

تبیین درک دستیاران تخصصی از آموزش بالینی مطلوب: یک تحلیل محتوای کیفی

سارا شفیعیان^۱، سلیمان احمدی^۲، پروین رضایی گزکی^۳، رقیه ارشاد سرابی^{۴*}

۱. گروه آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. دانشکده مجازی، آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران
۳. گروه عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
۴. گروه مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و رهبری در آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

دریافت مقاله: ۹۸/۱۰/۱۵ آخرین اصلاح مقاله: ۹۹/۱۰/۲۷ پذیرش مقاله: ۹۹/۱۰/۳۰

زمینه و هدف: آموزش تخصصی و فوق تخصص پزشکی، به دلیل نقش ویژه دستیاران رشته‌های مختلف در نظام آموزشی- درمانی دانشگاه‌ها و همچنین، نقش بسیار مهم دانش‌آموختگان این رشته‌ها در قالب متخصصان و پزشکان فوق تخصص در نظام سلامت جامعه، از اهمیت کلیدی در نظام آموزش عالی کشور برخوردار است و بررسی دیدگاه آن‌ها از آموزش مطلوب، می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت آموزش شود. هدف از انجام پژوهش حاضر، تبیین دیدگاه دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمان از آموزش مطلوب بود.

روش کار: این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. ۱۷ مشارکت‌کننده به صورت نمونه‌گیری هدفمند در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ از بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انتخاب شدند و با آن‌ها مصاحبه چهره به چهره و نیمه ساختار یافته صورت گرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شد و مورد بازنگری قرار گرفت و طبقات استخراج گردید.

یافته‌ها: تحلیل داده‌های تحقیق، منجر به استخراج شش درون‌مایه اصلی شامل «استاد بالینی توانمند، محیط بالینی اثربخش، برنامه‌ریزی جامع، جامع و مانع بودن قوانین و مقررات آموزشی، تلاش در جهت بهسازی فرایندهای آموزشی و مدیریت آموزشی» گردید.

نتیجه‌گیری: ارتقای سلامت، یکی از نیازهای جامعه امروز به شمار می‌رود. آموزش بالینی باید پاسخگوی جامعه باشد و مطلوب بودن این آموزش، منجر به ارتقای سلامت جامعه خواهد شد. در همین راستا، پیشنهاد می‌شود متولیان آموزش و سلامت با برنامه‌ریزی مناسب و انجام ارزیابی‌های مستمر از وضعیت آموزش دستیاران و در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر آموزش بالینی مطلوب، گام مؤثری در راستای بهبود آموزش دوره دستیاران بردارند.

کلید واژه‌ها: دستیاران تخصصی، تحلیل محتوا، آموزش بالینی، مطالعه کیفی

نویسنده مسؤول: گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۱۴۷ • نمابر: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۲۲۲

مقدمه

آموزش بالینی فرایندی است که در آن دانشجویان با حضور بیمار و به صورت تدریجی، تجربیاتی کسب می‌نمایند و ذهن خود را با استفاده از تجربیات و استدلال‌ات منطقی کسب شده، برای حل مشکلات بیمار آماده می‌سازند (۱). محیط بالینی، امکان یادگیری متمرکز بر مسایل واقعی را در یک بستر کار حرفه‌ای فراهم می‌سازد. این محیط، تنها محیطی است که در آن مهارت‌های شرح حال‌گیری، معاینات فیزیکی، استدلال بالینی، تصمیم‌گیری، همدردی و تعهد حرفه‌ای به صورت یکپارچه و ادغام یافته، آموخته و فراگرفته می‌شود (۲) و موجب ایجاد فرصت‌های لازم برای دانشجویان می‌شود تا بتوانند اطلاعات نظری را به واقعیات عملی نزدیک نمایند (۳) و بهترین مکان برای یادگیری دانش پزشکی به شمار می‌رود که دانشجو در آن مراقبت از بیمار را فرا می‌گیرد و انگیزه یادگیری خودراهربر در وی ایجاد می‌شود (۴).

آموزش تخصصی و فوق تخصص پزشکی، به دلیل نقش ویژه دستیاران رشته‌های مختلف در نظام آموزشی- درمانی دانشگاه‌ها و همچنین، نقش بسیار مهم دانش‌آموختگان این رشته‌ها در قالب متخصصان و فوق تخصص‌ها در نظام سلامت جامعه، از اهمیت کلیدی در نظام آموزش‌های عالی کشور برخوردار می‌باشد. دوره دستیاری اغلب شامل دوره‌های آموزشی در مراکز درمانی است که در آن دستیاران به ارایه مراقبت از بیماران تحت نظر استاد بالینی می‌پردازند (۵) و در واقع، با مشارکت در درمان بیماران در محیط‌های بالینی یاد می‌گیرند (۶).

در سال‌های اخیر، آموزش بالینی اثربخش مورد توجه بسیاری از پژوهشگران رشته‌های علوم پزشکی قرار گرفته است (۷). وجود مشکلات متنوع از جمله مشخص نبودن اهداف آموزش بالینی، محیط پر تنش بیمارستان، تمایل کمتر مربیان باتجربه برای حضور در محیط‌های بالینی، واقعی نبودن ارزشیابی‌ها و همچنین، کمبود امکانات رفاهی و آموزشی از جمله موانع دستیابی به اهداف آموزش بالینی محسوب می‌شوند (۸، ۹). از طرف دیگر، از دیدگاه دانشجویان، کیفیت آموزش بالینی مطلوب نیست و عواملی همچون عدم دسترسی کافی به مربیان، مناسب نبودن زمان لازم برای مواجهه با موارد مختلف بیماری برای تمرین کامل آموخته‌ها در محیط بالین

و موقعیت‌های تنش‌ز را از مشکلات آموزش بالینی ذکر کرده‌اند (۱۰). ارتقای کیفیت آموزش بالینی، موجب تربیت دانشجویان توانمند و باکفایت در حوزه بالین می‌شود (۱۱). این بهبود کیفیت از یک سو منجر به آموزش مؤثر بالینی و در نهایت، یادگیری بهتر (۱۲) و از سوی دیگر، ارایه خدمات مراقبتی مناسب و باکیفیت به بیماران می‌شود (۱۳-۱۵).

برای نیل به آموزش بالینی کارآمد، لازم است وضعیت موجود آموزش به صورت مستمر ارزیابی گردد (۱). استفاده از نظر فراگیران جهت ارزیابی، یکی از روش‌های معمول و شناخته شده است (۱۶) که با استفاده از روش‌های مختلف پژوهشی از جمله روش‌های کمی و کیفی صورت می‌گیرد. به تازگی رویکردی به سمت روش‌های کیفی در آشکار نمودن عمیق عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار بر آموزش بالینی پدید آمده و مطالعاتی نیز در این زمینه صورت گرفته است (۱۷-۱۹). عباس‌زاده تحقیقی را با هدف ادراک مربیان بالینی از چالش‌ها و راهکارهای آموزش بالینی به صورت کیفی انجام داد و به این نتیجه دست یافت که برنامه‌ریزی مناسب جهت آموزش مؤثر، در روند کسب مهارت‌های بالینی تأثیر می‌گذارد. در این راستا، جذب و به کارگیری استادان بالینی مجرب و تلاش در جهت بهسازی محیط آموزشی، می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد (۲۰).

Seabrook در پژوهش کیفی خود که به روش قوم‌نگاری (Ethnography) انجام شد، به تبیین دیدگاه استادان از آموزش در محیط بالینی پرداخت. مهم‌ترین دغدغه‌های این افراد، نبود ساختار مشخص برای آموزش، زمان، فضا و منابع ناکافی برای تسهیل آموزش و یادگیری، نظارت ناکافی بر دانشجویان و عدم حمایت و به رسمیت شناختن آموزش بود (۱۷). مطالعه کیفی دیگری توسط Hoffman و Donaldson به هدف بررسی تنش‌های محیط بالینی و تأثیر آن بر آموزش بالینی و یادگیری صورت گرفت و نشان داد که سه عامل تنش‌زای «تعداد بیماران، زمان و نقش‌های چندگانه و متفاوت افراد» تیم پزشکی آموزش بالینی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸).

Ramani و همکاران در تحقیق کیفی خود که به روش تحلیل محتوا و با هدف بررسی دیدگاه استادان نسبت به موانع آموزش

تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان شامل مراکز آموزشی- درمانی افضل‌پور، شهید باهنر، شفا و شهید بهشتی جمع‌آوری گردید. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. در مطالعه حاضر، اشباع داده‌ها با انجام مصاحبه با ۱۷ شرکت‌کننده حاصل شد.

در تحقیق حاضر، از راهنمای مصاحبه (Interview guide) در پنج بخش جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. راهنمای مصاحبه، ابزاری ضروری جهت کمک به محقق جهت استخراج حقایق، طرز فکرها، فرایندها و دیدگاه‌های افراد می‌باشد (۲۳) محور سؤالات مصاحبه‌ها شامل «آموزش بالینی فعلی، مشکلات موجود در آموزش بالینی، ویژگی‌های یک استاد بالینی مطلوب، ویژگی‌های یک محیط آموزشی مطلوب و ویژگی‌های یک برنامه آموزشی مطلوب» بود و در پایان سؤالات، یک سؤال باز مطرح گردید که دانشجویان در خصوص ویژگی‌های یک آموزش بالینی مطلوب اگر مورد اضافی دارند، مطرح نمایند. هر مصاحبه ۲۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه‌ها در ماه‌های تیر تا شهریور سال ۱۳۹۸ صورت گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی، تجزیه و تحلیل گردید. بدین منظور، از روش Graneheim و Lundman جهت آنالیز داده‌ها استفاده شد که پنج مرحله «مکتوب کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع‌تر و تعیین محتوای نهفته در داده‌ها» را برای تحلیل داده‌های کیفی پیشنهاد کرده‌اند (۲۴).

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها هم‌زمان صورت گرفت. تحلیل داده‌ها به صورت دستی انجام شد. بعد از هر مصاحبه، فایل‌های صوتی ضبط شده به صورت متن در نرم‌افزار Word نسخه ۲۰۱۶ پیاده‌سازی و قبل از اقدام به مصاحبه بعدی، داده‌ها کدگذاری گردید. داده‌های به دست آمده تمام مراحل کدگذاری متون مصاحبه‌ها نیز در نرم‌افزار MAXQDA مدیریت شد. به

بر بالین و راهبردهای آن‌ها برای بهبود و ارتقای آن انجام دادند، نتیجه‌گیری کردند که موانع اصلی آموزش بر بالین شامل کیفیت پایین مهارت‌های بالینی استادان و در نتیجه، تمایل به ارایه تئوریک مطالب آموزشی، نوع تصور این افراد از مهارت‌های آموزش بالینی بودند (۱۹).

بررسی‌های تیم پژوهش نشان داد که مطالعات مربوط به بررسی آموزش بالینی مطلوب از دیدگاه دستیاران محدود می‌باشد. از طرف دیگر، با توجه به اهمیت کیفیت آموزش دستیاران تخصصی و از سوی دیگر، نقش مؤثر آنان در سلامت بیماران، به نظر می‌رسد نظام آموزش دستیاران نیازمند انجام تحقیقات اختصاصی با استفاده از ابزارهای کمی و کیفی جهت دست یافتن به راهکارهای کاربردی برای بهبود کیفیت آموزش این دوره‌های تخصصی می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف درک دستیاران تخصصی از آموزش بالینی مطلوب انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی (Qualitative content analysis) (۲۱) انجام شد. این روش، تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می‌باشد و به عنوان یک روش پژوهش، روشی هدفمند برای توصیف یک پدیده است. این روش به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا موضوعات مورد نظر را به منظور درک بیشتر آنها بررسی نماید. در تحلیل محتوای کیفی، داده‌های خام بر اساس استنباط و تفسیر صورت گرفته، خالص می‌شود و درون طبقات قرار می‌گیرند (۲۲). در تحقیق حاضر، مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری از دستیاران با حداکثر تنوع (جنسیت، رشته‌های متفاوت ورودی‌های مختلف و مراکز آموزشی- درمانی متفاوت) انجام شد و تا رسیدن به اشباع (Saturation) داده‌ها ادامه یافت. معیار انتخاب نمونه‌ها، تحصیل در دوره دستیار تخصصی و اعلام رضایت برای مشارکت در پژوهش بود. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته (Semi structured interview) با دستیاران تخصصی در سال

منظور اطمینان بیشتر، فایل صوتی مصاحبه با فایل ورد مجدد تطابق داده شد.

در پژوهش حاضر، بحث اعتبار یافته‌ها با به کارگیری راهبردهای Guba و Lincoln پوشش داده شد (۲۵). مقبولیت داده‌ها با استفاده از بازبینی دوباره متن مصاحبه‌ها توسط شرکت‌کنندگان در طرح و همکار طرح، بررسی گردید. همچنین، از افراد دارای تجربه در تحقیق کیفی درخواست شد تا بخش‌هایی از روند کدگذاری را مجدد انجام دهند. از نظرات اصلاحی استادان تیم تحقیق در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، تحلیل آن‌ها و داده‌های استخراج شده استفاده گردید. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و زیرطبقات با برخی از مشارکت‌کنندگان و همچنین، ۲ نفر دکتری تخصصی رشته پرستاری در میان گذاشته شد و از نظرات آن‌ها استفاده گردید. از تلفیق در روش گردآوری داده‌ها و مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه استفاده گردید و در نهایت، در انتخاب نمونه تنوع لحاظ شد. در خصوص معیار انتقال‌پذیری هم از روش انتخاب هدفمند با رعایت حداکثر تنوع استفاده گردید. معیار تأییدپذیری هم با جمع‌آوری منظم داده‌ها، مقایسه مداوم آن‌ها، ثبت و نگارش دقیق و رعایت بی‌طرفی و توافق تحلیلگران در مورد طبقات، پوشش داده شد. همچنین، معیار قابلیت اطمینان بودن داده‌ها با درگیری طولانی محققان با داده‌ها و غوطه‌وری در داده‌ها مورد توجه قرار گرفت (۲۱).

در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا با اخذ معرفی‌نامه از مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، امکان دسترسی به مشارکت‌کنندگان فراهم گردید. از افرادی که تمایل داشتند در مطالعه شرکت نمایند، رضایت‌نامه کتبی اخذ شد. همچنین، اطلاعاتی در خصوص

تحقیق، اهداف و سؤالات پژوهش به صورت مکتوب در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. در مطالعه حاضر، تمام اطلاعات شامل نام، فایل‌های مصاحبه و نوشتارها محرمانه باقی ماند و به جای ذکر مشخصات شخصی شرکت‌کنندگان، از کد استفاده شد. طبق اطلاعات فرم آگاهانه، مشارکت‌کنندگان حق کناره‌گیری از تحقیق را در هر مرحله داشتند و برای انصراف آن‌ها نیازی به ارایه دلیل نبود. همه نمونه‌ها از اهداف پژوهش آگاه شدند و مصاحبه‌ها با اخذ رضایت از آنان ضبط شد. همچنین، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات ضبط شده محرمانه باقی خواهد ماند و پس از پیاده‌سازی آن‌ها، فایل صوتی از بین می‌رود و در صورت تمایل می‌توانند فایل صوتی مربوط به مصاحبه را از پژوهشگر دریافت نمایند و از نتایج کلی نیز آگاه گردند. همچنین، به مشارکت‌کنندگان اعلام شد هر زمان که صلاح بدانند می‌توانند از مطالعه خارج شوند، اما هیچ یک از آنان تحقیق را ترک نکردند.

یافته‌ها

از ۱۷ دستیار تخصصی مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۹ نفر زن و ۸ نفر مرد بودند. دامنه سنی آنان از ۲۸ تا ۳۹ سال و دامنه تحصیلی آن‌ها از سال اول تا چهارم رشته‌های تخصصی از جمله رادیولوژی، زنان و زایمان، بیماری‌های داخلی، اطفال، قلب و عروق، پوست، جراحی و بیهوشی بود. همچنین، ۱۲ نفر متأهل و بقیه مجرد بودند. ابتدا در مرحله تقلیل داده‌ها، نویسنده شروع به تعیین واحدهای معنایی و استخراج کدها نمود که از ۳۸۵ واحد معنایی استخراج شده، ۱۶۸ کد به دست آمد و سپس از توصیف‌های غنی و عمیق داده‌ها، شش طبقه شامل «استاد بالینی توانمند، محیط بالینی اثربخش، برنامه‌ریزی جامع، مدیریت آموزشی، جامع و مانع بودن قوانین و مقررات آموزشی و تلاش در جهت بهسازی فرایندهای آموزشی» استخراج گردید (جدول ۱).

جدول ۱: طبقات اصلی و زیرطبقات آموزش بالینی مطلوب از دیدگاه دستیاران تخصصی

طبقه اصلی	زیرطبقات
حوزه استاد بالینی توانمند	به کارگیری اعضای هیأت علمی تمام وقت (بدون مطب) به کارگیری اعضای هیأت علمی توانمند در آموزش پزشکی به کارگیری اعضای هیأت علمی مسئولیت‌پذیر به کارگیری اعضای هیأت علمی نخبه به کارگیری اعضای هیأت علمی بر اساس ضوابط قانونی و نه روابط موجود توانمندسازی اعضای هیأت علمی در بهره‌گیری از دانش روز در نظر گرفتن سطح علمی استاد هنگام استخدام افزایش انگیزه کاری اعضای هیأت علمی با بهره‌گیری از منابع اقتصادی حضور اعضای هیأت علمی در کشیک‌های شبانه دستیاران حضور منظم و فعال اعضای هیأت علمی در بیمارستان‌های آموزشی حضور مؤثر و منظم اعضای هیأت علمی در مورنینگ‌ها و راندهای آموزشی به کارگیری اعضای هیأت علمی به توجه به تعداد دستیاران در گروه‌های آموزشی رفتار حرفه‌ای و منطقی اعضای هیأت علمی با دستیاران در آموزش به ویژه هنگام بروز خطا عدم واگذاری وظایف مدیریتی به اعضای هیأت علمی بالینی اولویت قرار دادن آموزش دستیاران توسط اعضای هیأت علمی
محیط بالینی اثربخش	تهیه امکانات و تجهیزات مورد نیاز گروه‌های آموزشی مبتنی بر تکنولوژی روز به کارگیری تکنولوژی‌های جدید آموزشی توسط اعضای هیأت علمی بهره‌گیری از امکانات و تجهیزات آموزشی در مکان‌های مناسب آموزش دستیاران در استفاده از امکانات و تجهیزات آموزشی بهره‌گیری از امکانات و تجهیزات آموزشی متناسب با نیازهای دستیاران اختصاص اتاق‌های مناسب جهت کلاس‌های آموزشی و پابویون در بخش‌ها استفاده از آخرین ویرایش منابع و مراجع آموزشی تأمین منابع و مراجع آموزشی به صورت چاپی و الکترونیک توسط کتابخانه‌های بیمارستان‌های آموزشی برقراری دسترسی به منابع الکترونیکی معتبر پزشکی به صورت آنلاین افزایش امکانات رفاهی ویژه دستیاران آموزشی
برنامه‌ریزی جامع	توزیع راهنماهای آموزشی (معرفی رشته و دانشگاه) در بدو ورود دانشجویان تدوین اهداف و برنامه آموزشی دستیاران توسط استادان و ابلاغ به دانشجویان تدوین برنامه آموزشی دستیاران با در نظر گرفتن لاگ‌بوک‌های آموزشی تدوین برنامه آموزشی همراه با برنامه عملیاتی و جدول زمان‌بندی (سالانه، ماهانه، هفتگی و روزانه) تدوین برنامه کشیک‌های دستیاران به همراه استادان
مدیریت آموزشی	دادن اختیارات لازم به دستیاران جهت تعدیل مسئولیت‌ها و وظایف خود با استفاده از سیستم سلسله مراتبی در آموزش دستیاری و درمان بیماران آینده‌نگاری در آموزش دستیاری بازنگری در فرایند، اهداف آموزش دستیاران منطبق با منابع روز دنیا در زمان مناسب تطبیق برنامه‌های آموزشی با دانشگاه‌های معتبر دنیا تعدیل تعداد بیمارانی که باید توسط دستیار ویزیت شود.

تعیین شرح وظایف و مسؤولیت‌های دستیاران تفکیک زمانی فعالیت‌های آموزشی و درمانی دستیاران در نظر گرفتن یک برنامه کاری سبک در انتهای دوره دستیاری در نظر گرفتن یک دوره شش ماهه آموزش تئوری در ابتدای دوره دستیاری نظارت بالادستی بر نحوه آموزش دستیاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی نظارت مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت حضور استادان در بیمارستان‌های آموزشی در اختیار نهادن برنامه‌های آموزشی به دستیاران در بدو ورود آن‌ها	
تلاش در جهت بهسازی فرایندهای آموزشی بهبود کیفیت راندهای آموزشی بر اساس آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های تدوین شده انتخاب موضوع راندها توسط دستیاران آموزشی برخورد حرفه‌ای و منطقی استادان در راندهای آموزشی برگزاری راندها با هدف آموزشی و نه اهداف درمانی مدیریت راندهای آموزشی توسط استادان برگزاری منظم گزارش صبحگاهی برگزاری گزارش‌های صبحگاهی بر اساس آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های موجود افزایش کیفیت آموزشی گزارش‌های صبحگاهی مدیریت گزارش‌های صبحگاهی توسط استادان کسب اطمینان استادان از طرح موارد واقعی توسط دستیاران تأسیس درمانگاه‌های تخصصی آموزشی	
جامع و مانع بودن قوانین و مقررات آموزشی برگزاری کلاس‌های تئوری در آموزش برخی مطالب با توجه به نیاز گروه آموزشی برنامه‌ریزی مناسب و عملیاتی در برگزاری کلاس‌های تئوری برگزاری کلاس‌های تئوری قبل از آموزش عملی با توجه به نیازهای گروه آموزشی استفاده از روش‌های مناسب ارزشیابی در آموزش بالینی آموزش دستیاران با توجه به اهداف آموزشی موجود برنامه‌های آموزشی اولویت بخشیدن به آموزش دستیاران و قرار دادن درمان در اولویت بعدی عدم آموزش بالاتر از سطح علمی دستیاران اختصاص زمان کافی به آموزش دستیاران استفاده از دستیاران به عنوان معلمان بیمارستانی به دانشجویان با سطح پایین‌تر اولویت دادن استادان به آموزش عملی و تخصصی دستیاران پررنگ نمودن آموزش مبتنی بر شواهد در آموزش دستیاری	

استاد بالینی توانمند

به باور مشارکت‌کنندگان، توانمندی استادان یکی از مقوله‌های مهم در آموزش بالینی مطلوب محسوب می‌شود؛ چرا که آن‌ها بار اصلی آموزش را بر عهده دارند و در این خصوص عباراتی همچون «اساتید باید به علم روز مسلط باشند و تجربیات خود را در اختیار رزیدنت‌ها قرار دهند». «اساتید جدید و مسلط به علم باشند و با توجه به ضوابط نه روابط» (شرکت‌کننده ۳).

«جهت اصلاح سیستم آموزش، شاید بهتر است از اساتیدی که در مورد تخصصی دارای رتبه می‌باشند، استفاده کنیم» (شرکت‌کننده ۱)، به این درون‌مایه موضوعی اشاره داشت.

محیط بالینی اثربخش

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش، علاوه بر توانمندی استادان، فضا و محیط بالینی نیز در مطلوب بودن آموزش دوره دستیاری تأثیرگذار است. در نظر گرفتن امکانات کافی و متناسب

هست... بعضی وقت‌ها نیاز داریم که یک فرد بالادستی به آموزش و نحوه برخورد با ما نظارت داشته باشد» (شرکت‌کننده ۱۶).

جامع و مانع بودن قوانین و مقررات آموزشی

از دید مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر، قوانین و مقررات آموزشی باید به شکل یکسان برای همه گروه‌های آموزشی در نظر گرفته شود. قوانین مربوط به آموزش‌ها و ارزشیابی باید یکدست و به شکل مناسب در همه گروه‌ها اجرا شود. به عنوان نمونه «به نظر من این چهارچوب‌ها یعنی مسئولیت‌ها نباید در واقع با جمعی متشکل از رزیدنت سال اول، دوم، سوم، چهارم، فرد فارغ‌التحصیل، اینترنت‌ها و استاژها و اساتید نوشته شود، بلکه توسط فردی بی‌طرف نوشته و جمع‌آوری بشه... متأسفانه ما هر روز به قانون جدید می‌بینیم» (شرکت‌کننده ۱۱). «ما یک آیین‌نامه ثابت برای آموزش دوره دستیاری داریم که در گروه‌ها اجرا نمی‌شود و هر کس هر طور که دوست دارد به آن نگاه می‌کند و اجرا می‌کند. پایبندی به قوانین آموزشی در برخی موارد کم است» (شرکت‌کننده ۱۲). «من نمی‌دونم در همه دانشگاه‌ها همین خبر است... چرا مشخص نیست که ما چقدر باید کشیک بدهیم؟ چرا اینقدر ساعات طولانی باید کار کنیم؟ به خدا هم ضرر به خودمونه و هم به ضرر بیمار... بعضی وقت‌ها دیگه توان نداریم درست کار کنیم» (شرکت‌کننده ۱۳).

تلاش در جهت بهسازی فرایندهای آموزشی

یکی از مهم‌ترین بسترهای آموزشی در دوره دستیاری، استفاده از گزارش صبحگاهی، راندهای بالینی، گراندراندها و... است که باید به شکل مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا شود. به طور قطع کلاس‌های تئوری دوره دستیاری قبل از شروع عملی بخش‌ها انجام گیرد و فرایند ارزشیابی در بخش‌ها به شکل مدون و مشخص برنامه‌ریزی شود. «در خیلی از گزارشات صبحگاهی و راندها، برخورد مناسب و حرفه‌ای صورت نمی‌گیرد. اساتید به دور از روال‌های علمی و به‌روز دنیا با ما برخورد می‌کنند» (شرکت‌کننده ۱۰). «البته که آموزش خیلی کم‌رنگ شده... شانس داشته باشیم کیس بستری باشد و بتوانیم یک چیزی یاد بگیریم

با علم روز در آموزش دستیاری می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد. مشارکت‌کنندگان نیز با نظرانی همچون «امکانات آموزشی خوبی داریم، مسأله امکانات نیست مسأله اصلی ما استفاده درست از امکانات آموزشی است که در بیمارستان‌ها هستند. برخی از اساتید با تجربه نحوه استفاده درست از این امکانات را نمی‌دانند یا اصلاً این موضوع برایشان اهمیتی ندارد و همان آموزش سنتی خود را ادامه می‌دهند» (شرکت‌کننده ۱۱). «فکر می‌کنم در خصوص سیستم آموزشی ما داریم در جا می‌زنیم. احترام اساتید واجبه، اما اینجا آموزش با استفاده از امکانات آموزشی اولویت آخر آن‌هاست» (شرکت‌کننده ۱۷)، به این مسأله اشاره داشتند.

برنامه‌ریزی جامع

برنامه‌ریزی جامع به وجود برنامه‌ای مدون و از قبل تعیین شده در آموزش دستیاری اشاره دارد. در مطالعه حاضر این موضوع کلی نیز توسط مشارکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت. «برنامه مدون برای هر سال رزیدنتی وجود داشته باشد. مثلاً مطالبی که رزیدنت سال یک باید یاد بگیرد، مشخص باشد. در هر سال یک پروتکل مشخص آموزشی وجود داشته باشد (شرکت‌کننده ۷) و یا «برنامه‌ای برای دستیاران باید در نظر گرفته شود که اول برای دستیار هدفمند باشد؛ یعنی بگن ما می‌خواهیم چه دستیاری تربیت کنیم... درمانی؟ آموزشی؟ بعد بگن دستیار ما الان چی هست و چی نیست. بعد برای آموزش و با توجه به واقعیت‌ها و نگاه به آینده برنامه‌ریزی شود» (شرکت‌کننده ۹).

مدیریت آموزشی

در این حوزه، مشارکت‌کنندگان به این موضوع اشاره نمودند که موضوع آموزش دستیاری در سیاست‌گذاری آموزشی وزارت بهداشت، توجه ویژه‌ای در قالب تعدیل وظایف و مسئولیت‌های دستیاران، بازنگری مداوم برنامه‌های آموزشی بر اساس علم روز و تدوین ساز و کارهای نظارتی بیشتر در آموزش دوره دستیاری در نظر گرفته شود. «کاش برنامه‌های آموزشی رشته ما به‌روز می‌شد و بر اساس برنامه‌های آموزشی دانشگاه‌های مطرح دنیا می‌شد» (شرکت‌کننده ۵) یا «نظارت مسئولان دانشگاه‌ها بر دوره دستیاری بسیار کم است، همه چیز دست اساتید و گروه‌ها

که در خصوص این موضوع توسط دانشجویان مطرح گردید، می‌توان به «به کارگیری اعضای هیأت علمی تمام وقت به معنای واقعی کلمه که همیشه در دسترس باشند»، «به کارگیری اعضای هیأت علمی متناسب با تعداد دستیاران در گروه‌های آموزشی»، «رفتار حرفه‌ای و منطقی اعضای هیأت علمی با دستیاران در آموزش به ویژه هنگام بروز خطا» و «عدم واگذاری وظایف مدیریتی به اعضای هیأت علمی بالینی» اشاره کرد.

پژوهش‌های متعددی یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید نموده و به بیان ویژگی‌هایی یک استاد بالینی مؤثر اشاره نموده است. در مطالعه ادهمی و همکاران که با استناد به نظرات دستیاران رشته تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد، بالاترین نمرات در بین حیطه‌های مورد بررسی، به مهارت عملی و اخلاق استادان بالینی و کمترین نمره نیز به روش تدریس (تئوری و عملی) اختصاص داده شد. با وجود این که از دیدگاه دستیاران، مهارت عملی استادان در حد بالایی می‌باشد، اما روش تدریس آموزش بالینی در پایین‌ترین رده قرار دارد. همچنین، از بین گزینه‌های موجود در حیطه روش تدریس، استفاده از روش‌های مختلف تدریس (کار گروهی، روش حل مسئله و...) کمترین نمره را به خود اختصاص داد (۲۹). نتایج تحقیق عابدینی و همکاران نشان داد که شیوایی بیان، پذیرا و مهربان بودن و تسلط به موضوع درس، از مهم‌ترین ویژگی‌های یک استاد خوب دانشگاهی است. پذیرا و مهربان بودن معلم به معنای پذیرفتن فراگیر از روی عاطفه و صمیمیت و با حسن نیت و ایجاد یک محیط صادقانه توأم با همکاری صمیمانه و کامل در قلب کلاس می‌باشد که ابتکار عمل به هر فراگیر در حد توان و ظرفیتش را ایجاد می‌نماید و وسایل و راه‌های پیشرفت را به آن‌ها نشان می‌دهد (۳۰).

در پژوهش دیگری، تسلط بر مطالب درسی به عنوان معیاری مورد انتظار نام برده شد (۳۰) که این یافته‌ها با بخشی از نتایج مطالعه حاضر که بر توانمندسازی اعضای هیأت علمی در بهره‌گیری از دانش روز و در نظر گرفتن سطح علمی استاد هنگام استخدام همسو می‌باشد؛ بدین معنی که یک عضو هیأت علمی

و از اون طرف مسئول آموزش یک گروه دیگری هم هستیم. بهتر بود این روال‌ها درست می‌شد» (شرکت‌کننده ۸).

بحث و نتیجه‌گیری

در خصوص نظرات دستیاران از آموزش بالینی مطلوب، بر نقش استادان تأکید شد. در این خصوص، یک استاد بالینی در ابتدا باید به حرفه خود افتخار نماید و همچنین، دانش خود را در زمینه مربوط به رشته خود و همچنین، دانش نظری و عملی خود را در خصوص روش‌های نوین آموزش افزایش دهد. یک استاد بالینی مؤثر باید درک واضحی از اجزای برنامه آموزشی دستیاران داشته باشد. دستیاران تخصصی نیز باید رابطه استاد-شاگردی را در ارتباطات خود در نظر گیرند. همچنین، باید به دنبال اطلاعات باشند و استانداردهای حرفه پزشکی و آن چیزی که از آن‌ها انتظار می‌رود را درک نمایند. دست‌اندرکاران آموزش باید در نظر بگیرند که آن‌ها مسئول کارایی یک تیم بالینی هستند و باید نقش هدایتگری جهت پیشرفت کار تیم پزشکی باشند (۲۶).

در خصوص یک آموزش مطلوب از دیدگاه دستیاران تخصصی، نتایج پژوهش حاضر ابعاد مختلفی را نشان داد. «استاد بالینی توانمند» یکی از مهم‌ترین موضوعاتی بود که توسط دستیاران تخصصی جهت وجود یک آموزش مطلوب مطرح گردید. این موضوع توسط کلیه مشارکت‌کنندگان مطرح شد؛ به طوری که اهمیت این موضوع را نسبت به موضوعات دیگر بیشتر دانستند و اهمیت نقش اعضای هیأت علمی را به عنوان یک موضوع جدایی‌ناپذیر از یک آموزش مطلوب در نظر گرفتند. این یافته با نتایج مطالعه شاطرجلالی و همکاران که بر اساس بررسی Delphi خود اعلام نمودند معلم و کیفیت عملکرد وی مهم‌ترین جزء در ارتقای آموزش بالینی می‌باشد (۲۷)، همخوانی داشت. استقامتی و همکاران در تحقیق خود برنامه درسی پنهان را مهم‌ترین جزء آموزش از نظر دستیاران اعلام نمودند، اما در این برنامه درسی، نقش و عملکرد استاد توانمند بالینی از جهات مختلف آموزش برجسته می‌باشد (۲۸). از جمله مهم‌ترین مواردی

آنان، محیط یادگیری عامل تعیین‌کننده‌ای در یادگیری و فعالیت حرفه‌ای می‌باشد (۳۴).

از آنجایی که این مهارت‌ها، تأثیرگذار و قابل آموزش هستند، مدرسان می‌توانند با آموزش این مهارت‌ها، به پیشرفت دانشجویان کمک نمایند و به عنوان تسهیل‌کننده، نقش برجسته‌ای در توانمندسازی فراگیران در یادگیری مؤثر و کارآمد داشته باشند (۳۵). برنامه‌ریزی جامع از دیدگاه دستیاران تخصصی، انجام یک برنامه‌ریزی دقیق و اجرایی قبل از اجرای هر برنامه آموزشی است که می‌تواند یک مسیر مشخص را در اختیار آن‌ها قرار دهد و از سردرگمی و نگرانی‌های آن‌ها بکاهد. این موضوع یکی دیگر از جنبه‌های مهم مطرح شده در یک آموزش مطلوب و مؤثر می‌باشد. از جمله برنامه‌ریزی‌ها می‌توان به توزیع راهنماهای آموزشی (معرفی رشته و دانشگاه) در بدو ورود دانشجویان، تدوین اهداف و برنامه آموزشی دستیاران توسط استادان و ابلاغ به دانشجویان، تدوین برنامه آموزشی همراه با برنامه عملیاتی و جدول زمان‌بندی (سالانه، ماهانه، هفتگی و روزانه) اشاره نمود. همان‌گونه که شواهد نشان می‌دهد، پایه و اساس آموزش، برنامه‌ریزی آموزشی است (۳۶). مدیریت آموزشی اثربخش و هدایت یک برنامه آموزشی مؤثر، نیازمند یک مدیریت صحیح و مناسب است. با توجه به اهمیت آموزش دستیاران تخصصی جهت ارتقای سلامت و بهداشت جامعه، مدیریت آموزشی اثربخش می‌تواند نقش مهمی در بهبود کاستی‌های موجود در برنامه‌های آموزشی داشته باشد. اهمیت این موضوع در بیان دیدگاه دستیاران تخصصی از آموزش مطلوب می‌باشد.

جامع و مانع بودن قوانین و مقررات آموزشی، از دیگر نتایج پژوهش حاضر بود که اهمیت بسیار بالایی دارد. آموزش، ایجاد محیطی است که در آن کارکنان بتوانند رفتارها، معلومات، مهارت‌ها، توانایی‌ها و گرایش‌های مربوط به شغل خود را فراگیرند. اجرای برنامه‌های آموزشی در چارچوب قوانین و مقررات آموزشی، منجر به افزایش کیفیت آموزش دستیاران و اعمال قوانین و مقررات در حین آموزش نیز موجب ثبات و

باید بر مطالبی که آموزش می‌دهد، تسلط و تخصص کامل داشته باشد. از معیارهای دیگر می‌توان به حضور منظم و فعال در برنامه‌های آموزشی، جدی بودن، علاقمندی، تعهد در امر آموزش و تدریس و نظارت بر انجام صحیح وظایف عملی دانشجو اشاره کرد (۳۱). در تحقیق نوایی و همکاران، ملاک‌های استاد توانمند به ترتیب شامل شیوایی بیان، تسلط به موضوع تدریس، لهجه و صدای مناسب، حضور به‌موقع در کلاس درس و استفاده از وسایل کمک آموزشی در زمان مناسب با شیوه صحیح بود (۳۲).

همسو با نتایج پژوهش Boor و همکاران (۳۲)، ویژگی‌های یک استاد توانمند بر اساس درک دستیاران تخصصی، در قالب چهار دسته کلی مشخص گردید. اولین دسته، ویژگی‌های فردی شامل تعهد، حامی بودن، دستکاری و صداقت، اعتبار، پذیرش بالا نسبت به نقد و ایده‌های دیگران و شخصیت کاریزماتیک وی بود. دومین دسته مربوط به تخصص استادان شامل ویژگی‌هایی همچون خبرگی، الگو بودن، دارا بودن دانش روز و دسته سوم ویژگی‌هایی شامل مهارت‌های تدریس و معلمی می‌باشد که در این دسته استاد باید بتواند میان نقش پزشکی و معلمی خود تمایز قایل شود، آموزش را تسهیل نماید و دسته آخر شامل نقش‌های نظارتی وی بود که از آن جمله می‌تواند به رویکردگرا بودن استادان، انجام فعالیت‌های مختلف علاوه بر طبابت مانند پژوهش و به عنوان یک مربی (Coach) در کنار دانشجویان اشاره نمود و نه به عنوان فردی که آن‌ها را تحقیر می‌کند (۳۳).

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر، وجود محیط بالینی اثربخش به عنوان یکی از ویژگی‌های آموزش مطلوب می‌باشد. اجرای فرایندهای آموزشی به شکل استاندارد و مناسب، یکی از مهم‌ترین موضوعاتی است که از دیدگاه دستیاران تخصصی، نقش و اهمیت ویژه‌ای در آموزش مطلوب دارد. اجرای گزارش‌های صبحگاهی، راندهای آموزشی، گراندراندهای آموزشی بر اساس استانداردهای موجود می‌تواند نقش مؤثری در بهبود آموزش تخصصی دستیاران ایفا کند. این یافته‌ها با نتایج تحقیق an Vendeloo و همکاران (۳۳) همسو بود. بر اساس نظر دستیاران مورد بررسی در پژوهش

دستیاری باکیفیت بالا می‌تواند مفید باشد. از طرف دیگر، پیشنهاد می‌گردد دیدگاه استادان بالینی در خصوص یک آموزش بالینی مطلوب مورد بررسی قرار گیرد تا بتواند روشنگر مسیری باشد و از خواسته‌ها و انتظارات آن‌ها جهت ایجاد یک محیط بالینی مطلوب و مناسب آگاهی به دست آید.

ارتقای کیفیت آموزش دوره‌های دستیار تخصصی، علاوه بر تقویت کیفیت ارائه خدمات مراقبتی به بیماران، موجب ارتقای کیفیت آموزش دانشجویان پزشکی در دوره‌های کارآموزی و کارورزی و در نهایت، منجر به فارغ‌التحصیل کردن پزشکان توانمند و خبره‌ای خواهد شد.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

در مطالعه حاضر، دیدگاه دستیاران تخصصی بیان شد که از نقاط قوت آن می‌توان به انتقال خواسته‌ها و ایده‌آل ذهنی دستیاران تخصصی جهت آموزش بالینی مؤثر و در نهایت، ارائه خدمات بهداشتی-درمانی مؤثر اشاره کرد. از محدودیت‌های تحقیق، عدم تمایل دستیاران برای شرکت در این طرح و مطالعاتی با عناوین مشابه بود؛ به دلیل این که شاید شرکت در پژوهش و چاپ نتایج آن مشکلاتی برای آنان ایجاد نماید.

سپاسگزاری

بدین وسیله از سرکار خانم حدیثه علیمزادی و سرکار خانم دکتر بتول تبرگری که در تدوین این مطالعه با تیم پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

یکدستی چنین برنامه‌های آموزشی می‌گردد که از آن جمله روزآمد نمودن مجموعه قوانین و مقررات آموزشی ویژه دستیاران تخصصی، عدم تغییر قوانین و مقررات تصویب شده به صورت مکرر، ابلاغ قوانین و مقررات آموزشی به دستیاران در بدو ورود و اعمال قوانین و مقررات آموزشی در برخورد با دانشجویان خاطی را می‌توان نام برد. نتایج این بخش مطالعه، یافته‌های مرور نظام‌مند بیگزاده و همکاران را در بررسی چالش‌های آموزش بالینی در ایران تأیید می‌نماید. آن‌ها بر چالش‌های مدیریتی و نبود برنامه آموزشی جامع در آموزش بالینی ایران اشاره کردند (۳۷).

در بخش دیگری از یافته‌های تحقیق حاضر، به بعد تلاش در جهت بهسازی فرایندهای آموزشی اشاره شد که به عنوان مثال می‌توان مواردی همچون حضور منظم و فعال اعضای هیأت علمی در بیمارستان‌های آموزشی، حضور مؤثر و منظم اعضای هیأت علمی در مورنینگ‌ها و راندهای آموزشی را نام برد که موجب ارتقای آموزش دستیاری و استفاده مناسب از امکانات و تجهیزات آموزشی می‌شود. از دید دستیاران تخصصی، نه تنها تهیه این امکانات مهم است، بلکه استفاده صحیح و بهینه از آن‌ها می‌تواند نقش مؤثری در بهبود فرایندهای آموزش دستیاری داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر جهت یافتن راه‌هایی برای افزایش آگاهی استادان بالینی از اهمیت کارشان جهت دستیابی به آموزش

References:

- Guyatt G, Cook D, King D, Nishikawa J, Brill-Edwards P. Evaluating the performance of academic medical education administrators. *Eval Health Prof.* 1999 Dec;22(4):484-96. doi: 10.1177/01632789922034428. [PMID: 10623402].
- Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ.* 2003;326(7389):591-4. doi: 10.1136/bmj.326.7389.591. [PMID: 12637408]. [PMCID: PMC1125480].
- Lowenstein AJ, Bradshaw MJ. Fuszard's innovative teaching strategies in nursing. 3ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2004.
- Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach.* 2008;30(4):347-64. doi: 10.1080/01421590802061613. [PMID: 18569655].
- Kennedy TJ, Regehr G, Baker GR, Lingard LA. Progressive independence in clinical training: a tradition worth defending? *Acad Med.* 2005 Oct;80(10 Suppl):S106-11. doi: 10.1097/00001888-200510001-00028. [PMID: 16199447].
- Handfield-Jones R, Mann K, Challis M, Hobma S, Klass D, McManus I, et al. Linking assessment to learning: a new route to quality assurance in

- medical practice. *Med Educ.* 2002 Oct;36(10):949-58. doi: 10.1046/j.1365-2923.2002.01315.x. [PMID: 12390463].
7. Tavakoli M, Khazaei T, Tolyat M, Ghorbani S. The Quality of clinical education from the viewpoints of students and instructors of paramedical and nursing-obstetrics schools of Birjand University of Medical Sciences. *Daneshvar Medicine.* 2014; 21(110). [In Persian]
8. Ghafourifard M, Bayandor A, Zirak M. Clinical education status in educational centers affiliated to Zanjan University of medical sciences from nursing and midwifery students' viewpoint. *J Med Educ Dev.* 2016;8(20):9-20. [In Persian]
9. Abedini S, Aghamolaei T, Jomehzadeh A, Kamjoo A. Clinical education problems: the viewpoints of nursing and midwifery students in Hormozgan University of Medical Sciences. *Hormozgan Med J.* 2009;12(4):249-53. [In Persian]
10. Kermansaravi F, Navidian A, Imani M. Nursing students' views toward quality of theoretical and clinical nursing education: A qualitative study. *J Med Educ Dev.* 2013;7(4):28-40. [In Persian]
11. Shahbazi L, Salimi T. Clinical Education from the viewpoint of nursing and midwifery students. *J Yazd Univ Med Sci.* 2000;8(2):97-103. [In Persian]
12. Stern DT, Williams BC, Gill A, Gruppen LD, Woolliscroft JO, Grum CM. Is there a relationship between attending physicians' and residents' teaching skills and students' examination scores? *Acad Med.* 2000;75(11):1144-6.
13. Buchel TL, Edwards FD. Characteristics of effective clinical teachers. *Fam Med.* 2005;37(1):30-5. [PMID: 15619153].
14. Leach D. Changing education to improve patient care. *Qual Health Care.* 2001 Dec;10 Suppl 2(Suppl 2):ii54-8. doi: 10.1136/qhc.0100054.
15. Leach DC, Philibert I. High-quality learning for high-quality health care: getting it right. *JAMA.* 2006 Sep 6;296(9):1132-4. doi: 10.1001/jama.296.9.1132. [PMID: 16954493].
16. Irby DM, Gillmore GM, Ramsey PG. Factors affecting ratings of clinical teachers by medical students and residents. *J Med Educ.* 1987 Jan;62(1):1-7. doi: 10.1097/00001888-198701000-00001. [PMID: 3795239].
17. Seabrook MA. Medical teachers' concerns about the clinical teaching context. *Med Educ.* 2003 Mar;37(3):213-22. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01437.x. [PMID: 12603760].
18. Hoffman KG, Donaldson JF. Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Med Educ.* 2004 Apr;38(4):448-54. doi: 10.1046/j.1365-2923.2004.01799.x. [PMID: 15025646].
19. Ramani S, Orlander JD, Strunin L, Barber TW. Whither Bedside Teaching? A Focus-group Study of Clinical Teachers. *Acad Med.* 2003 Apr;78(4):384-90. doi: 10.1097/00001888-200304000-00014. [PMID: 12691971].
20. Abbaszade A, Borhani F, Sabzevari S. Nursing teachers perception of the challenges of clinical education and solutions: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences.* 2013;2(2):134-45. [In Persian]
21. Assarroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nursing.* 2018;23(1):42-55. doi: 10.1177/1744987117741667.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Eur J Biochem.* 1977 Jun 1;76(1):79-83. doi: 10.1111/j.1432-1033.1977.tb11571.x. [PMID: 18352].
23. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 4th ed. California: Sage Pub; 2014.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004 Feb;24(2):105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001. PMID: 14769454.
25. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. *J Handbook of qualitative research.* 1994;2(163-194):105.
26. Slootweg I, Lombarts K, Van Der Vleuten C, Mann K, Jacobs J, Scherpbier A. Clinical teachers' views on how teaching teams deliver and manage residency training. *Med Teach.* 2013;35(1):46-52. doi: 10.3109/0142159X.2012.731108.
27. Shaterjalali M, Yamani N, Changiz T. Who are the right teachers for medical clinical students? investigating stakeholders' opinions using modified Delphi approach. *Adv Med Educ Pract.* 2018 Nov 8;9:801-809. doi: 10.2147/AMEP.S176480. [PMID: 30519136]. [PMCID: PMC6235154].
28. Esteghamati AR, Baradaran H, Monajemi A, Khankeh HR, Geranmayeh M. Core components of clinical education: a qualitative study with attending physicians and their residents. *J Adv Med Educ Prof.* 2016 Apr;4(2):64-71. [PMID: 27104200]. [PMCID: PMC4827758].
29. Adhami A, Nakhaei N, Fatahi Z. Residents opinion about the quality of education in different clinical groups of Kerman University of Medical Science. *Hormozgan Medical Journal.* 2003;7(1):33-8. [In Persian]
30. Abedini S, Kamalzadeh H, Aghamolaei T. Perspectives of medical students regarding criteria

- for a good university professor, Bandar Abbas, Iran. Hormozgan Medical Journal. 2010;14(3):242-6. [In Persian]
31. Adhami A, Haghdooost AA, Darvishmoqadam S, Shakibi Mr, Nouhi E. Determining valid criteria for evaluating clinical and theoretical teaching of the faculty of Kerman University of Medical Sciences. Iran J Med Educ. 2000;1(2):24-30. [In Persian]
 32. Navabi N, Jahanian E, Haji Ahmadi M, Parvaneh M. Criteria for a Desirable Teacher from the View Point of Students of Babol University of Medical Sciences. J Babol Univ Med Sci. 2010; 12 (5) :7-13.
 33. Boor K, Teunissen PW, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPMvdL J, Scheele F. Residents' perceptions of the ideal clinical teacher—A qualitative study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008 Oct;140(2):152-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2008.03.010. [PMID: 18455863].
 34. van Vendeloo SN, Prins DJ, Verheyen CC, Prins JT, van den Heijkant F, van der Heijden FM, et al. The learning environment and resident burnout: a national study. Perspect Med Educ. 2018 Apr;7(2):120-125. doi: 10.1007/s40037-018-0405-1. [PMID: 29476425]. [PMCID: PMC5889377].
 35. Khorsandi M, Khosravi S. Investigation of the View of Nursing and Midwifery Students About Clinical Education Condition in Nursing and Midwifery College of Arak University of Medical Science. J Arak Univ Med Sci. 2005;5(1):29-32. [In Persian]
 36. Hassan Zahraei R, Atash Sokhan G, Salehi S, Ehsanpour S, Hassanzadeh A. Comparing the Factors Related to the Effective Clinical Teaching from Faculty Members' and Students' Points of View. Iran J Med Educ. 2008; 7(2):249-56. [In Persian]
 37. Beigzadeh A, Yamani N, Bahaadinbeigy K, Adibi P. Challenges and Problems of Clinical Medical Education in Iran: A Systematic Review of the Literature. Strides Dev Med Edu. 2019;16(1): e89897. doi: 10.5812/sdme.89897.