

دیدگاه متقابل اعضای هیأت علمی و دستیاران بالینی نسبت به انطباق عملکرد آموزشی و بالینی با اخلاق حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آمنه پورلیلی، سونیا اویسی، لیلا سبزمکان، فریدون عزیزی*

چکیده

مقدمه: دو گانگی در هویت حرفه‌ای اساتید پزشکی و دستیاران تخصصی، تعارض بین نقش آموزش و مراقبت از بیمار سبب گردیده تا مشکلاتی در سطح عملکرد حرفه‌ای پیش آید. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی دیدگاه اساتید و دستیاران بالینی درخصوص انطباق عملکرد آموزشی و بالینی با اخلاق حرفه‌ای طرح‌ریزی شد.

روش‌ها: تمامی دستیاران تخصصی و اساتید بالینی مراکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۲ مورد مطالعه‌ای توصیفی مقطعی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های برگرفته از منابع اسلامی-ایرانی بود که روایی و پایایی آنها مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه شامل سه قسمت اطلاعات دموگرافیک، عملکرد اخلاقی در حوزه‌های آموزشی و بالینی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای اسکوئر، کروسکال والیس و من ویتنی تحلیل شد.

نتایج: در حوزه‌ی بالینی، بیش‌ترین و کم‌ترین امتیاز به‌ترتیب متعلق به حیطة‌ی وجدان کاری و حیطة اقرار به خطا بود که در گروه اساتید ۹۰/۳٪ در مقابل ۵۰٪ و در گروه دستیاران ۹۳٪ در مقابل ۶۲/۱٪ بود. در حوزه آموزشی، بیش‌ترین مشکلات عملکردی شناخته شده اساتید و دستیاران به‌ترتیب عدم توجه به مشکلات آموزشی فراگیران (۶۵/۵٪) و عدم مشارکت علاقمندان در امر آموزش به دانشجویان ضعیف‌تر (۶۸/۸٪) بود.

نتیجه‌گیری: وضعیت عملکرد اخلاقی- حرفه‌ای اساتید و دستیاران براساس دیدگاه متقابل درحوزه‌های آموزشی و بالینی، در حد متوسط بود و با وضعیت مطلوب فاصله دارد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد مداخلات جامع و مدونی جهت ارتقای عملکرد حرفه‌ای اساتید و دستیاران در مراکز آموزشی انجام گیرد تا فاصله‌ی کیفیت آموزش و مراقبت از بیماران کاهش یابد.

واژه‌های کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، اخلاق پزشکی، اساتید، دستیاران پزشکی، عملکرد

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهمن ۱۳۹۳؛ ۱۴(۱۱): ۱۰۰۷ تا ۱۰۱۹

مقدمه

اخلاق حرفه‌ای به معنای دانستن و عمل کردن به

مسئولیت‌های اخلاقی است که هر شخص حقیقی یا حقوقی نسبت به دیگران دارد (۱). اخلاق پزشکی ضمن این که شاخه اساسی از اخلاق عمومی است، در واقع شاخه‌ای مهم و گسترده از اخلاق کاربردی نیز محسوب می‌گردد و بر طیفی از مباحثی که در موقعیت‌های بالینی و مراقبت‌های بهداشتی پیش می‌آید تمرکز دارد (۲ تا ۳). از دید ساش (Sachs) حرفه‌ای‌گری، دو جنبه‌ی "اخلاقی" و "تکنیکی" دارد: جنبه‌ی اخلاقی همان عملکرد معلمی با هدف خدمت به جامعه و پاسخ به نیازهای جامعه مد نظر

* نویسنده مسؤل: دکتر فریدون عزیزی (استاد)، گروه غدد و متابولیسم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. azizi@endocrine.ac.ir
آمنه پورلیلی، دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. am3n_65@yahoo.com؛ دکتر سونیا اویسی (دانشیار)، گروه بهداشت مادر و کودک، دانشکده پرستاری-مامائی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. soveisi@razi.tums.ac.ir؛ دکتر لیلا سبزمکان (استادیار)، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران. sabzmakan@yahoo.com
تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۳/۳۰، تاریخ اصلاحیه: ۹۳/۸/۱۷، تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۲۰

است و جنبه‌ی تکنیکی، برخورداری از عملکرد شایسته و مهارت در کار را در بر می‌گیرد که لازمه‌ی آن کسب دانش وسیع و پیچیده از طریق تحصیلات دانشگاهی است (۴). تحولات در علم و فناوری قرن بیستم مازاد بر این که موجب پیشرفت مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی گردیده، حرف پزشکی را با پرسش‌ها و معضلات اخلاقی بسیاری مواجه نموده که همین ویژگی‌ها، نیاز به رویکرد اخلاق را در حرف مرتبط با پزشکی ضرورتی انکارناپذیر ساخته است (۵ و ۳).

علی‌رغم تلاش وافر اساتید پزشکی در آموزش ارزش‌های حرفه‌ای خود به فراگیران، گاهی مواردی که با این ارزش‌ها هم‌خوانی ندارد، آموخته شده و حتی تأثیرات نهایی آن را در سطح جامعه به صورت تهدیدکننده‌های حرفه‌ای‌گری پزشکی نظیر: تغییر به مرور زمان ارزش‌های فردی - حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان با آموزش رسمی، فقدان مسئولیت‌پذیری، عدم تعهد پاسخ‌گویی نسبت به مسائل مبتلا به جامعه چون سن، فرهنگ، جنس و ناتوانایی‌های بیمار، کیفیت نازل ارائه خدمات و عدم انطباق خروجی‌های دانشگاه با نیازها و انتظارات جامعه را ناظر هستیم (۶ و ۹). بسیاری از مشکلات ذکر شده را می‌توان نقض اصول موازین اخلاقی توسط دانشگاه و عدم پای‌بندی به استانداردهای بالای اخلاقی دانست (۷).

در بالین نیز حرفه‌ای‌گری بر اصولی از برتر دانستن رفاه بیمار و عدالت اجتماعی و مسئولیت‌هایی حرفه‌ای چون: شایستگی و قابلیت / درست‌کاری / محرم بیمار بودن / برقراری ارتباطات مناسب با بیمار / ارتقای دسترسی به مراقبت مبتنی بر شواهد است (۱۰) به این سبب متخصصین بالینی به دستاوردهای پیشرفت تکنولوژی (تجهیزات و امکانات پزشکی) بیشتر از روابط انسانی توجه دارند (۱۱) پزشکان امروزی تعهد اصلی حرفه‌ی خود یعنی مراقبت دلسوزانه و هم‌دلانه / به رسمیت شناختن بیمار و احترام به او به عنوان یک انسان را که همانا محور عمل اخلاقی پزشکی است به مرور به

فراموشی سپرده‌اند و به خصوص اختلال در مشتری‌مداری را شاهد هستیم. این امر می‌تواند ناشی از (جنبه‌های مالی / تفاوت قدرت نفوذ پزشک و بیمار / ورود تجارت به حرفه پزشکی) باشد که به تدریج موجب حذف محورهای عمل اخلاقی پزشکی در بالین گردیده است (۱۲).

از آن جایی که شرط اصلی رسیدن به هدف ارتقای سلامت، وقوف به شایستگی‌های حرفه‌ای و استانداردهای رفتار حرفه‌ای و عملکرد اخلاقی است و توصیه‌های دینی ما نیز به سبب تأثیر متقابل اخلاق و علم بر هم، تأکید زیادی بر کسب علم و فضائل اخلاقی در کنار یکدیگر دارد (۷ و ۹). لذا الزامی است با توجه به عوامل تهدیدکننده‌ی حرفه‌ی پزشکی و نمود کاستی‌هایی چون فراموشی اخلاق پزشکی، گسترش فساد در جامعه امروز، سهل‌انگاری در انطباق امور پزشکی با موازین شرعی، رفتارهای ناشایست حرفه‌ای و قصور پزشکی، که منجر به ایجاد آسیب و اختلال در عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی امروزی گردیده‌اند، ابتدا به بررسی وضعیت عملکرد فعلی این جامعه مبادرت ورزید. با شناسایی و تمرکز بر حیطه‌هایی که بیش‌ترین تأثیرگذاری را بر این مقوله‌ها داشته و دچار نارسایی هستند، می‌توان از طریق راهکارهایی مبادرت به تقلیل این عوامل و کاستی‌ها نمود (۱۳).

طبق مطالعه‌ی طراحی شده استرن (Stern)، ارزش‌ها بیش‌تر طی برنامه‌ی درسی پنهان آموزش داده می‌شوند تا برنامه درسی رسمی و هیچ ضمانتی وجود ندارد که ارزش‌های آموزش داده شده در برنامه‌ی درسی پنهان، همان ارزش‌های مورد انتظار یا از هر نوعی که تمایل به ارتقا آنها را داریم باشند، چه بسا ممکن است حتی با ارزش‌های مورد انتظار، در تضاد هم باشند (۱۴). مطالعه‌ی کیفی هدف‌مند سال ۱۳۸۸ مشخص نمود که تجارب مثبت و منفی در آموخته‌های حرفه‌ای‌گری، نشان‌دهنده نقش برنامه درسی پنهان در آموزش بالینی است. تجارب منفی

که میزان در معرض تهدید قرار گرفتن اصول اخلاقی را آشکار سازند، معدود هستند در عین حال مطالعات مشابهی که ابعاد مختلف عملکرد اخلاق حرفه‌ای اساتید و دستیاران را مورد بررسی قرار دهد نیز یافت نشد، لذا در این پژوهش وضعیت عملکرد اخلاقی-حرفه‌ای اساتید و دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در حیطه‌های عملی واقعی آنان (در دو حیطه‌ی آموزشی و بر بالین بیمار) با استفاده از پرسشنامه‌هایی برگرفته از منابع اسلامی-ایرانی که در این مطالعه مجدداً ویرایش شده، به طور متقابل از دید دو طرف مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در نیم سال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۲ در محیط‌های آموزشی -بالینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین انجام شد. جامعه‌ی مورد بررسی، کلیه‌ی دستیاران تخصصی (۱۳۹ نفر) و تمامی اساتید بالینی در رشته‌های دارای دستیار (۷۷ نفر) دانشگاه علوم پزشکی قزوین بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس در این مقطع زمانی، از کلیه‌ی آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد کسانی که حاضر به مشارکت در پژوهش نبودند از مطالعه حذف شدند و در نهایت ۶۲ نفر از اساتید بالینی دارای دستیار و ۱۱۶ نفر دستیار تخصصی در مطالعه شرکت نمودند و پرسشنامه تکمیل شده را به پژوهشگر برگرداندند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود. پرسشنامه شامل سه قسمت اطلاعات دموگرافیک، عملکرد اخلاقی در حوزه آموزشی و عملکرد اخلاقی در حوزه بالینی بود. سؤالات پرسشنامه در زمینه‌ی عملکرد اخلاقی در حوزه‌ی آموزشی و تدریس، با در نظر گرفتن تعدادی از فعالیت‌های موظفی آموزشی اساتید (طبق آیین‌نامه‌ی ارتقا)(۲۲) و فعالیت‌های موظفی برنامه آموزشی دستیاران

می‌تواند موجب بروز رفتارهای غیرحرفه‌ای و غیراخلاقی گذشته و تأثیر آموزشی منفی بر شکل‌گیری رفتارهای حرفه‌ای داشته باشد. لذا آشنایی بیش‌تر اساتید با حرفه‌ای‌گری، توجه به نقش برنامه درسی پنهان و الگوگیری فراگیران از هنجارها و طرز رفتارها پیشنهاد گردیده است(۱۵).

با توجه به این که دانشجویان، آنچه که اساتید می‌گویند و انجام می‌دهند را از نزدیک نظاره‌گر هستند و در عین حال تعاملات اساتید با دانشجویان و بیماران نیز بر آنها تأثیرگذار است، لذا محیط یادگیری در دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های وابسته به آنها، نقش مهمی را در شکل‌دهی به رفتار حرفه‌ای ایفا می‌کند، پس در پزشکان ایفاگر نقش استادی، الزامی است که حرفه‌ای‌گری در آموزش و پزشکی به طور هم‌زمان مورد بررسی و تعریف مجدد قرار گیرد. پاره‌ای مطالعات، بیش‌ترین میزان یادگیری اخلاق حرفه‌ای در دستیاران را از طریق مشاهده نقش مدل‌ها می‌دانند. کولهان (Coulehan) به عنوان اولین قدم در جهت اصلاح کمیوها و مشکلات محیط‌های یادگیری امروزی پیشنهاد می‌کند که تعداد پزشکان الگو در حرفه‌ای‌گری را در هر مقطعی از آموزش پزشکی افزایش دهیم(۴). براساس پاره‌ای از مطالعات، عدم برخورداری از آگاهی لازم در خصوص رعایت اخلاق حرفه‌ای پزشکی در دانشجویان می‌تواند در مرحله‌ی پس از فارغ‌التحصیلی منجر به عملکرد آنان بدون در نظر گرفتن منشور حقوق بیماران شود(۱۶).

با وجود مطالعات متعددی که درخصوص نقش برنامه درسی پنهان، اثر متقابل محیط آموزش و حرفه‌ای‌گری، اهمیت و تأثیر ویژگی‌های حرفه‌ای اساتید بر روی فراگیران و دیگر عوامل مانند آشنایی با حقوق بیمار و رعایت آن، رعایت حریم بیماران، حریم خصوصی و رازداری، حفظ حریم بیماران، اعتماد بیمار به پزشک، ابراز خطای پزشکی از دیدگاه گروه‌های مختلف دست‌اندرکار انجام شده است(۶ و ۱۴ تا ۲۱)، اما مطالعاتی

اطلاعات، عمل به تعهدات و مسؤولیت‌های آموزشی محوله، دانستن اصول اخلاقی حرفه‌ی خود، پذیرش اشتباه در صورت بروز خطا، مشارکت علاقه‌مندانه در امر آموزش دانشجویان ضعیف‌تر). در حوزه آموزش، هر سؤال برمبنای لیکرت شش گزینه‌ای امتیازدهی شد؛ سپس امتیازات کل سؤالات (۱۱ سؤال عملکرد اساتید و ۱۳ سؤال عملکرد دستیار به تفکیک دو گروه) جمع زده شد و میانگین آنها به تفکیک دو گروه براساس آزمون من ویتنی مقایسه شد.

عملکرد اخلاقی در حوزه‌ی بالینی اساتید به وسیله ۳۵ سؤال توسط دستیاران و عملکرد اخلاقی در حوزه‌ی بالینی دستیاران به وسیله ۳۴ سؤال توسط اساتید، حیطة‌های مختلف (وظیفه‌شناسی، خوش‌خلقی و احترام به دیگران، عدالت، احترام به آزادی دیگران، حریم رازداری، وجدان کاری، کسب) جلب اعتماد و اطمینان بیمار، عفاف و پای‌بندی به احکام شرعی، تلاش در جهت تعالی علمی، اقرار به خطا، سعه‌صدر) را مورد بررسی قرار می‌داد. جهت هریک از حیطة‌های مذکور به طور متوسط سه سؤال پرسیده شد، سؤالات بر مبنای مقیاس درجه‌بندی لیکرت شش گزینه‌ای (از صفر (نمی‌دانم) تا پنج (کاملاً موافق) امتیازدهی شد، سپس امتیازات جمع و میانگین آنها برای هر حیطة محاسبه گردید.

هر دو گروه از طریق خود ایفا پرسشنامه مربوطه را تکمیل نمودند. پرسشنامه جهت هریک از گروه‌های اساتید و دستیاران سه قسمت (مشخصات جمعیت‌شناختی، حوزه عملکرد اخلاقی آموزشی، حوزه عملکرد اخلاقی بالینی) را در بر می‌گرفت که گروه اساتید با تکمیل سه قسمت پرسشنامه خود، گروه دستیاران را بررسی می‌نمودند و گروه دستیاران نیز به همین منوال با تکمیل سه قسمت موجود در پرسشنامه خود به بررسی عملکرد گروه اساتید می‌پرداختند. گروه دستیاران پس از اتمام ویزیت بخش، با هماهنگی قبلی درحین ورود به پایوبن، به کتابخانه هدایت می‌شدند و پرسشنامه‌های مرتبط را

(طبق ماده‌ی ۳۴ آیین‌نامه‌های دوره‌های آموزشی دستیار(۲۳) با تکیه بر جنبه‌های اخلاقی طراحی گردید و سؤالات مربوط به عملکرد اخلاقی در حوزه‌ی بالینی اساتید و دستیاران با استفاده از پاره‌ای از کدهای اخلاق در آموزش پزشکی بر مبنای منابع اسلامی ایرانی بر اساس مطالعه‌ی ایزدی‌خواه با اندکی دخل و تصرف طراحی شد(۲۴). بخش اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنس، سن، رتبه علمی، گروه آموزشی و سال دستیار) بود.

قسمت دوم و سوم پرسشنامه شامل سؤالاتی در خصوص عملکرد اخلاقی آموزشی و اخلاقی بالینی اساتید و دستیاران از جنبه‌های مختلف بود. عملکرد اخلاقی آموزشی اساتید به وسیله ۱۳ سؤال با مقیاس لیکرت توسط دستیاران مورد بررسی قرار گرفت (شامل حضور به موقع در محیط آموزشی، پاسخ‌دهی واضح و روشن به سؤالات فراگیران، استفاده از مراجع جدید در امر تدریس، برخورد احترام‌آمیز و صمیمانه با همکاران خود، موکول کردن پاسخ دهی به بررسی و مطالعه‌ی بیش‌تر در مواردی که پاسخ سؤالی را نمی‌دانند، کمک به فراگیران جهت آشنایی با اصول اخلاقی حرفه خود، مشارکت با همکاران در زمینه‌های علمی، برخورد محترمانه و متواضعانه با فراگیران، تلاش در به روز نمودن اطلاعات، رعایت عدالت در برخورد با فراگیران و عدم تبعیض قائل شدن، برگزاری با برنامه‌ریزی موضوع آموزشی، صرف وقت کافی در رفع مشکلات فراگیران و توجه به مشکلات آموزشی فراگیران) و عملکرد اخلاقی آموزشی دستیاران با ۱۱ سؤال توسط اساتید برمبنای مقیاس لیکرت بررسی شد (شامل حضور به موقع در محیط آموزشی، برخورد احترام‌آمیز و صمیمانه با همکار، برگزاری با برنامه‌ریزی موضوع آموزشی، آشنایی با شرح وظیفه خود، نقش مؤثر در فعالیت‌های آموزشی، مشارکت با همکاران در زمینه‌های علمی، تلاش جهت به روز نمودن

پرسشنامه دستیاران با استفاده از روش آزمون باز آزمون $F=0/97$ و برای پرسشنامه اساتید $F=0/72$ محاسبه شد، همچنین مقدار آلفای کرونباخ نیز برای هر دو پرسشنامه اساتید و دستیاران $0/96$ محاسبه گردید. پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات به دست آمده با نرم‌افزار SPSS-19 پردازش گردید. با توجه به اهداف پژوهش جهت آنالیز داده‌های کمی از آمارهای مرکزی و پراکنندگی میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی درصد و فراوانی استفاده شد. برای رابطه بین متغیرها (جهت متغیرهای کیفی مثل رتبه علمی، سال دستیاری، گروه‌های آموزشی (داخلی، جراحی) از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. از آنجایی که متغیرها توزیع نرمال نداشتند به منظور مقایسه میانگین‌های دو گروه از آزمون ناپارامتریک من ویتنی و در صورت وجود سه گروه و بیش‌تر از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. تعدادی از اساتید و دستیاران به دلیل این که در مرحله‌ی روایی تحت بازآزمایی قرار گرفته بودند نیز افرادی که تمایل به همکاری نداشتند، در مرحله‌ی نهایی شرکت داده نشده و حذف گردیدند.

نتایج

در این مطالعه از ۱۳۹ دستیار ۱۱۶ نفر در این امر مشارکت نمودند (ریزش $16/6\%$ به دلایلی مانند مرخصی زایمان، حضور در بازآزمایی، انتقالی). در گروه اساتید بالینی نیز از ۷۷ استاد دارای دستیار ۶۲ استاد در مرحله‌ی نهایی پرسشنامه را تکمیل نمودند (ریزش $19/5\%$ به دلایلی مانند عدم تمایل به شرکت در مطالعه، حضور در بازآزمایی، نداشتن وقت کافی).

میانگین سنی اساتید بالینی (در رشته‌های دارای دستیار) $46/85 \pm 6$ سال و دستیاران تخصصی $36 \pm 4/36$ سال بود. بیش‌ترین افراد شرکت‌کننده در گروه اساتید، مردان و در گروه دستیاران، زنان بودند. در گروه اساتید، بیش‌ترین فراوانی را استادان با رتبه علمی استادیار و در

تکمیل می‌کردند. اساتید بالینی نیز بعد از پایان ویزیت درمانگاه یا بخش، با هماهنگی قبلی در اتاق خود پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل می‌کردند. به کلیه‌ی واحدهای مورد پژوهش، اطمینان داده شده بود که اطلاعات حاصله محرمانه خواهد بود و در صورت انتشار نتایج، نام و نشانی از شرکت‌کنندگان در مقاله ذکر نخواهد گردید و در نتایج ارزشیابی پایان دوره آنان تأثیری نخواهد داشت. پرسشنامه اولیه جهت روایی محتوا توسط ۱۰ نفر از اعضای پانل خبرگان متخصص در رشته‌های آموزش پزشکی، مورد بررسی قرار گرفت. تعداد سؤالات مورد بررسی جهت تعیین شاخص روایی محتوا یا (CVI) و نسبت روایی محتوا یا (CVR) مشتمل بر ۷۷ سؤال بود. (۲۷ سؤال مربوط به بررسی عملکرد آموزشی اساتید توسط دستیاران، ۱۴ سؤال مربوط به بررسی عملکرد آموزشی دستیاران توسط اساتید و ۳۶ سؤال مربوط به بررسی عملکرد بالینی هر دو گروه می‌شد) که تعدادی از سؤالات به سبب داشتن شاخص روایی محتوای کمتر از 70% (CVI) و نیز نسبت روایی محتوای کمتر از 62% (CVR) حذف گردید و در نهایت تعداد سؤالات در پرسشنامه بررسی عملکرد آموزشی- بالینی اساتید به ۴۸ سؤال (۱۳ سوال مربوط به عملکرد اخلاقی آموزشی اساتید و ۳۵ سوال مربوط به عملکرد اخلاقی در حوزه‌ی بالینی) و در پرسشنامه‌ی بررسی عملکرد آموزشی- بالینی دستیاران به ۴۵ سؤال (۱۱ سوال مربوط به عملکرد اخلاقی آموزشی اساتید و ۳۴ سوال مربوط به عملکرد اخلاقی در حوزه‌ی بالینی) تقلیل یافت.

سؤالات انتخابی جهت سنجش روایی صوری کمی، به ۱۰ نفر از هر جامعه‌ی هدف (۱۰ نفر اساتید و ۱۰ نفر دستیار یعنی جمعاً ۲۰ نفر) داده شد تا ضریب تأثیر تعیین گردد که نمره‌ی تمامی گویه‌ها بالای $1/5$ بود، بنابراین در روایی صوری گویه‌ای حذف نشد. سپس به منظور تعیین پایایی، پرسشنامه در اختیار ۲۲ نفر از جامعه‌ی هدف قرار گرفت و متعاقب آن، دو هفته بعد بازآزمون به عمل آمد؛ پایایی

گروه دستیاران، دستیاران سال دوم داشتند. بیش‌تر اساتید بالینی در رشته‌ی داخلی و بیش‌تر دستیاران در رشته‌های داخلی و بیهوشی بودند (جدول ۱).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی اساتید و دستیاران شرکت‌کننده در مطالعه

دستیاران	اساتید		
۵۱ (۴۴/۰)	۴۵ (۷۰/۳)	مرد	جنس
۶۵ (۵۶/۰)	۱۷ (۲۶/۶)	زن	
۱۱۶ (۱۰۰)	۶۲ (۹۶/۹)	جمع	
-	۴۵ (۷۰/۳)	استادیار	رتبه علمی
-	۱۶ (۲۵/۰)	دانشیار	
-	۱ (۱/۶)	استاد	
-	۶۲ (۹۶/۹)	جمع	
۳۳ (۲۸/۴)	-	سال اول	سال دستیاری
۴۳ (۳۷/۱)	-	سال دوم	
۳۱ (۲۶/۷)	-	سال سوم	
۹ (۷/۸)	-	سال چهارم	
۱۱۶ (۱۰۰)		جمع	
۲۳ (۱۹/۸)	۲۰ (۳۱/۳)	داخلی	دوره آموزشی
۱۴ (۱۲/۱)	۴ (۶/۳)	زنان وزایمان	
۱۶ (۱۳/۸)	۳ (۴/۷)	جراحی	
۲۳ (۱۹/۸)	۸ (۱۲/۵)	بیهوشی	
۱۲ (۱۰/۳)	۱۳ (۲۰/۳)	کودکان	
۱۶ (۱۳/۸)	۶ (۹/۴)	قلب	
۶ (۵/۲)	۲ (۳/۱)	عفونی	
۶ (۵/۲)	۶ (۹/۴)	روانپزشکی	
۱۱۶ (۱۰۰)	۶۲ (۹۶/۹)	جمع	

نشود.

آزمون من ویتنی نشان داد بین دستیاران زن و مرد در حوزه آموزشی ($Z = -2/405$, $p = 0/016$) و در حوزه بالینی حیطه‌های احترام به آزادی دیگران ($Z = -2/054$, $p = 0/005$)، سعه صدر ($Z = -2/812$, $p = 0/005$) و اقرار به خطا ($Z = -2/837$, $p = 0/005$) اختلاف معناداری دیده شد. هم چنین بین اساتید زن و مرد تنها از حوزه بالینی در حیطه احترام به آزادی دیگران ($Z = -1/994$, $p = 0/046$) اختلاف معناداری دیده شد. به این معنی که میانگین

در حوزه بالینی حیطه‌های رازداری، عفاف و اقرار به خطا به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین رتبه را در گروه دستیاران و حیطه‌های وظیفه‌شناسی و اقرار به خطا به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین رتبه را در گروه اساتید احرار نمودند. آزمون کروسکال والیس نشان داد بین رتبه‌ی علمی اساتید (استادیار، دانشیار و استاد) و حوزه‌های آموزشی و بالینی ارتباط معناداری یافت نشد. همچنین براساس آزمون ذکر شده بین سال دستیاری دستیاران و حوزه‌های آموزشی و بالینی آنها ارتباط معناداری دیده

نمرات فوق در دستیاران و اساتید مرد بیشتر از دستیاران و اساتید زن بود. بر طبق آزمون کروسکال والیس بین اساتید گروه‌های آموزشی بیهوشی، قلب و اساتید گروه‌های آموزشی عفونی و داخلی در حیطه اقرار به خطا از حوزه بالینی ($\chi^2=16/726, p=0/019$) و بین دستیاران گروه‌های آموزشی بیهوشی، عفونی و اساتید گروه‌های آموزشی زنان و اطفال از حوزه آموزشی ($\chi^2=16/787, p=0/019$) و حیطه‌های خوش خلقی ($\chi^2=21/663, p=0/032$) و وجدان کاری ($p=0/032$) از حوزه بالینی اختلاف معناداری دیده شد، یعنی کمترین میانگین‌ها متعلق به اساتید گروه داخلی ($2/80 \pm 1/01$) و سپس اساتید گروه عفونی ($3/00 \pm 0/47$) بود و بیشترین میانگین متعلق به اساتید گروه بیهوشی ($4/04 \pm 0/33$) و سپس اساتید گروه قلب ($3/61 \pm 0/77$) بود. درحیطه‌ی خوش خلقی، کمترین میانگین مربوط به دستیاران گروه آموزشی زنان ($3/14 \pm 0/94$) و بالاترین میانگین مربوط به دستیاران گروه آموزشی بیهوشی ($4/30 \pm 0/68$) بود، درحیطه‌ی وجدان کاری، کمترین میانگین‌ها به دستیاران گروه آموزشی زنان ($3/64 \pm 0/60$) و بالاترین میانگین به دستیاران گروه آموزشی روان پزشکی ($4/41 \pm 0/46$) تعلق داشت.

آزمون من‌ویتنی نشان داد بین دو گروه اساتید و دستیاران تنها دو حیطه وظیفه‌شناسی ($p=0/009$) و احترام به آزادی دیگران ($p=0/025$) اختلاف معناداری داشت (جدول ۲). بیشترین میانگین عملکرد اخلاقی دستیاران درحیطه‌های مختلف حوزه‌ی بالینی، ($4/29 \pm 0/58$) مربوط به گویه‌ی حیطه‌ی نظم و مسؤلیت‌پذیری یعنی "در محل کار خود در دسترس هستند" بود و کمترین میانگین ($2/91 \pm 1/17$) مربوط به گویه‌ی حیطه‌ی اقرار به خطا، "در صورت ارتکاب خطای درمانی به بیمار خود توضیح

کافی را ارائه می‌نمایند" بود. اساتید، عملکرد دستیاران را در حیطه‌ی رازداری از حوزه‌ی بالینی، مطلوب و در حیطه‌ی اقرار به خطا ضعیف عنوان نمودند. بیشترین میانگین عملکرد اخلاقی اساتید در حیطه‌های مختلف حوزه‌ی بالینی، ($4/15 \pm 0/74$) مربوط به گویه‌ی حیطه‌ی عفاف یعنی "در محیط آموزشی و کاری در رفتار، گفتار و ارتباطات خود با دیگران عفت را رعایت نموده و تلاش در جهت اشاعه فرهنگ عفاف دارند" بود و کمترین میانگین ($3/17 \pm 1/07$) مربوط به گویه‌ی حیطه‌ی اقرار به خطا، "در صورت ارتکاب خطای درمانی به بیمار خود توضیح کافی را ارائه می‌نمایند" بود. دستیاران همچنین عملکرد اساتید را در حیطه‌ی رازداری از حوزه‌ی بالینی مطلوب و در حیطه‌ی اقرار به خطا ضعیف عنوان نمودند. حیطه‌ی وجدان کاری در ۹۰/۳ درصد در گروه اساتید و در ۹۳ درصد گروه دستیاران دارای کیفیت مطلوب و حیطه‌ی اقرار به خطا نیز در ۵۰ درصد گروه اساتید و ۶۲/۱ درصد گروه دستیاران دارای کیفیت نامطلوب شناخته شد.

در حوزه‌ی آموزشی نیز کمترین میانگین مربوط به دستیاران گروه آموزشی زنان ($2/97 \pm 0/73$) و بالاترین میانگین به دستیاران گروه آموزشی روان پزشکی ($4/23 \pm 0/45$) بود. بیشترین میانگین عملکرد اخلاقی دستیاران در حوزه‌ی آموزشی، ($4/09 \pm 0/74$) مربوط به "رأس ساعت، در زمان مشخص (موعد مقرر) در محیط آموزشی حضور می‌یابند" بوده و کمترین میانگین ($2/96 \pm 1/08$) مربوط به گویه‌ی "علاقه‌مندانه در امر آموزش دانشجویان ضعیف‌تر مشارکت می‌نمایند" بود. بیشترین میانگین عملکرد اخلاقی اساتید در حوزه‌ی آموزشی، ($3/91 \pm 0/909$) مربوط به "رأس ساعت، در زمان مشخص (موعد مقرر) در محیط آموزشی حضور می‌یابند" بود و کمترین میانگین ($2/99 \pm 1/19$) مربوط به گویه‌ی "به مشکلات آموزشی فراگیران توجه دارند" بود.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهمن ۱۳۹۳ / ۱۴ (۱۱) / ۱۰۱۳

جدول ۲: میانگین عملکرد اخلاقی دستیاران و اساتید در دو حوزه آموزشی و بالینی

حیطه	گروه	میانگین و انحراف معیار	آماره آزمون Z	P-value
حوزه‌ی آموزشی	دستیاران	۳/۴۵±۰/۸۰	-۱/۱۷۱	۰/۲۴
	اساتید	۳/۶۹±۰/۶۱		
حوزه‌ی بالینی	دستیاران	۳/۶۷±۰/۸۲	-۲/۶۲۵	۰/۰۰۹
	اساتید	۴/۰۳±۰/۶۹		
خوش خلقی و احترام	دستیاران	۳/۷۸±۰/۷۹	-	-
	اساتید	-		
احترام به آزادی	دستیاران	۳/۷۴±۰/۷۵	-۲/۲۴۵	۰/۰۲۵
	اساتید	۳/۴۵±۰/۹۸		
سعه صدر	دستیاران	۳/۴۴±۰/۹۲	-۱/۵۸۹	۰/۱۱
	اساتید	۳/۶۵±۰/۹۶		
رازداری	دستیاران	۴/۰۳±۰/۶۴	-۱/۴۶۳	۰/۱۴
	اساتید	۳/۸۵±۰/۸۷		
وجدان کاری	دستیاران	۳/۹۲±۰/۶۲	-۰/۵۶۹	۰/۵۶
	اساتید	۳/۸۹±۰/۶۵		
جلب اعتماد و اطمینان بیمار	دستیاران	۴/۰۰±۰/۶۲	-۰/۲۲۶	۰/۸۲
	اساتید	۴/۰۱±۰/۶۵		
عفاف	دستیاران	۴/۰۳±۰/۶۸	-۰/۷۸۴	۰/۴۳
	اساتید	۳/۸۸±۰/۹۱		
پای بندی به احکام شرعی	دستیاران	۳/۹۱±۰/۸۶	-۰/۹۸۲	۰/۳۲
	اساتید	۳/۶۴±۱/۲۲		
تعالی علمی	دستیاران	۳/۶۲±۰/۷۹	-۱/۲۲۵	۰/۲۲
	اساتید	۳/۷۴±۰/۸۱		
اقرار به خطا	دستیاران	۳/۲۱±۰/۸۸	-۱/۱۱۵	۰/۲۶
	اساتید	۳/۲۱±۰/۹۰		

بحث

این مطالعه به منظور بررسی وضعیت عملکرد اخلاقی- حرفه‌ای اساتید و دستیاران تخصصی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در دو حوزه‌ی آموزشی و بالینی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که عملکرد اخلاقی اساتید بالینی و دستیاران تخصصی در حوزه‌ی آموزشی و حیطه‌های مختلف حوزه بالینی وضعیت متفاوتی دارند. با توجه به توافق هر دو گروه در خصوص رعایت میزان بالای نظم و حضور به موقع در محیط آموزشی می‌توان چنین بیان نمود که "نظم و مسئولیت‌پذیری" بیشتر از دیگر

جنبه‌های حرفه‌ای‌گری در حوزه‌ی آموزشی-اخلاقی رعایت می‌شود. مطالعه‌ی اصغری و همکاران که در ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با هدف بررسی کارورزان طب داخلی از لحاظ قرارگیری در معرض جنبه‌های مختلف نگرش و رفتار حرفه‌ای اعضای هیأت علمی و دستیاران انجام شد دلالت بر این امر داشت که مسئولیت‌پذیری اغلب بیشتر از دیگر جنبه‌های حرفه‌ای‌گری در هیأت علمی و دستیاران دیده شد، که نتایج مطالعه‌ی حاضر را تأیید می‌نماید (۱۷). نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیشترین مشکل عملکردی

طی سال ۱۳۸۶ حاکی از این امر بود که رعایت حریم و رضایت‌مندی اکثر بیماران بستری در بخش‌های اورژانس در سطح مطلوبی قرار نداشت. در مطالعه‌ی آنان، یک سوم از بیماران رعایت حریم کلی رادر سطح متوسط، نیمی از بیماران رعایت حریم خود را در سطح ضعیف و متوسط و نزدیک به نیمی از آن‌ها در سطح نسبتاً خوب و خوب بیان کردند. در همین مطالعه به مطالعه‌ی قاسمی و همکاران، دال بر این که حقوق و قلمرو بیش از نیمی از بیماران اغلب اوقات از سوی کارکنان درمانی مورد توجه و احترام قرار گرفته نیز اشاره گردیده است، در حالی که بررسی ملک‌شاهی در بیمارستان شهدای خرم آباد، بیان‌کننده این امر است که تنها حریم ۱۰ درصد از بیماران به طور کامل رعایت می‌شده است (۲۰). بنابراین باید آموزش‌های لازم در زمینه حقوق و ضرورت رعایت حریم بیماران به ارائه‌دهندگان خدمات، دانشجویان گروه‌های پزشکی و کارکنان ارائه گردد. گنجاندن ارزشیابی‌های مستمر توسط مدیران نیز در این امر ضرورت دارد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از این است که عملکرد بالینی اخلاقی اساتید و دستیاران در حیطه‌ی "رازداری" در حد مطلوب و خوب بوده است، که با سایر مطالعات هم‌خوانی دارد. یافته‌های مطالعه‌ی دهقان نیری و همکاران نشان داد که محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری بیش از نیمی از موارد (۵۶ درصد) رعایت می‌گردد (۲۰). تحقیق مشابهی نیز که در بیمارستان شهید صدوقی یزد توسط بکایی و همکاران انجام گرفته، در ۲۶ درصد موارد اظهار شده که محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری، همیشه رعایت شده و در ۲۹/۵ درصد موارد نیز گفته شده که تا به حال چنین موردی پیش نیامده است (۲۵).

در گروه اساتید تنها در حیطه‌ی احترام به آزادی دیگران از حوزه‌ی بالینی بین دو جنس، اختلاف معناداری وجود داشت به این صورت که میانگین اساتید زن بسیار کم‌تر از اساتید مرد بود که با توجه به این که تعداد اساتید مرد

شناخته شده در خصوص رفتارهای بالینی-اخلاقی هر دو گروه اساتید و دستیاران در حیطه‌ی " اقرار به خطا است. یافته‌های مطالعه قلندرپور و همکاران، در خصوص نگرش و عملکرد اساتید و دستیاران جراحی عمومی به ابراز خطای پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، نشانگر این امر بود که اگر چه تعداد جراحان موافق با ابراز خطا در قیاس با مخالفان بیش‌تر بود و بسیاری از پزشکان، مطلع شدن بیماران وقوع خطا و علت رویداد آن را حق بیمار می‌دانستند ولی تنها یک ششم آنها آخرین خطای خود را به بیمار ابراز کرده بودند که از دیدگاه خود آنان مهم‌ترین علت ایجاد این تفاوت آشکار بین نگرش و عملکرد پزشکان، ترس از شکایت قانونی، نگرانی از کاهش اعتماد بیمار به پزشک، ترس از عکس‌العمل هیجانی خانواده‌ی بیمار بوده است (۲۱). این مطالعه برای هم‌سو کردن عملکرد و نگرش پزشکان در خصوص اظهار خطای پزشکی، تدوین برنامه‌های آموزشی در زمینه اصول اخلاقی مرتبط و مهارت‌های ارتباطی مختص به خطای پزشکی و نیز ایجاد رویکرد سیستمیک به خطای پزشکی را پیشنهاد نموده که گام مؤثری در تشویق هر چه بیش‌تر پزشکان به ابراز خطا، در نتیجه بهبود رابطه‌ی پزشک و بیمار، ارتقای سیستم سلامت و کاهش احتمال بروز مجدد خطا خواهد بود (۲۱).

با توجه به این که در مطالعه حاضر، هر دو گروه اساتید و دستیاران در غالب موارد موافق بودند که حریم بیمار توسط گروه مقابل رعایت می‌گردد، می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که عملکرد بالینی- اخلاقی هر دو گروه در حیطه‌ی حریم، نسبتاً مطلوب و خوب گزارش گردیده است. این در حالی است که نتایج پژوهش صورت گرفته توسط دهقان نیری و همکاران، در خصوص بررسی میزان رعایت ابعاد گوناگون حریم بیماران توسط تیم درمان و ارتباط آن با رضایت‌مندی بیماران در بخش اورژانس بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران

اطلاعات از افراد جامانده که پرسشنامه‌ها را تکمیل نکرده بودند نیز انجام شد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد وضعیت عملکرد اخلاقی- حرفه‌ای اساتید و دستیاران تخصصی در حوزه‌های آموزشی و بالینی در حد متوسط بوده و با وضعیت مطلوب فاصله دارد. انجام مداخلاتی چون آگاه‌سازی اساتید در خصوص حقوق دانشجویان در سیستم آموزشی، منظور نمودن مشارکت دستیاران در امر آموزش همکاران ضعیف‌تر، به عنوان یک موظفی در دوره دستیاری و لحاظ نمودن امتیازی ویژه جهت آن در ارزشیابی دوره دستیاری، حمایت حرفه‌ای از پزشکان در مواقع بروز خطا و ارائه‌ی آموزش‌های لازم پیرامون اصول اخلاقی و مهارت تعامل با بیمار به آنان در دو گروه اساتید و دستیاران به طور مجزا، می‌تواند تا حدودی کاستی‌های مزبور را رفع نماید.

قدردانی

این مقاله، حاصل پایان نامه مصوب دانشکده آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسؤولین دانشگاه علوم پزشکی قزوین، همچنین اساتید بالینی و دستیاران تخصصی شرکت‌کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به محققین و نیز دیگر عزیزانی که در اجرای هرچه بهتر این تحقیق مشارکت و همکاری لازم را مبذول داشتند، ابراز می‌دارند.

۲/۵ برابر اساتید زن بود قابل توجه است. همچنین بین گروه‌های آموزشی اساتید در حیطه‌ی اقرار به خطا از حوزه‌ی بالینی اختلاف معنادار وجود داشت که این تفاوت بین اساتید داخلی و عفونی و همچنین اساتید بیهوشی و قلب بود. در گروه دستیاران، در حوزه‌ی آموزشی، حیطه‌ی احترام به آزادی دیگران، حیطه‌ی سعه‌صدر و حیطه‌ی اقرار به خطا، بین دستیاران زن و مرد اختلاف معناداری داشت.

با در نظرگیری این امر که علی‌رغم این که در تمامی موارد ذکر شده تعداد دستیاران مرد نسبت به دستیاران زن کم‌تر بوده است، لیکن میانگین مردان بالاتر است شاید بتوان دلیل آن را بالاتر بودن سطح انتظار خانم‌ها در ارزیابی اساتید از نظر سؤالات پرسش شده در حوزه‌های آموزشی و بالینی ذکر نمود. بین گروه‌های آموزشی دستیاران با حوزه‌ی آموزشی و حیطه‌های خوش‌خلقی و وجدان کاری از حوزه‌ی بالینی نیز ارتباط معناداری وجود داشت که این تفاوت بین گروه‌های آموزشی زنان و اطفال بود.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به این موارد اشاره نمود که با توجه به گسترده بودن حیطه‌های مختلف اخلاق حرفه‌ای، امکان بررسی تمامی حیطه‌ها تنها از طریق پرسشنامه امکان‌پذیر نبود، بنابراین در مطالعه حاضر تنها به برخی از ابعاد پرسشنامه پرداخته شد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات دیگر از روش‌های دیگر مانند مصاحبه و یا بحث گروهی که ممکن است منجر به نتایج بهتر و معتبرتری گردد، استفاده شود. عدم همکاری دستیاران به دلایلی نظیر کشیک‌های آنان از مشکلات اجرایی مطالعه حاضر بود که به منظور جلوگیری از این مشکل، لکه‌گیری مجدد پرسشنامه‌ها به منظور گردآوری

منابع

1. Shojaei A, FaramarzGharamaleki A. [Students' rights in teaching system]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 4(1): 71-77. [Persian]
2. Larijani B. [Health care professional and ethical issues]. 2nded. Tehran: Baraye Farda; 2004. [Persian]
3. Elsayed DEM, Ahmed REB. Medical Ethics: what is it? Why is it important?. Sudanese Journal of Public

- Health(SJPH) . 2009; 4(2): 284-87.
4. Yamani N, CHangiz T, Adibi P. [Professionalism and hidden curriculum in medical education]. MarkazetahghighateamoozesheolomepezeshkyEsfahan University of Medical Sciences; 2011. [Persian] [Cited 2015January16] Available from: http://ww.zums.ac.ir/files/education/art/professionalism_and_hidden.pdf
 5. Borhani F, Alhani F, Mohammadi I, Abbaszadeh A. [Professional nursing ethics: it's development and challenges]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 2(3): 27-38. [Persian]
 6. Yamani N. [Amouzeshe va arzyabiye akhlaghe herfee dar barnameye darsiye penhan]. [Persian][cited 2015January16] Available from:<http://jouybari.blogfa.com/post/4244>
 7. Nemati MA, Mohseni HS. [Akhlagh dar amoozeshe aali, moalefeha, elzamat va rahbordha]. In: Hajjani E. [Ethics in higher education]. 1sted. Tehran: Majmae tashkhis maslahat nezam (Pajooleshkadeh tahghighate rahbordi); 2009. [Persian]
 8. Wynia MK. Performance measures for ethics quality. Eff Clin Pract. 1999; 2(6): 294-98.
 9. University of Toronto Governing Council. Standards of Professional Practice Behaviour for all Health Professional Students. 2008. [Cited 2015January16] Available from: <http://www.governingcouncil.utoronto.ca/Assets/Governing+Council+Digital+Assets/Policies/PDF/ppsep012008i.pdf>
 10. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Med Teach. 2007; 29(7): 648-54.
 11. Esmaili R, Ashktorab T, Esmaeeli M, Raesyazdee H, Jamalaldini S. [falsafeye ravabete ensani va osoule akhlaghi dar oloum pezeshti]. Medical Ethics. 2011; 5(16): 79 -93. [Persian]
 12. Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician:(I) empathy. Med Health care philos. 2012; 15(2): 103-13.
 13. Samimi SA. [Pezeshki dar eslam: Bayadha va nabayadha]. 1st ed. Tehran: Daftare aghl; 2008. [Persian]
 14. Stern DT. In search of the informal curriculum: when and where professional values are taught. Acad med. 1998; 73(10 Suppl): S28-30.
 15. Yamani N, Liaghatdar M, Changiz T, Adibi P. [How Do Medical Students Learn Professionalism during Clinical Education? A Qualitative Study of Faculty Members' and Interns' Experiences]. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 9(4): 382-95. [Persian]
 16. BakhshaeM, BiglarkhaniM, SharifianM, SeifrabieeM, SadeghiS. [Barresiyeye agae va negareshedaneshjooyane sale akhare pezeshti va dandanpezeshtkiye daneshgae oloome pezeshtkiye Hamadan dar khosoose roayate akhlaghe herfei va hoghooghe bimiran]. Iranian Journal of development and transformation in medical education. 2009; 1(1): 69-75. [Persian]
 17. Asghari F, NikravanFard N, Atabaki A. Are we proper role models for students? Interns' perception of faculty and residents' professional behaviour. Post grad Med J. 2011;87(1030): 519-23.
 18. Hoffmaster CB, Stewart MA, Christie RJ. Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States. Soc Sci Med. 1991; 33(6):647-53.
 19. Parsapour A, Mohammad K, Malekafzali H, Alaedini F, Larijani B. [Regarding patients' right in Tehran University of Medical Sciences Hospitals]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 3(1): 53-63. [Persian]
 20. DehghanNayeri N, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. Nurs ethics. 2010; 17(2): 167-77.
 21. Ghalandarpoor S, Asghari F, Kaviyani A, Daeemi M. [Disclosing medical error: the attitude and practice of surgeons and surgery residents]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011; 4(3): 61-68. [Persian]
 22. Vezarate behdasht,darman va amuzeshe pezeshtkiye Iran. [Ayeennameye erteghae azaye heyate elmi daneshgaha va moaesate amuzeshe aali va pazhooheshi oloome pezeshti]. Iran; 2007. [Persian][Cited2015January16]Available from: <http://fa.pasteur.ac.ir/userfiles/file/rules/Ayeen%20Name%20Ertegaye%20Heyate%20Elmi.pdf>.
 23. Vezarate behdasht,darman va amoozeshe pezeshtkiye Iran. [Moghagharat va ayinnamehaye dorehaye amuzeshe dastyare takhasosi: (Madeye 34 faaliyathaye movazafe barnameye amoozeshe dastyaran)]. Iran; 2012. [Persian][Cited 2015January16]Available from: <http://education-old.tums.ac.ir/content/?contentID=46>
 24. Izadikhah A, Changiz T, Yamani N, Mirshahjaafari S. [Tadvine codhaye akhlaghi baraye

- amuzeshdahanegane baliniye pezeshti]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013;6(1): 34-48. [Persian]
25. Bokaee M, Enjezab B, Soroori M, Abbasi M. [Barresi mizane roayate hoghooghe bimar tavasote personnel behdashti darmani az didgahe bimarane bastari dar bimarestane shahid sadooghiye Yazd dar sale 1389]. Iranian Journal of Medical Ethics. 201۲; ۶(1۹): ۹9-۱۱۸. [Persian]

Mutual Viewpoints of Faculty Members and Residents Regarding Clinical and Educational Performance Compliance with Professional Ethics in Qazvin University of Medical Sciences

Ameneh pourleyli¹, Sonia oveisi², Leila Sabzmakan³, Fereidoun Azizi⁴

Abstract

Introduction: Dualism in the professional identity of medical faculty members and residents and conflict between the role of education and patient care have caused problems at professional performance level. This study was conducted to examine the viewpoints of faculty members and residents regarding clinical and educational performance compliance with professional ethics.

Methods: This cross-sectional descriptive study was performed on all residents and clinical faculty members of Qazvin University of Medical Sciences in 2013. Data collection tools were questionnaires retrieved from Iranian-Islamic sources, whose validity and reliability had been verified. The questionnaires consisted of three parts: demographic data, ethical performance in educational and clinical fields. The collected data were analyzed using Chi-square test; Kruskal- Wallis and Mann-Whitney tests.

Results: Findings showed that in the field of clinical performance, the highest and lowest scores belonged to conscience domain and confession of error domain respectively (90.3% versus 50% for faculty members and 93% versus 62.1% for residents). In the educational field, the most known performance problems of faculty members and residents were lack of attention to learners' educational problems (65.5%) and the lack of interest to participate in teaching weaker students (68.8%).

Conclusion: Results indicated that the state of ethical-professional performance of faculty members and residents were moderate in the clinical and educational fields, which was far from the desirable status. Hence, comprehensive and codified interventions are suggested for improving professional practice of faculty members and residents in educational centers in order to reduce the distance between the quality of education and patient care.

Keywords: Professional ethics, medical ethics, faculty members, residents, performance.

Addresses:

1. MSc in Medical Education, Department of Medical Education. Faculty of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: am3n_65@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Maternal and Child Health, Faculty of midwifery-nursing, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. E-mail: soveisi@razi.tums.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Health Education & Promotion, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. E-mail: sabzmakan@yahoo.com
4. (✉) Professor, Department of Internal Medicine and Endocrinology, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medicine Sciences, Tehran, Iran. E-mail: azizi@endocrine.ac.ir