها در قالب مفاهیم انتزاعی‌تر، طبقات فرعی، اصلی و درون‌مایه‌ها تشکیل شد. جدول تحلیل محتوا پس از حذف یا ادغام کدهای مشابه، توسط پنج نفر از متخصصان برنامه‌ریزی درسی و آموزش پزشکی و بالینی بازبینی شد و مجدداً تعدادی از کدها به علت تداعی معنای مشابه حذف، اصلاح و یا ادغام گردید. در نهایت تعداد ۹۸ کد در قالب ۱۳ درون‌مایه تأیید گردید. به‌منظور تضمین قابلیت اعتبار، محقق علاوه بر بهره‌مندی از نظرات متخصصان حوزه اخلاق پزشکی، به مدت نسبتاً طولانی در فرایند کار با داده‌های کیفی درگیر بوده و بارها اقدام به شنیدن صوت مصاحبه و مقایسه آن با گویه‌های استخراج شده پرداخت. همچنین ارتباط کافی و دوسویه با مشارکت‌کنندگان حفظ شد و کدها و برداشت‌های حاصل از تحلیل داده‌ها، به تأیید آنان رسید و نظرات اصلاحی آنها اعمال شد. برای تأییدپذیری توافق نظر بین افراد مشارکت‌کننده و سه نفر از متخصصان خارج از تحقیق، درباره کدها و نحوه طبقه‌بندی آنان اخذ گردید. برای قابلیت اعتماد، از روش نمونه‌گیری هدفمند با رعایت تنوع استفاده شد و با بهره‌گیری از نظرات افراد خبره تلاش گردید تا توصیف جامعی از فرایند مطالعه ارائه شود و برای قابلیت انتقال شرح مشخصی از نحوه انتخاب و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، نحوه جمع‌آوری داده‌ها و فرایند تحلیل، ارائه شد (۱۲). به‌علاوه ملاحظات اخلاقی مانند اختیاری بودن مصاحبه، محرمانه ماندن اطلاعات و عدم ذکر نام افراد، انصراف از مطالعه

ارزشیابی چندوجهی، مدیریت برنامه پنهان و توجه به استاد، فراگیران و عوامل خارج سازمانی شناسایی شد. نتایج توصیفی شرکت کنندگان بخش کیفی و کمی در جدول شماره (۱) قابل مشاهده است. مطابق جدول شماره (۲) از بین عامل‌های برآمده از تحلیل کیفی، «بازبینی محتوا و منابع آموزشی» با ۱۴ تکرار و «اجرای فوق برنامه» با ۲ تکرار، بیشترین و کمترین رتبه را به خود اختصاص دادند.

تحقیق و تجزیه و تحلیل ضرایب مسیر و بعد عملکرد با محاسبه میانگین متغیرهای نهفته و شاخص‌های آنها محاسبه گردید (۳۰).

### یافته‌ها

در گام اول از تعداد ۱۴ مصاحبه انجام شده در بخش کیفی ۱۳ عامل برنامه درسی، شامل اصلاح اهداف، بازبینی محتوا و منابع آموزشی، زمان و مکان مناسب، اجرای فوق برنامه، اصلاح راهبردهای یاددهی-یادگیری، اجرای مناسب برنامه، امکانات و فرصت‌ها، کاربرد روش‌های تدریس فعال،

جدول ۱- نتایج توصیفی مشارکت کنندگان بخش کیفی

ویژگی	مرحله کیفی	مرحله کمی
جنسیت	زن	۳
	مرد	۱۱
مرتبه علمی	استادیار	۶
	دانشیار	۴
	استاد	۴
	دستیار آموزشی	-
سابقه آموزشی	کمتر از ۱۰ سال	۶
	بین ۱۰ تا ۲۰ سال	۴
	بالاتر از ۲۰ سال	۴
سن	کمتر از ۵۰ سال	۲
	بین ۵۰ تا ۶۰ سال	۹
	بالاتر از ۶۰ سال	۳
تحصیلات	دکترای تخصصی Ph.D	۲
	متخصص	۵
	فلوشیپ	۱
	فوق تخصص	۶
	دستیار آموزشی	-

جدول شماره (۲) تعداد مصاحبه و نحوه اشباع و دفعات تکرار داده‌ها

دفعات تکرار	نفرات														درون‌مایه
	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
۱۴	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	بازبینی محتوا و منابع آموزشی
۱۳	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	توجه به استاد
۱۱	*	*		*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	ارزشیابی چندوجهی
۱۱	*	*		*	*	*		*	*		*	*	*	*	مدیریت برنامه پنهان
۹		*	*	*		*	*	*		*	*	*	*	*	توجه به دانشجوی
۸	*	*		*		*		*	*		*	*	*	*	زمان و مکان مناسب
۸				*	*			*	*	*	*	*	*	*	اصلاح اهداف
۸	*			*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	روش تدریس فعال
۸	*		*	*		*		*	*	*	*	*	*	*	توجه به عوامل بیرونی
۸			*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	*	ضعف امکانات و فرصت‌ها
۶	*	*		*		*	*	*		*	*	*	*	*	راهبردهای یاددهی-یادگیری
۶	*		*			*	*	*	*		*	*	*	*	اجرای نامناسب
۲			*		*										اجرای فوق‌برنامه
-	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۲	۱	۱	۶	جمع

عاملی از تحلیل نهایی حذف شد. ارزش ویژه (Eigen Value) همه عامل‌ها بزرگ‌تر از ۱ بود و نشان داد همگی از نظر آماری مورد تأییدند (۳۳) و مجموعاً ۶۷/۳۴ درصد از تغییرات کل را به عهده‌دارند. سپس تحلیل اهمیت-عملکرد و رتبه‌بندی عامل‌ها محاسبه گردید. وضعیت عامل‌های تحقیق در جدول شماره (۴) و نمودار شماره (۱) آمده است. در این رتبه‌بندی از لحاظ اهمیت، محتوا و منابع آموزشی، با بیشترین بارعاملی (۰/۱۶۰) در رتبه اول و فوق برنامه با کمترین بارعاملی (۰/۰۱۷) در آخرین رتبه واقع شد که این موضوع با نتایج بخش کیفی در جدول شماره ۲ نیز همخوانی داشت. همچنین از نظر عملکرد، زمان و مکان با بیشترین وزن (۰۵۷/۰۶۰) بالاترین رتبه و اجرا با کمترین وزن (۰۴۰/۰۱۲) آخرین رتبه کسب نمودند.

نتایج گام دوم (بخش کمی) نشان داد از ۲۰۹ نفر نمونه تحقیق ۱۲۰ نفر هیئت علمی (۰/۵۷/۴) و ۸۹ نفر دستیار (۰/۶/۴۲) بودند. برای تأیید نتایج کیفی، از آزمون آماری تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. شاخص KMO در آزمون تناسب کایزر- مایر و کرویت بارتلت با سطح معناداری ۰/۰۰۹/۰ مقدار ۷۸۵/۰ محاسبه شد. در این شاخص مقادیر بیشتر از ۷/۰ نشانه کفایت حجم نمونه است (۳۱، ۳۲). نتایج کمی مطالعه نشان داد همه درون‌مایه‌های بدست آمده از تحلیل محتوای کیفی، در آزمون تحلیل عاملی معنادار بوده و تأیید شدند. نتایج محاسبات تحلیل عاملی تأییدی در جدول (۳) آمده است. در نتایج به‌دست‌آمده از چرخش واریماکس، همه عناصر فوق تأیید و ۵ گویه (شماره ۳، ۴، ۲۳، ۳۲ و ۴۹) به علت عدم تجانس و یا کم بودن بارهای

جدول ۳- عوامل استخراج شده و درصد واریانس تبیین شده اولیه و بعد از چرخش واریماکس

مجموع توان دوم بارهای عاملی استخراج شده بعد از چرخش واریماکس			مجموع توان دوم بارهای عاملی استخراج شده			عامل‌ها
کل	در صد از واریانس	درصد از واریانس تجمعی	کل	در صد از واریانس	درصد از واریانس تجمعی	
۵/۸۱	۸/۱۹	۸/۱۹	۱۷/۵۱	۲۴/۶۶	۲۴/۶۶	اصلاح اهداف
۵/۶۹	۸/۰۱	۱۶/۲۰	۴/۹۳	۳۱/۶۱	۶/۹۵	بازبینی محتوا و منابع آموزشی
۴/۹۹	۷/۱۳	۲۳/۲۲	۳/۹۷	۳۷/۲۰	۵/۵۸	زمان و مکان مناسب
۴/۲۲	۵/۹۴	۲۹/۱۶	۳/۷۵	۴۲/۴۸	۵/۲۹	اجرای فوق برنامه
۴/۰۲	۵/۶۷	۳۴/۸۳	۲/۸۷	۴۶/۵۳	۴/۰۵	اجرای نامناسب
۳/۹۸	۵/۶۱	۴۰/۴۴	۲/۴۱	۴۹/۹۲	۳/۳۹	راهبردهای یاددهی-یادگیری
۳/۴۳	۴/۸۴	۴۵/۲۷	۲/۳۰	۵۳/۱۶	۳/۲۵	روش تدریس فعال
۳/۲۴	۴/۵۶	۴۹/۸۴	۲/۱۰	۵۶/۱۲	۲/۹۵	ارزشیابی چندوجهی
۳/۰۷	۴/۳۲	۵۴/۱۶	۱/۹۸	۵۸/۹۱	۲/۷۹	امکانات و فرصت‌ها
۳/۰۶	۴/۳۰	۵۸/۴۷	۱/۷۸	۶۱/۴۱	۲/۵۰	توجه به استاد
۲/۷۱	۳/۸۲	۶۲/۲۹	۱/۵۴	۶۳/۵۸	۲/۱۷	توجه به دانشجو
۲/۰۹	۲/۹۵	۶۵/۲۴	۱/۳۸	۶۵/۵۲	۱/۹۴	مدیریت برنامه پنهان
۱/۵۰	۲/۱۱	۶۷/۳۴	۱/۲۹	۶۷/۳۴	۱/۸۲	عوامل بیرونی

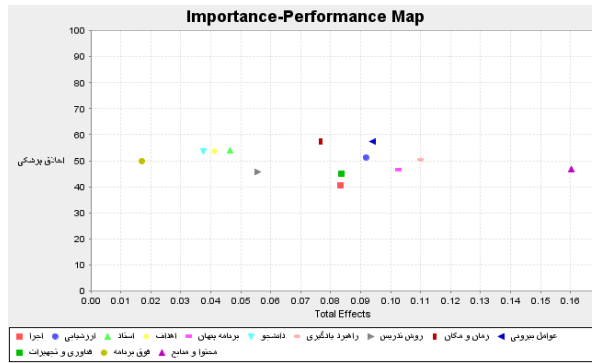
ارزشیابی چندوجهی و توجه به عوامل بیرونی در ربع دوم قرار گرفته و اهمیت و عملکرد مناسبی دارند. عناصر فوق برنامه و روش تدریس فعال در ربع سوم یعنی اهمیت و عملکرد ضعیف برآورد شده‌اند. ربع چهارم نیز شامل بازبینی محتوا و منابع آموزشی، مدیریت برنامه پنهان، ضعف امکانات و فرصت‌ها و اجرای نامناسب است که با اهمیت بالا و عملکرد ضعیف برآورد شده‌اند.

سپس نمودار دو بعدی اهمیت-عملکرد براساس میانگین بارهای عاملی (۰/۷۷) و وزن شاخص‌ها (۵۰/۲) مطابق راهنمای نرم افزار (3) PLS ترسیم شد (۳۴). وضعیت اهمیت-عملکرد هر یک از عامل‌ها در مناطق چهارگانه در نمودار شماره (۲) قابل مشاهده است.

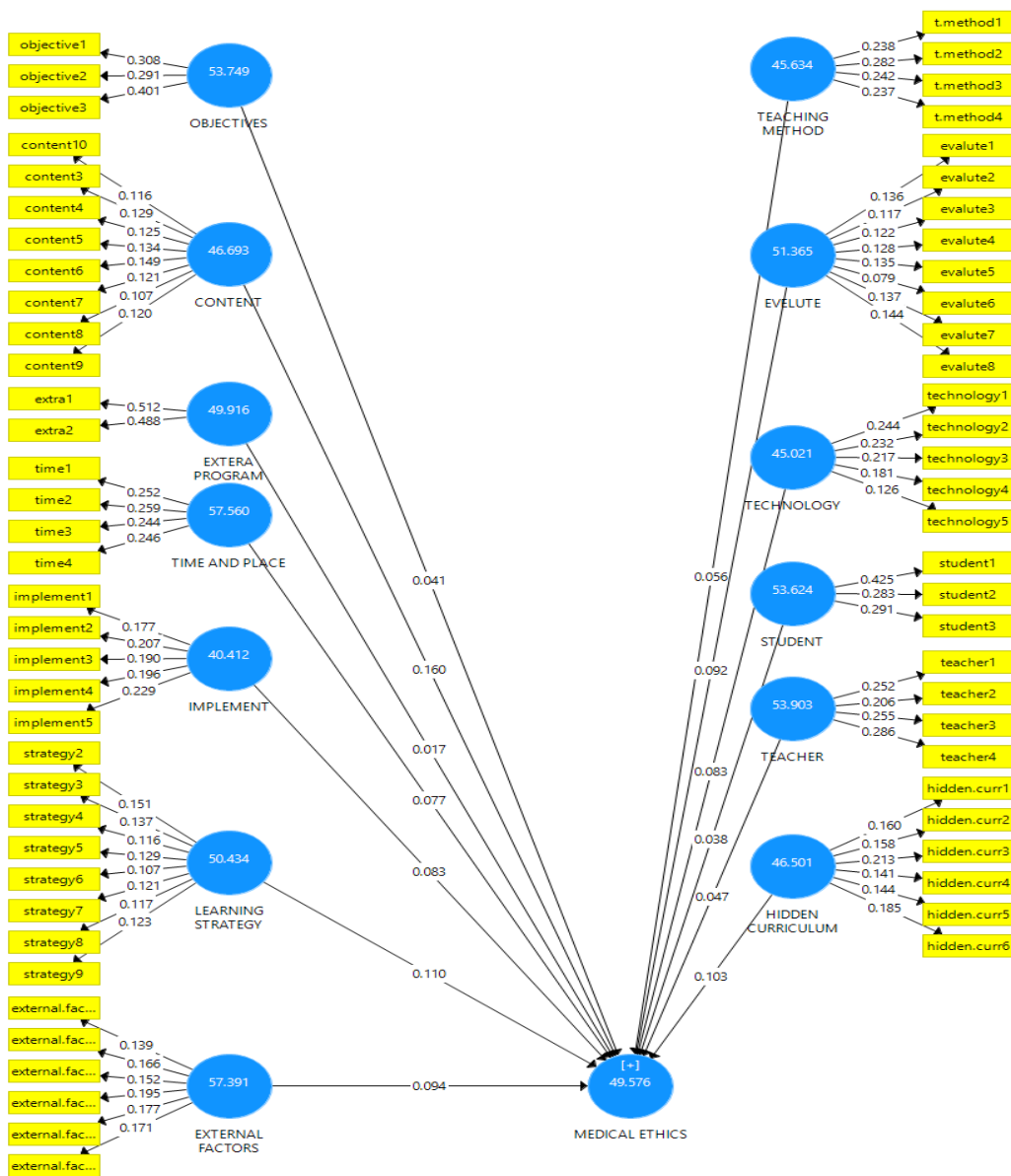
مطابق نمودار شماره (۲و۱) از نظر شرکت کنندگان عناصر اصلاح اهداف، توجه به استاد و دانشجو در ربع اول با اهمیت کم و عملکرد قابل قبول ارزیابی شده‌اند. زمان و مکان مناسب، اصلاح راهبردهای یاددهی-یادگیری،

جدول شماره ۴-رتبه‌بندی و تعیین اولویت عناصر برنامه درسی در آموزش اخلاق پزشکی

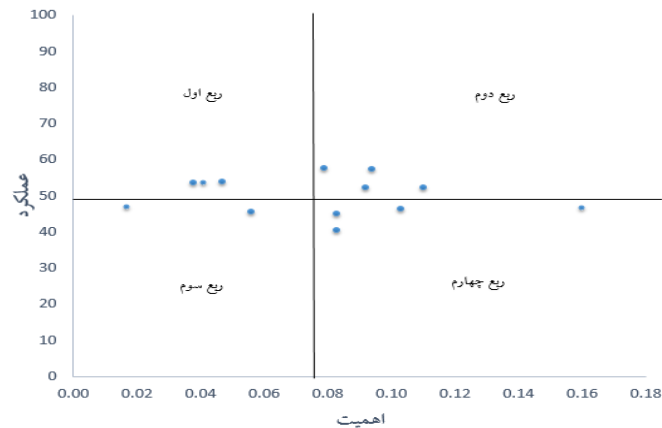
اولویت	آموزش اخلاق پزشکی				طبقات	عوامل (درون‌مایه‌ها)
	عملکرد		اهمیت			
	رتبه	وزن	رتبه	بار عاملی		
ربع اول	۴	۵۳/۷۴۹	۱۱	۰/۰۱۴	تناسب با نیازهای اخلاقی جامعه، توجه به حیطه‌های سه‌گانه یادگیری	اصلاح اهداف
	۳	۵۳/۹۰۳	۱۰	۰/۰۴۷	دقت نظر در گزینش و جذب، آموزش و توانمندسازی، توجه به انگیزه‌های مادی و معنوی استاد	توجه به استاد
	۵	۵۳/۶۲۴	۱۲	۰/۰۳۸	ویژگی‌های شخصیتی، احساس نیاز، انتظارات و انگیزه‌های فردی	توجه به دانشجوی
ربع دوم	۶	۵۱/۳۶۵	۵	۰/۰۹۲	اصلاح شیوه نمره‌دهی، ارزیابی تکوینی در طول‌ترم، هدایت دانشجویان به خودارزیابی، کاربرد سؤالات متنوع، کاربرد شیوه‌های کیفی	ارزشیابی چندوجهی
	۱	۵۷/۵۶۰	۸	۰/۰۷۷	اصلاح زمان ارائه واحدها، رعایت تم طولی، آموزش عملی در بالین	زمان و مکان مناسب
	۲	۵۷/۳۹۱	۴	۰/۰۹۴	سیاست‌های اقتصادی، باورهای فرهنگی، ارزش‌های اجتماعی، اعتقادات مذهبی، سایر سازمانها	عوامل بیرونی
	۷	۵۰/۴۳۴	۲	۰/۱۱۰	مشارکت دانشجوی، جذابیت کلاس درس، اعلام انتظارات به دانشجویان، دادن بازخورد مؤثر، کاربرد تشویق نه تنبیه	راهبرد یاددهی-یادگیری
ربع سوم	۱۱	۴۵/۶۳۴	۹	۰/۰۵۶	پرسش و پاسخ، ایفای نقش، حل مسئله، بحث گروهی، سناریو	روش تدریس فعال
	۸	۴۹/۹۱۶	۱۳	۰/۰۱۷	برگزاری سمینار و پانل، اردوی سیاحتی، برگزاری مراسم نمادین	اجرای فوق‌برنامه
ربع چهارم	۱۳	۴۰/۴۱۲	۷	۰/۰۸۳	عدم همخوانی روش اجرا با اهداف، ضرورت اجرا در عرصه عمل	اجرای نامناسب
	۹	۴۶/۶۹۳	۱	۰/۱۶۰	اصلاح منابع و به‌روز نمودن محتوا، ارائه محتوای کاربردی و سودمند، ادغام محتوای تئوری و عملی	بازبینی محتوا و منابع
	۱۰	۴۶/۵۰۱	۳	۰/۱۰۳	تناقض بین نظر و عمل، تأثیر محیط آموزشی، رعایت قوانین و مقررات، نقش هم‌تایان، استاد به‌عنوان الگو	مدیریت برنامه پنهان
	۱۲	۴۵/۰۲۱	۶	۰/۰۸۳	تأمین تجهیزات، کاربرد تکنولوژی در تدریس، کاربرد تکنولوژی در اطلاع‌رسانی، آموزش اخلاق در تکنولوژی	امکانات و فرصت‌ها



نمودار ۱- وضعیت عامل‌های تحقیق در نقشه اهمیت-عملکرد



نمودار ۱- اهمیت-عملکرد (IPMA) و ضرایب عامل‌ها



نمودار ۲- ماتریس دویبعدی اهمیت-عملکرد عناصر برنامه درسی

## بحث

در تحلیل نقشه اهمیت-عملکرد عواملی که در ربع اول قرار گرفته‌اند وضعیت نسبتاً قابل قبولی دارند. ربع دوم از نقاط امن است و نشان می‌دهد روند موجود نسبتاً رضایت‌بخش است. عواملی که در ربع سوم قرار گرفته‌اند ضعف‌های کم‌اهمیت‌اند و تلاش برای بهبود آنها می‌تواند در اولویت‌های بعدی قرار گیرد. لیکن عناصر ربع چهارم در اولویت بوده و نیاز به مداخله و اقدام اصلاحی فوری دارند و در حال حاضر نقاط بحران و آسیب محسوب می‌شوند (۳۵). در این بخش به بحث در مورد عناصر ربع چهارم که حائز بیشترین اهمیت و کمترین عملکرد بوده و در واقع نقش حیاتی‌تری دارند، می‌پردازیم.

علی‌رغم آنکه وجود محتوای آموزشی متناسب، متعادل و کاربردی برای تحقق اهداف ضروری است، لیکن شرکت‌کنندگان از وضعیت موجود رضایت چندانی نداشته و آن را پاسخگوی دستیابی به اهداف مهارتی و نگرشی دانشجویان و نیاز روز جامعه پزشکی ارزیابی نکرده‌اند. مشارکت‌کننده شماره ۳ گفت: «درس آداب جدیدتره و مشکلاتش هم بیشتر. ما رفرنس مناسبی نداریم. عناوین و سرفصل‌هایی که تعریف کردند بسیار گنگ و مبهمه». نفر شماره ۷ گفت: «اخلاق پزشکی باید همه جا و در همه درسها تدریس بشه». شماره ۶ گفت: «باید موضوعات روز و جدید وارد محتوا بشه و دروس تئوری با عملی ادغام بشن». بر اساس نظرات و تجارب مشارکت‌کنندگان، برنامه درسی در اهداف آموزشی دارای جامعیت نسبتاً قابل قبولی است، لیکن با موضوعات و نیازهای روز جامعه پزشکی مطابقت چندانی ندارد. همچنین بین اهداف و محتوای آموزشی فعلی، شکافی وجود دارد که استاد به‌تنهایی قادر به رفع آن نبوده و امکان تصمیم‌گیری متنوع و تفاوت بین دانشکده‌ها و دانشگاه‌های مختلف دور از واقع نیست. دومین عنصر «اجرای نامناسب» است و در بخش کیفی موانعی مانند عدم اجرای

کارگاهی، ضعف دانشکده در اجرای دقیق کوریکولوم، کثرت دانشجویان در کلاس‌ها، تناقض بین تئوری و عمل مطرح شد. شماره ۶ گفت: «اگر مباحث به شکل کارگاهی ارائه بشه. استاد متکلم وحده نباشه و فراگیران درگیر بشن بازدهی و اثربخشی بیشتره و یادگیری ماندگار اتفاق میفته». از آنجاکه اثربخشی هر برنامه درسی منوط به اجرای صحیح و رعایت ضوابط مندرج در کوریکولوم آموزشی است، لذا رفع چالش‌های اجرایی و برگزاری کلاس‌های کارگاهی و ارائه آموزش‌های کاربردی توسط کلیه اساتید بخصوص اساتید بالینی، در بهبود عملکرد اجرا نقش خواهد داشت. مطابق نظرات مشارکت‌کنندگان اجرا به شیوه فعلی، با تعدد دانشجویان و به شکل مستقل و جزیره‌ای برای کسب مهارت‌های اخلاقی دانشجویان مناسب و کافی نیست. سومین عامل ضعف امکانات و فرصت‌هاست. نفر شماره ۹ گفت: «کلاس اسماً کارگاهی، ولی واقعاً و عملاً اینطور نیست. بخاطر این‌که امکانات مناسب نداریم. شکلی که الان داره اجرا میشه ایده‌آل نیست». شماره ۴ گفت: «من از کلاس‌ها راضی نیستم چون گاهی سالن کنفرانسو میدن. با اون عظمت که ۵۰ نفر دانشجو توش نشستند و این اصلاً متناسب این درس نیست». شماره ۷ گفت: «میتونیم چک لیست‌ها و مقررات حرفه‌ای رو توی سایت بگذاریم و دانشجویان رو به سمتش هدایت کنیم». مشارکت‌کنندگان داشتن ویدیوپروژکشن و لپ‌تاپ برای نمایش اسلاید و فیلم، چیدمان U شکل صندلی کلاس را برای کلاس‌های نظری کافی دانسته و عدم دسترسی به امکانات کافی جهت برگزاری کارگاه، کمبود استاد و دسترسی به فیلم اخلاقی سازگار با شرایط فرهنگی و ارزش‌های اجتماعی را از مهم‌ترین مشکلات این بخش برشمردند. چهارمین عامل مدیریت برنامه پنهان است که علی‌رغم اهمیت زیاد دارای عملکرد ضعیف است. نفر شماره ۱۱ گفت: «رفتار افرادی که با دانشجو ارتباط مستمر دارند، ممکنه در جهت هم‌افزایی باشه یا خدای‌ناکرده اثر معکوس داشته باشه». شماره ۱۰ گفت:



«با اهداف و موضوعات روز) و تعادل (بین محتوای نظری و عملی) و استمرار در دوره‌های علوم پایه و بالینی مواجه است و به‌صورت جزیره‌ای در واحدهای مشخص نظری ارائه و با اخذ نمره قبولی در دروس آداب و اخلاق پزشکی، ختم می‌شود. درحالی‌که انتظار می‌رود استمرار و ادغام مارپیچی توسط همه اساتید و در همه دروس نظری و عملی مدنظر قرار گیرد. همچنین در راستای مطالعه یوسفی، با اعلام چالش‌هایی چون نیاز به آموزش مدرسان، مشکلات اجرایی و نامالیمات سیستم آموزشی، خلأ فرهنگی و کمبود اساتید مجرب و عامل به اخلاق، عدم استمرار در دوره بالینی، محتوای آموزشی نامتناسب با دوره، فرهنگ، سنت و مذهب است (۴۰). همچنین با نتایج مطالعات آذرکلاه در زمینه اثربخشی آموزش کارگاهی دروس اخلاق نسبت به کلاس‌های تئوری، کلی (Kelly) در اثرگذاری و اهمیت برنامه درسی پنهان، اوسولیان (O'Sullivan) در مورد ضعف در عناصر محتوای آموزشی و شیوه اجرا، مطالعه جوینت (Joynt) در زمینه ناسازگاری بین برنامه رسمی و برنامه پنهان در دانشجویان پزشکی، تحقیق جی‌ها (Jha) در مورد مداخله فرهنگ و تربیت اجتماعی در رفتار و نگرش اخلاقی دانشجویان، مطالعه بیردن (Birden) در الگو بودن استاد برای یادگیری موضوعات اخلاقی در دانشجویان پزشکی همخوانی دارد (۵)، ۱۱، ۴۱-۴۴). با توجه به نتایج به نظر مناسب می‌رسد دانشگاه با توجه منابع و محدودیت‌های احتمالی مطابق اولویت‌های منطقه‌ای، نسبت به رفع چالش‌های موجود برنامه‌ریزی و اقدام نماید. قابل ذکر است کلیه چالش‌های برآمده از تحقیق، محصول ایده‌ها و تجارب صاحب‌نظران اخلاق پزشکی این دانشگاه بوده و اولویت‌بندی آنها به معنای غفلت از سایر چالش‌ها نیست، بلکه به عنوان ملاک ارجحیت و رعایت تقدم و تأخر در تصمیم، مداخله و تخصیص منابع ارائه شده است.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از اعضای محترم هیئت‌علمی و درمانی، دستیاران و متخصصان علوم تربیتی و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که با مشارکت فعال ما را یاری کردند، قدردانی می‌نمایم. این مقاله برگرفته از نتایج رساله دکتری مریم نعمتی با راهنمایی دکتر وحید فلاح و مشاوره دکتر ترانه عنایتی با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.001 است و با منافع فرد یا سازمانی تضاد ندارد.

**تضاد منافع:** پژوهشگر در هیچ یک از مراحل تحقیق تضاد منافی نداشته است.

«افراد ناخواسته رفتارها رو یاد می‌گیرند و به دیگران هم یاد میدهند. کارآموز به کارورز نگاه میکند و کارورز به رده بالاتر» و شماره ۷ گفت: «استاد نقش الگو داره اگه فردی بد اخلاقی میکنه باید بدون تعارف باهش برخورد بشه. من در ابتدای بخش برای دانشجوها جلسه توجیهی میگذارم و قوانین، نوع پوشش، نظم و انضباط رو بهشون میگم. اگه من خودم قوانین رو رعایت کنم اون وقت میتونم دانشجوهارو هم ملزم کنم و ازشون بخوام که رعایت کنند». بنا بر نظرات مشارکت‌کنندگان، اخلاق حرفه‌ای تحت تأثیر عواملی مانند رفتار استاد، کارکنان، مدیران و حتی سایر دانشجویان قرار می‌گیرد. محیط آموزشی با همه جزئیات مثل کتابخانه، خوابگاه، سالن غذاخوری، راهروها، درمانگاه، حیاط بیمارستان و دانشکده در تربیت اخلاقی مؤثر است. شماره ۶ گفت: «الگوسازی مهمه، نه فقط تدریس تئوری». بدین منظور آموزش نیروی انسانی، الزام در اجرای قوانین و مقررات حرفه‌ای توسط استاد و دانشجو، الگوسازی و تعاملات سازنده در روابط متور و متورشپ و تمرکز بر نقش هم‌تایان در مدیریت برنامه پنهان مؤثر است. گرچه تأکید و اهمیت فراوان شرکت‌کنندگان بر «بازبینی محتوا و منابع آموزشی» خود دلالتی بر رویکرد تئوری محوری در آموزش اخلاق پزشکی است و از طرفی هدف نهایی آموزش اخلاق، کسب مهارت استدلال و قضاوت بالینی دانشجوی پزشکی است، انتظار می‌رود رویکرد آموزشی دانشگاه به‌جای تمرکز بر محتوا به سمت مهارت‌محوری گرایش یابد. بنا بر چالش‌های موجود در بخش اجرا، پیشنهاد می‌شود واحدهای نظری مطابق کوریکولوم، به‌صورت کارگاهی با حضور بیمارنا و نمایش فیلم‌های حاوی چالش اخلاقی اجرا گردد و دانشجویان تجربه واقعی و تخصصی را در واحدهای عملی و دوره‌های کارآموزی و کارورزی تحت نظر اساتید مجرب کسب نمایند. البته رفتار اخلاقی دستیاران به‌عنوان سطح اول برخورد کارآموز و کارورز با بیمار، نیز توسط دستیار ارشد و مدیران گروه‌های آموزشی، نیازمند نظارت مستمر و جدی است. در عامل امکانات و فرصت‌ها، برنامه‌ریزی صحیح چه در سطوح مدیریتی و چه در سطح کارشناسی، جهت توزیع بهینه امکانات موجود مانند گروه‌بندی دانشجویان، پرداخت حق‌التدریس به اساتید باتجربه و متخصص، استفاده مؤثر از فضای سبز محوطه، سایت دانشکده و بیمارستان پیشنهاد می‌گردد. در موضوع مدیریت برنامه پنهان، توصیه می‌گردد دانشکده پزشکی در قالب برنامه استراتژیک، راهکارهای تقویت پیامدهای مثبت و مقابله با پیامدهای منفی آن را جهت همسوسازی با برنامه رسمی پیش‌بینی و اجرا نماید. نتایج این تحقیق با مطالعه محبی در ارزیابی نامطلوب کیفیت درونی و بیرونی برنامه درسی اخلاق پزشکی و خاقانی زاده در عدم تناسب، تعادل و انسجام محتوای آموزشی همخوانی دارد (۳۶-۳۹). به نظر می‌رسد بازنگری اخیر برنامه، تا حدودی مشکلات بخش اهداف را مرتفع نموده، لیکن محتوا و منابع آموزشی همچنان با مشکل عدم تناسب

## References

17. Shrotryia VK ,Dhanda U. Content Validity of Assessment Instrument for Employee Engagement. *SAGE Open*. 2019;9(1):2158244018821751.
18. Anuar A, Sadek DM. Validity Test of Lean Healthcare using Lawshe's Method. *Int J Sup Chain Mgt Vol*. 2018;7(6):197-203.
19. Dolatkah N ,Aghamohammadi D, Farshbaf-Khalili A, Hajifaraji M, Hashemian M, Esmaceli S. Nutrition knowledge and attitude in medical students of Tabriz University of Medical Sciences in 2017–2018. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):757.
20. Waltz CF, Bausell BR. Nursing research: design statistics and computer analysis. 7th ed. Philadelphia: Davis FA; 1981.
21. Yusoff MSB. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. *Educ Med J*. 2019;11(2):49-54.
22. Gol MK, Dorosti A, Montazer M. Design and psychometrics cultural competence questionnaire for health promotion of Iranian nurses. *J educ health promot*. 2019;8(155):PMCID: PMC6745883.
23. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res nurs health*. 2006;29(5):489-97.
24. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res nurs health*. 2007;30(4):459-67.
25. Mahmoudi D, Alizadeh SS, Rasoulzadeh Y, Asghari Jafarabadi M. The validity and reliability of organizational resilience questionnaire (ORQ) in dealing with major accidents. *J Health Safe Work*. 2019;8(4):383-96.
26. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Majd HA, Nikanfar A, Ghahramanian A. Details of content validity and objectifying it in instrument development. *NPT*. 2014;1(3):163-71.
27. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol N. Validity and Reliability of the Instruments and Types of Measurements in Health Applied Researches. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015;13(10):1153-70.
28. Cochran W. The estimation of sample size. *Sampling techniques*. New York: Wiley & Sons; 1977. 72-90 p.
29. Bamdadsoofi, J, Ghodrat, S.R, MansurimohammadAbadi, S, et al. Performance Evaluation of Library of Accounting and Management Faculty of Allameh Tabataba'i University, Using Importance-Performance Analysis (IPA) Approach. *Knowldge Study Quarterly*. 2016;2(8):101-20.
30. Ringle CM, Sarstedt M. Gain more insight from your PLS-SEM results. *Industrial Management & Data Systems*. 2016;116(9):1865-86.
31. Chan LL, Idris N. Validity and reliability of the instrument using exploratory factor analysis and Cronbach's alpha. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2017;7(10):400-10.
1. Zali A. The role of medical ethics in comprehensive health system. *Med Ethic J*. 2008;2(3):11-32.
2. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Acad Med*. 2005;80(12):1143-52.
3. Kazemi A, Kazemi M, Faizollahi N, MasoudiFar R. Medical Ethics Programming for Education of Professionalism. *J Educ Stud (NAMA)*. 2017;5(10):35-44.
4. Kheirkhah M, Soltani Arabshahi K, Meshkat Z. Relationship between Teachers Professional Ethics and Midwifery Students' Self-Efficacy in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, 2015. *J Med Educ Dev*. 2016;11(2):161-73.
5. Azarkolah A, Ghanizadeh M, Molavi P, NaderMohammadi M, Salvat H. Comparison of Effectiveness of Theoretical Training Versus Operational Training in Psychiatric Medical Ethics. *Med Ethic J*. 2019;13(44):1-11.
6. Ten Have H. Implementation of ethics education. *Int J Ethic Educ*. 2019;4(2):95-6.
7. Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V. Defining medical professionalism: a qualitative study. *Med educ*. 2007;41(3):288-94.
8. Azim SR, Shamim MS. Educational theories that inform the educational strategies for teaching ethics in undergraduate medical education. *JPMA*. 2020;70(1):123-8.
9. Khajehazad M, Yamani douzi sorkhabi M, Zarei mahmood abadi A, Naghizadeh J. Assessing the Quality of General Medicine Curriculum in Baqiyatallah University Based on Iranian National and WFME Global Standards. *Iran J Med Educ*. 2011;10(4):417-29.
10. Rameshkumar K. Ethics in medical curriculum; Ethics by the teachers for students and society. *Indan j urolog*. 2009;25(3):337-9.
11. Jha V, Mclean M, Gibbs TJ, Sandars J. Medical professionalism across cultures: A challenge for medicine and medical education. *Med Teach*. 2015;37(1):74-80.
12. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual health res*. 2005;15(9):1277-88.
14. Erlingsson C, Brysiewicz P. A hands-on guide to doing content analysis. *Afric J Emerg Med*. 2017;7(3):93-9.
15. Neamatshahi M, Salehi M, Pezeshkirad M, Emadzadeh M, Yaghoubi S. Validation of the Persian Version of Aberdeen Varicose Vein Questionnaire. *Rev Clin Med*. 2019;6(3):104-7.
16. Keyghobadi Khajeh F, Faridaalae G, Ghaffarifar S, Pezeshki M, Keyghobadi Khajeh F, Pezeshki M, et al. Development of the Persian Hypertension Self-Management Questionnaire. *Int Cardio Res J*. 2019;13(1):e83035.

39. Khaghanizade M, Maleki H, Abbasi M, Abbaspour A. Pattern of medical ethics curriculum with Islamic approach. *Educ Strategy Med Sci*. 2013;6(1):1-6.
40. Yusefi Mr, Ghanbari Mr, Mohagheghi Ma, Emamirazavi Sh. The Possibility Of Including Medical Ethics Courses In The Clinical Training Of Medicine Students: Academic Members' Viewpoints. *Strid Dev Med Educ*. 2012;9(1):1-10.
41. Kelly AM, Mullan PB. Designing a curriculum for professionalism and ethics within radiology: identifying challenges and expectations. *Acad radiol*. 2018;25(5):610-8.
42. O'Sullivan H, Van Mook W, Fewtrell R, Wass V. Integrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med teach*. 2012;34(2):64-77.
43. Joynt GM, Wong W-T, Ling L, Lee A. Medical students and professionalism –Do the hidden curriculum and current role models fail our future doctors? *Med Teach*. 2018;40(4):395-9.
44. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 25. *Med Teach*. 2013;35(7):1252-66.
32. Mooi E, Sarstedt M, Mooi-Reci I. Principal component and factor analysis. *Market Research: Springer*; 2018. p. 265-311.
33. Cerny BA, Kaiser HF. A Study Of A Measure Of Sampling Adequacy For Factor-Analytic Correlation Matrices. *Multivariate Behav Res*. 1977;12(1):43-7.
34. Ringle CM, Sarstedt M. Gain more insight from your PLS-SEM results. *Indust Manag Data Sys*. 2016;16(9):1865-86.
35. Andry JF, Christianto K, Wilujeng FR. Using Webqual 4.0 and Importance Performance Analysis to Evaluate E-Commerce Website. *Journal of Information Systems Engineering and Business Intelligence*. 2019;5(1):23-31.
36. Mohebbi Amin S, Rabiei M, Keizoori AH. A review of students' evaluation of the medical ethics curriculum. *J Med Ethic Hist Med*. 2015;8(3):77-86.
37. Khaghanizadeh M, Maleki H, Abbasi M, Abbasi pour A, Mesri M. The challenges of medical ethics curriculum: a qualitative study of instructors view. *J Med Ethic Hist Med*. 2012;5(2):70-9.
38. Khaghanizade M, Maleki H. Critical on Content of Medical Ethics Curriculum from the Perspective of Medical Ethics Experts: A Qualitative Study. *J High Educ Curric Stud*. 2013;4(7):70-84.

Nemati M, Fallah V, Enayati T. Identify And Prioritize Of The General Medicine Curriculum Challenges with Medical Ethics Approach. *J Med Educ Dev*. 2021; 13 (40) :76-85