

## Exploration of Dental Students' Experience on Hidden Curriculum in Yazd: A Qualitative Study

Nahid Jamshidian Ghaleshahi (DDS)<sup>1</sup>, Saber Babazadeh (MSc)<sup>2</sup>, Seyyed Hossein Razavi (MSc)<sup>3</sup>,  
Mohammad Khodabakhsh (DDS)<sup>4</sup>, Seyyed Mostafa Mahmoudi (MSc)<sup>5\*</sup>

1. General Dental Practitioner, Isfahan, Iran.
2. Department of Oral Health and Social Dentistry, Faculty of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3. Department of Oral, Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Yazd, Iran
4. General Dental Practitioner, Yazd, Iran
5. Department of Oral, Maxillofacial Pathology, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Yazd, Iran.

### ARTICLE INFO

#### Article type

Research article

#### Article history

Received: 06.03.2024

Accepted: 13.05.2024

#### Keywords

Hidden curriculum,  
Dentistry,  
Qualitative study.



[10.22038/hmed.2024.78573.1346](https://doi.org/10.22038/hmed.2024.78573.1346)

### ABSTRACT

**Introduction:** The hidden curriculum is the strongest way to convey the values of the medical profession. Adequate identification and attention to it can make a better and more comprehensive understanding and improvement of clinical skills training. The aim of this study was to explore the experiences of dental students using the hidden curriculum.

**Materials & Methods:** In this qualitative study, the content analysis approach was used to discover the hidden aspects of students' learning from their professors. Data were collected through in-depth and semi-structured interviews with 20 postgraduate students of Shahid Sadoughi dental school in Yazd in person and by telephone. The interviews were transcribed after recording. Sentences and statements related to the purpose of the study were extracted, coded and classified from the text of the interviews. The content analysis method was utilized.

**Results:** The hidden curriculum from the students' perspective was identified in four main themes: professors' interactions, dealing with errors and problems, educational rules and regulations, and interpersonal discrimination, and twelve subthemes. These themes indicated the importance of practical training as well as the role modeling of students by their professors, especially in the clinical field.

**Conclusion:** The results of this study show the effect of the hidden curriculum in teaching and learning students, and the results of this study can be useful in improving the capabilities related to the educational role of dental professors.

Cite this paper as:

Jamshidian Ghaleshahi N, Babazadeh S, Razavi H, Khodabakhsh M, Mahmoudi M. Exploration of Dental Students' Experience on Hidden Curriculum in Yazd: A Qualitative Study. *Horizon of Medical Education Development*. 2025;16(1):55-69

\* Corresponding author: Seyyed Mostafa Mahmoudi

Email: [dr.smile523@gmail.com](mailto:dr.smile523@gmail.com)

Address: Yazd, Imam Reza Blvd, Faculty of Dentistry, Department of Oral and Maxillofacial Pathology





## تبیین تجارب دانشجویان دانشکده دندانپزشکی یزد در زمینه برنامه درسی پنهان: مطالعه کیفی

ناهد جمشیدیان قلعه شاهی (DDS) <sup>۱</sup> ID، صابر بابازاده (MSc) <sup>۲</sup> ID، سید حسین رضوی (MSc) <sup>۳</sup> ID،  
محمد خدابخش (DDS) <sup>۴</sup> ID، سید مصطفی محمودی (MSc) <sup>۵</sup> ID\*

۱. دندانیپزشک عمومی، اصفهان، ایران.

۲. گروه سلامت دهان و دندانیپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳. گروه رادیولوژی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۴. دندانیپزشک عمومی، یزد، ایران.

۵. گروه آسیب شناسی دهان، فک و صورت، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران.

مشخصات مقاله	چکیده
نوع مقاله مقاله پژوهشی	<b>مقدمه:</b> برنامه درسی پنهان، قوی ترین راه برای انتقال ارزش های حرفه ی پزشکی است. شناسایی و توجه کافی به آن، باعث درک بهتر و جامع تری در ارتقاء آموزش های مهارت بالینی می گردد. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب دانشجویان دندانیپزشکی از برنامه درسی پنهان انجام شد.
پیشینه پژوهش تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴	<b>روش کار:</b> در این مطالعه کیفی از روش تحلیل محتوا جهت کشف جنبه های پنهان یادگیری دانشجویان از اساتیدشان استفاده شد. داده ها بوسیله مصاحبه های عمیق و نیمه ساختارمند از ۲۰ نفر از دانشجویان سال آخر دانشکده دندانپزشکی شهید صدوقی یزد بصورت حضوری و تلفنی جمع آوری شد. مصاحبه ها پس از ضبط به صورت متن برگردانده شد. جملات و بیانات مرتبط با هدف مطالعه از متن مصاحبه ها استخراج، کدگذاری و طبقه بندی شد. داده ها به روش تحلیل محتوی آنالیز گردید.
کلمات کلیدی برنامه درسی پنهان، دندانیپزشکی، مطالعه کیفی	<b>نتایج:</b> برنامه درسی پنهان از دیدگاه دانشجویان در چهار مضمون اصلی: برخورد اساتید، برخورد با خطاها و مشکلات، قوانین و مقررات آموزشی، تبعیضات بین فردی و دوازده مضمون فرعی شناسایی شدند. مضامین پدید آمده بر اهمیت آموزش های عملی و نیز الگوپذیری دانشجویان از اساتیدشان خصوصاً در عرصه بالینی دلالت داشتند.
	<b>نتیجه گیری:</b> نتایج این تحقیق تاثیر برنامه درسی پنهان را در آموزش و یادگیری دانشجویان نمایان می کند و نتایج این مطالعه می تواند در جهت بهسازی توانمندی های مرتبط با نقش آموزشی اساتید دندانیپزشکی مفید واقع شود.



[10.22038/hmed.2024.78573.1346](https://doi.org/10.22038/hmed.2024.78573.1346)

نحوه ارجاع به این مقاله ▶

N Jamshidian Ghaleshahi N, Babazadeh S, Razavi H , Khodabakhsh M, Mahmoudi M. Exploration of Dental Students' Experience on Hidden Curriculum in Yazd: A Qualitative Study. Horizon of Medical Education Development. 2025;16(1):55-69

ایمیل: [dr.smile523@gmail.com](mailto:dr.smile523@gmail.com)

\*نویسنده مسئول: سید مصطفی محمودی

آدرس: یزد، بلوار امام رضا، دانشکده دندانپزشکی، بخش آسیب شناسی دهان.



## مقدمه

برنامه‌های درسی از مهم‌ترین ابزارهای تحقق اهداف و رسالت‌های کلی آموزش عالی هستند و باید با پاسخگویی به شرایط و دغدغه‌های فعلی و آینده جامعه نقش سازنده‌ای در راستای حل مسایل و رشد فراگیران ایفا نمایند (۱). دانشگاه‌ها بعنوان عامل اجرایی آموزش عالی نقش مؤثری در توسعه منابع انسانی دارند و بدون شک بستر اصلی تدارک و تامین نیروی انسانی برای پیشرفت و جوابگویی به نیازها می‌باشند (۲). در این راستا وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی که رسالت عظیم ایجاد، نگهداری و حفظ نظام بهداشتی جامعه را بر عهده دارند از حساسیت و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. رشته دندانپزشکی که از ارکان سیستم بهداشتی و درمانی و نظام آموزش علوم پزشکی می‌باشند، نقش مؤثری را در رسیدن به اهداف مذکور دارا هستند. بدیهی است جهت آموزش دانشجویان به منظور تحقق اهداف دندانپزشکی وجود کوریکولوم (برنامه درسی) انکارناپذیر است (۳، ۴).

کوریکولوم را غالباً به عنوان یک برنامه آموزشی طراحی شده تعریف می‌کنند. برد آموزشی و آموزش پزشکی تخصصی انگلستان، کوریکولوم را این گونه تعریف می‌کند: بیان اهداف کلی و عینی، محتوا، پیامدها و فرآیندهای یک برنامه آموزشی که شامل موارد زیر می‌شود: توصیف ساختار آموزشی، پیش نیاز ورود به برنامه، طول مدت و سازماندهی برنامه شامل موارد قابل انعطاف آن و سیستم ارزیابی کننده‌ی آن. کوریکولوم باید شامل موضوعات حرفه‌ای کلی و نیز اختصاصی هر رشته باشد. در محتوای کوریکولوم باید قید گردد که فراگیر پس از ارائه، این کوریکولوم به چه دانش مهارت، نگرش و تجربه‌ای دست می‌یابد (۵، ۶).

انواع مختلفی از کوریکولوم بطور همزمان وجود دارند یکی از این موارد عبارتند از کوریکولوم آشکار و پنهان برنامه‌ی درسی آشکار در قالب سندی مکتوب و مدون برای تصمیم‌گیری در مورد اهداف، محتوا، روش‌های تدریس و ارزشیابی، به سازماندهی فرایند یاددهی-یادگیری می‌پردازد، اما مجموعه‌ی یادگیری‌ها و تجاربی که فراگیران در نظام آموزشی کسب می‌کنند، محدود به

برنامه‌ی درسی آشکار نیست و عوامل دیگری به طور اجتناب‌ناپذیری در کنار برنامه‌های درسی رسمی وجود دارد که در بسیاری از جنبه‌ها حتی به طور پایدارتر و نافذتر در شکل‌گیری تجارب دانشجویان نقش دارد (۷، ۸). این بروندهای یادگیری پیش‌بینی نشده، برنامه‌ی درسی پنهان نامیده می‌شود (۹). تعاریف متفاوتی برای کوریکولوم پنهان مطرح شده است: کوریکولوم پنهان ارزش‌های ضمنی رفتارها و هنجارهایی است که در نظام آموزشی وجود دارد اما به صراحت در اسناد رسمی مکتوب بیان نشده است. برنامه درسی پنهان مجموعه‌ای از پیام‌های مربوط به دانش ارزش‌ها و هنجارهای رفتاری و نگرش‌هایی است که یادگیرنده در طول فرایندهای آموزشی به طور ضمنی تجربه می‌کند (۱۰).

در نظام آموزش علوم پزشکی مواردی چون اخلاق حرفه‌ای، ارزش‌های اخلاقی، نقش‌های اجتماعی وابسته به حرفه در زندگی آینده فرد، ارزشها، عقاید و رفتار، قدرت، مسئولیت، فرهنگ، یادگیری نقش و فرهنگ حرفه‌ای و نحوه مطالعه، یادگیری و فعالیت گروهی توسط برنامه درسی پنهان یاد گرفته می‌شود، دانشجو یاد می‌گیرد که چگونه مورد مقبولیت تیم کاری قرار بگیرد و در واقع فرآیند اجتماعی شدن را آغاز می‌کند (۱۱، ۱۲). شناسایی تاثیر این نوع برنامه درسی بر فرآیند و نتایج نظام آموزش دندانپزشکی باعث خواهد شد تا آن دسته از یادگیری‌های پنهان که به بهبود کیفیت آموزشی کمک می‌نماید، مشخص گردیده و نیز مواردی که اثرات منفی و نامطلوب بر کیفیت آموزشی دارند تعیین شده و از این طریق به تقویت جنبه‌های مثبت و کاهش اثرات منفی آن همت گمارد (۱۳، ۱۴).

هرچند از نظر فرایند برنامه ریزی درسی، اغلب برنامه درسی رسمی در موقعیت‌های یادگیری مورد تاکید دست اندرکاران اجرایی برنامه درسی است اما غفلت از پیامدهای برنامه درسی پنهان نیز نوعی ساده‌انگاری در مورد فرایند یادگیری خواهد بود (۱۵). مجموعه یادگیری‌های دانشجویان به برنامه درسی رسمی محدود نمی‌شود و عوامل یادگیری که جزء برنامه درسی نیستند و از دید برنامه ریزان و دست اندرکاران نظام آموزش عالی پنهان است، وجود دارند که بر فکر و رفتار

سوالات مصاحبه به صورت باز و در رابطه با موضوع اصلی پژوهش (کوریکولوم پنهان و جنبه‌های مختلف آن) طرح می‌شد. سپس جهت ادامه و تکمیل مصاحبه و رسیدن به هدف مصاحبه، بر اساس نوع پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان سوالات بعدی مطرح می‌گردید. تعامل محقق و مصاحبه‌شونده وابسته به سوالاتی بود که در مصاحبه مطرح می‌شد و این در حالی بود که سوالات با هدف اصلی پژوهشی مرتبط بود. مدت زمان مصاحبه با مصاحبه‌شوندگان حداقل ۳۵ دقیقه و حداکثر ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه با اشباع داده‌ها یعنی سطحی که اطلاعات و داده‌های جدیدی بدست نمی‌آید، ادامه پیدا کرد. بعد از اولین مصاحبه کار کدگذاری و دسته‌بندی داده‌ها انجام شد. در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش پیشنهادی Graneheim & Lundman استفاده شد (۱۸).

بدین صورت که؛ (۱) متن مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده‌سازی شدند و از آن‌ها به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. (۲) متن به واحدهای معنایی که خلاصه و کوتاه شده، تقسیم‌بندی گردید. (۳) طراحی انتزاعی نمودن واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام گردید. با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان، مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آن‌ها و کدهای دلالت‌کننده مشخص شد، سپس کدگذاری انجام شد. (۴) بر اساس مقایسه مداوم شباهت‌ها، تفاوت‌ها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت می‌کردند، در یک مضمون قرار گرفت و مضامین اصلی و فرعی دسته‌بندی گردید. نقاط مبهم و نیازمند توجه، علاوه بر بازنگری توسط مصاحبه‌شوندگان، در مصاحبه‌های بعدی نیز بررسی شد؛ به طوری که نقاط ابهام برطرف شد و جایگاه کدها در هر مضمون کاملاً مشخص شد. (۵) در سطح تفسیری، طبقات تلخیص و مفهوم مرکزی هر مضمون مشخص شد و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شد. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی با توجه به کل داده‌ها بازبینی شد. برای مدیریت داده‌ها، از نرم‌افزار MAXQDA ۱۰ استفاده گردید. برای اطمینان از این که تفسیر داده‌ها نشان‌دهنده پدیده مورد مطالعه است از روش ارزیابی توسط همکار و چک اعضا استفاده گردید. بدین

دانشجویان تأثیر می‌گذارند و مؤثرتر از برنامه درسی عمل می‌کنند (۱۶)، که همان برنامه‌ی درسی پنهان‌اند که در طول دوره‌ی بالینی دانشجویان آن‌ها را از مکالمات سر راندها، جلسات غیررسمی آموزشی و مشاهده رفتار اساتید خود به عنوان الگوی در حال تعامل با بیماران یاد می‌گیرند (۱۷). چندین مطالعه در مورد کوریکولوم پنهان در دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شده است که مربوط به دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی می‌باشد با توجه به تفاوت محیط‌های آموزشی دندانپزشکی با بیمارستان تصمیم گرفته شد که دیدگاه دانشجویان دندانپزشکی در مورد کوریکولوم پنهان بررسی گردد، ضمن اینکه اکثر مطالعات انجام شده در قالب مطالعات کمی بوده است، از این رو مطالعه حاضر به صورت مطالعه کیفی طراحی شد.

## روش کار

در این مطالعه کیفی که به روش تحلیل محتوا انجام شد، برای جمع‌آوری اطلاعات از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و نمونه‌گیری تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. در مجموع تجارب ۲۰ دانشجو از بین دانشجویان سال آخر دندانپزشکی (ترم ۱۱ و ۱۲) که دوره آموزشی خود را طی نموده و اطلاعات بیشتری نسبت به محیط یادگیری دانشکده دندانپزشکی یزد داشتند، انتخاب شدند، همچنین دانشجویان از گروه‌های مختلف؛ دختر/پسر، ورودی سراسری/ خودگردان، بومی/ غیر بومی انتخاب شدند.

داده‌ها از طریق مصاحبه باز و نیمه ساختار یافته و عمیق فردی بود. قبل از انجام مصاحبه در مورد اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت شفاهی آن‌ها جهت شرکت در مطالعه گرفته شد. ابتدا زمان و مکان مناسب برای مصاحبه به صورت تلفنی یا حضوری با مشورت مصاحبه‌شوندگان تعیین گردید، تا فرصت بیشتر برای انجام مصاحبه، احساس راحتی مصاحبه‌شوندگان و افزایش کیفیت یافته‌ها فراهم گردد. در این مطالعه برای افزایش مقبولیت، با برقراری ارتباط مناسب و در نتیجه جلب اطمینان و اعتماد مصاحبه‌کنندگان سعی شده تا داده‌های حقیقی تأمین گردد.

به گواه اکثر دانشجویان رفتار بیشتر اساتید با بیماران محترمانه است. رفتار مودبانه، توجه به سلامت عمومی بیمار (اساتید بخش تشخیص)، ارائه‌ی توضیحات لازم به بیمار در مورد بیماری و درمان آن، آموزش و توصیه نکاتی به بیمار، پوزش از بیمار، از جمله مواردی بود که به شهادت دانشجویان الگوهای خوبی برایشان بوده است. موارد بی‌احترامی با بیمار معدود بود. دانشجوی شماره ۶ که شاهد رفتار نامحترمانه استاد با بیمار بوده علت آن را پایین بودن سطح اجتماعی و اقتصادی اغلب بیماران مراجعه کننده به دانشکده می‌باشد.

ج) برخورد اساتید با همکاران:

به باور دانشجویان یکی از نکات منفی که در تعاملات محیط آموزشی به چشم می‌خورد، عدم روحیه کار تیمی است. به گفته‌ی دانشجوی شماره ۵: "اختلاف نظر بین اساتید یک بخش باعث سردرگمی دانشجویان می‌شود"، یا دانشجوی شماره ۷: "اختلاف نظر بین اساتید یک بخش وجود دارد و تا حدی طبیعی است، اما این وسط دانشجویان اذیت می‌شود". یکی از موارد مهم در ارتباط با مضمون الگوی نقش، نحوه‌ی تعامل اساتید با هم و در محیط آموزشی بود. مصاحبه شونده‌گان شاهد درخواست اساتید بخش‌های مختلف برای مشاوره بین بخشی از همکارانشان در سایر بخش‌های درمانی بوده‌اند. علت مشاوره را بعضی دانشجویان رفع مسئولیت تصمیم دیگری در مورد بیمار می‌دانستند. در برخی موارد نیز دانشجویان شاهد بودند که اساتید نظر همکاران خود را علناً رد کرده بودند. تعداد کمی از دانشجویان شاهد بدگویی (اظهار نظر بد) اساتید از رشته‌ی تخصصی همکارانشان بوده‌اند. دانشجویان این رفتار اساتید را غیراخلاقی می‌دانستند. آن‌ها علت بدگویی اساتید از تخصص برخی از همکارانشان را بزرگ و با اهمیت جلوه دادن رشته‌ی تخصصی خودشان عنوان نمودند

د) برخورد اساتید با دانشجویان:

بیشتر مصاحبه شونده‌گان تشویق و یا تشکر حداقل یک استاد را در بخش‌های مختلف به علت ارائه‌ی کار کلینیکی خوب به بیمار تجربه نموده بودند. آن‌ها نقش تشویق استاد را در ایجاد انگیزه برای یادگیری، بیشتر از رفتار نامحترمانه، تهدیدآمیز و خشن اساتید عنوان نمودند.

صورت که نتایج تحلیل و طبقه‌بندی‌ها در اختیار دو نفر از اساتید دانشگاه که با روش تحقیق کیفی آشنا بودند، قرار گرفت تا درستی فرآیند کدگذاری را تأیید نمایند. در مورد قابلیت اطمینان، از یک ناظر خارجی باتجربه در تحقیق کیفی درخواست شد که فرایند جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها را بررسی و تأیید کند و در نتیجه، قابلیت اطمینان مطالعه حاصل شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰ دانشجوی دوره‌ی عمومی دندانپزشکی شرکت نمودند، ۱۱ نفر (۵۵ درصد) آن‌ها دختر و بقیه (۴۵ درصد) پسر بودند. میانگین معدل کل آن‌ها  $1 \pm 15/5$  بود. ۹ نفر (۴۵ درصد) سهمیه کنکور سراسری بودند و ۱۱ نفر (۵۵ درصد) در یزد سکونت داشتند.

مصاحبه شونده‌گان به روش نیمه ساختار یافته (حضور یا تلفنی) مورد مصاحبه قرار گرفتند، صحبت‌های آن‌ها ضبط شد و سپس مصاحبه‌ها در نرم افزار word به متن برگردانده شد. جملات و بیانات مرتبط با هدف مطالعه از متن مصاحبه‌ها استخراج، کدگذاری و طبقه بندی شد. پس از چندین بار مرور متن‌های استخراج شده و کدگذاری، ۴۶ کد استخراج و پس از حذف کدهای تکراری ۱۲ کد باقی ماند و نهایتاً چهار مضمون اصلی شامل: برخورد اساتید، برخورد با خطاها و مشکلات، قوانین و مقررات و تبعیضات پدید آمد (جدول ۱).

اولین مضمون "برخورد اساتید" بود. یکی از موارد مهمی که از صحبت‌های مصاحبه شونده‌گان برداشت شد، موضوع اهمیت اساتید و رفتارهای حرفه‌ای آنها به عنوان یک الگوی نقش بود. عموم دانشجویان شرکت کننده در پژوهش بر این نکته تأکید داشتند که از نظر آن‌ها اساتید به عنوان الگو و مدلی برای رفتارهای حرفه‌ای در آینده نگرسته می‌شوند.

الف) برخورد اساتید با پرسنل:

بیشتر دانشجویان رفتار اساتید با پرسنل بخش را خوب و محترمانه توصیف کردند. دلیل آن را حس همکاری بین آن‌ها عنوان نمودند.

ب) برخورد اساتید با بیمار:

اگر پرسش را نوعی مطالبه اطلاعات بدانیم. دانشجویان در مطالبه‌ی اطلاعات بوسیله‌ی پرسیدن سوال با واکنش‌های مختلفی از طرف اساتید مواجه شده‌اند. دانشجوی شماره ۴ گفت: "گاهی خود استاد هم مساله را خوب درک نکرده برای همین نمی‌تواند توضیح بدهد". دانشجویان بیان نمودند وقتی سوالی برایشان پیش می‌آید می‌خواهند بپرسند، اما موانعی نظیر: ترس از تمسخر همکلاسی‌ها، احتمال عدم پاسخگویی استاد یا برخورد و تمسخر از طرف وی، سوال متقابل استاد به جای پاسخگویی، تعجیل استاد در ترک کلاس درس آن‌ها را از پرسیدن بازداشته است.

در این خصوص دانشجوی شماره ۲ در قبال پرسیدن سوال از استاد گفت این جواب را از وی گرفته که: "من موظف نیستم این چیزها را با تو یاد بدهم، تو دانشجویی برو کتاب بخوان". یا دانشجوی شماره ۱۱ گفت: "در بخش وقتی سوال می‌پرسی، اساتید می‌گویند واقعاً این را بلد نیستی؟ من نمی‌دانم کجا باید این را یاد گرفته باشم"

هر چند شرکت کنندگان ماهیت رشته دندانپزشکی را استرس‌زا می‌دانستند و اظهار می‌داشتند تجربه کم آن‌ها از دلایل مهم استرشان می‌باشد. اما از استرسی که هم بعضی از اساتید با گفتار و رفتارشان ایجاد می‌کردند، هم استرسی که بخاطر اختلاف نظر اساتید در مورد یک بیمار پیش می‌آمد و نیز اهمیت تعداد بیمارانی که توسط دانشجو ویزیت و درمان می‌شوند، گله‌مند بودند.

تمایل کار بر روی بیمار سخت‌تر در همه دانشجویان وجود داشت، چرا که آن‌ها نگران کار بر روی بیماران در آینده هستند و ترجیح می‌دهند موارد سخت را در دانشکده آموزش ببینند و انتخاب بیماران خیلی سختگیرانه نباشد (صرفاً بیماران راحت انتخاب نشوند)، البته مواردی ذکر شده که سرعت عمل بالاتر دانشجو، اشراف دانشجو به نحوه‌ی درمان بیمار مورد نظر (که معمولاً اساتید با پرسیدن سوال از دانشجو دانش او را در مورد آن می‌سنجند)، باعث شود اساتید بپذیرند دانشجویی بر روی بیماران سخت نیز کار کند. دلیل این که اغلب اساتید تمایلی به واگذاری بیماران سخت به دانشجویان ندارند از دیدگاه مصاحبه شونده‌گان؛ بی‌حوصلگی اساتید، ترس

همه‌ی مصاحبه شونده‌گان با تحقیر خودشان و یا سایر دانشجویان توسط اساتید بر بالین بیمار و یا جلوی هم گروه‌هایشان برخورد داشته بودند. به گفته‌ی همه‌ی شرکت‌کنندگان این نوع برخورد به یادگیری آن‌ها کمکی ننموده، گاهی سبب انزجار آن‌ها از استاد و یا حتی درس آن استاد شده است.

دانشجوی شماره ۴ گفت: "گاهی اساتید جلوی بیمار تحقیرمان می‌کنند. دانشجو آمده که کار یاد بگیرد، نمی‌شود از دانشجو توقع داشت همه چیز را بداند".

دانشجوی شماره ۱۰ در مورد علت رفتار نامحترمانه‌ی برخی اساتید با دانشجویان را این گونه عنوان نمود: "دوره‌ی دانشجویی خودشان را یادشان رفته، اگر یادشان می‌آمد شاید رفتار بهتری داشتند و یا اگر دانشجوها را مثل فرزندان خودشان می‌دانستند رفتارشان با آن‌ها بهتر بود".

البته دانشجویان عواقب ناگوار اشتباه در کار کلینیکی بر روی بیمار صحنه می‌گذاشتند. مثلاً دانشجوی شماره ۱۵: "چون ما کار درمانی انجام می‌دهیم، اگر برخورد محکمی با رفتار اشتباه ما نشود، این رفتار ممکن است تکرار شود که به ضرر خود ما و بیمارمان است". اما با تحقیر بر بالین بیمار که باعث بی‌اعتمادی بیمار به کارشان می‌گردد و خرد شدن شخصیت‌شان جلوی هم گروهی‌هایشان که سبب کاهش اعتماد به نفس‌شان می‌شود، مخالف بودند. مواردی از این دست نمایانگر این است که دانشجویان در طی فرآیند آموزش به خصوص در عرصه بالین با رفتارهایی توسط اساتید مواجه می‌شوند، که در مورد غیرحرفه‌ای بودن آن جای تردید نیست. یکی از مضامین اصلی در بیانات شرکت کنندگان موضوع کم‌اهمیت انگاشتن آموزش، صرف وقت کم برای آموزش عملی، بی‌انگیزگی برخی از اساتید برای تدریس و انتقال تجارب، خستگی و بی‌حوصلگی، عدم صرف انرژی جهت آموزش بود. به نظر دانشجوی شماره ۱۳: "بعضی اساتید اخلاق حرفه‌ای را رعایت می‌کنند، اما انگیزه‌ای برای آموزش ندارند. بی تفاوتند نسبت به یادگیری دانشجو. این اساتید به اندازه‌ی استادی که بد با دانشجو برخورد می‌کند، به آموزش ضربه می‌زنند".

دانشجویان اعتراف نمودند ترجیح می‌دهند بعضی مسائل را با رزیدنت‌ها درمیان بگذارند، چون با آن‌ها احساس صمیمیت بیشتری می‌کنند و آن‌ها نقشی در نمره‌ی آن‌ها ندارند. دومین مضمون "برخورد با خطاها و مشکلات" بود. در این بخش خطاها و مشکلاتی که دانشجویان اظهار داشتند، در بخش‌های بالینی با آن‌ها مواجهه شده‌اند، آمده است. الف) خطاهای بالینی:

بیشتر دانشجویانی که دچار خطا در کار عملی بر بالین بیمار شده‌اند اگر به نظرشان آن خطا مشکلی برای بیمار پیش نمی‌آورده به اساتید گزارش نداده‌اند اما در صورت احتمال مشکل برای بیمار خطا را به اساتید گفته‌اند، که عمدتاً با برخورد نامناسب اساتید روبرو شده‌اند. دانشجوی شماره ۷ می‌گوید: "خطایی که پیش آمده بود را به استاد گفتم اما استاد جوری برخورد کرد که شاید دفعه‌ی بعد نگویم". ب) مشکلات بخش:

همه دانشجویان با خرابی وسایل در بخش‌ها برخورد داشته‌اند. بعضی ترجیح داده‌اند مشکلات را با پرسنل بخش درمیان بگذارند و بعضی به اساتید گفته‌اند. از نظر دانشجویان عاملی که مانع گزارش خرابی وسایل به اساتید بخش می‌گردد، عدم ترتیب اثر و احتمال عدم پیگیری توسط آنان است. دانشجوی شماره ۱۲ بیان نمود پس از مطرح کردن مشکل با استاد: "استاد گفت ما هم در دوران عمومی این مشکلات را داشته‌ایم، این سختی‌ها را باید تحمل کنید". دانشجوی شماره ۱۳ که این تجربه داشته گفت: "اساتید یک نگاه بدی می‌کنند که انگار تقصیر ما بوده که این مشکل بوجود آمده و حتی زمان بیشتری برای کار به ما نمی‌دهند".

تعدادی از دانشجویان عنوان نمودند که در بعضی بخش‌ها با کمبود بیمار مواجه شده‌اند. در بعضی بخش‌ها تنها تعداد بیماری که هر دانشجو ویزیت می‌کند، برای اساتید حائز اهمیت است. دانشجوی شماره ۱۱ از استادی نقل قول کرد که تهدید نموده: "اگر امروز مریض نداشته باشید نمره‌ی به شما تعلق نمی‌گیرد". به نظر دانشجوی شماره ۱۶: "بهبتر است قوانین اصلاح شود، تعداد بیماران هر دانشجو ملاک سنجش نباشد". در تعدادی از بخش‌ها نیز بیمارانی که به نظر اساتید

آن‌ها از به اصطلاح خرابکاری دانشجویان، مجبور شدن به اصلاح کار دانشجو و زیر بار مسئولیت نرفتن می‌باشد. روایت شرکت کنندگان حاکی از این بود که اساتید بیشتر روی مباحث درسی و مطالعه متون علمی تأکید دارند و نه مطالعه یا ابعاد غیردرسی.

دانشجویان اغلب تنها یک استاد را به یاد می‌آوردند که در کلاس درس به آن‌ها توصیه نموده است زندگی تک بعدی نداشته باشند (صرفاً تمام وقتشان را صرف درس خواندن نکنند) و به بعدهای دیگری نظیر هنر، ورزش و ... بپردازند تا در آینده، در مواقع خستگی ناشی از کار بتوانند به آن پناه ببرند. اساتید کمی آنها را تشویق به مطالعه متون غیردرسی و بیان اهمیت آن در زندگی نموده‌اند. غالب دانشجویان بیان داشتند در کلاس‌های اساتید انگشت شماری صرفاً به خاطر استاد (اخلاق، جذابیت سخنان، شیوه‌ی تدریس و ...) حضور می‌یابند.

به نظر می‌رسد یکی از وجوه مورد غفلت در آموزش دانشجویان، آن چیزی باشد که برخی از آن به عنوان "فرآیند اجتماعی شدن" یاد می‌کنند. هرچند همه‌ی دانشجویان قبول داشتند که از نظر دیدگاه علمی، اجتماعی، هنری و نوع دوستی نسبت به اوایی که وارد دانشکده شده‌اند پیشرفت نموده‌اند اما این رشد را کمتر متأثر از اساتید و راه و رسم رفتاری و منش استادی آنان می‌دانستند. به گفته‌ی آن‌ها نقش مطالعه، محیط و دوستان در این زمینه بیش از اساتید بوده است. آموزش به بیمار یکی از استانداردهای کیفیت مراقبت سلامت و از عوامل تاثیرگذار بر هزینه‌ها، بهبودی و درمان بیماران می‌باشد. دانشجویان مورد مصاحبه گزارش نمودند اگر بیماری از آن‌ها درخواست راهنمایی و یا آموزش نموده است به وی یاری رسانده‌اند. اما به خودی خود به بیماران در سالن انتظار دانشکده آموزشی ارائه نداده‌اند.

یکی از عوامل کلیدی ارتباط موثر بین استاد و دانشجو این است که تا چه حد دانشجویان خود را نزدیک به استاد بیابند. کلیه‌ی دانشجویان مورد مطالعه از این موضوع گله مند بودند که صمیمیت لازم بین اساتید و دانشجویان وجود ندارد. این عدم صمیمیت موجب ایجاد استرس، ترس از سوال پرسیدن، ترس از درخواست کمک و اعتراف به خطا می‌شود.

نرفته و فقط مباحث مطرح در امتحان خود را آموزش می‌دهند."

ب) مقایسه دانشکده با سایر دانشکده‌ها:

الف) هر چند همه ی دانشجویان اذعان داشتند محیط آموزشی سایر دانشکده‌ها را از نزدیک ندیده‌اند. اما در مقایسه با صحبت‌های دوستانشان در سایر دانشکده‌ها، برای مصاحبه‌شوندگان این تصور شکل گرفته است که در دانشکده یزدنسبت به سایر دانشکده‌ها تاکید زیادی بر آموزش دروس تئوری بجای دروس عملی می‌شود. در این خصوص دانشجوی شماره ۳ گفت: "در دانشکده ما بیشتر فوکوس روی دروس تئوری هست. اما در دانشکده‌های دیگر دانشجویان کارهای عملی بیشتری انجام می‌دهند". دانشجوی شماره ۱۵ گفت: "اساتید روی درس‌های تئوری خیلی وقت می‌گذارند اما خروجی خوبی نداریم، کارهای کاربردی را یاد نمی‌دهند".

ب) مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند سخت‌گیری بیش از حدی در بعضی از بخش‌ها (خصوصاً بخش تشخیص) نسبت به سایر دانشکده‌ها اعمال می‌شود.

ج) کم کاری بعضی از بخش‌ها نسبت به سایر دانشکده‌ها از دیگر مواردی بود که دانشجویان بدان اشاره نمودند. به نظر دانشجوی شماره ۳: "یه سری چیزها را به ما که دندانپزشک عمومی می‌شویم یاد نمیدهند و آن کارها را مختص رزیدنت‌ها می‌دانند".

مضمون آخر "تبعیضات بین فردی" بود.

یکی از مضامینی که در روایت‌های شرکت‌کنندگان قابل ادراک بود، موضوع تبعیض در فرآیند آموزش بود. شرکت‌کنندگان عموماً به این نکته اشاره کردند که به مواردی از تبعیض در محیط آموزشی مواجه شده‌اند.

الف) دانشجوی سراسری و خودگردان

کلیه مصاحبه‌شوندگان به این امر اذعان داشتند که اساتید بین دانشجویان سراسری و خودگردان تفاوت قائل می‌شوند. همه بجز یکی از دانشجویان رفتار اساتید با دانشجویان خودگردان را تبعیض آمیز می‌دانستند. دانشجوی شماره ۱۱ در این خصوص گفت: "بعضی اساتید همان اول که می‌آیند کلاس سوال می‌کنند که آیا شما دانشجوی

موارد سخت برآورد می‌شوند حتی با تمایل دانشجو برای کار، کنار گذاشته می‌شوند، که مسئله‌ی کمبود بیمار پیش می‌آید. از دست دادن بیمار به خاطر زمان طولانی که روند درمان در دانشکده دارد، از دیگر مشکلاتی بود که بدان اشاره شد.

ج) بیماران خارج از نوبت: بیشتر دانشجویان تمایلی به معرفی دانشکده به آشنایان برای کار بالینی را نداشتند، علت این امر را موارد زیر بیان نمودند: معطل شدن بیمار در طی فرآیند درمان، ضعف کار دانشجویان، مرغوب نبودن مواد مورد استفاده در دانشکده، ترس از قضاوت شدن، ترس از برخورد اساتید سربالین بیمار.

مضمون بعدی "قوانین و مقررات آموزشی" بود.

دانشجویان در مورد قوانین و مقررات آموزشی که در دانشکده اجرا می‌گردد، انتقاداتی داشتند، که در این بخش به آن‌ها پرداخته شده است.

الف) مطابقت دروس ارائه شده با کوریکولوم:

اکثر دانشجویان کوریکولوم آموزشی را به دقت بررسی نکرده‌اند. معدود افرادی که کوریکولوم را بررسی کرده‌اند نواقصی چون موارد زیر را عنوان کرده‌اند:

- ارائه بعضی واحدها در زمان نامناسب: دانشجوی شماره ۱۳ در این خصوص: "ترم ۶ واحد تجهیزات و ارگونومی را ارائه می‌دهند که هنوز وارد بخش‌ها نشده ایم و درس اپیدمیولوژی را در ترم ۱۱ ارائه می‌دهند که داریم فارغ التحصیل می‌شویم".

- ارائه واحدهای اختیاری در قالب واحدهای اجباری (انتخابی صورت نمی‌گیرد). دانشجوی شماره ۸ اظهار داشت: "هنگام انتخاب واحد فقط می‌توانم واحدهای مشخصی که آموزش اعلام کرده است را انتخاب کنم و در واقع انتخاب واحد فرمالیته می‌باشد".

- تاکید بیش از حد بر آموزش و یادگیری مباحث تئوری در کوریکولوم به جای کارهای عملی. دانشجوی شماره ۵ گفت: "اگر دروس عملی و تئوری همزمان در بخش‌ها بر بالین بیمار ارائه می‌شد، تاثیر بیشتری بر یادگیری ما داشت".

- وقت گذاشتن انتخابی اساتید روی مباحث. به گفته‌ی دانشجوی شماره ۱۱: برخی اساتید طبق کوریکولوم پیش



درسی رسمی با بسیاری از موارد دیگر نیز مواجه می‌شوند که عموماً مرتبط با نحوه برنامه‌ریزی دست اندرکاران آموزش دندانپزشکی است. ولی برخی دیگر که مهم‌تر نیز هستند به حوزه اساتید، وظایف و منش و رفتار حرفه‌ای آنان وابسته است که ضرورت توجه بیشتر در این زمینه و باز تعریف انتظارات نظام آموزشی دانشگاه از اساتید را ایجاب می‌کند.

#### جدول ۱. مضامین اصلی و فرعی برنامه درسی پنهان از دیدگاه دانشجویان

مضامین		مضامین اصلی
مضامین فرعی	مضامین اصلی	
رفتار خوب با پرسنل	۱) برخورد اساتید با پرسنل	برخورد اساتید
الف) اختلاف نظر اساتید یک بخش	۲) برخورد اساتید با بیمار	
ب) مشاوره‌های بین بخشی	۳) برخورد اساتید با همکاران	
ج) اظهار نظر در خصوص سایر تخصص‌ها		
الف) تشویق و تشکر	۴) برخورد اساتید با دانشجویان	
ب) تحقیر		
ج) تدریس		
ه) ابعاد غیر درسی و ارائه نکات آموزنده		
و) اجتماعی شدن		
ز) صمیمیت		
	۱) خطاهای بالینی	برخورد با خطاها و مشکلات
الف) خرابی وسایل	۲) مشکلات بخش	
ب) کمبود بیمار		
ج) پذیرش بیماران خارج از نوبت		
الف) ارائه بعضی واحدها در زمان نامناسب	۱) مطابقت دروس ارائه شده با کوریکولوم	قوانین و مقررات آموزشی
ب) ارائه واحدهای اختیاری در قالب واحدهای اجباری		
ج) تاکید بیش از حد بر آموزش و یادگیری مباحث تئوری		
د) وقت گذاشتن انتخابی اساتید روی مباحث		
	۲) مقایسه دانشکده با سایر دانشکده‌ها	
	۱) دانشجوی سراسری و خودگردان	تبعیضات بین فردی

خودگردان هستید یا سراسری؟! دانشجوی شماره ۱۵ به اعتراض گفت: "منی دانم چرا کنار اسم دانشجویان خودگردان در لیست حضور و غیاب حرف ب گذاشته اند. توی رفتار استاد خیلی تاثیر دارد". دانشجوی شماره ۱۳ علت این رفتار تبعیض آمیز اساتید را این گونه بیان کرد: "بعضی از اساتید دانشجوی خودگردان را نمادی از سرمایه‌داری که با پول می‌خواهد به هر جایی برسد نگاه می‌کنند. استاد فکر می‌کند دانشجویی که دارد با پرداخت شهریه درس می‌خواند ظلم در حق اوست که با سختی درس خوانده است".

ب) دانشجوی دختر و پسر

به گفته دانشجویان تبعیض جنسیتی در بخش‌ها نیز نمود دارد. مثلاً در بخش جراحی به پسرها و در بخش ترمیمی به دخترها بیشتر بها می‌دهند. دانشجوی شماره ۳ در این مورد گفت: "در بخش جراحی به پسرها بیشتر بها می‌دهند و کارهای سخت را به آن‌ها واگذار می‌کنند و کارهای ساده تر را به دخترها، که این باعث می‌شود اعتماد به نفس دخترها پایین بیاید".

ج) دانشجوی بومی و غیر بومی

کلیدی دانشجویان اتفاق نظر داشتند که اساتید بین دانشجویان بومی و غیر بومی تفاوتی قائل نمی‌شوند و اگر هم باشد خیلی محسوس نیست.

د) دانشجوی عمومی و دستیار تخصصی

در این مورد که رفتار اساتید با دانشجویان عمومی و دستیاران تخصصی متفاوت است، همه مصاحبه شوندگان اتفاق نظر داشتند. دلیل رفتار بهتر اساتید با دستیاران تخصصی را موارد زیر عنوان نمودند: سطح علمی دستیاران تخصصی بالاتر است. حس همکاری وجود دارد چرا که احتمال دارد در آینده با هم همکار شوند. سن دستیاران تخصصی بالاتر است. تعداد آنها کمتر است. ارتباط بیشتری با اساتید دارند و زمان بیشتری باهم صرف می‌کنند. اساتید احساس مسئولیت بیشتری نسبت به دستیاران تخصصی دارند و به آن‌ها بیشتر اعتماد می‌کنند. البته دانشجویان شاهد رفتارهای نامحترمانه معدودی از اساتید با دستیاران تخصصی در بعضی بخش‌ها نیز بوده‌اند در مجموع مضامین به دست آمده از صحبت‌های شرکت کنندگان حاکی از این است که دانشجویان در کنار برنامه

در برقراری ارتباطات مستمر علمی با دانشجویان و فراتر از اوقات کلاس، نقش استاد به عنوان عاملی کاهنده برای هویت علمی دانشجویان عمل می‌نماید، در مطالعه حاضر نیز دانشجویان از برخی اساتید به علت کم اهمیت انگاشتن آموزش، وقت صرف کم برای آموزش عملی، بی‌انگیزگی برخی از اساتید برای تدریس و انتقال تجارب، خستگی و بی‌حوصلگی، عدم صرف انرژی جهت آموزش ناخشنود بودند.

هرچند که در نظام‌های متمرکز مدیریت آموزش عالی از مجریان اصلی برنامه درسی (استادان و معلمان) انتظار می‌رود که به برنامه‌های درسی طراحی شده وفادار باشند، اما در چنین موقعیت‌هایی نیز یک استاد و معلم آگاه به انواع برنامه درسی و پیامدهای آن، در اجرا موفق‌تر از استاد و معلم خواهد بود که از دانش محدودی در رابطه با برنامه درسی و انواع برخوردار است. این امر تاکیدی بر اهمیت نقش استادان و معلمان در چگونگی شکل‌گیری برنامه درسی پنهان است (۱۵).

اساتید با رفتار و طرز برخورد خود در کلاس درس می‌توانند تأثیرات متفاوتی داشته باشند. اگر اساتید آزاد برخورد کرده و فرصت کافی در اختیار یادگیرندگان قرار دهد، حس اعتماد به نفس و تلاش آنان را افزایش می‌دهد، ولی اگر نظرات خود را محور قرار دهد و با روحیه سلطه‌گری برخورد نماید، مانع بروز توانایی‌های یادگیرندگان می‌شود (۲۳). در حقیقت استادان با برقراری روابط میان فردی مطلوب با دانشجویان از اضطراب و کاهش عزت نفس دانشجویان جلوگیری کرده و به عواطف خودشان و فراگیران در فرایند تدریس و یادگیری اهمیت می‌دهند. در آموزش پزشکی نیز تعامل استاد و دانشجو به ویژه بر بالین بیمار و کلینیک آموزشی نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت دانشجو و ایجاد اعتماد به نفس در وی دارد که به طور غیر مستقیم در نحوه رفتار وی با بیمار تأثیر خواهد گذاشت (۲۴). بی‌احترامی استاد به دانشجو در حضور سایرین و در بالین بیمار و وجود ارتباط غیر موثر بین استاد و دانشجو در کارآموزی‌ها از عوامل مهم بروز مشکل و ایجاد استرس در دانشجویان بوده که خود باعث تأثیر منفی بر یادگیری و روند برقراری ارتباط دانشجو - بیمار شده و به

۲) دانشجوی دختر و پسر	
۳) دانشجوی بومی و غیر بومی	
۴) دانشجوی عمومی و دستیار تخصصی	

## بحث

در این تحقیق به چهار مضمون اصلی: اساتید الگوی نقش، برخورد با خطاها و مشکلات، قوانین و مقررات و تبعیضات به عنوان مولفه‌های برنامه درسی پنهان گروه دندانپزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد پرداخته شده است. تحقیقات محققان مختلف گویای اهمیت این متغیرهاست. نتایج حاصل از مطالعه تقوایی یزدلی (۱۹) نشان داد مولفه‌های برنامه‌ی درسی پنهان: روش تدریس، روش ارزشیابی، تعاملات استاد و دانشجو، فضای کالبدی، قوانین و مقررات و تفکر انتقادی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشند. در نتایج مطالعه مصلی نژاد و همکاران (۲۰) در دانشگاه علوم پزشکی جهرم، از عواملی چون دیدگاه‌های ارزشی اساتید، مدیریت خطاها، تعارضات فرهنگی و ارزشی، الگو بودن اساتید، تعامل و یادگیری و سپس روتین‌گرایی به عنوان ابعاد برنامه درسی پنهان در این دانشگاه نام برده شده است. به گزارش امینی و همکاران (۲۱) فضای فیزیکی و کالبدی دانشگاه ویژگی‌های رفتاری در شخصیت اساتید و شیوه‌های ارزشیابی آن‌ها با برخورداری از بالاترین میانگین دارای آثار و پیامدهای پنهان خاص خود و بالطبع یادگیری، عملکرد تحصیلی و نحوه‌ی نگرش دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در بیشتر مطالعات مشابه همانند مطالعه حاضر نقش استادان در شکل‌گیری برنامه درسی پنهان از منظر مشارکت کنندگان، بسیار با اهمیت تلقی شده است؛ مه‌رام و همکاران (۲۲) در تحقیقی در دانشگاه فردوسی مشهد بر روی اساتید، دانشجویان و مکان فیزیکی، روش تدریس، ارزشیابی، محتوا و قوانین و مقررات، نقش استادان را به عنوان یکی از پررنگ‌ترین مؤلفه‌های برنامه درسی عنوان کردند که به دلیل به روز نبودن تعداد قابل توجهی از مدرسین، وجود مشاغل متعدد، و عدم انگیزه لازم

Onwuegbuzie و همکاران (۳۲)، دانشجو محوری، متخصص بودن، حرفه ای بودن، مشتاق بودن، انتقال دهنده بودن، متصل کننده بودن، هدایتگر بودن، اخلاقی بودن و پاسخگو بودن را از خصوصیات مدرسان اثر بخش عنوان شده است. نتایج مطالعه Tang و همکاران نشان داد که بزرگترین تفاوت بین مدرس بالینی اثر بخش و غیر اثر بخش، ویژگی ارتباط بین فردی به خصوص زیر گروه (اعتماد و احترام به دانشجو) است (۳۳).

یکی از مضامینی که در روایت‌های شرکت کنندگان قابل ادراک بود، موضوع تبعیض در فرآیند آموزش بود. شرکت کنندگان عموماً با مواردی از تبعیض سهمیه ورودی (سراسری و خودگردان)، پایه تحصیلی (عمومی و تخصصی) و جنسیتی (دختر و پسر)، در محیط آموزشی مواجه شده‌اند. نتایج مطالعه پرداخته و همکاران (۳۴) بر روی ۳۷۹ دانشجوی دانشگاه های شرق گیلان نیز مشخص نمود بین برنامه درسی پنهان و نابرابری‌های جنسیتی دانشجویان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. اگر در یک جامعه آموزش دچار تبعیض شود، نمی‌توان انتظار داشت آن جامعه پیشرفت نماید. ضدیت با تبعیض، عدالت‌طلبی و مطالبه‌گری، کمک به هم‌سرنوشت شدن است. جامعه زمانی در مسیر درست قرار دارد که اعضای آن هم‌سرنوشت باشند.

محتوای دروس از جمله مواردی است که عدم هم خوانی آن با نیازهای واقعی دانشجویان و عدم ارتباط افقی و عمودی آن با دیگر موضوعات مورد تدریس، می‌تواند سبب کاهش علاقه یادگیرنده‌ها به پیگیری و کاوش علمی شود (۱۳). در این مطالعه مصاحبه شونده‌گان از تاکید زیاد بر آموزش دروس تئوری بجای دروس عملی، سخت گیری بیش از حد، کم کاری و عدم ارائه آموزش در بعضی از بخش‌ها گله مند بودند. محتوا و منابع درسی به ارزشمندی و مفید بودن مطالب آموزشی اشاره دارد (۳۵). یعنی مطالبی که تدریس می‌شوند کاربردی باشند و دانشجو بتواند از آنها استفاده عملی داشته باشند. بدیهی است در صورت تکراری بودن مطالب آموزشی ارائه شده و نبود امکان کاربرد آن‌ها در عالم واقع و اینکه فرد احساس کند که انتقال مطالب و استفاده از آن‌ها وجود ندارد نسبت به مطالب درسی بی‌علاقه و درس برای او خسته کننده می‌شود.

عنوان یک معضل محسوب می‌شود (۲۵). در مطالعه حاضر همانند مطالعات Lempp و Seale (۲۶) و D'Eon و همکاران (۲۷) مصاحبه شونده‌گان با تحقیر خودشان و یا سایر دانشجویان توسط اساتید بر بالین بیمار و یا جلوی هم گروه هایشان برخورد داشته بودند. قانعی راد (۲۸) تعاملات و ارتباطات بین دانشجویان و استادان را یکی از اصلی‌ترین عرصه‌های ارتباطات در آموزش عالی دانسته و گزارش نموده که افزایش ارتباطات دانشجویان با استادان بر متغیر تحصیلی و روانشناختی از قبیل میزان پیشرفت تحصیلی، احساس غرور و اثربخشی دانشجویان بهبود فضای آموزشی و ارتقای یادگیری تاثیر گذار است. در ایران ضعف روابط استاد با دانشجو به‌طور فراگیر در کلیه رشته‌های دانشگاهی دیده می‌شود. فقدان مناسبات ارتباطی در بین دانشجویان با اساتید به نوبه خود بر ایجاد و گسترش مشکلات دیگر دانش دامن می‌زند (۲۹). چنانچه نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد عدم صمیمیت بین اساتید و دانشجویان موجب ایجاد استرس، ترس از سوال پرسیدن، ترس از درخواست کمک و اعتراف به خطا می‌شود. این فرایند دیر یا زود اساسی‌ترین کارکردهای آموزش عالی را به چالش خواهد کشید.

در پژوهش حاضر ارتباط میان اعضای هیات علمی با بیماران و پرسنل در وضعیت مطلوبی قرار داشت. که با نتایج مطالعه ایمانی و همکاران (۳۰) و Lempp و Seale (۲۶) هم خوانی دارد. برقراری ارتباط اثربخش با بیمار موجب افزایش پیروی از درمان، بهبود پیامدهای سلامتی بیمار، افزایش رضایت بیمار و پزشک می‌شود (۳۱). همچنین نحوه ارتباط متقابل اعضای هیات علمی با یکدیگر از اهمیت بالایی برخوردار است. دیدگاه‌های ارزشی اساتید و تعاملات بین فردی اساتید به عنوان یکی از ابعاد مهم پنهان برنامه درسی در دانشجو درون سازی می‌شود و نقش مهمی در القای تفکر مثبت نسبت به جامعه، شغل و آینده ی حرفه ای آنان دارد (۲۰). وجود تعاملات و ارتباطات عمیق بین ذی‌نفعان آموزش در دانشگاه‌ها بیانگر جدی بودن آموزش و به‌طور کلی‌تر توسعه یافتگی رشته‌های علمی می‌باشد (۲۸). به نظر دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش اساتید به عنوان الگو و مدلی برای رفتارهای حرفه‌ای در آینده نگریسته می‌شوند. در مطالعه

فعلی که آموزش و ارزشیابی حرفه ای گری در آموزش بالینی مطرح شده است باید به طور جدیتری در مورد خنثی سازی مشکلاتی که برنامه درسی پنهان در این راستا می تواند ایجاد کند اقدام نمود (۲۷).

### نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه توجه به برنامه درسی یکی از ضروریات اساسی است، مضامین به دست آمده از صحبت های شرکت کنندگان حاکی از این است که دانشجویان در کنار برنامه درسی رسمی با بسیاری از موارد دیگر نیز مواجه می شوند که عموماً مرتبط با نحوه برنامه ریزی دست اندرکاران آموزش دندانپزشکی است. ولی برخی دیگر که مهم تر نیز هستند به حوزه اساتید، وظایف و منش و رفتار حرفه ای آنان وابسته است.

با توجه به نقش بارز اساتید بعنوان الگوهای دانشجویان و نیز ساختار مدیریتی، جو و فرهنگ سازمانی و موقعیت های یادگیری در شکل گیری اخلاق حرفه ای در دانشجویان و همچنین نقش کلیدی و محوری آنان در برنامه درسی پنهان، ارتقاء آن در نظام آموزش عالی پیشنهاد می گردد.

پیشنهاد می شود که برنامه های درسی با توجه به اهداف برنامه درسی به طور مرتب مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند و اثربخشی آنها مورد سنجش قرار گیرد؛ بنابراین، لازم است که جلسات هم اندیشی میان سیاست گذاران، اساتید رشته دندانپزشکی و کارشناسان آموزش پزشکی به طور مستمر برقرار شود و برنامه درسی که هدف اصلی آن انسان سازی است به طور جدی مورد توجه قرار گیرد. یکی از ضروریات در ممانعت از پوچ ماندن برخی از بخش های برنامه های درسی این است که تبادل نظر میان سه سطح مذکور به طور مرتب برقرار باشد.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله خود را ملزم می دانند از کلیه ی دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی نمایند.

در نتیجه کوشش و تلاش در این موضوعات تمایلی ندارد و برای تحلیل رفتگی آموزشی زمینه را فراهم می کند (۳۶). ممکن است اینگونه به نظر آید که برنامه درسی پنهان عاملی است که قطعات برنامه رسمی را به هم پیوند می دهد، اما ممکن است عکس آن صحیح باشد یعنی ویژگی های حرفه ای گری خارج از فضای آموزش در واقع قطعات اصلی برنامه درسی پنهان هستند و آموزش های رسمی جاهای خالی این قطعات را پر می کنند (۴). Margolis (۳۷) بر اهمیت توجه به برنامه درسی پنهان در نظام آموزش عالی تاکید کرده و عرصه آموزش عالی را صحنه ای اصلی برای مهارت آموزی، اجتماعی شدن و تغییرات اجتماعی دانسته است. در مطالعه حاضر دانشجویان گزارش نمودند از نظر دیدگاه علمی، اجتماعی، هنری و نوع دوستی نسبت به اوایی که وارد دانشکده شده اند پیشرفت نموده اند. بخش عمده ای از اهداف انواع برنامه های درسی، کمک به شکل گیری هویت اجتماعی و ملی با استفاده از ابرمهارت های چون: حل مسئله، تفکر برتر، خلاقیت، یادگیری، شیوه یادگیری و مهم تر از آن آموزش مؤثر فرهنگ و ارزش ها در راستای انتقال، ارزش سنجی و توسعه فرهنگ و روش های زندگی است. از بین انواع برنامه های درسی، اهمیت و جایگاه برنامه های درسی پنهان در شکل گیری این نوع مقولات بیشتر از انواع دیگر، از جمله برنامه درسی آشکار است (۱۶).

از دیدگاه محمدی مهر (۳۸) برنامه درسی پنهان یک پیام دارد و آن چیزی جز دعوت به ژرف اندیشی در جریان تعلیم و تربیت و پرهیز از ساده انگاری و سطحی انگاری نیست (۳۹). دانشجویان اهمیت برنامه درسی پنهان به ویژه نقش آن در مورد رفتارهای یک پزشک را به خوبی درک می کنند. بنابراین، دست اندرکاران آموزش پزشکی باید تعیین کنند که چگونه می توان این بخش ناملموس، ارزشمند و غنی از آموزش را در راستای بهره برداری بیشتر به صورت آشکار درآورد. اما از آن جا که برنامه درسی پنهان می تواند نقش قویتری نسبت به برنامه درسی آشکار در انتقال ارزش های حرفه داشته باشد، شاید صحیح نباشد که در راستای آشکار نمودن تمامی جنبه های پنهان برنامه درسی تلاش نمود. بنابراین، در شرایط

## تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

## حمایت مالی

مطالعه حاضر منتج از پایان نامه دانشجویی به شماره ۱۰۱۲ مصوب در معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی یزد بوده و دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد حمایت مالی آن را بر عهده داشته است.

## ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اصول اخلاقی هدف از مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آن‌ها جهت شرکت در مطالعه کسب گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اسامی آن‌ها فاش نمی‌گردد، از این‌رو برای نام‌گذاری مصاحبه‌شوندگان از عدد استفاده شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد پس از ارائه گزارش نهایی طرح صدهای ضبط شده معدوم می‌گردد. در ضمن این مطالعه در «کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد» به شماره IR.SSU.REC.1398.146 به تصویب رسیده است.

## مشارکت نویسندگان

پاسخگویی	بررسی	نگارش	تجزیه و	جمع آوری	طراحی طرح	مفهوم سازی
به تمام جنبه‌های کار	نهایی سازی	پیش نویس اصلی	تحلیل و/یا تفسیر	و/یا پردازش داده‌ها	طراحی طرح	مفهوم سازی

\* راهنمای رنگ‌ها:

۲۵٪ ≥  
 ۲۶ تا ۵۰٪  
 ۵۱ تا ۷۵٪  
 ۷۶٪ ≤

## References

1. Khaghanizadeh M, Fathi Vajargah K. Univeasal curriculum. *J Educ Strategies Med Sci*. 2008 : 1(2) : 11-9 (persian).
2. Hafferty FW, Castellani B. The hidden curriculum: a theory of medical education. *Handbook of the sociology of medical education: Routledge*; 2009. p. 29-49.
3. Bertolami CN. Rationalizing the dental curriculum in light of current disease prevalence and patient demand for treatment: form vs. content. *Journal of dental education*. 2001;65(8):725-35; discussion 36-43.
4. Masella RS. The hidden curriculum: value added in dental education. *Journal of dental education*. 2006;70(3):279-83.
5. Dent J, Harden RM, Hunt D. *A practical guide for medical teachers: Elsevier Health Sciences*; 2017.
6. Manogue M, McLoughlin J, Christersson C, Delap E, Lindh C, Schoonheim-Klein M, et al. Curriculum structure, content, learning and assessment in European undergraduate dental education - update 2010. *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe*. 2011;15(3):133-41.
7. Alikhani M, Mehrmohammadi M. Survey of unintended consequences (hidden curriculum) from the social environment of secondary schools in Isfahan. *J Educational & Psychological Sciences*. 2005;11(3):121-46.
8. Brown G, Manogue M, Rohlin M. Assessing attitudes in dental education: is it worthwhile? *British dental journal*. 2002;193(12):703-7.
9. Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2010;85(11):1709-16.
10. Pourbairamian G, Bigdeli S, Soltani Arabshahi SK, Yamani N, Sohrabi Z, Ahmadi F, et al. Hidden Curriculum in Medical Residency Programs: A Scoping Review. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*. 2022;10(2):69-82.
11. Fathi Vajargah K, Vahed S. Identification of citizenship education damages in hidden curriculum: secondary education system from the perspective of women teachers in Tehran & provide ways to improve its situation. *J Educational Innovations*. 2006;5(17):93-132.
12. Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. In the students' own words: what are the strengths and weaknesses of the dental school curriculum? *Journal of dental education*. 2007;71(5):632-45.
13. Mahram B, Kazemi S. An investigation of the performance of administrators as a component of hidden curriculum in values education. *Journal of curriculum studies*. 2010;5(17):129-52.
14. McHarg J, Kay EJ. Designing a dental curriculum for the twenty-first century. *British dental journal*. 2009;207(10):493-7.
15. Hedayati A, Sarbaz-Hoseini AA, Hedayati M, Rezaei A. Identify the desired achievements of the hidden curriculum from the perspective of student-teacher' competencies. *Quarterly Journal of educational Leadership & Administration*. 2017;11(2):129-47.
16. Fazlollahi-Qomshi S. Hidden curriculum and student avoidance of responsibility; Investigate the factors and priorities. *Culture in The Islamic University*. 2015;4(4):587-603.
17. Jalalvandi M, Sohrabi M, Jamali A, Taghipoor-Zahir A. The Association between patient-centered hidden curriculum and medical students' communication skills. *Iranian Journal of Medical Education Policy Analysis Archives*. 2014;13(11):920-30.
18. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*. 2017;56:29-34.
19. Taghvaei-Yazdeli Z, Yazdkhasti A, Rahimi H. The study of hidden curriculum situation in



- Kashan University of Medical Sciences. *J Med Educ Dev*. 2013;6(12):14-23.
20. Mosalanejad L, Parandavar N, Rezaie E. Students' Experience about the Hidden Curriculum: A Qualitative Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2014;13(2):111-24.
21. Amini M, Tamannaifar MR, Mashallahinejad ZA. Survey on the Position of hidden curriculum from point of views of medical students of kashan. *J Med Educ Dev*. 2015;8(18):1-13.
22. Mahram B, Saketi P, Massoodi A, MehrMohammadi M. The role of the components of hidden curriculum in the academic identity of the students (University of Ferdosi case study, Mashhad). *Curriculum studies periodicals*. 2006;3:3-39.
23. Safaei-Movahed S, Bavafa D. Towards Another meta-theory for understanding the hidden curriculum *Research in Curriculum Planning*. 2013;2(37):75-95.
24. Rahimibashar M. The Relationship between Clinical Instructors' Behaviors and State Anxiety of Nursing Students in Islamic Azad University of Lahijan City. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2017;12(4):1-7.
25. Pejhmankhah S, Farajzadeh Z, Nakhae M, Saadatjoo S, Kianfar S. Effective factors in communication with patients and barriers from nurses' perspective Val-e-Asr hospital: Birjand. *Modern Care Journal*. 2009;5(1):46-51.
26. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7469):770-3.
27. D'Eon M, Lear N, Turner M, Jones C. Perils of the hidden curriculum revisited. *Medical teacher*. 2007;29(4):295-6.
28. Ghaneirad MA. *Interactions and Communications in the Scientific Society*. Tehran: Research Institute for Cultural and Social Studies; 2005.
29. Bagheri-Heidari F. A Study on the Effective Factors on The Studetns Lectuers' Communication in Some Iranian Universities. *Iranian Journal of Sociology*. 2014;15(4):153-72.
30. Imani S, Yaghobi A, Yousefzadeh MR, Veysikohre S, Mohagheghi H. The relationship between hidden curriculum and students' instructional burnout. *Research in Curriculum Planning*. 2015;12(18):29-41.
31. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical teacher*. 2006;28(5):e127-34.
32. Onwuegbuzie AJ, Witcher AE, Collins KMT, Filer JDW, Cheryl DW, Chris WM. Students' Perceptions of Characteristics of Effective College Teachers: A Validity Study of a Teaching Evaluation Form Using a Mixed-Methods Analysis. *American Educational Research Journal*. 2007;44(1):113-60.
33. Tang FI, Chou SM, Chiang HH. Students' perceptions of effective and ineffective clinical instructors. *The Journal of nursing education*. 2005;44(4):187-92.
34. Pardokhteh F, Kazemour E, Shakibae Z. The relationship between hidden curriculum and gender inequalities between university students. *Research in Curriculum Planning*. 2016;12(20):16-27.
35. Iram Y, Wahrman H, Gross Z. *Educating Toward a Culture of Peace*. San Bernardino: International Academy Publishing (IAP); 2006.
36. Willingham D. Students remember what they think about, *American Education*. 2003;27(2):37-41.
37. Margolis E. *Class Pictures: Representations of Race, Gender and Ability in a Century of School Photography*. . *Education Policy Analysis Archives*. 2000;8(31):Retrieved from <http://epaa.asu.edu/ojs/article/download/422/545>.
38. Mohammadi-Mehr M, Fathi-Vajargah K. The place of the hidden curriculum in continuing medical education. *Scientific-Research Dictionary of Educational Strategies in Medical Sciences*. 2008;1(1):48-53.
39. Tekian A. Must the hidden curriculum be the 'black box' for unspoken truth? *Medical education*. 2009;43(9):822-3.

