



Identifying the influencing process of the hidden curriculum on the formation of clinical empathy among the residents of the internal medicine department of Iranian universities of medical sciences: a qualitative study

Shahla Rahimi Khalilollahi *, Parvin Samadi **, Parvin Ahmadi ***

* Ph.D. in Curriculum, Department of Educational Administration and Planning, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. Email: shahla.rahimi8991@gmail.com

** Professor of Department of Educational Administration and Planning, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author). Email: psamadi@alzahra.ac.ir

*** Associate Professor of Department of Educational Administration and Planning, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. Email: pahmadi@alzahra.ac.ir

Article Info

Abstract

Article type:

Research Article

Key words: Medical Education, Hidden Curriculum, Residents, Clinical Empathy, Internal Group.

Article history:

Received : 29 April 2024

Accepted : 9 January 2025

The aim of this study is to investigate how the hidden curriculum influences the development of clinical empathy among internal medicine residents in Iranian medical universities. This qualitative study employed a grounded theory approach. Data were collected through semi-structured interviews, and purposeful criterion sampling was used until theoretical saturation was achieved. Accordingly, 22 internal medicine residents from medical universities in Tehran were interviewed. The data were analyzed using open, axial, and selective coding, resulting in 13 main categories. These categories were organized within a paradigmatic model, including causal conditions (basic skills, teaching, supervision, and evaluation), the central phenomenon (empathetic abilities in care), strategies for fostering empathetic communication (material and emotional support), contextual factors (work environment in hospitals and clinics, job satisfaction, and the role of clinical supervisors), intervening conditions (personal and psychological characteristics, lifestyle), and outcomes (individual and institutional). The findings indicate that enhancing empathetic attitudes among residents improves the quality of healthcare services. Accordingly, developing human skills alongside specialized knowledge, formally assessing these abilities, adhering to international standards, reducing dissatisfaction and burnout, and fostering supportive and constructive relationships are effective strategies for promoting these skills among internal medicine residents.

Cite this Article:

Rahimi Khalilollahi, SH. Samadi, P. Ahmadi, P. (2025) Identifying the influencing process of the hidden curriculum on the formation of clinical empathy among the residents of the internal medicine department of Iranian universities of medical sciences: a qualitative study. Journal of Higher Education Curriculum Studies, *16*(31), 7–32. <https://doi.org/10.22034/hecs.2026.454913.1925>



© 2016 by Iranian Curriculum Association Press Publisher:

Iranian Curriculum Association Press

DOI: <https://doi.org/10.22034/hecs.2026.454913.1925>

Extended Abstract

Introduction

Clinical empathy—the ability to understand patients' emotions, thoughts, and perspectives and to respond with appropriate emotional and behavioural support—is a cornerstone of effective medical practice. It has been consistently associated with improved diagnostic accuracy, higher patient satisfaction, better treatment adherence, reduced medical errors, and lower litigation risks. Despite its recognised importance, a growing body of evidence indicates that empathy among medical trainees tends to decline as they progress through their training, particularly during residency. This decline is often attributed not to the formal (explicit) curriculum, but rather to the hidden curriculum—the set of implicit, unplanned, and often unintended lessons that emerge from the organisational, social, cultural, and interpersonal dynamics of clinical learning environments.

The hidden curriculum in medical education conveys values, attitudes, and behaviours through role modelling, institutional practices, evaluation systems, and the everyday interactions that occur in hospitals, clinics, and other training settings. It can either reinforce or undermine the explicit teachings of professionalism, ethics, and humanistic care. Among the many competencies shaped by the hidden curriculum, clinical empathy is particularly vulnerable, as it is rarely assessed formally and often competes with the overwhelming emphasis on technical skills, efficiency, and biomedical knowledge.

In the Iranian context, despite the increasing number of medical graduates, concerns about the erosion of humanistic values and the quality of physician-patient relationships have grown. Residents in internal medicine, who manage complex and chronically ill patients, are especially in need of strong empathetic skills. However, no previous study has systematically explored how the hidden curriculum influences the development of clinical empathy specifically among internal medicine residents in Iranian universities of medical sciences. This qualitative study was therefore designed to fill this gap, using a grounded theory approach to uncover the processes, mechanisms, and contextual factors that shape empathetic behaviour in this population.

Methodology

This applied qualitative study employed a grounded theory design, following the paradigmatic model of Strauss and Corbin (1998), to explore the influencing process of the hidden curriculum on the formation of clinical empathy among internal medicine residents.

Participants and Sampling: The study population comprised all internal medicine residents (specialising in internal medicine, infectious diseases, paediatrics, and cardiology) at medical universities in Tehran, Iran. A purposeful criterion-based sampling strategy was used, selecting residents who were in their third year of specialty training, as they had sufficient clinical exposure and experience to provide rich, informed insights. Data collection continued until theoretical saturation was achieved, which occurred after interviewing 22 residents (10 females, 12 males). Participants' ages ranged from 27 to 38 years, and they represented multiple universities, including Shahid Beheshti, Tehran, Iran, and Baqiyatallah.

Data Collection: Semi-structured in-depth interviews were conducted by the lead researcher. Each interview lasted between 30 and 60 minutes (average 45 minutes) and explored participants' experiences regarding the factors and conditions that facilitated or hindered the development of empathetic relationships with patients. Probes and follow-up questions were used to elicit deeper reflections on causal factors, contextual influences, strategies, and outcomes. All interviews were audio-recorded and transcribed verbatim.

Data Analysis: Data analysis followed the three-stage coding process of grounded theory: open coding (identifying initial concepts and categories), axial coding (relating categories to their causal, contextual, intervening, strategic, and consequential conditions), and selective coding (integrating categories around a core phenomenon to develop a substantive theory). To ensure trustworthiness, Guba and Lincoln's four criteria were applied: credibility (member checks with four participants), dependability (inter-coder agreement between two independent researchers), confirmability (peer review by subject experts), and transferability (sharing findings with relevant specialists for feedback).

Findings

From the analysis, 13 main categories emerged, which were organised within the paradigmatic model around the core phenomenon: **empathetic abilities in care**.

Causal conditions were identified as three major categories: *basic skills* (including communication, active listening, emotional regulation, and understanding patients' conditions); *teaching* (standardised teaching methods, creating supportive learning environments, clear definitions of clinical empathy, and use of advanced technology); and *supervision and evaluation* (assessment of empathetic behaviour among residents and faculty, clear supervisory guidelines, and unified evaluation tools). Participants

stressed that empathy is rarely taught systematically, and when it appears in formal objectives, it is not effectively translated into practice.

The **central phenomenon**—*empathetic abilities in care*—comprised three dimensions: cognitive empathy (understanding patients' thoughts and emotions), attitudinal empathy (self-control, professional strength, stress management), and skill-based empathy (critical thinking, correct application of knowledge). These abilities enabled residents to respond appropriately to patients' needs while maintaining professional composure.

Contextual conditions that shaped empathy included: the *work environment* in hospitals and clinics (crowded, under-resourced, poorly designed physical spaces that contributed to fatigue and frustration); *job satisfaction* (factors such as workload, burnout, emotional exhaustion, and lack of adequate rest); and the *role of clinical supervisors* (faculty and senior residents as role models, whose behaviour—whether empathetic or dismissive—heavily influenced residents' own approaches). Participants reported that stressful, unsupportive environments undermined their capacity for empathy.

Intervening conditions consisted of personal and psychological characteristics (personality traits, emotional intelligence, prior life experiences, and moral identity) and lifestyle factors (family upbringing, cultural background, and daily habits). These either facilitated or hindered the development of empathetic behaviours, sometimes overriding the effects of formal training.

Strategies for fostering empathetic communication were grouped under supportive factors: *material support* (adequate salaries, reasonable working hours, health benefits, and institutional welfare) and *spiritual/emotional support* (societal respect for physicians, cultural values, psychological well-being, and reduced stress). Residents consistently indicated that when their basic needs were unmet, they lacked the emotional energy to engage empathetically with patients.

Outcomes of successful empathy formation were twofold: *individual* (personal growth, improved social and communication skills, reduced errors, and lower legal liability) and *institutional* (more empathetic, committed physicians, enhanced healthcare service productivity, and better patient outcomes).

Discussion and Conclusion

This study provides compelling evidence that the hidden curriculum profoundly shapes clinical empathy among internal medicine residents through multiple interconnected pathways. The findings confirm that empathy is not merely an innate trait but a learnable competency, yet one that is

systematically neglected in formal curricula. The predominance of biomedical and technical training, coupled with the absence of explicit empathy assessment, sends a powerful hidden message that empathetic care is peripheral to “real” medical practice. This aligns with previous international research, which has consistently documented the erosion of empathy during medical training.

The study also highlights the critical role of clinical supervisors as both gatekeepers and role models. Residents learn far more from observing faculty behaviour than from didactic lectures. When supervisors demonstrate empathy, respect, and effective communication, residents internalise these behaviours; when they do not, cynicism and detachment become normalised. Thus, faculty development programmes that cultivate empathetic role modelling are essential.

Material and spiritual support emerged as key enabling strategies. Chronic stress, low pay, excessive workloads, and poor working conditions deplete residents’ emotional reserves, making empathy difficult to practise. Addressing these systemic issues is a prerequisite for any educational intervention aimed at enhancing humanistic care. Furthermore, the physical environment of hospitals—lighting, noise, spatial layout—was unexpectedly influential, suggesting that architectural and design improvements could contribute to a more empathetic climate.

Intervening personal and lifestyle factors remind us that residents are not blank slates; their prior upbringing, cultural values, and personality traits moderate how they respond to the hidden curriculum. This points to the need for personalised support and mentoring rather than a one-size-fits-all approach.

In conclusion, the hidden curriculum in Iranian medical residency programmes, particularly in internal medicine, exerts a powerful and often negative influence on the development of clinical empathy. To reverse this trend, policymakers and curriculum planners must take deliberate actions: embed empathy training longitudinally across the curriculum; design formal assessment tools that evaluate empathetic behaviours; provide adequate material and psychological support for residents; train clinical supervisors in humanistic teaching and role modelling; and improve the physical and organisational conditions of clinical environments. By making the hidden curriculum visible and intentionally aligning it with the explicit values of compassionate, patient-centred care, medical education can produce physicians who are not only technically competent but also deeply humane—ultimately improving both patient outcomes and the well-being of healthcare providers themselves. Future research should evaluate the effectiveness of targeted interventions and explore the perspectives of patients and other stakeholders to further enrich this understanding.

شناسایی فرایند تأثیرگذاری برنامه درسی پنهان بر شکل گیری همدلی بالینی دستیاران گروه داخلی دانشگاه های علوم پزشکی ایران: یک مطالعه کیفی

شهلا رحیمی خلیل الهی*، پروین صمدی**، پروین احمدی***

*دکتری برنامه ریزی درسی، گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران. رایانامه: shahla.rahimi8991@gmail.com

**استاد گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران (نویسنده مسئول). رایانامه: psamadi@alzahra.ac.ir

***دانشیار گروه مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء (س)، تهران، ایران. رایانامه: pahmadi@alzahra.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف این پژوهش، بررسی چگونگی تأثیر برنامه درسی پنهان بر شکل گیری همدلی بالینی در دستیاران گروه داخلی دانشگاه های علوم پزشکی ایران است. این مطالعه با رویکرد کیفی و بهره گیری از نظریه داده بنیاد انجام شده است. ابزار گردآوری داده ها مصاحبه های نیمه ساختاریافته بود و نمونه گیری به روش هدفمند ملاکی تا رسیدن به اشباع نظری صورت گرفت. در این راستا، ۲۲ نفر از دستیاران گروه داخلی دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران مورد مصاحبه قرار گرفتند. داده های حاصل از کدگذاری باز، محوری و انتخابی به ۱۳ مقوله اصلی دسته بندی شدند که در قالب مدل پارادایمی شامل شرایط علی (مهارت های پایه، تدریس، نظارت و ارزیابی)، مقوله کانونی (توانایی های همدلانه در مراقبت)، راهبردهای شکل گیری ارتباط همدلانه (حمایت های مادی و معنوی)، زمینه (محیط کاری بیمارستان ها و درمانگاه ها، رضایت شغلی، و نقش سرپرستان بالینی)، شرایط مداخله گر (ویژگی های شخصیتی و روانی، سبک زندگی) و پیامدها (فردی و دانشگاهی) سازمان دهی شدند. یافته ها نشان می دهد که تقویت رویکرد همدلانه در دستیاران، کیفیت خدمات درمانی را بهبود می بخشد. بر این اساس، آموزش مهارت های انسانی در کنار دانش تخصصی، ارزیابی رسمی این توانایی ها، رعایت استانداردهای بین المللی، کاهش نارضایتی و فرسودگی شغلی، و ایجاد روابط حمایتی و سازنده، از راهکارهای مؤثر در توسعه این مهارتها محسوب می شوند.

نوع مقاله:

علمی-پژوهشی

واژگان کلیدی: آموزش

پزشکی، برنامه درسی
پنهان، دستیاران، همدلی
بالینی، گروه داخلی.

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۰

استناد به این مقاله:

شهلا رحیمی خلیل الهی، پروین صمدی، پروین احمدی (۱۴۰۳). شناسایی فرایند تأثیرگذاری برنامه درسی پنهان بر شکل گیری همدلی بالینی دستیاران گروه داخلی دانشگاه های علوم پزشکی ایران: یک مطالعه کیفی. *دوفصلنامه مطالعات برنامه درسی آموزش عالی*. انجمن مطالعات برنامه درسی ایران: ۱۶ (۳۱)، ۳۲-۳۷.

doi: 10.22034/hecs.2026.454913.1925/



© انجمن مطالعات برنامه درسی ایران

ناشر: انجمن مطالعات برنامه درسی ایران

مقدمه

در دوره دستیاری، پزشکان باید حجم قابل توجهی از دانش، توانمندی‌های درمانی، و مهارت‌های ارتباطی را فراگیرند و درک جامعی از نقش خود به عنوان پزشک به دست آورند. یکی از مهارت‌های کلیدی در برقراری ارتباط مؤثر میان پزشک و بیمار، همدلی بالینی است. این ویژگی به عنوان توانایی درک عاطفی و شناختی حالات روانی بیماران، شامل احساسات، افکار و انگیزه‌ها و پاسخ‌دهی به آن‌ها با واکنش‌های مناسب هیجانی (Decety, 2020)؛ ارتباط شفاف، مؤدبانه و گرم با بیماران (Bredicean et al., 2021) تعریف می‌شود. دستیاران با بهره‌گیری از این توانمندی‌ها، می‌توانند با ایجاد احساس همدلی و اعتماد، وظایف حرفه‌ای خود را به‌درستی انجام دهند (Rider, Hinrichs & Lown, 2006). ارتباط همدلانه در محیط بالینی، در تشخیص و مراقبت از بیماران نقش مؤثری ایفا کرده و به کارگیری صحیح آن می‌تواند منافع بسیاری برای پزشک و بیمار به همراه داشته باشد. از جمله این منافع می‌توان به تشخیص زودهنگام بیماری‌ها، حل مشکلات پیچیده، صرفه‌جویی اقتصادی، کاهش نیاز به تلاش‌های عاطفی، افزایش بهره‌وری در ارائه خدمات بهداشتی، پذیرش بهتر بیماران، کاهش درگیری‌های قانونی در حوزه پزشکی، کاهش استرس و فرسودگی شغلی، افزایش رضایت شغلی پزشکان، کاهش میزان انصراف از تحصیل دانشجویان پزشکی افزایش رضایتمندی بیماران، همکاری و تمکین بهتر بیماران اشاره کرد (Zachariae et al., 2003؛ Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004؛ Colliver et al., 2010؛ Preusche, 2016؛ Ozcan, Oflaz & Sutcu Cicek, 2010, 2012).

توانایی‌های همدلانه در مراقبت از بیمار تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد. این عوامل شامل نوع‌دوستی، مهارت‌های ارتباطی، صبر، شوخ‌طبعی، شخصیت فردی و تجربیات آموزشی پیشین است. همچنین عواملی همچون سن، تحصیلات، جنسیت، نگرش، شرایط محیط کاری، ذهن آگاهی و پیشینه فرهنگی و اجتماعی-اقتصادی دانشجویان پزشکی نیز تأثیر گذار هستند (Williams, 2014؛ Brown, McKenna et al., 2012؛ Walker, 2008؛ Yu & Kirk, 2020؛ Fuentes et al., 2020؛ Haider et al., 2020). علاوه بر این، ویژگی‌های شخصیتی-روانی افراد و برنامه‌درسی پنهان (Redelmeier, Najeeb & Etchells, 2021؛ Pohontsch, Stark, Ehrhardt) نیز از جمله عوامل مؤثر بر این توانمندی هستند (Chhabra, Chhabra & Archer, 2021؛ et al., 2018).

انتظار عمومی از پزشکان این است که علاوه بر مهارت‌های تشخیصی، از ویژگی‌هایی چون همدلی و نوع‌دوستی نیز برخوردار باشند. با این حال، در حال حاضر، در بسیاری از مراکز آموزشی پزشکی، تأکید بیشتر بر مهارت‌های بالینی و تشخیصی است و پزشکان فارغ‌التحصیل اغلب فاقد توجه لازم به مسائل انسانی بیماران هستند. به عبارت دیگر، محیط‌های آموزشی پزشکی فاقد فضای کافی برای پرورش همدلی هستند (Coulehan, 2005). علیرغم مزایای فراوان این ویژگی، تحقیقات نشان داده‌اند که توانایی ایجاد ارتباط همدلانه دانشجویان پزشکی در طول دوره تحصیل با افزایش سنوات تحصیلی کاهش می‌یابد. این کاهش ممکن است ناشی از تأثیرات برنامه درسی پنهان باشد (Holmes, Miller & Regehr, 2017؛ Laughy, Brown, Dueñas, 2020؛ Hafferty & Franks, 1994؛ Ahmadian Yazdil et al., 2019؛ Williams et al., 2015؛ Shashikumar et al., 2014).

برنامه‌درسی پنهان به یادگیری‌هایی اطلاق می‌شود که از قبل طراحی نشده‌اند و اجتناب از آن‌ها نیز غیر ممکن است. این یادگیری‌ها می‌توانند به طور گسترده و پایدار بر نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای یادگیرندگان تأثیرگذار باشند. برنامه درسی پنهان از طریق ابعاد سازمانی، بین‌فردی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی قابل تبیین است (Lawrence, Mhlaba & Kearsley, 2018). این نوع برنامه-درسی، به ویژه هنگامی که با برنامه‌درسی رسمی ترکیب می‌شود، به صورت ضمنی باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی را منتقل می‌کند که در فرایند آموزشی از جانب اساتید به دانشجویان منتقل می‌شود و معمولاً در برنامه‌های رسمی پیش‌بینی نمی‌شوند (Rogers et al., 2012). در زمینه پزشکی، برنامه‌درسی پنهان مجموعه‌ای از آموزه‌های اخلاقی و ارزشی است که پزشکان غالباً به طور غیرمستقیم و

ضمنی در طول تحصیل خود یاد می‌گیرند. این یادگیری‌ها به عنوان مبنای تعاملات و ارتباطات آینده پزشکان با بیماران، همکاران و هم‌سالان آن‌ها عمل می‌کند (Hopkins, Saciragic, Kim et al., 2016؛ Beach, Shalev, Steven et al., 2020).

رویکرد همدلانه در تعامل با بیماران یکی از جنبه‌های انسانی و ارزشی است که برنامه‌درسی پنهان در انتقال آن نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. این برنامه درسی از روابط دانشجویان با یکدیگر، استادان، کارکنان دانشگاه و جو کلی محیط آموزشی تأثیر می‌پذیرد. تعاملات اجتماعی و روان‌شناختی در محیط‌های دانشگاهی، به‌ویژه ارتباطات میان دانشجویان و اساتید، از ابعاد مؤثر برنامه درسی پنهان هستند که می‌توانند احساسات، نگرش‌ها و باورهای دانشجویان را تحت تأثیر قرار دهند (Zamanzadeh, Nateghi & Seifi, 2017). اساتید با دانش و آگاهی کافی، از طریق تدریس تعاملی، ارتباطات مؤثر، مهارت خودارزیابی و داشتن توانایی در انتقاد از خود، ایجاد محیطی گرم و حمایتی و تشویق دانشجویان به مشارکت فعال می‌توانند در شکل‌گیری رفتارهای همدلانه نقش کلیدی ایفا کنند. به ویژه اساتیدی که نسبت به دیگر همکاران خود مهارت‌های ارتباطی همدلانه بیشتری از خود نشان می‌دهند، با ویژگی‌هایی همچون پذیرش، احترام و همکاری در برخورد با دانشجویان، می‌توانند تأثیرات مثبتی بر روند آموزش مراقبت انسان محورانه دانشجویان خود بگذارند (Brunero, Lamont & Coates, 2010).

برنامه‌درسی پنهان تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد، از جمله ساختار اقتصادی-اجتماعی، متغیرهای اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و شخصیتی، فناوری، ساختار آموزشی، روش‌های تدریس و ارزشیابی، روابط درون دانشگاه، محیط فیزیکی و قوانین حاکم بر محیط آموزشی. این عوامل می‌توانند در شکل‌گیری نگرش‌های حرفه‌ای و حتی رفتارهای اخلاقی در دانشجویان پزشکی تأثیرگذار باشند و در نهایت بر نحوه نگاه آنان به حرفه پزشکی و تعاملات آینده‌شان با بیماران تأثیر گذارند (Talebi & Sharifi Fadji, 2017؛ London, 2017؛ Rolinga, Lutz, Edelhäuser et al., 2020؛ Javadipour & Rahimi, 2016؛ 2015). در محیط‌های پزشکی، برنامه‌درسی پنهان در فضاهای مختلفی مانند کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، اتاق‌های عمل، غذاخوری، سالن‌های سخنرانی، آسانسور و کافه تریا منتقل می‌شود، این تعاملات می‌توانند تأثیرات آموزشی عمیقی داشته باشند و باعث شکل‌گیری بخش زیادی از آموخته‌های دانشجویان خارج از چارچوب برنامه‌درسی آشکار شوند. بنابراین ضروری است که برنامه‌ریزان آموزشی در نظام‌های پزشکی، با شناسایی و اصلاح بخش‌های پنهان برنامه‌درسی، به دنبال بهبود کیفیت آموزش پزشکی و تضمین تغییرات بنیادی در فرهنگ آموزشی پزشکی باشند (Tekian, 2009؛ 2018؛ 2019؛ Lehmann, Sulmasy & Desai, 2018؛ Silva, Campos, Schweller et al., 2019).

مطالعات بسیاری در مورد برنامه درسی پنهان در سطوح مختلف آموزشی انجام شده است، اما پژوهش‌های مرتبط با آموزش پزشکی و تأثیر آن بر رویکرد همدلانه در تعامل با بیماران به‌ویژه در سطح دستیاران پزشکی، محدود است. به طور مثال تحقیق Butler et al. (2021) به بررسی تجارب منفی مرتبط با برنامه درسی پنهان در میان دستیاران داروسازی پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد که دانشجویانی که فرسودگی شغلی بیشتری داشتند، تجربیات منفی بیشتری از برنامه درسی پنهان گزارش کردند. این نتایج بر لزوم توسعه فرهنگ‌هایی تأکید دارند که تأثیرات منفی این برنامه را کاهش دهند و کیفیت آموزش را بهبود بخشند. در مطالعه‌ای دیگر، Atta & Ijaz (2021) نشان دادند که دانشجویان پزشکی بیشترین میزان فرسودگی شغلی را تجربه کرده‌اند و در نتیجه، همدلی کمتری را گزارش کرده‌اند. این مطالعه رابطه منفی بین فرسودگی شغلی، برنامه درسی پنهان و همدلی را نشان می‌دهد. همچنین، Costa-Drolon, Verneuil, Manolios et al. (2021) در تحقیقی با هدف بررسی دیدگاه‌های دانشجویان پزشکی از همدلی، به این نتیجه رسیدند که مفهوم همدلی در میان دانشجویان پزشکی به طور کامل درک نمی‌شود و آن‌ها در مورد فواید آن شک و تردید دارند. به علاوه، عدم همدلی معمولاً از طریق برنامه درسی پنهان منتقل می‌شود. Laughy, Brown, Dueñas et al. (2021) در زمینه همدلی در آموزش پزشکی نشان داد که الگوبرداری منفی، ارزیابی همدلی و رویکردهای آموزشی جدید مانند توجه به هنر و علوم انسانی می‌توانند در تقویت همدلی دانشجویان پزشکی با بیماران مؤثر باشند. در همین راستا، پژوهش Zgheib, Dimassi, Arawi et al. (2020) نشان داد که اصلاحات برنامه‌درسی می‌تواند تأثیرات مثبتی بر محیط یادگیری، همدلی

دانشجویان و برنامه‌درسی پنهان داشته باشد. یک برنامه درسی منسجم، مبتنی بر نظریه‌ها و شیوه‌های آموزشی صحیح می‌تواند تحولاتی در نگرش‌ها، ارزش‌ها و تجربیات دانشجویان پزشکی ایجاد کند. همچنین پژوهش Shashikumar, Chaudhary, Ryali et al. (2020) به شناسایی مؤلفه‌های اصلی برنامه‌درسی پنهان در آموزش پزشکی و روابط متقابل بین آن‌ها پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد که ساختارهای سازمانی، فرهنگ محیط‌های آموزشی و رویکردهای تدریس می‌توانند تأثیرات مثبت و مؤثری بر آموزش پزشکی داشته باشند. در همین راستا، Wright, Boyd & Ginsburg (2019) در پژوهشی به بررسی نقش ارزیابی در یادگیری رفتارهای همدلانه پرداخته و به این نتیجه رسیدند که ارزیابی همدلی می‌تواند به تقویت این رفتار در دانشجویان کمک کند. در حالی که ارزیابی همدلی کار دشواری است، زیرا این رفتار معمولاً ارزیابی نمی‌شود، این موضوع پیام نادرستی به دانشجویان منتقل می‌کند. و ممکن است باعث کاهش ارزش روابط همدلانه گردد. پژوهش Silveira, Campos, Schweller et al. (2019) نیز تأثیرات برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری هویت حرفه‌ای دانشجویان پزشکی را مورد بررسی قرار داد. نتایج این تحقیق نشان داد که نخستین گام در طراحی مداخلات آموزشی مؤثر، درک ارتباطات بومی بین برنامه‌درسی پنهان و شکل‌گیری هویت حرفه‌ای است. همچنین تأکید شد که باید هماهنگی میان فعالیت‌های نظری و عملی در برنامه‌های آموزشی وجود داشته باشد. این مطالعه به اهمیت همخوانی گفتار و عمل اساتید اشاره کرد. ، به طوری که اساتید باید ارتباط معنادار و اخلاقی با حرفه خود داشته و آن را در رفتار خود به دانشجویان منتقل کنند. پژوهش Kurtz, Steenbergh, Kessler et al. (2019) در مورد «ارتقای حس کنجکاوی همدلانه در جراحی» نشان داد که شناخت ارزش بیماران در داخل و خارج بیمارستان برای ارائه مراقبت جراحی عالی اهمیت زیادی دارد. در محیط عمل جراحی، دو نیاز عمده بیماران که برآورده نمی‌شوند عبارتند از: درمان انسان‌گرایانه و ارتباط شفاف. طراحی برنامه‌های آموزشی جراحی که کنجکاوی همدلانه را تقویت کنند، ضروری است. نتایج پژوهش Lehmann, Sulmasy & Desai (2018) نشان داد که بین آنچه که به دانشجویان پزشکی در مورد ارزش‌ها و رفتارهای اخلاق حرفه‌ای آموزش داده می‌شود و آنچه که در رفتارهای حرفه‌ای اساتید مشاهده می‌شود، تضاد وجود دارد. برنامه‌درسی پنهان در پزشکی فرصتی برای تغییر در آموزش و حتی فرهنگ پزشکی فراهم می‌کند.

Han & Pappas (2017) در مطالعه‌ای نشان دادند که همدلی در طول سال‌های تحصیل دانشجویان کاهش می‌یابد و فقدان آموزش رسمی در ارتباطات بیمار (همدلی) مشکلات خاصی برای دانشجویان جراحی ایجاد می‌کند. Kalantary, Chehrehgosha, Shirazi et al. (2018) نیز به بررسی تجربیات دانشجویان در آموزش حرفه‌ای با استفاده از برنامه‌درسی پنهان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که محیط‌های آموزشی پزشکی دارای هویت فرهنگی خاصی هستند که مفاهیم "خوب" و "بد" را تعریف می‌کند. چالش اصلی برای متخصصان آموزش پزشکی این است که پیام‌های منتقل‌شده از طریق ساختارها و تجربیات دانشجویان را درک کنند. در پژوهش کیفی Doja, Bold, Clarkin et al. (2016) نقش برنامه‌درسی پنهان و غیررسمی در آموزش مداوم تحلیل شد. نتایج این پژوهش نشان داد که چالش‌های مرتبط با برنامه‌درسی پنهان نه تنها در تمامی مراحل آموزش دانشجویان بلکه در میان اعضای هیأت علمی نیز مشاهده می‌شود. آگاهی از تأثیرات این برنامه‌ها در سیستم آموزشی می‌تواند به مدیریت و کاهش تعارضات ناشی از مواجهه دانشجویان با ارزش‌های متناقض کمک کند.

Hopkins, Saciragic, Kim et al. (2016) در پژوهشی با عنوان «افشای درس‌های ناخواسته برنامه‌درسی پنهان در آموزش پزشکی» به این نتیجه رسیدند که معرفی مفهوم برنامه‌درسی پنهان به دانشجویان سال سوم پزشکی درک آن‌ها را به طور چشمگیری بهبود می‌بخشد و اهمیت این برنامه‌درسی را نمایان می‌سازد. در مطالعه‌ای دیگر Liao, Thomas & Bell (2014) به بررسی خطرات برنامه‌درسی پنهان پرداخته و به این نتیجه رسیدند که اساتید پزشکی ممکن است تلاش کنند با استفاده از برنامه‌های درسی، سلامت بیماران را ارتقاء دهند، اما برنامه‌درسی پنهان به عنوان یک عامل پرنفوذ، رفتار دانشجویان پزشکی را شکل می‌دهد. پژوهش

Ahmadian Yazdi, Kamran, Matin et al. (2023) نیز به بررسی ارتباط بین همدلی بالینی، کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی در دانشجویان پزشکی پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که وضعیت دانشجویان از نظر این سه متغیر چندان مطلوب نیست و برنامه‌های غیر درسی برای بهبود سازگاری دانشجویان با موقعیت‌های شغلی و ارتقای همدلی بالینی ضروری است. بر اساس شواهد موجود، به نظر می‌رسد که در دانشگاه‌های علوم پزشکی، به‌ویژه در میان دستیاران پزشکی، توجه کافی به روابط همدلانه در عرصه درمان صورت نمی‌گیرد. همدلی دستیاران با بیماران می‌تواند موجب کاهش استرس شغلی، افزایش دقت و صلاحیت بالینی، و مدیریت مؤثرتر بیماران شود. این امر همچنین باعث افزایش احساس موفقیت و رضایت حرفه‌ای آن‌ها خواهد گردید. به همین دلیل، انتظار می‌رود که سیستم آموزش پزشکی علاوه بر آموزش دانش کافی در زمینه پزشکی، پزشکانی تربیت کند که از نظر انسانی نیز دارای توانایی‌های مناسب در برقراری ارتباط با بیماران باشند. با وجود اهمیت این ویژگی در آموزش پزشکی و مراقبت از بیماران، اکثر مطالعات نشان می‌دهند که شکل‌گیری این خصیصه در دستیاران پزشکی به دلیل تأثیرات برنامه‌درسی پنهان با چالش‌های زیادی مواجه است. به‌ویژه در گروه‌های داخلی، این خصیصه تحت تأثیر تربیت، فرهنگ و تجربیات قبلی قرار می‌گیرد. همچنین، دستیاران این گروه در دوره آموزشی خود در معرض شرایطی قرار می‌گیرند که به طور غیرمستقیم باورها و اصول اخلاقی خاصی را می‌آموزند که تأثیر زیادی بر شکل‌گیری ویژگی‌های انسانی آنان دارد. تا کنون تحقیقی در مورد چگونگی تأثیر برنامه‌درسی پنهان بر این ویژگی در دستیاران گروه داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران انجام نشده است. به همین دلیل، این پژوهش به شناسایی فرایند تأثیرگذاری برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری همدلی در دستیاران گروه داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی با رویکرد داده بنیاد پرداخته شد.

روش پژوهش.

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و کیفی است. هدف این مطالعه بررسی تأثیر برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران گروه داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی است. با توجه به هدف پژوهش که بر فرایند و کنش‌های مربوط به این تأثیرگذاری متمرکز است، نظریه داده بنیاد به عنوان چارچوب نظری انتخاب شده است. این نظریه به تحلیل روابط بین مؤلفه‌های مختلف و درک چگونگی ارتباط آن‌ها با یکدیگر می‌پردازد. محققان در این پژوهش از رویکرد پارادایمی Strauss & Corbin استفاده کرده‌اند.

مشارکت کنندگان پژوهش و روش انتخاب مشارکت کنندگان

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دستیاران دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهر تهران می‌باشد. برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. در این تحقیق، تعداد ۲۲ نفر از دستیاران به عنوان مصاحبه‌شوندگان انتخاب شدند. ملاک انتخاب این افراد، بودن آن‌ها در سال سوم دوره تخصصی دکترای گروه داخلی شامل تخصص‌های داخلی، عفونی، کودکان، قلب و عروق بوده است. دلیل انتخاب این گروه از دستیاران این است که رشته داخلی از رشته‌های اصلی پزشکی است و دستیاران سال سوم به دلیل تجربه و آشنایی کامل با محیط‌های آموزشی و بالینی، اطلاعات غنی و مفیدی در این زمینه ارائه می‌دهند. از میان مصاحبه‌شوندگان ۱۰ نفر زن و ۱۲ نفر مرد بودند، مشخصات مشارکت‌کنندگان در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول شماره (۱): مشخصات مشارکت‌کنندگان

کدها	جنسیت	رشته	سن	نام دانشگاه
۱	زن	داخلی	۳۰	شهید بهشتی
۲	زن	داخلی	۲۷	شهید بهشتی
۳	زن	داخلی	۳۱	شهید بهشتی

کدها	جنسیت	رشته	سن	نام دانشگاه
۴	مرد	داخلی	۳۴	تهران
۵	زن	کودکان	۳۳	شهید بهشتی
۶	مرد	داخلی	۲۸	تهران
۷	مرد	داخلی	۳۷	ایران
۸	مرد	داخلی	۳۲	تهران
۹	زن	کودکان	۳۸	ایران
۱۰	مرد	داخلی	۳۱	ایران
۱۱	زن	داخلی	۳۲	شهید بهشتی
۱۲	مرد	داخلی	۲۸	بقیه الله
۱۳	مرد	قلب و عروق	۳۱	تهران
۱۴	مرد	کودکان	۳۱	تهران
۱۵	زن	داخلی	۳۳	تهران
۱۶	مرد	داخلی	۳۲	شهید بهشتی
۱۷	مرد	داخلی	۳۵	تهران
۱۸	زن	بیماری‌های عفونی و گرمسیری	۳۵	تهران
۱۹	زن	قلب و عروق	۳۵	تهران
۲۰	مرد	قلب و عروق	۳۳	شهید بهشتی
۲۱	زن	کودکان	۳۱	شهید بهشتی
۲۲	مرد	داخلی	۳۰	شهید بهشتی

ابزار و شیوه اجرای پژوهش

در این پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه عمیق نیمه‌ساختارمند بود. در طی مصاحبه‌ها با مشارکت کنندگان، از آن‌ها درباره تجارب‌شان در خصوص عوامل و علل مؤثر در شکل‌گیری روابط همدلانه، همچنین پیامدهای این روابط، سوالاتی مطرح شد. برای هدایت مباحث و رسیدن به مقوله‌های مرتبط با پدیده، پرسش‌های تکمیلی نیز ارائه گردید. این فرایند به‌گونه‌ای طراحی شد که با مرور و تحلیل چندین باره مصاحبه‌ها، درک دقیق‌تری از دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان حاصل شود. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، یعنی زمانی که اطلاعات جدیدی از داده‌ها حاصل نشد. فرایند تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها و در سه مرحله انجام شد: ۱- کدگذاری باز؛ ۲- کدگذاری محوری؛ ۳- کدگذاری انتخابی. مدت زمان هر مصاحبه به طور متوسط بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و با میانگین ۴۵ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط محقق انجام و سپس پیاده‌سازی شد. برای تأمین روایی و

پایایی پژوهش از چهار شاخص گوبا و لینکلن^۱ ۱۹۸۰ اعتبار^۲، اعتماد^۳ (قابلیت اطمینان)، تأییدپذیری^۴ و انتقالپذیری^۵ استفاده شد (Creswell, 2017). برای تأمین اعتبار پذیری، از روش کنترل اعضاء شرکت کننده استفاده شد. بدین صورت که گزارش پایانی فرآیند تحلیل داده‌ها و مقوله‌های حاصل به همراه متن مصاحبه برای چهار نفر از شرکت کنندگان ارسال و نظرات آن‌ها دریافت شد. برای تأمین قابلیت اطمینان، از روش توافق بین کدگذاران استفاده شد، به این معنا که دو نفر از پژوهشگران به‌طور مستقل داده‌ها را کدگذاری کرده و توافق بین آن‌ها بررسی شد. برای تأمین تأییدپذیری، از روش مرور و بازخورد هم‌تایان استفاده شد. به‌طور خاص، متخصصین موضوع پژوهش نتایج و تحلیل‌ها را مرور کردند و نظرات خود را ارائه دادند. به‌منظور تأمین انتقال‌پذیری، یافته‌های پژوهش در اختیار متخصصین و صاحب‌نظران در زمینه‌های مرتبط با پژوهش قرار گرفت تا نظرات و ارزیابی‌های آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

یافته‌ها

در این پژوهش برای پاسخ به سوال اصلی که بررسی تأثیر برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران گروه داخلی بود، داده‌های کیفی از طریق مصاحبه نیمه‌ساختارمند با ۲۲ نفر از دستیاران جمع‌آوری شد. پس از ضبط و پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها به صورت سطر به سطر تحلیل شدند. در این مرحله، مفاهیم و مقولات استخراج و سپس کدهای باز، محوری و انتخابی براساس ویژگی‌های مشترک و روابط مفهومی آن‌ها شناسایی شدند. برای تحلیل این داده‌ها، از روش‌های تحلیل (1998) Strauss & Corbin استفاده شد.

شرایط علی: در بخش شرایط علی، مقوله‌هایی شناسایی شدند که به طور مستقیم بر پدیده محوری تأثیر می‌گذارند یا در ایجاد و توسعه آن نقش دارند. این مقولات از طریق بررسی دقیق داده‌ها و حوادث مرتبط شناسایی گردیدند. نتایج مربوط به این مقولات در جدول ۲ ارائه شده است.

¹ Guba & Lincoln

² Credibility

³ Dependability

⁴ Confirmability

⁵ Transferability

جدول ۲: کدهای باز و مقوله‌های مربوط به شرایط علی

کد گزینشی	کد محوری	کد باز
تربیت علی	مهارت‌های پایه	وجود عنوان همدلی در اهداف و رسالت برنامه/محتوای متناسب و مدون/ تاثیر آموزش‌های طولی/نقش هنر و علوم انسانی/ ضرورت توجه به اخلاق حرفه‌ای/ توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های اجتماعی/توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی نظام آموزشی پزشک/ضرورت توجه و آموزش مسئولیت‌پذیری/ توجه و درک شرایط موجود بیمار/ توجه به مهارت‌های ارتباط بین فردی/توجه به ضرورت حفظ حریم خصوصی بیمار/ توجه به ضرورت احترام به بیمار/ ضرورت برقراری ارتباط صادقانه با بیمار/ آموزش مهارت‌های کنترل استرس/ درک احساسات بیمار/ میزان مسئولیت پذیر بودن دستیاران/ ضرورت توجه به حفظ احترام دستیاران/ توجه به ضرورت آموزش مسایل انسانی/ توانایی برقراری ارتباط موثر/ ضرورت توجه به آموزش تعاملات بین فردی/ ضرورت توجه به آموزش مهارت گوش دادن فعال/ توجه به مسایل مربوط به رفتار اجتماعی/ ظهور رفتار سازگار با موقعیت توسط دستیار/ توجه به ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباط بین گروهی/ توجه به ضرورت مهارت‌های غیر کلامی/ توجه به ضرورت مهارت‌های ارتباط کلامی
	تدریس	توجه به رشد به همه جانبه دستیاران (دانش زیست پزشکی و روابط انسانی)/ ایجاد فضای مناسب یادگیری/ضرورت تعریف دقیق همدلی بالینی/یادگیری با فناوری پیشرفته/روش‌های تدریس استاندارد
	نظارت و ارزیابی	ارزشیابی رفتار همدلانه دستیاران/ارزشیابی رفتار همدلانه اساتید/تاثیر رفتار همدلانه در جذب (ترفیع، ارتقاء اساتید)/ وجود ابزار اندازه‌گیری واحد برای ارزشیابی دانش، مهارت و نگرش به صورت یکپارچه/ضرورت تدوین دستورالعمل‌های نظارتی و حمایتی/ارزشیابی از مهارت‌های ارتباطی/وجود قوانین نظارت و ارزشیابی رفتار پزشکان/تدوین منشور کارکرد دستیاران پزشکی

در این پژوهش، ۳ مقوله اصلی به عنوان شرایط علی مدل پارادایمی شناسایی شد: ۱-مهارت‌های پایه، ۲-تدریس، ۳-نظارت و ارزیابی. این مقولات به طور مستقیم بر فرایند شکل‌گیری ویژگی‌های انسانی در دستیاران گروه داخلی تأثیرگذار بودند. یکی از موضوعات کلیدی در این فرایند، توجه به فرآیند یاددهی-یادگیری است که در آموزش دستیاران گروه داخلی حائز اهمیت می‌باشد. در ادامه، به نمونه‌هایی از نقل‌قول‌های مرتبط با این بخش پرداخته می‌شود:

مشارکت کننده (۷) در این باره گفت: "شما هر کاری باید در برنامه درسی وارد کنی، منطبق بر یه برنامه‌ای باشه یعنی منابع یادگیری بگذاری، باید دروسی به صورت طولی تدریس شود با دو معارف اسلامی کسی مسلمان نمیشه اخلاق پزشکی کمه باید در تمام طول دوره باشه ۷ سال پزشکی باشه باید عین یه درس باهاشون کار بشه راند بشه، مهارت‌های پایه مفصله توی کتاب هم

نوشته شده ولی در ایران به صورت رسمی تدریس نمی‌شود و جز برنامه درسی نیست و همه اینا باعث میشه گیر کنی که جامعه مسئولیت‌پذیری برایش مهم نیست".

پدیده محوری: مقوله‌ای است که مقوله‌های دیگر در اطراف آن سازماندهی می‌شوند. این مقوله باید توانایی تحلیل و جذب مقوله‌های دیگر را داشته باشد تا ساختار تبیینی جامعی را شکل دهد. در فرآیند تحلیل داده‌ها، «توانایی‌های همدلانه در مراقبت» به عنوان پدیده محوری شناسایی گردید. نتایج مربوطه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. کدهای باز و مقوله‌های مربوط به پدیده محوری

کد گزینشی	کد محوری	کد باز
توانایی‌های همدلانه در مراقبت	همدلی شناختی	یادگیری نحوه درست فکر کردن/یادگیری شیوه‌های صحیح کسب دانش
	همدلی نگرشی	خودکنترلی/قدرت حرفه‌ای/بهبود روابط اجتماعی/فراگیری مهارت زمان/مهارت کنترل و تحمل استرس
	همدلی مهارتی	یادگیری شیوه درست عمل کردن به آموخته-ها/جهت گیری‌های مطالعات علمی/جهت گیری مهارت‌های مطالعه/یادگیری مهارت تفکر انتقادی

توانایی دستیاران در درک شرایط و احساسات بیماران به عنوان یکی از ابعاد اساسی در فرآیند آموزشی و حرفه‌ای شناخته می‌شود. این توانایی شامل ابعاد شناختی، نگرشی و مهارتی است که به دستیاران کمک می‌کند تا بتوانند ارتباط بهتری با بیماران برقرار کرده و نیازهای آن‌ها را بهتر درک کنند. مشارکت‌کننده (۳) در این زمینه اشاره کرد: "خیلی سخته بعضی وقتا واقعاً شرایط خیلی سخته حالا مثلاً به جوانی که سخته قلبی چیزی کرده باشه همه همراه‌ها مثلاً گریه میکنن توی اون لحظه باید تصمیم بگیری که کار اورژانسی مریض انجام بدی مثلاً تو اتاق احیاء میبری مثلاً باید داروهایی که اورژانسیه بزنی بنابراین نباید احساس برت غلبه کنه".

شرایط مداخله‌گر: به عواملی اطلاق می‌شود که بر انتخاب و اجرای راهبردها تأثیر می‌گذارند. این عوامل می‌توانند شرایطی مناسب یا نامناسب ایجاد کنند که سرعت اثرگذاری یک یا چند عامل تغییر را کاهش یا افزایش دهند. نتایج مرتبط با این موضوع در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

جدول ۴. کدهای باز و مقوله‌های مربوط به شرایط مداخله‌گر

کد گزینشی	کد محوری	کد باز
شرایط مداخله‌گر	بعد فردی	ویژگی روانی شخصیتی
		روحیه پزشک/ توجه به اطرافیان/ نحوه برقراری ارتباط با بیمار/ توانایی مدیریت احساسات/ احساس رضایت بیمار از ارتباط با پزشک/ احساس امنیت بیمار از ارتباط با پزشک/ احساس آرامش بیمار از ارتباط با پزشک/ توجه به مسایل اخلاقی/ صبر و حوصله داشتن/ توجه به مهارت‌های اجتماعی/ ضرورت توجه به مسئولیت پذیری اجتماعی/ گرایش به فردگرایی/ توجه به وضعیت اقتصادی

بیمار/احساس ضعف شخصی/ویژگی‌های شخصیتی افراد/تجارب		
اکتسابی فرد/توجه به هویت اخلاقی		
سبک زندگی	روش تربیتی فرد در خانواده/سبک زندگی/فرهنگ خانوادگی	

در این پژوهش، شرایط مداخله‌گری که می‌توانند به تسهیل یا محدودسازی استفاده از راهبردها منجر شوند، شامل دو عامل اصلی هستند: ۱- ویژگی‌های شخصیتی و روانی، ۲- سبک زندگی. دستیاران، با توجه به تفاوت‌های موجود در ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی خود، در نحوه عملکرد و رفتارهایشان تحت تأثیر قرار می‌گیرند. برای تبیین بیشتر این موضوع، نمونه‌هایی از نقل قول‌های مرتبط در ادامه ارائه شده است. مشارکت‌کننده (۹) در این باره گفت: "خوب همون اندازه که دوندگی داره و انرژی میگیره شما همون قدرم بهتون انرژی میده یعنی اینکه شما فکر کنین که یه گره‌ای از مشکل کسی بردارین من خیلی آدم مذهبی نیستم ولی توی این مورد شدیداً معتقدم که نیکی به آدم بر میگرده حتی اگه عملاً برنگرده اون حس مثبت و انرژی مثبتی که به تو میده و با این انرژی زندگی پیدا میکنی فکر میکنم یعنی یک بازخورد خیلی ارزشمندتر هست تا اینکه تو داری میزاری".

شرایط زمینه‌ای: به عواملی اشاره دارد که سازمان‌ها توانایی کنترل آن‌ها را ندارند، اما این عوامل بر راهبردهای اتخاذ شده تأثیر می‌گذارند. در واقع، این شرایط می‌توانند به تسهیل اجرای راهبردها کمک کنند. نتایج تحلیل مرتبط با این بخش از پژوهش در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. کدهای باز و مقوله‌های مربوط به شرایط زمینه‌ای

کد گزینشی	کد محوری	کد باز
شرایط زمینه‌ای	سیاست‌گذاری‌های برنامه‌درسی	محیط پر تنش بیمارستان/کمبود تجهیزات و امکانات پزشکی/عدم تناسب معماری و طراحی داخلی در اتاق‌های ویزیت و درمان بیماران در اغلب بیمارستان‌ها
	رضایت شغلی	کاهش فشار کاری/شرایط محیط کار/کاهش فرسودگی شغلی/کاهش خستگی عاطفی/خواب کافی/کاهش خستگی جسمانی
	نقش سرپرستان بالینی	ارائه الگوهای اخلاقی مناسب به دستیاران پزشکی/نقش استادان در یادگیری رفتارهای اخلاقی حرفه‌ای/آگاهی اساتید از اصول و تعلیم و تربیت و کلاس‌داری/روابط قدرت/نقش گروه‌های ذینفع/سبک و ساختار مدیریتی و دیدگاه مدیران دانشگاهی

در این پژوهش سه مقوله به عنوان شرایط زمینه‌ای مدل پارادایمی استخراج شدند. ۱- محیط کاری بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، ۲- رضایت شغلی، و ۳- نقش سرپرستان بالینی. این عوامل در تقویت توانایی برقراری ارتباط مؤثر و همدلانه توسط دستیاران گروه داخلی نقش مهمی ایفا می‌کنند. برای توضیح بیشتر، نمونه‌ای از نقل قول‌های مرتبط با این بخش ارائه می‌شود: مشارکت‌کننده (۱۷) در این مورد اظهار می‌دارد: "طراحی داخلی اتاق‌های بیمارستان اعم از میزان نور، رنگ دیوارها و پرده‌ها، میز و صندلی و غیره به گونه‌ای که مغز آدم رو خسته نگه می‌داره و تقریباً بعد از چند ساعت متمادی کار در اون فضا احساس آشفتنگی و فرار از محیط بهت دست میده، همین موضوعات روی روانت تأثیر می‌داره و فقط می‌خوای ویزیت بیمار و انجام بدی و نفر بعدی بیاد تا زودتر ساعت کاریت به اتمام برسه دیگه اعصاب و حوصله‌ای برای همدلی کردن با بیمار برات نمی‌مونه".

راهنمدها: اقدامات هدفمند هستند که راه‌حل‌هایی برای پدیده مورد نظر ارائه می‌دهند و منجر به ایجاد پیامدها و نتایج خاصی می‌شوند. نتایج تحلیل این بخش از پژوهش در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. کدهای باز و مقوله‌های مربوط به راهنمدها

کد گزینشی	کد محوری	کد باز
۳۰۳	حمایت مادی	سطح درآمد پایین / توجه به مسایل و مشکلات اقتصادی دستیاران / ضرورت توجه به رفاه دستیاران / توجه به ضرورت تعیین ساعت کاری / ضرورت توجه به مسایل سلامت جسمانی دستیاران
	حمایت معنوی	رفتار بیمار / ارزش‌های فرهنگی جامعه / تأثیر جامعه بر نظام ارزشی آموزشی / توجه به مساله آرامش روانی دستیاران / ضرورت توجه به سطح استرس دستیاران / احترام به منزلت دستیاران

در این پژوهش عوامل حمایتی برنامه‌درسی به عنوان راهنمدها مدل پارادایمی استخراج شد، حمایت‌های مادی و معنوی نقش مهمی در شکل‌گیری همدلی بالینی در دستیاران دارد. در ادامه به نمونه‌ای از نقل قول‌های مرتبط با این بخش اشاره می‌شود: مشارکت کننده (۹) در این باره گفت: "جامعه ما تقریباً همیشه گفت به جامعه مستاجر دیگه اسم بحران و این چیزا روش نمیشه گذاشت مثلاً طرف صدتا مشکلات اقتصادی داره تو اجاره‌هاش مونده تو رفت و آمدهاش مونده، شب نمیتونه بخوابه وقتی آدم اناقدر خسته‌ان واقعاً آدم یه موجود فیزیولوژیکه حالا این مثال واضحشه در مورد بقیه مسائل همینه کسی بی‌خوابی شدید و خستگی داره اصلاً متوجه محیطش نیست که بخواد به ریکشن مثبت نشون بده نسبت به اتفاقات".

پیامدها و نتایج: تبیین مقوله‌های پیامدی نشان‌دهنده اثرات و پیامدهایی است که از فرایند شکل‌گیری تعاملات همدلانه حاصل شده‌اند، در واقع پیامدها توضیح دهنده این موضوع هستند که مجموع عوامل علی و راهنمدهای اتخاذ شده، چه آثار و نتایجی را منتهی می‌شوند. نتایج حاصل از تحلیل این بخش از پژوهش در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. کدهای باز و مقوله‌های مربوط به پیامدها

کد گزینشی	کد محوری	کد باز
۳۰۳	توسعه فردی	کاهش درگیری‌های قانونی در زمینه پزشکی / تقویت مهارت‌های اجتماعی / شناخت و تقویت مهارت‌های ارتباطی / کاهش خطای عملکردی / تشخیص بهتر پزشک / انعطاف پذیری / نوع دوستی
	افزایش بازده کارهای خدماتی در زمینه سلامتی	پزشکانی همدل و متعهد به ارزش‌های انسانی / پزشکی توانا در برقراری ارتباط مؤثر با بیمار

بر اساس نتایج تحلیل داده‌ها، پیامدهای ناشی از شکل‌گیری ارتباط همدلانه در دستیاران گروه داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی شامل توسعه فردی و افزایش بهره‌وری در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است.

مدل پارادایمی برآمده از داده‌ها



شکل ۱- مدل نظری تأثیرگذاری برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری همدلی بالینی دستیاران گروه داخلی

بحث و نتیجه‌گیری

همدلی در مراقبت‌های پزشکی یکی از اصول کلیدی است که به درک و استدلال پزشک مربوط می‌شود. این ویژگی عمده‌تاً شامل درک درد و رنج بیمار، به جای تجربه احساس آن، و توانایی برقراری ارتباط مؤثر با بیمار است. ویژگی‌هایی چون ادراک، کنجکاوی، توجه غیرکلامی، توجه متناسب به وضعیت بیمار و خودآگاهی پزشک، نقش اساسی در ایجاد روابط مؤثر در روند درمان ایفا می‌کنند. این ویژگی‌ها موجب تقویت اعتماد بین پزشک و بیمار و در نهایت بهبود کیفیت درمان می‌شوند (Hojat, Maio, Pohl et al., 2023; Michalec & Hafferty, 2022). این ویژگی تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند برنامه‌درسی پنهان قرار می‌گیرد، توجه به نحوه شکل‌گیری آن در دوره‌های آموزشی می‌تواند تأثیر زیادی بر فرآیند درمان و روابط پزشک و بیمار داشته باشد و روند درمان را تسهیل کند. با این حال، شکل‌گیری آن در دستیاران پزشکی به دلیل تأثیرات برنامه‌درسی پنهان با چالش‌های متعددی روبه‌رو است (Yanga, Zhub, Xiaa et al., 2020). از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه‌درسی پنهان بر شکل‌گیری همدلی بالینی دستیاران گروه داخلی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران بود. با کمک روش نظریه داده بنیاد و مصاحبه‌های اکتشافی نیمه ساختاریافته با دستیاران پزشکی مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر، فرایند شکل‌گیری این ویژگی شناسایی گردید. یافته‌های تحقیق بیانگر آن است که توجه به مهارت‌های پایه، تدریس و ارزیابی از شرایط علی لازم برای شکل‌گیری روابط همدلانه در آموزش پزشکی است. وجود بحث‌هایی پیرامون روابط انسانی و همدلی در طول دوره‌های آموزشی می‌تواند پیام‌های پنهانی را منتقل کرده و اهمیت این ویژگی را برای دستیاران روشن سازد. در عین حال، فقدان برنامه‌های آموزشی مشخص و هدفمند در زمینه مهارت‌های ارتباطی و کلامی می‌تواند مانع از بروز این ویژگی در دستیاران شود. در نظام آموزش پزشکی، آموزش تکنیک‌های بالینی و مطالب مرتبط با معمولاً اولویت بیشتری نسبت به آموزش مهارت‌های اخلاقی و ارتباطی دارد. این اولویت به گونه‌ای است که دستیاران پزشکی به راحتی قادر به ایجاد روابط همدلانه با بیماران خود نمی‌باشند. همسو با نتایج یافته‌های پژوهش حاضر (Draper & Louw (2007؛ Dávila- (2020)

Winter, Ward, Norman et al. (2023)؛ Winter, Issa, Roberts et al. (2020)؛ Pontón, Reyes-Reyes, Calzadilla-Núñez et al. Khademalhosseini, Pohontsch, Stark, Ehrhardt, et al. (2018)؛ Thangarasu, Renganathan & Natarajan (2021)؛ Khademalhosseini & Mahmoodian (2014)؛ Allen, Wainwright, Mount et al. (2008) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که برنامه درسی پزشکی بیشتر بر مطالعه پاتوبیولوژی مولکولی و آزمایش‌ها تمرکز دارد و ویژگی‌های انسان‌گرایانه که برای ارائه مراقبت جامع و مؤثر به بیماران ضروری است، نادیده گرفته می‌شود. آموزش مهارت‌های ارتباطی و همدلی در برنامه‌های آموزشی مراقبت‌های بهداشتی، تأثیر زیادی در پرورش توانایی‌های همدلانه در دستیاران دارد. از طرفی اساتید با تدریس خود نقش کلیدی در یادگیری رفتارهای همدلانه دارند. تأثیر عاطفی اساتید باعث ایجاد ارتباط مؤثر بین استاد و شاگرد می‌شود و به اجرای بهتر برنامه‌های آموزشی در زمینه یادگیری عاطفی و اجتماعی کمک می‌کند. این امر فضایی آرام و مثبت در کلاس ایجاد می‌کند که به شکل‌گیری روابط همدلانه در دستیاران پزشکی منجر می‌شود. نتایج حاضر هم راستا با نتایج پژوهش Barsad (2002)؛ Crandall & Marion (2009) و Liu & Chan (2011) می‌باشد که اظهار داشتند اساتیدی که از نظر عاطفی تأثیرگذارتر هستند، نسبت به مشکلات دانشجویان حساس‌تر بوده و به طور عاطفی پاسخ می‌دهند. این اساتید در زمان انتقاد نیز برخوردی غیر استبدادی دارند، به نظرات دانشجویان احترام می‌گذارند و روابط دوستانه‌ای در زندگی شخصی و شغلی خود برقرار می‌کنند. این ویژگی‌ها تأثیر مثبتی بر یادگیری روابط همدلانه در دانشجویان می‌گذارد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در دانشکده‌های پزشکی، ارزیابی یک عامل کلیدی است که به دانشجویان و اساتید کمک می‌کند تا ارزش‌های دانشکده را درک کنند. زمانی که همدلی در ارزیابی‌ها مورد توجه قرار نمی‌گیرد، دستیاران پزشکی نیز توجه کمتری به موضوعاتی همچون همدلی با بیماران می‌کنند. دانشجویان بر اساس پیام‌های دریافتی از نظام ارزشی دانشکده‌ها یاد می‌گیرند. وجود قوانین حمایتی که به ویژگی‌های انسان‌گرایانه توجه دارد، موجب می‌شود دستیاران پزشکی بتوانند در کنار ارتقای بهره‌وری و کارایی بالینی، در برقراری روابط همدلانه با بیماران نیز موفق باشند. این نتایج با یافته‌های (2011) Majallal Chuboghlu & Zhou, Tan, Tan et al.؛ Wenger, Reist, Achenbach et al. (2023)؛ Rolinga, Lutz, Edelhäuser et al (2020)؛ Tamjdtash (2021)؛ Carvajal, López, Sarabia -Alvarez et al. (2019)؛ Wright, Boyd & Ginsburg (2019) هم راستا است که بر لزوم وجود چارچوب‌های مؤثر برای ارزیابی رفتارهای همدلانه تأکید دارند. ارزیابی رسمی این رفتارها می‌تواند پزشکان را به همدلی بیشتر با بیماران تشویق کند.

شکل‌گیری مهارت‌های همدلانه در دستیاران پزشکی در بستری خاص رخ می‌دهد که تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله محیط کاری در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، رضایت شغلی و نقش سرپرستان بالینی قرار دارد. دانشجویان در محیط آموزشی بیشتر از آنچه که به صورت رسمی یاد می‌گیرند، از پیام‌های غیرکلامی و رفتارهای غیربیانی اطرافیان خود آموخته و تحت تأثیر فضای آموزشی قرار می‌گیرند. محیط آموزشی به‌ویژه از طریق برنامه درسی پنهان بر دستیاران تأثیرگذار است. کمبود امکانات پزشکی، فضای خصوصی برای حفظ حریم بیماران و مشکلات مشابه می‌تواند بر کیفیت روابط پزشک و بیمار تأثیر منفی بگذارد. این کمبودها می‌تواند به‌عنوان موانعی برای شکل‌گیری مهارت‌های ارتباطی و انسانی در دستیاران عمل کند. نتایج این مطالعه هم راستا با نتایج پژوهش (2019) Koutsouris, Mountford-؛ Hongmei (2019)؛ Rossouw & Frick (2023)؛ Ahmadian Yazdil & Soltani Arabshahil (2020)؛ Kunze & Seals (2020) می‌باشد که اظهار داشتند بهبود شرایط و امکانات بالینی می‌تواند فضایی مناسب برای ایجاد ارتباطات مؤثر و انسانی فراهم کند. محیط فیزیکی کارآمد، امکانات تفریحی و ورزشی برای دستیاران و فضای خصوصی کافی برای بیماران، به ارتقای کیفیت روابط و در نتیجه بهبود رفتار همدلانه در دستیاران کمک می‌کند.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در پرورش مهارت‌های همدلانه، رضایت شغلی دستیاران است. دوره دستیاری به عنوان یک دوره پر استرس می‌تواند منجر به نارضایتی شغلی و فرسودگی عاطفی و جسمی شود. در چنین شرایطی، پزشکان توان عاطفی خود را از دست داده و قادر به برقراری ارتباط مؤثر با بیماران نخواهند بود. این وضعیت می‌تواند منجر به جایگزینی ارزش‌های حرفه‌ای مانند نوع‌دوستی و اعتماد با بدبینی، فرصت‌طلبی و بی‌تفاوتی شود. دستیاران ممکن است در محیط‌های پر استرس و تحت تأثیر برنامه‌درسی پنهان، رفتارهای غیر حرفه‌ای را بیاموزند. در تأیید این نتایج (Andersen, Johansen, Søndergaard et al. (2020)، (Anzaldua & Halpern (2021)، (Pourbairamian, Bigdeli, Arabshahi et al. (2022)، Yue, Qin & Li (2022) اظهار داشتند که قرار گرفتن در معرض محیط‌های بالینی پر استرس ممکن است منجر به افزایش فرسودگی شغلی و کاهش کیفیت زندگی حرفه‌ای شود. این امر موجب می‌شود که پزشکان تنها به انجام وظایف پزشکی خود بپردازند، بدون اینکه در ارتباط با بیماران، احساس همدلی و ارتباط انسانی داشته باشند. بنابراین، رضایت شغلی و کاهش فرسودگی شغلی نقش مهمی در شکل‌گیری و تقویت مهارت‌های همدلانه در دستیاران دارد.

از سوی دیگر چنانچه نتایج نشان داد در آموزش پزشکی روابط بین سرپرستان بالینی (اساتید و دستیاران ترم بالاتر) و دستیاران، و همچنین طرز تفکر، نگرش و موضع‌گیری سرپرستان، تأثیرات خاص و تربیتی بر دانشجویان دارند. زمانی که سرپرستان بالینی متوجه شوند که نگرش‌های آن‌ها بر طرز تلقی دانشجویان تأثیر دارد، تلاش می‌کنند تا روابط آموزشی خود را به شیوه‌ای مؤثر و اثربخش تنظیم کنند. این نتایج هم راستا با مطالعه (Menezes, Guraya & Guraya (2021)، (Coakley, Leary & Bennett (2023)، (Negash, Lechissa & Bishaw (2020)، Sabouri, Etemad Ahari, Maki Ale Agha et al. (2020) می‌باشد که اظهار داشتند تأثیر پنهان سرپرستان بالینی در فرآیند آموزش و یادگیری دستیاران نقش بسزایی دارد. سرپرستان بالینی به‌عنوان الگوهای قدرتمند برای دانشجویان عمل می‌کنند و رفتار آن‌ها، چه مثبت و چه منفی، به‌عنوان یک پیام و رسانه برای دانشجویان محسوب می‌شود. تعامل بین سرپرستان بالینی و دستیاران در محیط بالینی نقشی اساسی در شکل‌گیری شخصیت حرفه‌ای دانشجویان، افزایش اعتماد به نفس و ایجاد روابط انسانی مؤثر ایفا می‌کند.

یافته‌ها نشان داد که حمایت‌های مادی و معنوی دو راهبرد اصلی برای شکل‌گیری مهارت همدلانه در دستیاران دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند. حمایت‌های مادی به‌ویژه در گروه‌های داخلی نقش بسیار مهمی در ایجاد این مهارت دارند. دستیاران به دلیل حجم کاری سنگین خود، زمانی برای تفکر، گفت‌وگو یا تأمل در مورد احساساتشان ندارند که این موضوع باعث غلبه بر نیاز به ارتباط انسانی می‌شود. برای بهبود نتایج، ضروری است که نیازهای مادی دستیاران پیش از هر نوع آموزش یا هدف آموزشی تأمین شود. زمانی که دستیاران در وضعیت مثبت قرار دارند، قادر به برقراری ارتباطات انسانی مؤثر با بیماران خواهند بود. یافته‌های این بخش از پژوهش هم راستا با یافته‌های (Laughey, Atkinson, Craig et al. (2021)، (Giray, Bredicean, Tamasan, Lungeanu et al. (2021)، (Pitanupong, Sathaporn, Ittasakul et al. (2023)، (Asuncion, Edem et al. (2023) می‌باشد که اظهار داشتند دستیاران بیشتر از آنچه در برنامه‌درسی رسمی مطرح است می‌آموزند. در برنامه‌درسی پنهان، دستیاران با مشکلاتی مانند امکانات رفاهی پایین، عدم تعریف ساعات کاری استاندارد، عدم توجه به نیازهای مالی و عدم وجود مشوق‌های مالی روبرو هستند که این عوامل مانع از شکل‌گیری مهارت همدلانه در آن‌ها می‌شود. دستیاران در محیط‌های شلوغ کاری و در برخورد با مسائل مادی و رفاهی، می‌آموزند که این عوامل نیز جزء برنامه‌درسی پنهان در پزشکی هستند و می‌توانند بر روابط همدلانه تأثیر گذارند.

از سوی دیگر، حمایت معنوی از دستیاران گروه داخلی تأثیر قابل توجهی در شکل‌گیری روابط انسانی مؤثر دارد. دستیاران تحت تأثیر شرایط فرهنگی و اخلاقی جامعه قرار دارند و در حال حاضر برخی ضد ارزش‌ها به ارزش‌های جامعه تبدیل شده‌اند و سیستم آموزش پزشکی نیز واکنش مناسبی نسبت به این مسائل نشان نمی‌دهد. عواملی مانند غالب شدن مسائل مادی بر مسائل اخلاقی، رواج پزشک‌ستیزی و کاهش اخلاقیات در جامعه از موانع بالقوه برای شکل‌گیری مهارت همدلانه هستند. نتایج این مطالعه هم‌راستا با پژوهش‌های Ellison & Pruzinsky (2021) و Park, Kim, Kim et al. (2015) است که نشان می‌دهند انتظارات فرهنگی و اجتماعی، از طریق پیام‌هایی که به دستیاران منتقل می‌شود، می‌توانند تأثیرات ناخواسته‌ای بر رفتار و احساسات آن‌ها داشته باشند. حمایت معنوی از طرف جامعه می‌تواند تأثیر مثبتی بر توسعه مهارت همدلانه در دستیاران داشته باشد.

برای دستیابی به راهبردهای مورد نظر در این پژوهش، لازم است به شرایط مداخله‌گری که بر شکل‌گیری مهارت همدلانه در دستیاران تأثیرگذار هستند توجه شود. در این مطالعه، دو عامل اصلی که به عنوان شرایط مداخله‌گر شناسایی شدند، شامل ویژگی‌های شخصیتی و سبک زندگی بودند. نتایج پژوهش نشان داد که ویژگی‌های روانی-شخصیتی دستیاران نقش برجسته‌ای در پیش‌بینی رفتارهای همدلانه آن‌ها ایفا می‌کند. یافته‌های این بخش از تحقیق با پژوهش‌های Costa-Drolon, Verneuil, Manolios . (2021) et al (2020)، Dávila-Pontón, Reyes-Reyes, Calzadilla-Núñez et al. (2019)، Guilera, Batalla, Forné et al. (2019) همسو است که تأکید دارند ویژگی‌های شخصیتی مانند عواطف مثبت، رفتارهای پرانرژی، ایثارگرانه و گروهی، ظرفیت ذاتی برای دلسوزی و مراقبت از دیگران، وظیفه‌شناسی و تجارب اکتسابی، تأثیر چشمگیری بر توانایی ایجاد ارتباط همدلانه دارند.

همچنین، سبک زندگی و فرهنگ خانوادگی نیز تأثیر مهمی بر توانایی دستیاران در ایجاد روابط همدلانه دارد. ارتباطات همدلانه در مراقبت بیمار بر اساس تجربیات زندگی و نحوه تربیت دستیاران شکل می‌گیرد. دستیاران با مجموعه‌ای از ارزش‌ها و باورهای خاص که نتیجه نظام‌های فرهنگی و آموزشی آن‌ها هستند وارد نظام آموزش پزشکی می‌شوند. این زمینه اخلاقی می‌تواند به عنوان درونداد برنامه‌درسی پنهان عمل کرده و در شکل‌گیری رفتارهای آن‌ها در آینده تأثیرگذار باشد. این نتایج با مطالعات Laughey, (2021) Haider, Riaz & (2020)، Yasién & Almuzaini (2022)، Padash, Sanagoo, Jouybari et al. (2017)، Atkinson, Craig et al. (2017)، Gill هم‌راستا است که بر ارتباط تربیت خانوادگی با رفتارهای اخلاقی و نحوه تعامل با بیماران تأکید دارند. به‌طور کلی، سبک زندگی و تربیت خانوادگی نقش مهمی در شکل‌گیری رفتارهای همدلانه در دستیاران دارد.

از منظر پیامدهای حاصل از شکل‌گیری ارتباطات همدلانه در دستیاران دانشگاه‌های علوم پزشکی، می‌توان دو دسته پیامد فردی و دانشگاهی را مورد توجه قرار داد. از جمله پیامدهای فردی، توسعه فردی دستیاران است که منجر به تقویت مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، کاهش خطاهای عملکردی و کاهش درگیری‌های قانونی در زمینه پزشکی می‌شود. در سطح دانشگاهی، یکی از پیامدهای مهم شکل‌گیری مهارت‌های همدلانه، افزایش بهره‌وری در خدمات سلامت است که به داشتن پزشکان توانمند در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران و پزشکان همدل و متعهد به ارزش‌های انسانی منجر می‌شود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های Wenger, et al. (2023)، Guidi & (2021)، Decety (2020)، Haque (2109)، McGill, Adler-Baeder & Rodriguez (2016)، Reist, Achenbach Traversa (2020)، Kesbakhi & Rohani (2020) و Rafati, Reja, Davati et al. (2016) همخوان است که نشان می‌دهند همدلی با نتایج

مثبت متعدد از جمله تشخیص دقیق تر، کاهش ناراحتی روانی، افزایش رضایت بیمار، کاهش قصور پزشکی و شکایات همراه است و موجب بهبود نتایج درمانی و پایبندی بیشتر به درمان‌ها می‌شود.

با توجه به مطالب فوق، می‌توان نتیجه گرفت که در طول دوره دستیاری، نگرش دستیاران پزشکی تحت تأثیر فرهنگ محیط بالینی و برنامه‌درسی پنهان دچار تغییراتی می‌شود که این تغییرات به کاهش کیفیت روابط انسانی منجر می‌گردد. ارتقای توانایی تعامل با بیماران یکی از الزامات اخلاقی در آموزش پزشکی است. پیام‌های پنهان دریافت شده طی این دوره آموزشی، نقش مهمی در شکل‌دهی ارزش‌ها و رفتارهای حرفه‌ای دستیاران ایفا می‌کند. یکی از پیامدهای اصلی برنامه‌درسی پنهان، تأثیر آن بر یادگیری مهارت‌های اساسی است که امکان درک بهتر احساسات و شرایط بیماران را فراهم می‌کند و به تعامل موثرتر با آنان کمک می‌کند. این مهارت‌ها، اگرچه به برخی ویژگی‌های فردی وابسته‌اند، قابل آموزش و یادگیری هستند. با این حال، در برنامه‌های آموزشی پزشکی غالباً مورد غفلت قرار می‌گیرند که می‌تواند پیامدهای منفی برای عملکرد دستیاران به همراه داشته باشد. برنامه‌ریزی آموزشی شفاف و هدفمند می‌تواند نقش قابل توجهی در بهبود این شرایط داشته باشد. عوامل مختلفی بر کیفیت روابط حرفه‌ای دستیاران اثرگذارند؛ برخی به ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی مرتبط هستند و برخی دیگر به ساختار نظام آموزشی پزشکی. شرایط کنونی در محیط‌های آموزشی و درمانی، شامل فشار کاری بالا، نبود حمایت‌های کافی و نادیده گرفتن حقوق شغلی، می‌تواند منجر به نارضایتی، خستگی شغلی و کاهش کیفیت خدمات به بیماران شود. برای مقابله با این چالش‌ها، ایجاد محیط‌های حمایتی برای دستیاران، تقویت قوانین نظارتی و ارزیابی رفتار حرفه‌ای، و بازبینی در ساختار برنامه‌های آموزشی ضروری است. پزشکان علاوه بر دانش تخصصی، نیازمند توانایی تعامل انسانی موثر هستند. دانشگاه‌های علوم پزشکی باید با بازبینی و تقویت برنامه‌های آموزشی، فرصت‌های لازم برای توسعه این مهارت‌ها را فراهم کنند. ایجاد دوره‌های آموزشی مرتبط، نظارت مستمر بر عملکرد، ارائه بازخوردهای سازنده و تعدیل حجم کاری دستیاران، از جمله اقداماتی است که می‌تواند به بهبود شرایط و ارتقای کیفیت خدمات درمانی منجر شود. مؤلفه‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند به‌عنوان چارچوبی برای ایجاد تغییرات مثبت در دانشگاه‌های علوم پزشکی با رویکرد همدلی در دستیاران گروه داخلی استفاده شوند.

قدردانی

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

Referenc

- Anzaldua A & Halpern J (2021). **Can Clinical Empathy Survive? Distress, Burnout, and Malignant Duty in the Age of Covid-19**, Hastings Center Report, 51(1), 22-27.
- Ahmadian Yazdil N, Soltani Arabshahil K, Bigdeli S & Ghaffarifar S (2019). **Challenges in promoting clinical empathy skills in medical students: A content analysis study**, Med J Islam Repu Iran, 33(1).
- Ahmadian Yazdi N; Kamran A; Matin S & Sharghi A. (2023). **Investigating the Relationship Between Clinical Empathy, Quality of Life, and Job Burnout Among Medical Students at Ardabil University of Medical Sciences**. Ardabil University of Medical Sciences, 22(4), 358–369. [In Persian]
- Andersen FA, Johansen A-S B, Søndergaard J, Andersen C M & Hvidt E A (2020). **Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review**, BMC Medical Education, 1-18.
- Allen, D., Wainwright, M., Mount, B., & Hutchinson, T. (2008). **The wounding path to becoming healers: medical students' apprenticeship experiences**. Medical teacher, 30(3), 260-264.
- Atta K & Ijaz S (2021). **Perception of Health Sciences Students about Impact of Hidden Curriculum on Burnout and Empathy**, Aziz Fatm Med Den College, 3(1), 8-12.
- Butler J, Kassel L, Miesner AR, Grady S & Wall G C (2021). **Incidence of a negative hidden curriculum, cynicism, and burnout within pharmacy resident education: A nationwide survey**, Currents in Pharmacy Teaching and Learning, 13(8), 922-927.
- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). **A review of empathy education in nursing**. Nursing inquiry, 17(1), 65-74.
- Bredicean C, Tamasan S C, Lungeanu D, Giurgi-Onu C, Stoica I P, Panfil L, Vasilian C, Secosan I, Ursoniu S & Patrascu R (2021). **Burnout Toll on Empathy Would Mediate the Missing Professional Support in the COVID-19 Outbreak**, Risk Management and Healthcare Policy, 14 2231–2244.
- Beach S, Shalev D, Steven, Fischel S, Boland R, Ernst C (2020). **Optimizing Fit: Targeting a Residency Psychiatry Consultation-Liaison Rotation to Various Levels of Training**, Academy of Consultation-Liaison Psychiatry, 1-10.
- Barsade, S. G. (2002). **The ripple effect: Emotional contagion and its influence on group behavior**, Administrative science quarterly, 47(4), 644-675.
- Coakley, N., O'Leary, P., & Bennett, D. (2023). **Endured and prevailed: a phenomenological study of doctors' first year of clinical practice**. BMC Medical Education, 23(1), 109.
- Costa-Drolon E, Verneuil L, Manolios E, Revah-Levy A & Sibeoni J (2021). **Medical Students' Perspectives on Empathy: A Systematic Review and Metasynthesis**, Academic Medicine, 96(1), 142–154.
- Coulehan, J. (2005). **Today's professionalism: engaging the mind but not the heart**. Academic Medicine, 90, 987-989.
- Chhabra, N., Chhabra, S., & Archer, E. (2022). **Medical students' perspectives on the factors affecting empathy development during their undergraduate training**. Medical science educator, 1-11.
- Creswell, John W. (2017). **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches (Narrative Research, Phenomenology, Grounded Theory, Ethnography, and Case Study)**. Translated into Persian by Hassan Danaeefard and Hossein Kazemi. Tehran: Saffar Publications. [In Persian]

- Crandall, S. J., & Marion, G. S. (2009). **Commentary: identifying attitudes towards empathy: an essential feature of professionalism.** *Academic Medicine*, 84(9), 1174-1176.
- Carvajal, M., López, S., Sarabia-Alvarez, P., Fontalba, J., Padilla, M., Sumi, J., & Díaz-Narváez, V. P. (2019). **Empathy levels of dental faculty and students: a survey study at an academic dental institution in Chile.** *Journal of Dental Education*, 83(10), 1134-1141.
- Decety, J (2020). **Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It, The American** *Journal of Medicine*, 133(5), 561-566
- Draper, C., & Louw, G. (2007). **What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career.** *Medical teacher*, 29(5), e100-e107.
- Dávila-Pontón, Y., Reyes-Reyes, A., Calzadilla-Núñez, A., Utsman, R., Torres-Martínez, P. A., & Díaz-Narváez, V. P. (2020). **Empathy and personality styles in medical students.** *Revista Colombiana de Psicología*, 29(2), 73-87.
- Doja A, Bold M D, Clarkin C, Eady K, Sutherland S. (2016). **The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study,** *Med Teach*, 38(4), 410-418.
- Ellison G & Pruzinsky T (2021). **A Qualitative Exploration of Medical Student Empathy During the COVID-19 Pandemic,** *Research square*, 1-16.
- Fuentes, M. C., Linares, J. J. G., Jurado, M. M. M., Márquez, M. M. S., Martínez A. M. (2020). **The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing.** *BMC Public Helth*. 20(16).
- Guilera T, Batalla I, Forné C & Soler-González J (2019). **Empathy and big five personality model in medical students and its relationship to gender and specialty preference: a crosssectional study,** *BMC Medical Education*, 19(1), 1-8.
- Giray, L, Asuncion, M. K. C., Edem, J., Gumalin, D. L., Jacob, J., & Lucero, S. M. (2023). **Positive and Negative Lessons from Hidden Curriculum at a Philippine State University.** *Educational Process: International Journal*.
- Guidi C & Traversa C (2021). **Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern,'** *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(4), 573-585.
- Haider, S. I., Riaz, Q., & Gill, R. C. (2020). **Empathy in clinical practice: a qualitative study of early medical practitioners and educators.** *JPMa. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(1), 116.
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). **The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education.** *Academic medicine*, 69(11), 861-71.
- Hopkins L, Saciragic L, Kim J, posner GD. (2016) **The Hidden Curriculum: Exposing the Unintended Lessons of Medical Education.** *Cureus* 8(10): e845.
- Hongmei, L. (2019). **The significance and development approaches of hidden curriculum in college English teaching.** *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 286, 262–265.
- Holmes, C., Miller, H., & Regehr, G. (2017). **(Almost) forgetting to care: an unanticipated source of empathy loss in clerkship.** *Medical Education*, 51(7), 732-739.
- Han, J.L & Pappas T.N (2017). **A Review of Empathy, Its Importance, and Its Teaching in Surgical Training,** *Journal of Surgical Education*.
- Hojat, M., Maio, V., Pohl, C. A., & Gonnella, J. S. (2023). **Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes.** *Discover Health Systems*, 2(1), 8.

- Haque M (2019). **Importance of Empathy among Medical Doctors to Ensure High-Quality Healthcare Level**, *Advances in Human Biology*, 9(2), 104-107.
- Javadipour M & Rahimi B. (2016). **Ranking the Components of the Hidden Curriculum from the Perspective of Students at the Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University**. *Biannual Journal of Higher Education Curriculum Studies*, 7(14), 131–156. [In Persian]
- Kunze, A. J., & Seals, C. (2020). **Exploring fourth-year students' perceptions of the hidden curriculum of a doctor of veterinary medicine program through written reflections**. *Education in the Health Professions*, 3(3), 121.
- Kalantary, S, Chehrehgosha, M, Shirazi, N, Behmadi, M, Araghian Mojarad, F & Jouybari, L (2018). **Training Professionalism Using Hidden Curriculum in an Internship Course: Account of Experiences of Undergraduate Students of Surgical Technology**, *Strides Dev Med Educ*, 15(1).
- Kim S S, Kaplowitz S & Johnston M V (2004). **The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance**, *Eval Health Prof*; 27(3), 237–51.
- Khademalhosseini, M., Khademalhosseini, Z., & Mahmoodian, F. (2014). **Comparison of empathy score among medical students in both basic and clinical levels**. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 2(2), 88.
- Koutsouris, G., Mountford-Zimdars, A., & Dingwall, K. (2021). **The ‘ideal’ higher education student: Understanding the hidden curriculum to enable institutional change**. *Research in Post-Compulsory Education*, 26(2), 131-147.
- Kurtz, J, Steenbergh, K, Kessler, J, Vitous, A, Barrett, M, Sandhu, G & Suwanabol, P.A (2019). **What I Wish My Surgeon Knew’: A Novel Approach to Promote Empathic Curiosity in Surgery**, *Journal of Surgical Education*. 77(1), 82-87.
- Kesbakhi, M. S., & Rohani, C. (2020). **Exploring oncology nurses’ perception of the consequences of clinical empathy in patients and nurses: a qualitative study**. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2985-2993. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05118-z>
- Lawrence C, Mhlaba T, Stewart K A, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. (2018). **The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review**, *Academic Medicine*, [93\(4\), 648–656](#).
- Laughey WF, Atkinson J, Craig AM, Douglas L, Brown MEL, Scott JL, Alberti H & Finn GM (2021). **Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture — a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors**, *Medical Science Educator*, 31(6), 1-10.
- Lehmann L S, Sulmasy L S & Desai S. (2018). **Hidden Curricula, Ethics, and Professionalism: Optimizing Clinical Learning Environments in Becoming and Being a Physician: A Position Paper of the American College of Physicians**, *Annals of Internal Medicine*. 168(7). Retrived from: London, T. (2017). **South African universities won’t change unless mindsets start to shift. The Conversation**. Accessed January, 11.
- Laughey, W. F., Brown, M. E., Dueñas, A. N., Archer, R., Whitwell, M. R., Liu, A., & Finn, G. M. (2021). **How medical school alters empathy: student love and break up letters to empathy for patients**. *Medical education*, 55(3), 394-403.
- [Liao J M](#), [Thomas E J](#) & [Bell S K](#). (2014). **Speaking up about the dangers of the hidden curriculum**, *Health affairs*, 33(1), 68-71.
- Liu, Y. H., & Chan, W. P. (2011). **Educating Medical Students to Appreciate the Value of Life: Implementing Practices for Teaching Empathy at the Medical University Level**. *Journal of Medical Education*, 15(4), 343-350.
- Menezes, P., Guraya, S. Y., & Guraya, S. S. (2021). **A systematic review of educational interventions and their impact on empathy and compassion of undergraduate medical students**. *Frontiers in Medicine*, 8, 758377.

- Michalec, B., & Hafferty, F. W. (2022). **Challenging the clinically-situated emotion-deficient version of empathy within medicine and medical education research.** *Social Theory & Health*, 20(3), 306.
- Majallal Chuboghlu, M., & Tamjiddash, E. (2011). **An analysis of the role of hidden curriculum components in strengthening students' scientific identity: A case study of Islamic Azad University, Bonab Branch.** *Educational Psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch*, 2(4), 52–66. (Original work published in Persian) [In Persian]
- McGill, J., Adler-Baeder, F., & Rodriguez, P. (2016). **Mindfully in love: A meta-analysis of the association between mindfulness and relationship satisfaction.** *Journal of Human Sciences and Extension*, 4 (1), 89-101.
- Negash M, Lechissa M & Bishaw A (2020). **Affective Dispositions Developed by Amhara Region Primary School Prospective Teachers**, *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 5(5), 1582-1593.
- Ozcan CT, Oflaz F, Sutcu Cicek H (2010). **Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey.** *Int Nurs Rev*; 57(4): 493-499.
- Ozcan CT, Oflaz F, Bakir B (2012). **The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school.** *Int Nurs Rev*; 59(4): 532-538.
- Preusche I, Lamm C (2016). **Reflections on empathy in medical education: What can weh learn from social neurosciences?.** *Adv Health Sci Educ*; 21(1), 235–49.
- Pourbairamian, G., Bigdeli, S., Arabshahi, S. K. S., Yamani, N., Sohrabi, Z., Ahmadi, F., & Sandars, J. (2022). **Hidden curriculum in medical residency programs: a scoping review.** *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 10(2), 69
- Pohontsch, N. J., Stark, A., Ehrhardt, M., Kötter, T & Scherer, M. (2018). **Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year.** *BMC Medical Education*, 18(1), 1-9.
- Park, K. H., Kim, D. H., Kim, S. K., Yi, Y. H., Jeong, J. H., Chae, J & Roh, H. (2015). **The relationships between empathy, stress and social support among medical students.** *International journal of medical education*, 6, 103.
- Pitanupong, J., Sathaporn, K., Ittasakul, P., & Karawekpanyawong, N. (2023). **Relationship of mental health and burnout with empathy among medical students in Thailand: A multicenter cross-sectional study.** *Plos One*, 18(1), e0279564.
- Padash L, Sanagoo A, Jouybari L, Mobasher EI. (2017). **The Perspectives of the Faculty Members, Medical Interns and Residents of Obstetrics and Gynecology Ward about Influencing Factors of Professional Ethics Development in Practice.** *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 20(5), 39–47. [In Persian]
- Rossouw, N., & Frick, L. (2023). **A conceptual framework for uncovering the hidden curriculum in private higher education.** *Cogent Education*, 10(1), 2191409.
- Rolinga G, Lutza G, Edelhäusera F, Hofmannd M, Valk-Draada M P, Wack C, Haramatig A, Tauschela D & Scheffera C (2020). **Empathy, well-being and stressful experiences in the clinical learning environment,** *Patient Education and Counseling*, 103(11), 2320-2327.
- Rogers D, Bothler M.L, Roberts N & JahnsonV (2012). **Using the Hidden Curriculum to Teach Professionalism During the Surgery Clerkship.** *Journal of Surgical Education*. 69(3).pp423-427.
- Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA (2006). **A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum.** *Med Teach*; 28(5): e127- 134.
- Redelmeier, D. A., Najeeb, U., & Etchells, E. E. (2021). **Understanding patient personality in medical care: five-factor model.** *Journal of general internal medicine*, 36(7), 2111-2114.

- Rafati S, Reja N, Davati A & Forutani, F (2016). **Empathetic Perspective of Medical Students Based on Jefferson Empathy Scale**, Medical Ethics, 10(36). [In Persian]
- Sabouri S, Etemad Ahari A, Maki Ale Agha B & Emadzadeh A (2020). **Factors affecting medical students' hidden and null experiences (Hidden and Null Curriculums)**, future of medical education journal, 10(3), 3-12.
- Silveira G.L, Campos L.S, Schweller M, Turato E.R, Helmich E & Carvalho-Filho, M.A (2019). **"Speed up"! The Influences of the Hidden Curriculum on the Professional Identity Development of Medical Students**, Health Professions Education5, 198–209.
- Shashikumar R, Chaudhary R, Ryali VSSR, Bhat PS, Srivastava K, Prakash J, et al (2014). **Cross sectional assessment of empathy among undergraduates from a medical college**. Medical J Armed Force India;70(2):179–85.
- Strauss A L & Corbin J M. (1998). **Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory**, Thousand Oaks, Calif, Sage Publications.
- Tekian, A. (2009). **Must the hidden curriculum be the black box for unspoken truth?** Medical Education, 43, 822-823.
- Thangarasu S, Renganathan G & Natarajan P (2021). **Empathy Can Be Taught, and Patients Teach it Best**, Journal of Medical Education and Curricular Development, 8, 1-3.
- Talebi A & Sharifi F H. (2015). **The Hidden Curriculum in Student Life: Resistance Accompanied by Compliance**. Society, Culture and Media, 5(17). [In Persian]
- Wenger, K., Reist, L., Achenbach, A., Dukes, K., Fravel, M., Knockel, L & Marchini, L. (2023). **Empathy levels among health professional students at a large midwestern public university-a cross-sectional study**. BMC medical education, 23(1), 1-7.
- Williams B, Brown T, McKenna L, Boyle MJ, Palermo C, Nestel D, et al (2014). **Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia**. Adv Med Educ Pract;5: 107-13.
- Williams B, Sadasivan S, Kadirvelu A (2015). **Malaysian medical students' self-reported empathy: a cross-sectional comparative study**. Med J Malaysia;70(2):76-80.
- Wright S R, Boyd V A & Ginsburg Sh (2019). **The Hidden Curriculum of Compassionate Care: Can Assessment Drive Compassion?** Academic Medicine, 94(8), 1-10.
- Winter R, Issa E, Roberts N, Robert N & Howick J (2020). **Assessing the effect of empathyenhancing interventions in health education and training: a systematic review of randomised controlled trials**, BMJ, 10(9):e036471.
- Winter, R., Ward, A., Norman, R. I., & Howick, J. (2023). **A survey of clinical empathy training at UK medical schools**. BMC Medical Education, 23(1), 1-13.
- Walker DC (2012). **Personal and Contextual Factors Related to Empathy in Medical Students, PhD Thesis**. The Catholic University of America, Washington;
- Yu J & Kirk M (2008) **Measurement of empathy in nursing research: systematic review**. Journal of Advanced Nursing, 64(5), 440-454.
- Yue, Z., Qin, Y., Li, Y., Wang, J., Nicholas, S., Maitland, E., & Liu, C. (2022). **Empathy and burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment**. BMC public health, 22(1), 1-13.
- Yasien, S., & Almuzaini, F. (2022). **The relationship between empathy and personality traits in Saudi medical students**. Journal of Education and Health Promotion, 11.
- Yanga, C, Zhub, Y-L, Xiaa, B-Y, Lia, Y-W & Zhanga, J (2020). **The effect of structured empathy education on empathy competency of undergraduate nursing interns: A quasi-experimental study**, Nurse Education Today.

Zhou, Y. C., Tan, S. R., Tan, C. G. H., Ng, M. S. P., Lim, K. H., Tan, L. H. E & Krishna, L. K. R. (2021). **A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine.** BMC medical education, 21(1), 1-15.

Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H (2003). **Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy and perceived control over the disease.** Br J Cancer; 88(5):658–665.

Zamanzadeh G R, Nateghi F & Seifi M (2017). **Clarifying the Effective Factors of Hidden Curriculum of Schools on Establishment of the Aims of Religious Education of Elementary School Students (Case Study of Ahvaz City),** Modern Applied Science, 11(1), 124-133.

Zgheib N K, Dimassi Z, Arawi Th, Badr K F & Sabra R (2020). **Effect of Targeted Curricular Reform on the Learning Environment, Student Empathy, and Hidden Curriculum in a Medical School: A 7-Year Longitudinal Study,** *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7,1-9.