

بررسی دیدگاه‌های دانشجویان نسبت به حرفه پزشکی و پرستاری - اولین قدم در بررسی امکان آموزش بین رشته‌ای

سعیده گروسی^۱، بهشید گروسی^{۲*}

۱. دکترای جامعه‌شناسی، استادیار گروه علوم اجتماعی، مرکز مطالعات زنان و خانواده، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران
۲. دکترای تخصصی اعصاب و روان، دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

• دریافت مقاله: ۹۰/۹/۱۶ • آخرین اصلاح مقاله: ۹۰/۱۲/۱ • پذیرش مقاله: ۹۱/۱/۱۶

زمینه و هدف: امروزه آموزش بین حرفه‌ای برای دانشجویان رشته‌های بهداشتی و درمانی به عنوان شیوه‌ای جایگزین برای روش سنتی آموزشی مطرح می‌باشد. استفاده از این شیوه آموزش بر فرایند یادگیری دانشجویان، نحوه عملکرد حرفه‌ای و مراقبت از بیمار تأثیر مثبتی داشته است. اما ارزش‌ها و نگرش‌های موجود دانشجویان به عنوان مانع مهمی بر سر راه استفاده از این شیوه آموزش عمل می‌کند. هدف از بررسی حاضر شناسایی دیدگاه دانشجویان پزشکی و پرستاری در مورد کلیشه‌های ذهنی رایج نسبت به این دو حرفه به عنوان عاملی در تحقق هدف آموزش بین رشته‌ای می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۴۱۵ نفر از دانشجویان پزشکی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. پرسشنامه حاوی سؤالاتی در مورد کلیشه‌های ذهنی دانشجویان پزشکی و پرستاری نسبت به یکدیگر و هم چنین سؤالاتی در مورد امکان سنجی استفاده از آموزش مشترک از نظر دانشجویان بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.V.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دانشجویان پزشکی اغلب با گویه‌هایی که باور به برتری پزشکان در ویژگی‌های حرفه‌ای را نمایش می‌دهد موافقت بالاتری نسبت به دانشجویان پرستاری داشته‌اند و بالعکس. تمام دانشجویان با انجام این برنامه آموزش موافق بودند و بیشترین موضوعاتی که در آموزش بین رشته‌ای می‌بایست مورد توجه قرار گیرد را شامل آموزش مهارت‌های کلینیکی، آموزش هر نوع مهارت مشترک، اخلاق حرفه‌ای، تعامل با بیمار و مهارت‌های ارتباطی می‌دانستند.

نتیجه‌گیری: نتایج این بررسی نشانگر احساس نیاز دانشجویان به آموزش‌های بین رشته‌ای است که باید مد نظر برنامه‌ریزان آموزشی قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: آموزش بین رشته‌ای، دانشجویان پزشکی، دانشجویان پرستاری، دیدگاه

* نویسنده مسؤول: گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، کرمان، ایران

•Email: behshidgarrusi@gmail.com

• تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۳۴۴ • شماره: ۰۳۴۱-۳۲۲۴۶۱۱۳

مقدمه

توجه به پیامدهای آموزش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در قالب برنامه‌های آموزشی مجزا تقریباً از سه دهه قبل آغاز شده است. (۱) از این رو آموزش بین حرفه‌ای (IPE)^۱ برای دانشجویان رشته‌های بهداشتی و درمانی به عنوان شیوه‌ای جایگزین برای روش متداول فعلی مطرح شده است. برای افزایش کارایی درمانی نیاز به رشد و گسترش دانش حرفه‌ای احساس می‌شود که در آن همه کادر درمانی برای کار در تیم‌های کاری چند حرفه‌ای آموزش دیده باشند (۲) آموزش بین رشته‌ای به عنوان شیوه‌ای از آموزش مطرح می‌شود که دانشجویان دو یا چند حرفه‌ی خاص، با هم، از هم و در مورد یکدیگر می‌آموزند تا همکاری‌شان و کیفیت مراقبت‌های درمانی‌شان بهبود پیدا کند. این شیوه آموزش به عنوان راه حلی برای رشد و ارتقای کار تیمی بین حرفه‌ای و همکاری‌های بین رشته‌ای مطرح می‌شود. از سوی دیگر برخی معتقدند با استفاده از این شیوه آموزش می‌توان درک دانشجویان از نقش‌های حرفه‌ای و مسئولیت‌های دانشجویان سایر رشته‌ها را افزایش داد، همچنان که می‌توان توجه و درک اعضای تیم‌های حرفه‌ای در مراقبت‌های درمانی را نیز افزایش داد (۳). آموزش بین حرفه‌ای به عنوان روش کلیدی برای فائق آمدن بر مشکلات همکاران مطرح شده است (۴،۵). برخی منابع نشان می‌دهند که این شیوه آموزش می‌تواند به کاهش کلیشه‌های ذهنی همکاران نسبت به هم در محیط‌های درمانی کمک کند. کلیشه‌هایی که به عنوان مانع بر سر راه همکاری موفق عمل می‌کنند (۶). همچنین این شیوه آموزش می‌تواند به دانشجویان برای به اشتراک گذاشتن دانش و تجربیات‌شان در مورد سایر مشاغل مربوط به بخش بهداشت و درمان آماده کند (۶،۷) علاوه بر این گفته می‌شود که این شیوه آموزش می‌تواند مهارت‌های کار تیمی را در دانشجویان بهبود بخشد (۸). نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد که استفاده از این شیوه آموزش بر فرایند یادگیری دانشجویان، نحوه عملکرد حرفه‌ای و مراقبت از بیمار تأثیر مثبتی داشته است (۹). به نظر می‌رسد که برخی ارزش‌ها و

نگرش‌های موجود در میان اعضای هیأت علمی و دانشجویان به عنوان مانع مهمی بر سر راه استفاده از این شیوه آموزش عمل می‌کند. این ارزش‌ها و نگرش‌ها شامل شناخت اعضای یک حرفه نسبت به سایر حرفه‌ها و میزان توجه به ایشان است. شیوه آموزش مدنظر می‌تواند به نشان دادن ارزش‌های رشته‌های مختلف و انسجام تمام حرفه‌های بهداشتی و درمانی علیرغم تنوع‌شان کمک کند (۱۰). همکاری‌های بین حرفه‌ای، در واقع راه کار بیمار مرکز و مبتنی بر کار تیمی است که در آن کارکنان بخش بهداشت و در مان می‌توانند توانایی‌ها و مهارت‌های خود را به حداکثر برسانند. به نظر می‌رسد در این شیوه کار میزان خطاهای حرفه‌ای کاهش می‌یابد و ایمنی بیمار رو به افزایش می‌گذارد. همچنین این شیوه کار می‌تواند به افزایش میزان رضایت‌مندی افراد کمک کند. لذا برای ایجاد چنین فضای کاری باید آموزش اعضای تیم‌های بهداشتی و درمانی بر مبنای آموزش‌های بین حرفه‌ای قرار بگیرد تا افراد آمادگی همکاری موفق را داشته باشند (۱۰).

یکی از دلایل توجه به آموزش بین حرفه‌ای عبارت است از تأثیر این شیوه آموزش بر تقویت نگرش‌های مثبت نسبت به اعضای سایر حرفه‌ها و ایجاد پیوند بین آنها (۱۱). تأکید زیادی برای این که این شیوه آموزش می‌تواند کلیشه‌های ذهنی دانشجویان را نسبت به دانشجویان رشته‌های مرتبط کاهش دهد وجود دارد (۱۲).

کلیشه عبارت است از قضاوت‌های مردم که مربوط به دسته‌بندی‌های اجتماعی است و بر مبنای عضویت آنها در گروه شکل می‌گیرد (۱۳). کلیشه منفی ممکن است به انتظارات غلط یا منفی از گروه غیر خودی منجر شود (۱۴). مثلاً برخی از اعضای تیم پزشکی ممکن است با توجه به این کلیشه که پزشکان در کار تیمی ضعیف هستند، رفتارهای پزشکان را تفسیر کنند و رفتار واقعی پزشکان را تحت تأثیر این کلیشه مورد ارزیابی قرار دهند. یا کلیشه منفی نسبت به حرفه پرستاری ممکن است بر اعتماد به نفس، نحوه عملکرد حرفه‌ای و رضایت

حتی اگر از سالهای آغازین ورود به دانشگاه شروع شود با مشکلاتی مواجه می‌شود.

از آنجا که کلیشه‌های ذهنی و نگرش دانشجویان پزشکی نسبت به پرستاری و شاغلین در این حرفه (و بالعکس) عامل مؤثری در روابط بین حرفه‌ای پزشکان و پرستاران محسوب می‌شود (۱۱) و از سوی دیگر این دو گروه در کل فرایند درمان و مراقبت، ارتباط حرفه‌ای تنگاتنگی با یکدیگر دارند بررسی و شناخت کلیشه‌های ذهنی این دو گروه حرفه‌ای نسبت به یکدیگر اهمیت می‌یابد. با درنظر داشتن لزوم تغییر در آموزش پزشکی و بحث ادغام در آموزش پزشکی به نظر می‌رسد لازم باشد به موضوع آموزش بین حرفه‌ای به طور جدی توجه شود و به لحاظ این که تاکنون در ایران در مورد برداشت‌های گروه‌های حرفه‌ای از یکدیگر بررسی انجام نشده است، تحقیق حاضر در این راستا انجام گرفت.

روش کار

در این مطالعه که از نوع توصیفی - مقطعی می‌باشد ۴۱۵ نفر از دانشجویان پزشکی و پرستاری بر اساس نمونه‌گیری اتفاقی ساده از دو دانشکده پرستاری و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انتخاب گردید. سپس بر اساس مقاطع تحصیلی نمونه‌ها سهمیه بندی شدند. به این ترتیب که از مقطع علوم پایه رشته پزشکی ۱۹۰ نفر و از مقطع کارآموزی و کارورزی رشته پزشکی ۱۲۶ نفر، از بین دانشجویان کارآموز پرستاری ۶۷ نفر و از دانشجویان مقطع کار در عرصه ۳۱ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. بخش اول پرسشنامه حاوی سؤالاتی در مورد کلیشه‌های ذهنی دانشجویان پزشکی و پرستاری نسبت به یکدیگر و بخش دوم شامل سؤالاتی در مورد امکان سنجی استفاده از آموزش مشترک از نظر دانشجویان بود. بخش سوم پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک پاسخگویان را مورد سؤال قرار می‌داد. بخش اول پرسشنامه به طور کلی به ارزیابی دو دسته از کلیشه‌های ذهنی

شغلی آنها اثر بگذارد (۱۵). دانشجویان حوزه علوم پزشکی در مورد یکدیگر کلیشه‌هایی دارند که یا از طریق تجربه ارتباطی قبلی یا از طریق نمایش‌های موجود در وسایل ارتباط جمعی یا از طریق فرایند جامعه‌پذیری در طی آموزش حرفه‌ای شکل گرفته است (۱۶). کارپنتر (Carpenter) و همکاران با استفاده از فرضیه برخورد^۱ نشان دادند که اگر دانشجویان در جریان آموزش با یکدیگر کنش متقابل داشته باشند مشروط بر اینکه هدف کاری مشترک داشته و از شباهت‌ها و تفاوت‌های رشته‌ها آگاه باشند بعد از مدتی به اصلاح کلیشه‌ها و نگرش‌های پیش‌دورانه خود اقدام می‌کنند (۱۷).

با استفاده از تئوری هویت اجتماعی تاجفل (Tajfel) می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان از طریق شناسایی خود به عنوان عضو یک گروه حرفه‌ای (گروه خودی) و تمایز قایل شدن از سایر گروه‌های حرفه‌ای (گروه غیر خودی) به کسب هویت می‌پردازند و در این راستا تفاوت‌هایی بین ویژگی‌های گروه خودی و غیر خودی قائل می‌شوند آموزش بین حرفه‌ای این امکان را فراهم می‌کند که دانشجویان درک کنند تفاوت‌ها و شباهت‌هایی که بین حرفه‌های مختلف وجود دارد شرط لازم کنش متقابل حرفه‌ای است؛ این درک می‌تواند به کاهش کلیشه‌های ذهنی دانشجویان رشته‌های مختلف نسبت به هم کمک کند (۱۸).

سه شیوه متداول ارزیابی کلیشه‌های حرفه‌ای دانشجویان که عبارتند از: نگرش کلی نسبت به یک گروه حرفه‌ای، ارزیابی جایگاه گروه‌های حرفه‌ای بر اساس طیفی از ویژگی‌های خاص و رتبه‌بندی گروه‌ها بر اساس طیفی از ویژگی‌های خاص. هنوز بحث‌های زیادی در مورد این که این آموزش از چه زمانی باید برای دانشجویان آغاز شود وجود دارد. برخی معتقدند این آموزش باید از سال‌های اول ورود دانشجویان به دانشگاه آغاز شود یعنی زمانی که دانشجو با نقش حرفه‌ای خود آشنا شده، اما هنوز کلیشه‌های ذهنی نسبت به سایر حرفه‌ها کاملاً شکل نگرفته است (۱۹). اما به هر حال اگر این کلیشه‌ها از قبل در ذهن شکل گرفته باشد این شیوه آموزش

1. Contact Hypothesis

از نرم افزار آماری SPSS.V.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از آمار توصیفی برای توصیف وضعیت موجود و از آمار استنباطی برای تحلیل اطلاعات استفاده شد. با توجه به سطح سنجش متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و t-test استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش بر اساس اصول هلسینکی مورد توجه قرار گرفت. کد اخلاقی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان اخذ گردید. در مرحله بعد، پس از ارایه توضیحات مورد لزوم به دانشجویان و کسب رضایت از ایشان جمع‌آوری اطلاعات آغاز گردید.

یافته‌ها

حدود ۶۲٪ درصد پاسخگویان زن و بقیه مرد بودند. میانگین سنی ایشان ۲۱/۹۵ (۲/۶±) بود. حدود ۷۶٪ دانشجویان مورد نظر در رشته پزشکی و ۲۴٪ در رشته پرستاری تحصیل می‌کردند. ۶۲/۲ درصد دانشجویان، کسانی بودند که هنوز به طور رسمی آموزش در بیمارستان را شروع نکرده بودند، ۳۰/۶ درصد دانشجویان کارورزی و کارآموزی پزشکی بودند و ۷/۲ درصد دانشجویان پرستاری بودند که در مقطع کار در عرصه قرار داشتند. ۴۱/۶ درصد دانشجویان رضایت کامل و ۱۰/۶ درصد رضایت کمی از رشته تحصیلی خود داشتند. ۴۲/۹ درصد کل دانشجویان مورد نظر اعلام کرده اند که حداقل یکی از اقوام ایشان پزشک یا دانشجوی پزشکی است و ۳۱ درصد اعلام کرده اند که حداقل یک نفر از خویشاوندان ایشان پرستار یا دانشجوی پرستاری بوده اند.

اختصاص داشت. این کلیشه‌ها بر اساس پرسشنامه "نگرش نسبت به صاحبان حرف بهداشتی" لیندکوئیست (Lindquist) و رادلند (Rudland) شامل کلیشه‌های مربوط به ویژگی‌های حرفه‌ای پزشکان و پرستاران و کلیشه‌های مربوط به پایگاه اجتماعی صاحبان این دو حرفه می‌باشد (۱۱،۲۰). پانزده گویه کلیشه‌های مربوط به ویژگی‌های حرفه‌ای (حیطه‌های مهربانی و دلسوزی، اطمینان، ایثار، انزوا، روابط عمومی خوب، نحوه عملکرد و تکبر) و ۱۲ گویه کلیشه‌های مربوط به پایگاه اجتماعی (صلاحیت، توانایی علمی و گستره تجارب زندگی) می‌باشد. برای تعیین پایایی، پرسشنامه بین ۳۵ دانشجو از هر دو رشته توزیع و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید. این ضریب برای گویه‌های مربوط به کلیشه‌های ویژگی حرفه‌ای برابر با ۰/۸۱ و برای گویه‌های مربوط به پایگاه اجتماعی برابر با ۰/۶۰ بود که گواه پایایی خوب ابزار است. کلیه گویه‌های مورد نظر در قالب طیف لیکرت مطرح شدند و پاسخگو یکی از گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، بی نظرم، مخالفم و کاملاً مخالفم را انتخاب می‌کرد. حداقل نمره برای هر گویه ۱ و حداکثر نمره ۵ در نظر گرفته شد.

در بخش دوم پرسشنامه سؤالاتی در مورد امکان سنجی آموزش مشترک پزشکی و پرستاری در ایران مطرح گردید. ابتدا این شیوه آموزش، اهداف و ویژگی‌های آن به طور مشروح برای دانشجویان توضیح داده شد و سپس از آنها خواسته شد که نظر خود را در مورد پیامدهای احتمالی کاربرد این شیوه اعلام نمایند. این پیامدها عبارتند از: درک دیدگاه‌های یکدیگر، کار تیمی بهتر، آشنایی با مهارت‌های مختلف، آموختن از یکدیگر و شفاف شدن سلسله مراتب حرفه‌ای. علاوه بر این از پاسخگویان خواسته شد نظر خود را در مورد موارد مهمی که در این شیوه آموزش بایستی مورد تأکید قرار گیرد، اعلام نمایند. موارد مورد تأکید عبارت بودند از: مهارت‌های کلینیکی، تعامل با بیمار، مهارت‌های ارتباطی، اخلاق و هر نوع مهارت مورد لزوم مشترک. بخش پایانی پرسشنامه هم شامل سؤالات دموگرافیک بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده

جدول ۱: میزان موافقت دانشجویان دو رشته با چگونگی ویژگی‌های حرفه ای در بین پزشکان و پرستاران

ویژگی	دانشجویان پزشکی موافق (درصد)	دانشجویان پرستاری موافق (درصد)
اتکا به نفس پزشکان بیشتر است	۸۱/۵	۷۹/۶
همدلی پزشکان با همکاران بیشتر است	۳۷/۶	۲۱/۴
مهارت عملی پزشکان بیشتر است	۶۷	۲۸/۵
دقت حرفه ای پزشکان بیشتر است	۷۵/۳	۳۶/۷
برقراری ارتباط حرفه ای مؤثر در پزشکان بیشتر است	۶۳/۶	۱۹/۴
ذکاوت پزشکان بیشتر است	۶۵/۵	۲۰/۴
مسئولیت پذیری پزشکان کمتر است	۲۲/۴	۴۵/۹
خودپسندی پزشکان در کار کمتر است	۳۰/۷	۹/۱
رعایت نزاکت حرفه ای در پزشکان بیشتر است	۶۰/۴	۲۶/۵
جسارت حرفه ای پزشکان بیشتر است	۷۹/۸	۳۹/۸
توجه پزشکان به مشکلات بیمار کمتر است	۲۳/۸	۶۰/۲
فداکاری پرستاران برای بیمار بیشتر است	۳۹/۹	۸۴/۷
انعطاف پذیری پرستاران در کار بیشتر است	۳۴/۲	۷۸/۵
استقبال پرستاران از تجربه جدید حرفه ای بیشتر است	۱۹	۴۱/۸
علاقه پرستاران به کار تیمی بیشتر است	۴۴	۶۹/۴

همانگونه که در جدول یک مشاهده می شود دانشجویان پزشکی اغلب با گویه هایی که باور به برتری پزشکان در نظر مشابهی اعلام داشته اند. ویژگی های حرفه ای را نمایش می دهد موافقت بالاتری نسبت به دانشجویان پرستاری داشته اند و بالعکس. تنها در مورد باور

جدول ۲: میزان موافقت دانشجویان دو رشته با وضعیت پایگاه اجتماعی پزشکان و پرستاران

ویژگی	دانشجویان پزشکی موافق (درصد)	دانشجویان پرستاری موافق (درصد)
دانش کمتر پرستاران	۴۱	۲۲/۴
خلاقیت بیشتر پرستاران	۲۷/۳	۲۲/۴
موفقیت تحصیلی بیشتر پزشکان	۵۶	۳۰/۲
منزلت اجتماعی بالاتر پزشکان	۷۳/۸	۶۹/۴
تک روی بیشتر پزشکان	۳۴/۱	۲۹/۶
صلاحیت بیشتر پزشکان	۶۵/۴	۲۷/۵
توانایی علمی برابر	۳۲/۹	۸۳
مسئولیت بیشتر پزشکان	۷۶/۳	۵۱
کار بیشتر پرستاران	۳۴/۵	۷۵/۳
وقت گذاشتن بیشتر برای بیمار توسط پرستار	۴۳	۷۹/۶
دستمزد بدتر پرستاران	۳۹/۲	۸۴/۷
تحمل فشار بیشتر در پزشکان	۷۲/۸	۲۰

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو گروه دانشجویان پزشکی و پرستاری کلیشه های ذهنی کاملاً روشن و قابل ملاحظه ای نسبت به حرفه پزشکی و پرستاری داشتند. دانشجویان پرستاری آشکارا دارای کلیشه های ذهنی خودی^۱. این دسته از کلیشه ها شامل صفات و ویژگی هایی است که هر گروه به خود نسبت می دهد. دانشجویان پرستاری کلیشه های مثبتی همچون انعطاف پذیری، تمایل به کار تیمی، توجه به مشکلات بیمار، فداکاری، مسئولیت پذیری، کار بیشتر و وقت گذاری برای بیمار نسبت به پرستاران داشتند. دانشجویان پزشکی هم در مورد پزشکان کلیشه های مثبتی همچون دقت حرفه ای، رعایت نزاکت حرفه ای، ذکاوت، جسارت حرفه ای و امکان برقراری ارتباط مؤثر داشتند. در مطالعه ای مشابه مشخص شد که دانشجویان پرستار ویژگی هایی نظیر دلسوزی، اختصاص وقت و برقراری ارتباط مؤثر را به مقدار زیادی به پرستاران منتسب کردند (۲۱). به نظرمی رسد تقویت دیدگاه های مثبت دانشجویان پرستاری نسبت به حرفه خود مسیر جدیدی باشد که نقش کم اهمیت تر پرستاران در مقایسه با پزشکان در کار تیمی را تغییر دهد. البته در این مطالعه مشاهده شد که دانشجویان پرستاری در مورد دو صفت اتکا به نفس و احاطه علمی، برتری را به گروه پزشکان داده اند.

انتساب ویژگی های منفی به صاحبان حرفه دیگر می تواند به عنوان مانع مهمی در راه برقراری ارتباط حرفه ای مؤثر عمل کند. مثلاً این پژوهش نشان داد که دانشجویان پرستاری معتقدند پزشکان همدلی کمی دارند، خودپسندند، ارتباط حرفه ای مؤثری ندارند و از سوی دیگر دانشجویان پزشکی معتقد بودند که پرستاران خلاقیت کمی دارند و از تجربه های جدید حرفه ای استقبال نمی کنند. هر دو گروه دانشجویان به پایین بودن منزلت اجتماعی پرستاران در مقایسه با پزشکان باور داشتند. این یافته در مطالعه مشابه دیگر هم تأیید شد (۲۱). مطالعه رادلند و میرس (Rudland & Mires) هم نشان داد

در پاسخ های دانشجویان به سؤالات مربوط به منزلت اجتماعی بالاتر پزشکان و خلاقیت بیشتر پرستاران مشابهت زیادی بین پاسخ های دانشجویان دو رشته وجود دارد. اما روند کلی پاسخ ها به گونه ای است که دانشجویان هر رشته برای افراد رشته خود ویژگی های مطلوب را مطرح کرده اند.

سن دانشجویان با کلیشه های حرفه ای ($P < 0/001$) و کلیشه های پایگاه اجتماعی ($P < 0/006$) رابطه معنی دار داشت. نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که کلیشه های حرفه ای در بین مقاطع تحصیلی مختلف تفاوت معنی داری دارند ($P < 0/001$). همچنین با آنالیز واریانس یک طرفه مشخص شد که دانشجویان مقاطع مختلف از نظر کلیشه های مربوط به پایگاه اجتماعی با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند ($P < 0/001$). رشته تحصیلی و جنس ارتباط معنی داری با هیچ یک از کلیشه های ذهنی نداشت.

در خصوص پیامدهای مثبت آموزش مشترک دانشجویان پزشکی و پرستاری ۵۳/۵ درصد معتقد بودند که این شیوه آموزش به درک بهتر دیدگاه های یکدیگر منجر می شود، ۶۴/۶ درصد بر این عقیده بودند که این شیوه به درک بهتر نقش هرکس در کار تیمی کمک می کند، ۵۵ درصد معتقد بودند این شیوه یک تجربه آموزشی جدید و مفید خواهد بود، ۵۶/۹ درصد به آشنایی همزمان با مهارت های مختلف اشاره کردند، ۵۶/۶ درصد به یادگیری دانشجویان رشته های مختلف از یکدیگر و ۵۷/۶ درصد به شفافیت بیشتر سلسله مراتب حرفه ای اشاره کردند. پیامدهای منفی احتمالی کاربرد این شیوه آموزش از دیدگاه دانشجویان به ترتیب اهمیت عبارتند از: افزایش هرج و مرج در سیستم آموزشی، تداخل نقش ها، پایین آمدن سطح آموزش، پایین آمدن شخصیت پزشکان.

از نظر پاسخگویان پنج مورد اساسی به ترتیب اهمیت که باید در این شیوه آموزشی مورد توجه قرار گیرد عبارتند از: آموزش مهارت های کلینیکی (۸۱/۷ درصد)، آموزش هر نوع مهارت مشترک (۷۵/۴ درصد)، اخلاق (۷۵/۲ درصد)، تعامل با بیمار (۷۲/۵ درصد) و مهارت های ارتباطی (۷۰/۶ درصد).

در دو مفهوم ارتقای کار تیمی و همکاری حرفه ای و دستیابی به هویت حرفه ای خلاصه کرد. به عبارت دیگر از نظر این دانشجویان مهم‌ترین پیامدهای این شیوه آموزش بهبود مهارت‌های کار تیمی و تشخیص و هویت یابی حرفه ای است. کوران (Curran) در مطالعه‌ای که به بررسی اهمیت شیوه آموزش بین حرفه‌ای از دیدگاه اعضای هیأت‌علمی می‌پرداخت به این نتیجه رسید که مهم‌ترین پیامدهای این نوع آموزش از نظر این گروه عبارتند از: تغییر نگرش‌ها، تسهیل کار تیمی و همکاری های حرفه ای (۱۰).

علاوه بر این دانشجویان مورد مطالعه افزایش هرج و مرج در سیستم آموزشی، تداخل نقش‌ها، پایین آمدن سطح آموزش، پایین آمدن شخصیت پزشکان به عنوان پیامدهای منفی شیوه آموزش بین حرفه‌ای یاد کرده اند. مطالعه رادلند و میرس (Rudland & Mires) هم بر اهمیت سه عامل هرج و مرج آموزشی، افت کیفیت آموزش و به هم ریختگی نقش‌ها از دیدگاه دانشجویان تأکید می‌ورزد (۱۱).

در مجموع می‌توان گفت که کلیشه‌های ذهنی عمیقی در دانشجویان پرستاری و پزشکی نسبت به حرفه پزشکی و پرستاری وجود دارد. به نظر می‌رسد بخش عمده ای از این کلیشه‌ها ناشی از تصورات اجتماعی عام نسبت به این دو حرفه است که دانشجویان از بدو ورود به دانشگاه با آن همراهند و بخشی از آن ناشی از شیوه آموزش فعلی است که به آموزش جداگانه رشته‌ها بها می‌دهد. البته قضاوت دقیق‌تر در این خصوص نیازمند مطالعات طولی عمیق‌تر و مستمر می‌باشد تا بتوان برای شیوه‌های آموزش در آینده بهتر برنامه‌ریزی کرد. اگر چه وجود میزانی از کلیشه‌ها برای هویت‌یابی گروهی لازم است اما راه‌های مختلفی برای کاهش یا تغییر کلیشه‌های ذهنی شدید و منفی وجود دارد. یکی از این راه‌ها در نظام آموزشی تأکید بر روش‌ها و شیوه‌هایی است که کاهش کلیشه‌های منفی را در دستور کار خود دارند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد دانشجویان در انتظار روش‌هایی هستند که علاوه بر آموزش مهارت‌های حرفه ای و کلینیکی به

که دانشجویان پزشکی پرستاران را به لحاظ ویژگی‌هایی مثل توانایی علمی کمتر در رتبه پایین‌تری نسبت به خود قرار می‌دهند (۱۱).

همچنان که تاجفل (Tajfel) می‌گوید کل فرایند انتساب ویژگی‌ها که در بالا ذکر شد راهی است برای دو گروه دانشجویان پزشکی و پرستاری تا بتوانند هویت حرفه ای گروه خود را تثبیت نمایند و گروه خود را از سایر گروه‌های همکار متمایز سازند (۱۸). در مطالعه دیگری محققین به این نتیجه رسیدند که کلیشه‌های ذهنی در مورد پزشکان و داروسازان شبیه هم است و کلیشه‌های منتسب به پرستاران، ماماها و کارکنان خدمات اجتماعی شبیه به هم است (۱۹). تشابه در کلیشه‌ها باعث به وجود آمدن همدلی در گروه مورد نظر می‌شود. البته به نظر نمی‌رسد که این کلیشه‌ها بر اساس برخورد‌های بین حرفه ای شکل گرفته باشند (۲۲).

مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان مقاطع تحصیلی مختلف از نظر کلیشه‌های ذهنی حرفه ای و منزلتی تفاوت معنی داری با هم دارند. این یافته می‌تواند دلیل خوبی برای توجه جدی‌تر به شیوه آموزش بین حرفه ای باشد، زیرا به نظر می‌رسد جدایی دانشجویان از یکدیگر در طول تحصیل کلیشه‌های رایج اجتماعی در مورد پزشک - پرستار را در طی جریان تقویت می‌کند. در مطالعه دیگری مشخص شد که دانشجویان پزشکی در بدو ورود به دانشگاه کلیشه‌های قوی در مورد تابعیت و وابستگی پرستاری به پزشکی دارند (۱۹).

رید (Reid) سه مساله را در آموزش بین حرفه ای مهم می‌داند. در واقع از این دیدگاه فاکتورهای ارتقای کار تیمی و همکاری حرفه‌ای، دستیابی به هویت حرفه ای و بیمار محوری (patient centeredness) از پیامدهای قابل ملاحظه این شیوه آموزش محسوب می‌شوند (۲۳).

در این مطالعه دانشجویان از درک بهتر دیدگاه‌های یکدیگر، درک بهتر نقش‌ها، تجربه آموزشی نو، یادگیری از یکدیگر و روشن شدن سلسله مراتب به عنوان مهمترین پیامدهای مثبت شیوه آموزشی مورد نظر نام برده اند. این اولویت‌ها را می‌توان

سیاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است. از خانمها مژده جمالی، آرزو رزمجوئیان و فاطمه قائینی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند قدردانی می‌شود.

افزایش مهارت‌های ارتباطی و اخلاق حرفه‌ای هم کمک کند. این امر می‌تواند نشانه‌ای از خلاءهای موجود در نظام رایج آموزشی باشد.

References:

1. Szasz G. Interprofessional education in the health sciences. Millbank memorial foundation quarterly 1969;47:449-75.
2. -Department of Health. The national health service: A servicewith ambitions. London: HMSO; 1996.
3. Steinert Y. Learning together to teach together:interprofessional education and faculty development.Journal of interprofessional care 2005;1 :60-75.
4. World health organization. Learning together to work together for health. Geneva: WHO; 1988.
5. Department of health. A health service of all the talents:developing the NHS workforce. London: HMSO; 2000.
6. Parsell G, Spalding R, Bligh J. Shared goals, shared learning:evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students. Medical education 1998;32:304-11.
7. Nicol M, Freeth D, Reeves S, Wood D. Education for clinical governance: an interprofessional approach. Journal of interprofessional care 2000;14:292-3.
8. Van der Horst M, Turpie I, Nelson W. St Joseph's community centre model of community-based interdisciplinary health care team education. Health social care community 1995;3:33-42.
9. Koppel I, Barr H, Reeves S, Freeth D, Hammick M. Establishing a systematic approach to evaluating the effectiveness of interprofessional education. Issues Interdisciplinary Care 2001;3:41-9.
10. Curran V R , Sharpe D and Forristall J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education Medical education .2007; 41: 892-896.
11. Rudland J and Mires G .Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school :implication for shared teaching. Medical education. 2005,39:448-455.
12. Atwal,A,Caldwell K.Do multidisciplinary integrated care pathway improve interprofessional collaboration?Scand journal caring Science.2002,16:360-367.
13. Turner, J. C. Some current issues in research on social identity and self categorization theories. In N. Ellemers, R. Spears & B. Doosje (Eds.),Social Identity, Context, Commitment, Content (pp. 6-34).1999;Oxford: Blackwell Publishers.
14. Hean ,S.The measurement of stereotypes in the evaluation of interprofessional education in innovation.Implementation and evaluation:the keys to unlocking interprofessional learning. Jackson,J and Blateau P.(Eds)Palgrave publishers,Basingstoke.
15. Takase, M., Kershaw, E.and Burt, L. Does public image of nurses matter? Journal of Professional Nursing,2002; 18(4), 196-205.
16. Dutoit, D. A sociological analysis of the extend and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students as two universities in Brisbane, Australia. Journal of AdvancedNursing, 1995; 21(1), 164-171.
17. Barens, D., Carpenter, J., and Dickinson, C. Interprofessional education for community mental health: attitudes to community care and professional stereotypes.Social Work Education, 2000; 565 - 583.
18. Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., and Flament, C. Social categorization and intergroup behaviour. European journal of Social Psychology, 1971; 1,149 - 178.

19. Hean, S., Clark, J., Adams, K., and Humphris, D. Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *Journal Of Interprofessional Care*, 2006; 20(2), 162-181.
20. Lindqvist;S, Duncan;A, Shepstone; L, Watts;F and Pearce,S. Development of the 'attitudes to health professionals questionnaire' (AHPQ): A measure to assess interprofessional attitudes. *Journal of Interprofessional Care* 2005,19(3) 269 – 279.
21. Carpenter,J.Doctors and nurses : stereotypes and stereotype change in interprofessional education. *Journal of interprofessional care* ,1995,9(2),151-161.
22. Hursburgh M,Lamdin R,Williamson E.Multiprofessional learning:the attitudes of medical ,nursing and pharmacy students to shared learning.*Medical education* 2001,20:409-416.
23. Reid,R , Bruce,D , Allstaff1 ,K and McLernon,DValidating the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS) in the postgraduate context:are health care professionals ready for IPL?. *Medical education* 2006; 40: 415–422.

Archive of SID