

فهرست:

مقدمه:	۸
روش کار:	۸
یافته‌ها:	۸
بحث و نتیجه‌گیری:	۸
فصل اول:	۱۰
اهداف:	۱۷
الف-هدف کلی:	۱۷
ب-اهداف فرعی (<i>Specific Objectives</i>):	۱۷
ج-اهداف کاربردی (<i>Applied Objectives</i>):	۱۷
تعریف واژه‌ها:	۱۸
اخلاق حرفه‌ای (تعریف نظری):	۱۸
اخلاق حرفه‌ای (تعریف عملی):	۱۸
فراگیران (تعریف عملی):	۱۸
فصل دوم:	۱۹
دیدگاه‌های مختلف در خصوص حرفه‌ای‌گری:	۲۱
حرفه‌ای بودن به‌عنوان فهرستی از ویژگی‌های رفتاری:	۲۲
حرفه‌ای بودن با توجه به ایفای نقش در جامعه:	۲۲
حرفه‌ای بودن به‌عنوان ساختار اجتماعی:	۲۳
فصل سوم:	۲۶
نوع پژوهش	۲۶

۲۶	..... محیط پژوهش
۲۶	..... جامعه پژوهش
۲۶	..... نمونه پژوهش
۲۶	..... مشخصات واحدهای پژوهش (معیارهای ورود و خروج مطالعه)
۲۶	..... معیارهای ورود شامل:
۲۶	..... معیارهای خروج شامل:
۲۷	..... مشخصات ابزار جمع‌آوری اطلاعات و نحوه جمع‌آوری آن:
۲۷	..... ابزار گردآوری اطلاعات:
۲۷	..... ملاحظات اخلاقی:
۲۸	..... محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آن‌ها:
۲۹	..... روش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها:
۳۱	..... فصل چهارم: نتایج
۶۷	..... توضیحات:
۸۱	..... فصل پنجم:
۸۱	..... بحث و نتیجه‌گیری:
۸۵	..... پیشنهادات بر اساس یافته‌های پژوهش:
۸۷	..... پیشنهاد برای مطالعات بعدی:
	پرسشنامه باورها و رفتارهای حرفه‌ای گری در پزشکان و دستیاران دانشگاه
	Error! Bookmark not defined. علوم پزشکی قزوین
۹۷	..... چکیده انگلیسی

فهرست جداول:

- جدول (۱): جدول توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب وضعیت تحصیل ۳۱
- جدول (۲): جدول توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب وضعیت مقاطع تحصیلی عمومی و تخصص ۳۱
- جدول (۳): جدول توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب جنس ۳۲
- جدول (۴): جدول توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب میانگین سنی مقاطع تحصیلی ۳۲
- جدول (۵): جدول میانگین و انحراف معیار برحسب رده سنی مقاطع پزشکی عمومی و تخصصی ۳۲
- جدول (۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تمایل به گذراندن دوره‌ها و آزمون‌ها ۳۳
- جدول (۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و گزارش خطاهای عمده پزشکی خود ۳۳
- جدول (۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و گزارش همکاران بی‌صلاحیت و بی‌کفایت به سایر همکاران و به مراجع مربوطه ۳۴
- جدول (۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و در نظر نگرفتن تفاوت جنسیتی و نژادی ۳۴
- جدول (۱۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و انجام مراقبت‌های لازم طبی صرف‌نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه از طرف بیمار ۳۵
- جدول (۱۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و یادگیری مادام‌العمر ۳۵
- جدول (۱۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و کسب معتبرترین اطلاعات ۳۶
- جدول (۱۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و داشتن احساس مسئولیت اجتماعی ۳۶
- جدول (۱۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و پایبندی به اصل عدالت اجتماعی ۳۷
- جدول (۱۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آگاهی از تاریخچه حرفه و تخصص خود ۳۷
- جدول (۱۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و مهم دانستن داشتن مهارت‌های تکنیکی به‌روز ۳۸
- جدول (۱۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی ۳۸
- جدول (۱۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و رضایت از نظارت انضباطی بر اعمال خود ۳۹
- جدول (۱۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و توانایی مدیریت تضاد منافع ۳۹

- جدول (۲۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تعامل با اعضای تیم سلامت تعامل و دانستن اصول کار گروهی ۴۰
- جدول (۲۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان و اجتناب از ذکر عناوین پزشکی به جای نام بیمار ۴۰
- جدول (۲۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت تغذیه و چاقی ۴۱
- جدول (۲۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت سوادآموزی ۴۱
- جدول (۲۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت ایمن سازی و واکسیناسیون ۴۲
- جدول (۲۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت کنترل مصرف سیگار ۴۲
- جدول (۲۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت سوءمصرف مواد به ویژه در جوانان ۴۳
- جدول (۲۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت استفاده از کمربند ایمنی ۴۳
- جدول (۲۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت آلودگی هوا ۴۴
- جدول (۲۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت بیکاری ۴۵
- جدول (۳۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت حمایت از بیمه های پزشکی برای افراد بیمه نشده ۴۵
- جدول (۳۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و ارسال ایمیل به بیماران ۴۶
- جدول (۳۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از روش های آموزشی مرسوم پزشکی ۴۶
- جدول (۳۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری برای تصمیم سازی های پزشکی ۴۷
- جدول (۳۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از ژورنال های آنلاین ۴۷
- جدول (۳۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تعداد ژورنال های تازه خوانده شده در هفته ۴۸
- جدول (۳۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آمادگی ارزیابی دانش بالینی جدید ۴۸
- جدول (۳۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از دانش سایر پزشکان سه سال گذشته ۴۹
- جدول (۳۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و عدم گزارش خطای پزشکی ۴۹
- جدول (۳۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و ارجاع بیمار به موسسه تصویربرداری شخصی ۵۰

- جدول (۴۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تغییر تصمیم بالینی به واسطه اشناتیون شرکت‌های بازرگانی ۵۰
- جدول (۴۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و شرکت در سرویس‌های اجتماعی ۵۱
- جدول (۴۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و درخواست آزمایشات به اصرار بیمار ۵۱
- جدول (۴۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و عوامل مؤثر در انتخاب بهترین درمان برای بیمار ۵۲
- جدول (۴۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در تشخیص اولویت بر اساس خیر و صلاح بیمار ۵۲
- جدول (۴۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزش‌ها، عقاید، آداب ۵۳
- جدول (۴۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در رعایت حریم خصوصی بیماران ۵۳
- جدول (۴۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای ... ۵۴
- جدول (۴۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در آموزش ترجیح منافع بیمار بر منافع شخصی ۵۴
- جدول (۴۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در آموزش طریقه صحیح برخورد با خطاهای پزشکی ۵۵
- جدول (۵۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در آموزش رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش‌نویسی ۵۵
- جدول (۵۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در آموزش رعایت اصول نوع‌دوستی در برخورد با بیمار ۵۶
- جدول (۵۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در آموزش حس مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی ۵۶
- جدول (۵۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در آموزش درستکاری و صداقت/ رازداری ۵۷
- جدول (۵۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در احترام به دیگران ۵۷

جدول (۵۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش Role Modeling اساتید الویت منفعت بیمار بر سایر منافع.....	۵۸
جدول (۵۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش Role Modeling اساتید رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود.....	۵۸
جدول (۵۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه فراگیران.....	۵۹
جدول (۵۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آموزش اخلاق حرفه‌ای.....	۵۹
جدول (۵۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آموزش مهارت‌های حرفه‌ای.....	۶۰
جدول (۶۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و درخواست نوع آموزش مهارت‌های حرفه‌ای.....	۶۰
جدول (۶۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و زمان شروع دوره آموزش حرفه‌ای گری.....	۶۱
جدول (۶۲): جدول میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه حرفه‌ای گری از دیدگاه فراگیران مقاطع مختلف تحصیلی.....	۶۱
جدول (۶۳): جدول نتایج آزمون واریانس برحسب میانگین نمرات سئوال‌ات پرسشنامه حرفه‌ای گری از دیدگاه فراگیران مقاطع مختلف تحصیلی دانشکده پزشکی شهید بابایی قزوین.....	۶۵
جدول (۶۴): همبستگی	
سئوال‌ات.....	۶۶

بررسی میزان آشنایی با اخلاق حرفه‌ای در فراگیران دانشکده پزشکی شهید بابایی

مقدمه:

حرفه‌ای‌گری مفهومی چندبعدی، ارزشی و دربرگیرنده انتظارات اجتماعی به‌منظور استفاده مدبرانه از دانش، مهارت‌های فنی، استدلال بالینی، احساسات، ارزش‌ها و بازخورد به اعمال روزانه به‌منظور دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده است و برای جلب اعتماد جامعه به حرفه پزشکی ضروری بوده و گوهر ارتباط بین پزشک و بیمار است. مطالعه حاضر باهدف تعیین میزان آشنایی با اخلاق حرفه‌ای در فراگیران دانشکده پزشکی شهید بابایی اجرا گردیده است.

روش کار:

مطالعه حاضر مقطعی و توصیفی تحلیلی بوده و کلیه دستیاران، کارآموزان و کارورزان مشغول به تحصیل، پرسشنامه مهارت‌های حرفه‌ای کمپل و همکاران (۲۰۰۷) را تکمیل نمودند. اطلاعات با آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی با نرم‌افزار آماری spss ویرایش ۱۹ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها:

یافته‌ها نشان داد که بین در نظر نگرفتن اختلافات نژادی در مراقبت پزشکی، انجام مراقبت صرف‌نظر از امکان پرداخت هزینه، پایبندی به عدالت اجتماعی، قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی و تعامل با اعضای گروه سلامت و دانستن کارگروهی و رعایت اصول نوع‌دوستی در برخورد با بیمار، درستکاری، صداقت، رازداری و آموزش اخلاق حرفه‌ای، آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و درخواست شیوه آموزش تئوری و عملی در بین سطوح مختلف فراگیران تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. فراگیران نقش الگویی اساتید و آموزش دپارتمانی حرفه‌ای‌گری را در برخی از ابعاد ضعیف گزارش نمودند.

بحث و نتیجه‌گیری:

با توجه به یافته‌های مطالعه و مشخص شدن نقاط قوت و ضعف حرفه‌ای‌گری سعی در اصلاح موارد منفی و تقویت موارد مثبت صورت گیرد. تفاوت معنی‌دار بین کارورزان با سایر فراگیران در مواردی مانند در نظر نگرفتن اختلافات جنسیتی و نژادی، انجام مراقبت‌های لازم طبی صرف‌نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه توسط بیمار وجود داشته که نیازمند توجه بیشتر به‌عنوان اولین مواجهه درمانی در مراکز آموزشی درمانی می‌باشند. با توجه به اهمیت حرفه‌ای‌گری در

ارتقا ارائه خدمات به مددجویان، آموزش حرفه‌ای گری به فراگیران پزشکی و لحاظ نمودن معیارهای رعایت حرفه‌ای

گری در ارزشیابی دانشجویان، ارتقا اساتید و رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها:

اخلاق حرفه‌ای، حرفه‌ای گری در پزشکی، Role model

فصل اول:

قدمت حرفه‌ای گری به درازای قدمت طبابت است. چراکه در طول تاریخ جنبه مهمی از طبابت و پزشکی، قداست و منزلت آن نزد جامعه بوده و حصول قداست جز با جلب اطمینان مردم و پیروی از اصول انسانی میسر نمی‌گردد. تاریخچه مفهوم حرفه‌ای گری بسیار طولانی است و واژه **professionalism** حداقل برای ۲۰۰۰ سال مورد استفاده بوده است. اولین کاربرد آن به زمان پزشک رومی، اسکریبونوس برمی‌گردد که حرفه‌ای‌تری را تعهد به تلاش برای تخفیف رنج بیمار تعریف کرد (۱).

از دید موریسون حرفه‌ای گری مفهومی چندبعدی و واژه‌ای ارزشی است که دربرگیرنده انتظارات اجتماعی، موسسه‌ای، تاریخی و زمینه‌ای است و از نظر صلاحیت حرفه‌ای استفاده مدبرانه از دانش، مهارت‌های فنی، استدلال بالینی، احساسات، ارزش‌ها و بازخورد در اعمال روزانه در راستای دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده است (۲). پروفشنالیسم را به نمایش درآوردن اهداف رفیع و بلندمرتبه تعریف نموده‌اند (۳).

حرفه‌ای گری یا پروفشنالیسم در پزشکی به منظور جلب اعتماد جامعه به حرفه پزشکی امری ضروری است. حرفه‌ای گری در واقع گوهر و ماهیت ارتباط بین بیمار و پزشک است. شواهد موجود حاکی از آن است که حرفه‌ای گری رو به کم‌رنگ شدن می‌رود و پزشکان امروزی با موارد و مشکلات تهدیدکننده مواجه هستند (۴).

نیکولس پروفشنالیسم را به عنوان ظرفیت یک گروه شغلی در برونگرایی، برخورداری از دانش و سخی بودن در ارتباط با سایر همکاران آن شغل، سایر پروفشن ها و افراد جامعه می‌داند (۵). نکته اینجاست که این تعریف در عملکردها و ارزش‌ها مطرح می‌باشد. در دائره‌المعارف بین‌المللی آموزش هوسن و پوست لت

وایت آمده است که حرفه‌ها مشاغلی هستند که اعضاء آن میزان بالایی از دانش و مهارت را در عملکرد اجتماعی مورد انتظار از آنان که به مصلحت جامعه است به کار می‌گیرند. هویل معیارهایی را برای حرفه برشمرده و آن فعالیت را مستلزم درجه بالایی از مهارت می‌داند، این مهارت در موقعیت مشکلات غیرمرسوم که در آن مسائل و جدیدی باید حل شوند، بکار گرفته می‌شود و فرد باید از دانش سامانمند جامعه برخوردار باشد، کسب چنین دانش و مهارت‌های مستلزم طی مراحل آموزش عالی است، طی کردن مراحل آموزش عالی دربرگیرنده فرایند اجتماعی شدن و کسب ارزش حرفه‌های است، این ارزش‌ها با تمرکز بر اولویت دادن به منافع مشتری بوده و بر اساس کدهای اخلاقی حرفه می‌باشد، از آنجاکه اعضاء حرفه در موقعیت‌های غیرمرسوم مجبور به بکارگیری دانش و مهارت خود می‌شوند، داشتن آزادی در قضاوت و تصمیم‌گیری با در نظر داشتن عملکرد مناسب، برای آن‌ها ضروری است و به دلیل آموزش طولانی مدت، مسئولیت و مشتری محور بودن، اعضاء یک حرفه دارای اعتبار و منزلت بالای اجتماعی بوده و از سطح بالایی از مزد و پاداش برخوردارند (۶).

از دید موريسون حرفه‌ای گری مفهومی چندبعدی و یک واژه ارزشی است که دربرگیرنده انتظارات اجتماعی، مؤسسه زمینه‌ای، تاریخی و زمینه‌ای است (۲).

گلیکن و مرنشتاین به نقل از انجمن کالج آمریکا حیطه‌های پزشکی حرفه‌هایی را که دربرگیرنده ویژگی‌های کلی حرفه‌ای گری هستند برشمرده است که عبارت‌اند از از خودگذشتگی، افتخار و شرافت، محبت و دلسوزی، احترام، مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی، تعالی، دانش‌پژوهی و رهبری (۷). بر اساس تعریف فدراسیون اروپایی طب داخلی، حرفه‌ای گری در تمام زمان‌ها می‌تواند به‌عنوان ابزاری تعریف شود که توسط آن پزشکان قرارداد حرفه‌ای خود با جامعه را به انجام می‌رسانند (۸). درواقع نقش حرفه‌ای پزشکان دلالت بر پایبندی آنان به تعهد خود در قبال جامعه از طریق رهبری قوی، قضاوت اخلاقی درست و عملکرد اخلاقی در طبابت دلالت دارد (۹).

آشکارسازی عملیاتی این ویژگی‌ها به شرایط زمانی هر دوره تاریخی خاص بستگی دارد. ماهیت سیستم بهداشتی درمانی که در آن پزشکان کار می‌کنند، تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی موجود در هر زمان، نوع قراردادهای مالی بین بیمار و پزشک، طیف بیماری‌هایی که در جامعه وجود دارد، عواملی هستند که در هر دوره زمانی اعمالی را که از پزشکان انتظار رود برای نشان دادن تعهد خود به جامعه انجام می‌دهند را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۴).

نقش آموزش پزشکی برای تربیت و آماده کردن پزشکان فردا برای تشخیص و غلبه بر این تهدیدها بسیار برجسته و بارز است. به همین منظور نیاز به تغییر در فرهنگ، محیط آموزشی و برنامه درسی برای حرکت به سمت حرفه‌ای‌گری لازم و ضروری است.

گلدشتاین با اجماع نظرات اساتید پایه و بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن حرفه‌ای‌گری را برخوردار از دانش و رفتارهایی می‌داند که دربرگیرنده ویژگی‌هایی از قبیل از خودگذشتگی، شرافت، محبت، برقراری ارتباط، احترام، مسئولیت‌پذیری، تعالی و رهبری می‌باشد(۱۰). بیشترین توافق در مورد تعریف پروفشنالیسم عبارت است از ابراز ارزش‌ها، باورها و رویکردهایی که نیازهای شخص دیگر را فراتر از نیازهای شخصی خود قرار می‌دهند(۱۱).

در اواخر قرن بیستم، به دلیل تغییرات پدید آمده در عمل به حرفه پزشکی و همچنین کم شدن اطمینان مردم به جامعه پزشکی، گروهی از پزشکان وابسته به انجمن‌های مختلف بین‌المللی از قبیل بورد آمریکایی طب داخلی، کالج آمریکایی پزشکان و فدراسیون اروپایی طب داخلی گرد آمدند و سعی نمودند تعریفی عملیاتی از حرفه‌ای‌گری ارائه دهند که با شرایط موجود تطبیق نماید. در این راستا سه اصل بنیادین که مشخص‌کننده حرفه‌ای‌گری را مطرح نمودند که عبارت است از اولویت دادن به بیمار و بهزیستی او، دادن حق تصمیم‌گیری به بیمار و ایجاد و حفظ عدالت اجتماعی(۸).

حرفه‌ای گری بر اساس برخورداری از ویژگی‌های آن تعریف شده و در تمامی این تعاریف یک سری ویژگی‌های مشترک است که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: فداکاری و از خودگذشتگی؛ محبت و دلسوزی؛ احترام به دیگران (کارکنان، بیمار و همکار)، برقراری ارتباط مناسب با بیماران و همکاران، پذیرش خطا و اشتباه؛ تعهد و مسئولیت‌پذیری؛ رازداری؛ و صداقت و راست‌گویی (۱۲).

فرهنگ لغت معین اخلاق را از مشتقات کلمه خلق و به معنی خوی‌ها معنی کرده است. در فرهنگ لغت آکسفورد اخلاق **Ethics** تحت عنوان آن را مشتق از کلمه **Ethos** و مرادف **Moral** و آن را علم وظایف بشر در مفهوم وسیع آن که شامل قوانین داخلی، سیاسی یا بین‌المللی معنی کرده است. همچنین علم اخلاق به‌عنوان یک سری اصول و رفتارهای درست مانند آنچه بر یک شخص یا گروهی حرفه‌ای حاکم است یا فلسفه‌ای که متضمن آن اصول باشد تعریف شده است و اخلاق پزشکی اصول اخلاقی‌ای حاکم بر رفتار حرفه‌ای در طب دانسته شده است و در واقع شاخه‌ای از اخلاق عمومی است که جامعه انتظار دارد که صاحبان حرف پزشکی رعایت نمایند (۱۳). از دید لوی، اخلاق پزشکی یا به عبارت کلی‌تر اخلاق حیاتی زمینه تحلیل درستی و صحت تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و تحقیقات در امر بهداشت و سلامت است. اخلاق در واقع اساسی است برای تمایز بین درست و غلط و ابزاری است که افراد برای تصمیم‌گیری بر اساس ارزش‌های فردی و حرفه‌ای از آن استفاده می‌کنند (۱۳). بر اساس تعریف کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت بهداشتی اخلاق، شاخه‌ای از فلسفه است که با رویکردهای سیستماتیک به موارد اخلاقی از قبیل تمایز بین درست و غلط و عواقب اخلاقی اعمال انسان سروکار دارد. به عبارت دیگر اخلاق سیستمی از رفتارها، انتظارات و استانداردهای اخلاقی برای اعضاء یک حرفه است (۱۴).

به نظر بناتار اخلاق دربرگیرنده، استدلال در مورد بایدهای اخلاقی، آنچه باید انجام شود و آنچه نباید انجام شود و در مورد درست بودن یا غلط بودن کارهاست (۱۵).

از دید دیندر چندلر اخلاق یک رغبت مستقیم و متمرکز به ارزش‌های مثبت انسانی و معانی آنهاست و همچنین رغبتی به اینکه ارزش‌ها را از طریق انتخاب‌های درست مؤثرتر و واقعی‌تر سازیم. آنها ارزش‌ها را به‌عنوان منابعی برای معنی‌دار ساختن زندگی می‌دانند (۱۶). به گفته گرت اخلاق شاخه است ای از فلسفه است که به دنبال تعیین درست یا غلط بودن اعمال انسان است (۱۷). جکسون به نقل از بوشامپ چیلدرس ۱۹۷۰ چهاراصل را به‌عنوان چارچوبی برای بیان ارزش‌های کلی که زیربنای قوانین اخلاقی هستند مطرح نمودند که عبارت‌اند از: احترام به استقلال افراد و تصمیم‌گیری آنها، خودداری از آسیب رساندن، نیکوکاری و عدالت (۱۴). گرت و همکاران نیز همین چهاراصل اخلاقی را مطرح نموده و توضیح دادند که این اصول به‌عنوان خطوط راهنما برای عملکرد اخلاقی عمل می‌کنند. اصل مهم دیگر در این راستا، راست‌گویی است که پزشک باید نسبت به بیمار و خانواده وی صادق باشد (۱۷). رویکرد دیگری که در اخلاق مطرح می‌شود فایده‌گرایی یا سودمندگرایی است. در این رویکرد، استدلال اخلاقی بر اساس عواقب یک عمل یا کار صورت می‌گیرد به این معنی که یک اقدام باید دربرگیرنده بیشترین خوبی برای بیشترین تعداد افراد باشد. نکته اینجاست که در این رویکرد اصل استقلال فرد در نظر گرفته نمی‌شود و نکته مهم بهترین نتیجه برای کل جامعه است (۱۴).

کوهن معتقد است که پزشکان به‌مرور در حال فراموش کردن تعهد اصلی خود به‌عنوان افرادی که به حرفه پزشکی می‌پردازند، هستند (۴). تحقیقات علوم اجتماعی نشان داده است که انسان‌ها مانند سایر موجودات زنده در پی منافع فردی خود هستند. حتی زمانی که افراد تلاش می‌کنند از چنین ویژگی پرهیز نمایند، قضاوت آنها به‌طور ناخودآگاه و غیر عمد تحت تأثیر چنین ویژگی قرار می‌گیرد. برای غلبه بر چنین تمایل درونی نیاز به تأثیرات قوی اجتماعی است (۱۸). یکی از تهدیدهای وارده به حرفه‌ای‌گری تعارض بین نقش آموزش و مراقبت است. زمانی که دانشجویان توسط اساتید مجبور می‌شوند که بین نقش یادگیرنده و نقش مراقبت‌کننده یکی را انتخاب کنند حرفه‌ای‌گری مورد تهدید قرار می‌گیرد (۱۹). از تهدیدهای دیگر

مطرح ورود تجارت به حرفه پزشکی است. اخلاق دنیای تجارت تهدیدکننده اخلاق حرفه‌ای گری است. از تهدیدهای مطرح دیگر رفتارهای غیرحرفه‌ای همکاران است که به‌طور ضمنی مجوزی برای سایر پزشکان خواهد بود که اصول حرفه‌ای خود را زیر پا بگذارند (۴).

دوئن معتقد است که تجارب منفی از رفتارهای حرفه‌ای، استرس‌های غیرضروری در محیط‌های بیمارستانی و تحقیر و تهدید دانشجویان از موارد شایعی هستند که می‌توانند عوارضی هم برای دانشجویان و هم برای بیماران به دنبال داشته باشند. نکته اینجاست اگر دانشجویان چنین موارد و مشکلاتی را مطرح نکنند خطر مجاز دانستن آن و ارتکاب رفتارهای غیرحرفه‌ای در آینده توسط آن‌ها ایجاد می‌شوند (۲۰).

نتایج مطالعه کیفی سهرابی و همکاران نشان داده که ایترن‌ها و استاژرها تحت نظارت مستقیم اساتید قرار نداشته و در بیمارستان‌ها رها شده‌اند و به‌عنوان نیروی کاری ارزان‌قیمت از آن‌ها استفاده می‌شود. آموزش و ارزشیابی آنان توسط رزیدنت‌ها که تجربه و دانش لازم را در خصوص تدریس و نظارت و کنترل ندارند، انجام می‌شود و عموماً دانشجویان پزشکی مقطع عمومی از اساتید به‌عنوان الگو و مدل مستقیم بهره‌مند نبوده و عملاً در تیم درمانی فعالانه شرکت ندارند؛ که این امر می‌تواند آثار سوئی در پرورش استدلال بالینی و کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران داشته باشد (۲۱). نتایج مطالعه TSOUROUFLI و همکاران نیز نتایج مشابهی را نشان داده است (۲۲). کاهش تماس اساتید و دانشجویان و عدم وجود نقش ROLE MODELLING و ارتباط استادشاگردی به‌طور پیوسته از عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش و کیفیت مراقبت از بیمار محسوب می‌شود (۲۳). کمبود حمایت و نظارت منظم روزانه دانشجویان سبب کاهش آمادگی آنان شده (۲۴) و در توانمندی آنان در کسب صلاحیت برای ارائه خدمت به جامعه نقش مؤثری دارد و عوارض آن می‌تواند به‌جای فرصت ارتقا سلامت، تهدیدکننده سلامت و جان انسان‌ها باشد. پرند پورقانع در مطالعه کیفی خود با عنوان تجارب دانشجویان پرستاری از آموزش بالینی به عدم وجود ارتباط مؤثر و مناسب بین تیم مراقبتی با دانشجویان، مربیان با دانشجویان و عدم توانایی در برقراری کار تیمی در محیط‌های آموزشی درمانی اشاره

نموده و این عوامل را بر کیفیت خدمات و آموزش و حرفه‌ای گری پزشکان و کادر درمانی فردای کشور مؤثر می‌داند (۲۵). عدم وجود ارتباطات بین فردی مؤثر و مناسب می‌تواند به عدم پرورش استعداد، خلاقیت و نوآوری در دانشجویان منجر شده و به تربیت دانشجویانی مطیع و منفعل، چاپلوس مبتلا به آسیب‌های روحی و روانی و افسردگی و ناامیدی و عقده‌های درونی بیانجامد. دانشجویانی که کار تیمی را در دوره آموزشی نیاموخته‌اند، همین روال را در دوران خدمت و اشتغال بکار در مراکز آموزشی و درمانی ارائه خواهند داد. دانشجویان مشتاق و علاقه‌مند خدمت در بدو ورود به دانشگاه، به‌مرور بدبین، وحشت‌زده افسرده و ناامید می‌شوند که محصول سوء رفتار با دانشجویان است (۲۶). ۶۸٫۵٪ دانشجویان پزشکی سال ۶ ژاپنی سوء رفتار اعم از کلامی یا فیزیکی را در محیط دانشگاهی تجربه کرده، ۸۱٫۶٪ دختران دانشجوی پزشکی و ۶۱٫۲٪ پسران دانشجوی پزشکی حداقل یک‌بار سوء رفتار اعم از کلامی و فیزیکی را در طی تحصیل گزارش کرده‌اند (۲۴). سیکل معیوب چنین ارتباطاتی، تمام حلقه‌های ارتباط بخش سلامت از جمله بیمار، سایر کادر درمان و جامعه را در بر خواهد گرفت و از موانع بازدارنده ارائه خدمات مناسب در نظام سلامت می‌باشد. عدم وجود کار تیمی و جزیره‌ای عمل کردن در پیکره نظام آموزش پزشکی وجود دارد. شکیبایی و همکاری به بررسی عوامل مؤثر بر بی‌کفایتی دانش فارغ‌التحصیلان علوم پزشکی از دیدگاه اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه پرداختند و میزان دستیابی به اهداف نظام آموزشی از حد مطلوب فاصله داشته و تغییر بیش فارغ‌التحصیلان و اعضای هیئت‌علمی به شکل جامعه نگر کمتر از اهداف پیش‌بینی شده بوده است (۲۷)؛ و نتایج مطالعه گرینر نیز نشان داده که محتوای کوریکولوم‌های حرفه پزشکی در راستای نیاز به‌روز دستگاه‌های سلامت جوامع نبوده و آموزش بالینی قادر به پاسخگویی تغییرات به وجود آمده و نیاز جامعه نبوده است (۲۸). برای دستیابی به این اهداف عالی رعایت اخلاق حرفه‌ای و رعایت اصول حرفه‌ای گری توسط اساتید به‌عنوان الگو و مدل دانشجویان پزشکی ضروری است. با توجه به اهمیت و عوارض و مشکلات ناشی از سوء رفتار حرفه‌ای در پزشکی که بر بیماران و اعضای خانواده آن‌ها تحمیل می‌شود، بررسی این مسئله در دانشجویان

پزشکی که وظیفه درمان و مراقبت و رهبری تیم درمان را در آینده به عهده دارند ضروری به نظر می‌آید. در این راستا پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام گرفته است که نتایج آن حاکی از نگرش کلی مثبت دستیاران تخصصی به اصول حرفه‌ای گری بوده و نیاز به ایجاد برنامه‌های درسی برای تقویت نقاط ضعف فراگیران در حیطه حرفه‌ای گری و اخلاق و تعهد پزشکی را مطرح ساخته است. پژوهشگر بر آن شده است تا با مقایسه دیدگاه دستیاران و کارآموزان و کارورزان تأثیر سال‌های تحصیل و خدمت را در ایجاد تعهد و اخلاق حرفه‌ای بررسی نماید و عوامل مؤثر در ایجاد حرفه‌ای گری را از دیدگاه دانشجویان شناسایی نموده تا مداخلات لازم جهت ارتقا هرچه بیشتر حرفه‌ای گری در دانشجویان پزشکی، آینده‌سازان آموزش، بهداشت و درمان کشور برداشته شود.

اهداف:

الف-هدف کلی:

تعیین و مقایسه میزان آشنایی با حرفه‌ای گری در فراگیران دانشکده پزشکی شهید بابایی

ب-اهداف فرعی (*Specific Objectives*):

- تعیین میزان آشنایی با حرفه‌ای گری در دانشجویان سال ۵ پزشکی دانشکده پزشکی شهید بابایی

- تعیین میزان آشنایی با حرفه‌ای گری در کارورزان دانشکده پزشکی شهید بابایی

- تعیین میزان آشنایی با حرفه‌ای گری در دستیاران دانشکده پزشکی شهید بابایی

ج-اهداف کاربردی (*Applied Objectives*):

- برنامه ریزان و مسئولان آموزش دانشکده پزشکی با استفاده از نتایج تحقیق به میزان آشنایی مقاطع

مختلف تحصیلی در فراگیران دانشکده با اخلاق حرفه‌ای و حرفه‌ای گری اطلاع یافته و با مشخص شدن

زمینه‌های ضعف در حرفه‌ای گری در جهت ارتقا سطح عملکردی فراگیران تلاش نموده و اقدامات لازم و

مقتضی را انجام دهند.

- بالا بردن سطح ارتباطی بین فراگیران ، بیماران و اساتید که در افزایش اعتماد بیمار به پزشکان مؤثر می‌باشد.

تعریف واژه‌ها:

اخلاق حرفه‌ای (تعریف نظری):

حرفه‌ای گری عبارت است از ابراز ارزش‌ها، باورها و رویکردهایی که نیازهای شخص دیگر را فراتر از نیازهای شخصی خود قرار می‌دهد (۱۱). سه اصل بنیادین مشخص‌کننده حرفه‌ای گری عبارت است از اولویت دادن به بیمار و بهزیستی او، دادن حق تصمیم‌گیری به بیمار و ایجاد و حفظ عدالت اجتماعی و ده سری از صلاحیت‌هایی که پزشکان بایستی واجد آن باشند عبارت است از: شایستگی حرفه‌ای و توانایی حفظ آن، صداقت با بیمار، رازداری بیمار، پرهیز از برقراری روابط نامناسب با بیمار، گسترش دانش علمی خود، عمل کردن به وظایف حرفه‌ای خود به‌طور کامل، بهبود کیفیت مراقبت از بیماران، بهبود دسترسی به مراقبت‌های پزشکی، ارتقا توزیع عادلانه منابع، مدیریت صحیح تعارض منافع به‌منظور جلب اعتماد بیماران (۸).

اخلاق حرفه‌ای (تعریف عملی):

در این مطالعه تعریف عملی مطابق تعریف نظری می‌باشد.

فراگیران (تعریف عملی):

در این مطالعه منظور دستیاران، کارورزان و کارآموزان سال دوم مشغول به تحصیل در دانشکده پزشکی شهید بابایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین بوده است.

فصل دوم:

علم پزشکی قداستی دارد که پیامبر اکرم (ص) آن را هم طراز علم دین معرفی نموده و فرموده العلم علمان: علم الابدان و علم الادیان. پزشک باید از نخستین روزی که به سوی دانش پزشکی روی می آورد نیت و هدف او رسیدن به ابعاد معنوی این علم باشد نه استغنائی مادی، زیرا خدمت او به قدری باارزش است که با معیارهای مادی قابل جبران نیست تا حدی که خداوند متعال می فرماید: کسی که جان انسانی را نجات دهد مثل این است که جان همه انسانها را حیات بخشیده است (و من احیایها فکانما احیی الناس جمیعاً). دانش پزشکی مثل یک شمشیر دو لبه است که اگر در بعد درست آن بکار رود انسان عبادتی فراز همه عبادت‌ها انجام داده و اگر بعد بد نادرست آن بکار گرفته شود انسان مرتکب معصیت بزرگی شده که جبران آن بسیار مشکل است (۲۹). طیب باید دارنده بهترین اخلاق و عالی‌ترین صفات انسانی باشد، زیرا به همان نسبت که امکان تحول فکری و دگرگونی شناختی و رشد و سازندگی در ارتباط صحیح یک پزشک با بیمار وجود دارد، در صورت مجهول بودن رسالت پزشک، ابعاد انحراف و اختلال فزونی می‌یابد و امکان سقوط و نابودی در شغل طبابت بیشتر از سایر مشاغل می‌گردد (۳۰). این مطالب با تأکید بر قداست حرفه پزشکی، اهمیت پایبندی پزشکان به اصول و ارزش‌های ای حرفه‌گری به‌ویژه متعهد بودن آنها را روشن می‌نماید. شکی نیست که این تعهد و پایبندی می‌تواند ریشه در شکل‌گیری شخصیت پزشک در زمان تحصیل او داشته باشد و باید در این مورد نقش آموزش پزشکی را مورد تفحص قرارداد (۱۲).

نگاهی به تاریخ سایر کشورها در ارتباط با حرفه‌ای‌گری نشان می‌دهد که فیلسوفان و رهبران متفکر، در طول تاریخ مکرراً به پزشکان یادآوری کرده‌اند که ارزش‌های حرفه خود را حفظ نمایند. تم اخلاقی همه آنها در طول زمان ثابت مانده و آن اولویت دادن به منافع بیمار در برابر منافع فردی پزشک است (۱).

سوگند بقراط که از زمان وی تاکنون در سوگندنامه‌های پزشکی ذکر شده است مستلزم این است که پزشکان از هرگونه اقدام شرارت‌آمیز و فساد پرهیز کنند (۳۱). سر ویلیام اسلر ۱۹۰۷ همواره به پزشکان یادآوری می‌کرد که پزشکی یک شغل نیست بلکه یک دعوت و فراخوانی است (۴).

حرفه پزشکی به جامعه متعهد می‌شود که مراقبتی که جامعه از پزشکان دریافت می‌کند بهترین، شایسته‌ترین، منطقی و به‌دوراز به خطر انداختن منافع بیمار باشد. در عوض حرفه پزشکی نه تنها از میزان قابل توجهی استقلال در مورد امور خود برخوردار می‌شود بلکه از نظر امنیت مالی و اجتماعی از موقعیت خوبی برخوردار خواهد شد. این فهم مشترک به‌عنوان قرارداد اجتماعی بین جامعه و حرفه پزشکی قلمداد می‌شود و در واقع در زمینه‌^۴ چنین قرارداد اجتماعی است که حرفه‌ای‌گری معنا پیدا می‌کند (۴).

در زبان فارسی واژه «حرفه» معادل پیشه و کسب‌وکار است، بعضی از حرفه‌ها ویژگی‌هایی دارند که آن حرفه‌ها را از سایر حرفه‌ها متمایز می‌سازد. در زبان لاتین به این گروه از مشاغل «پروفشن» می‌گویند. پروفشن از واژه لاتین «پروفشیو» گرفته شده که به معنای یک اظهارنامه علنی همراه با ضمانت اجرای یک تعهد است. پروفشن‌ها سه ویژگی اساسی دارند که عبارت‌اند از:

- ۱- احراز صلاحیت در یک شکل تخصصی مبتنی بر سلسله‌مراتب معرفت و مهار،
- ۲- اذعان به وظایف و مسئولیت‌های خاص در قبال جامعه و مشتریان،
- ۳- داشتن حق تربیت، پذیرش، تنبیه و اخراج اعضاء به خاطر ناتوانی در حفظ صلاحیت یا عدم رعایت وظایف و مسئولیت. بنابراین یکی از ویژگی‌های حقوقی اعطاء شده از سوی جامعه این است که آن‌ها اعضاء جدید را گزینش کرده، به آن‌ها آموزش داده و در صورت احراز صلاحیت، آنان را به درون پروفشن بپذیرند. تدوین برنامه‌های درسی، گرفتن امتحان از دانشجویان، دادن دانشنامه به فارغ‌التحصیلان از جمله حقوق پروفشن‌ها می‌باشد (۱۱، ۱۷).

نیکولس پروفشنالیسم را به‌عنوان ظرفیت یک گروه شغلی در برونگرایی، برخورداری از دانش، سخی بودن در ارتباط با سایر همکاران آن شغل، سایر پروفشن ها و افراد جامعه می‌داند(۵).

از نظر موريسون حرفه‌ای گری مفهومی چندبعدی و واژه‌ای ارزشی است که دربرگیرنده انتظارات اجتماعی، موسسه‌ای، تاریخی و زمینه‌ای بوده و از نظر صلاحیت حرفه‌ای استفاده مدبرانه از دانش، مهارت‌های فنی، استدلال بالینی، احساسات، ارزش‌ها و بازخورد در اعمال روزانه در راستای دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده است(۲). پروفشنالیسم را به نمایش درآوردن اهداف رفیع و بلندمرتبه تعریف کرده‌اند(۳).

حرفه‌ای گری یا پروفشنالیسم در پزشکی به‌منظور جلب اعتماد جامعه امری ضروری است. حرفه‌ای گری در واقع گوهر و ماهیت ارتباط بین بیمار و پزشک است(۴).

انجمن حیطه‌های پزشکی کالج آمریکا حرفه‌هایی را که دربرگیرنده ویژگی‌های کلی حرفه‌ای گری هستند برشمرده است که عبارت‌اند از ازخودگذشتگی، افتخار و شرافت، محبت و دلسوزی، احترام، مسئولیت‌پذیری، پاسخگویی، تعالی، دانش‌پژوهی و رهبری(۷). بر اساس تعریف فدراسیون اروپایی طب داخلی، حرفه‌ای گری در تمام زمان‌ها می‌تواند به‌عنوان ابزاری تعریف شود که توسط آن پزشکان قرارداد حرفه‌ای خود با جامعه را به انجام می‌رسانند(۸). در واقع نقش حرفه‌ای پزشکان دلالت بر پایبندی آنان به تعهد خود در قبال جامعه از طریق رهبری قوی، قضاوت اخلاقی درست و عملکرد اخلاقی در طبابت دلالت دارد(۹).

دیدگاه‌های مختلف در خصوص حرفه‌ای گری:

حرفه‌ای گری شامل برخورداری از ویژگی "درست" یا "مطلوب" حرفه است که با ظهور حرفه‌ها به یک ضرورت تبدیل شده و به‌عنوان اولویت آموزشی تا به امروز باقی‌مانده است (۳۲).

حرفه‌ای بودن به‌عنوان فهرستی از ویژگی‌های رفتاری:

در این دیدگاه حرفه‌ای گری با ویژگی‌ها و مشخصاتی که یک فرد حرفه‌ای می‌باید دارا باشد تعریف می‌شود. در دهه‌های ۱۹۳۰ - ۱۹۲۰ تحقیقات در مورد "حرفه" شامل بررسی‌های موردی بوده که هدف آن‌ها تعریف مشخصه‌ها یا ویژگی‌هایی بود که حرفه‌ای بودن در مشاغل خاص را مشخص می‌نمود. آن‌ها معمولاً از کدهای رفتاری خاص تبعیت می‌کردند. تعاریف روشنی از آنچه رفتار حرفه‌ای در بردارد، دارای اهمیتی یکسان با اصول فردی بوده و مشخص‌کننده درستی هر شغل است که به‌عنوان حرفه شناخته می‌شود. از آنجا که اصول اعتماد و درستی افراد حرفه‌ای در جامعه در راستای عمل به آن شناخته شده است، ویژگی مورد انتظار بزرگ‌تری از سوی جامعه که همان نوع دوستی می‌باشد، نقش اساسی در تعریف حرفه‌ای بودن را ایفاء می‌نماید (۳۳).

حرفه‌ای بودن با توجه به ایفای نقش در جامعه:

این دیدگاه در ۱۹۶۰-۱۹۵۰ مطرح بوده و در این دیدگاه به‌جای ویژگی‌های حرفه‌گری بر نقشی که افراد حرفه‌ای در جامعه ایفا می‌نمایند تأکید می‌کنند. با استفاده از این دیدگاه، تعریف حرفه‌ای بودن گسترش یافت و دربرگیرنده نقش حرفه‌ای‌ها در جامعه بود. تصویر معاصر این تغییر، حرکت از تعاریف خودم‌محور به جامعه‌محور برای حرفه‌ای بودن است. حرفه‌ای بودن در نقش خود، توجهات را از ویژگی و رفتارهای افراد به نقش کلی افراد حرفه‌ای جلب می‌کند. فرض بر این است که افراد حرفه‌ای گروه‌ها، بر طبق علائق عمومی رفتار می‌کنند و به همین دلیل رفتار آن‌ها قانونی است و عملکردهایشان از سوی عموم و بدنه‌های حرفه‌ای موشکافی می‌شود. رفتارهای غیرحرفه‌ای از سوی هر یک از افراد، تأثیر بدی بر کلیت حرفه دارد و درنهایت منجر به فقدان باور عمومی و احتمالاً لغو و یا محدودیت وضعیت تنظیم‌شده حرفه از سوی دولت می‌گردد (۳۴).

حرفه‌ای بودن به‌عنوان ساختار اجتماعی:

در دهه ۱۹۵۰ هاگیز به نقل از مارتیمیاناکیس، این‌گونه بیان می‌کند که " افراد حرفه‌ای ادعا می‌کنند که بهتر از دیگران درباره ماهیت موضوعات خاص می‌دانند و بهتر از موکلان خود می‌دانند چه چیزی آن‌ها را عقب می‌اندازد(۳۵)."

باوجود اهمیت بسیار زیاد حرفه‌ای‌گری در حرفه پزشکی کوهن معتقد است که پزشکان به‌مرور در حال فراموش کردن تعهد اصلی خود به‌عنوان افراد حرفه پزشکی هستند(۴). همان‌طور که قبلاً اشاره گردید، مفهوم اصلی حرفه‌ای‌گری، تقدم منفعت بیمار به منافع فردی است. لازمه احراز چنین ویژگی، غلبه بر چالش‌های دشواری است که کمترین آن ماهیت خود انسان است. پژوهش‌های علوم اجتماعی نشان داده است که انسان‌ها، مانند سایر موجودات زنده در پی منافع فردی هستند. حتی زمانی که افراد تلاش می‌کنند از چنین ویژگی پرهیز نمایند، قضاوت آن‌ها به‌طور خودآگاه و غیر عمد تحت تأثیر چنین ویژگی قرار می‌گیرد(۱۸).

کوهن معتقد است سهولتی که پزشکان می‌توانند تحت پوشش احترام و موقعیت خود، تصمیماتی در راستای منافع فردی خود بگیرند، به‌مراتب از هر اقدام دیگری در زندگی بیشتر است. به‌عنوان مثال، خلوت بودن اتاق معاینه، میزان تفاوت بین قدرت و نفوذ پزشک و بیمار و تعداد قابل توجهی از موقعیت‌های اغواکننده مالی می‌تواند به‌عنوان عاملی برای تصمیمات غیرحرفه‌ای باشد(۴).

یکی دیگر از تهدیدهای حرفه‌ای‌گری، فشار از طرف همکاران است. پایبند بودن همکاران به اصول حرفه‌ای‌گری می‌تواند به‌عنوان عامل تقویت‌کننده برای سایر همکاران باشد. عکس این حالت هم صادق است. اگر یکی از همکاران بیمارستانی به‌طور مکرر استانداردهای حرفه‌ای‌گری را زیر پا بگذارد، قبح این کار شکسته می‌شود. کوهن معتقد است که موارد گزارش‌شده از رفتارهای غیرحرفه‌ای در بین پزشکان رو

به فزونی است که به‌طور ضمنی مجوزی برای سایر پزشکان خواهد بود که اصول حرفه‌ای خود را زیر پا بگذارند؛ که می‌تواند تأثیر مشابهی در مورد دانشجویان داشته باشد (۴).

دوئن می‌نویسد که تجارب منفی از رفتارهای حرفه‌ای، استرس‌های غیرضروری در محیط‌های بیمارستانی و تهدید و تحقیر دانشجویان موارد شایعی هستند که می‌توانند عوارضی هم برای دانشجویان و هم برای بیماران به دنبال داشته باشند. نکته اینجاست که زمانی که دانشجویان چنین موارد و مشکلاتی را مطرح نمی‌کنند، این خطر را خواهد داشت که چنین مواردی را مجاز می‌دانند و در آینده ممکن است مرتکب رفتارهای غیرحرفه‌ای شوند (۲۰).

حرفه‌ای‌گری اساتید بر جنبه‌های تکنیکی و حرفه‌ای و ارتقاء موقعیت اجتماعی حرفه تمرکز داشته و در پاسخگویی به نیازهای دانشجویان بسیار مهم می‌باشد (۷). لازمه حرفه‌ای‌گری، داشتن معیارهایی است (۳۶). این معیارها از قبیل استقلال عمل، اعتقاد به بازتاب عمومی خدمت، جذابیت حرفه، مرجع بودن سازمان حرفه‌ای و کسب ارزش‌های حرفه‌ای می‌باشد (۶). مطالعه در مورد حرفه‌ای‌گری در شفاف نمودن وضع موجود کمک‌کننده بوده و زمینه پیشرفت دانشجویان و ارتقا حرفه و رشته را فراهم می‌کند.

با در نظر گرفتن تهدیدهای موجود بر سر راه حرفه‌ای‌گری در پزشکی و لزوم مقابله با این تهدیدها برای حفظ استانداردهای حرفه‌ای‌گری، دانشگاه‌های علوم پزشکی مسئولیت بزرگ‌تری در قبال جامعه به عهده‌دارند. ضروری است اطمینان حاصل کنند نسل آینده پزشکان از توان کافی برای مقابله با این تهدیدات برخوردار هستند (۱۲). برای مقابله با چنین تهدیداتی، کوهن معتقد است که دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی باید در سه حیطه کار کنند:

بهبود فرایندهای گزینش دانشجویان پزشکی،

بهبود آموزش رسمی دانشجویان،

و پاک‌سازی محیط‌های آموزشی از عملکردهای غیرحرفه‌ای.

درواقع دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی موظف هستند محیطی را که دانشجویان و دستیاران هویت حرفه‌ای خود را در آن کسب می‌کنند انعکاس‌دهنده بالاترین استانداردهای حرفه‌ای باشد. موارد متعددی مانند استفاده از اساتیدی که می‌توانند به‌عنوان الگو باشند، حذف تبلیغات شرکت دارویی از محیط‌های بیمارستانی، تشویق مواردی از رفتارهای شایسته در بخش‌های بیمارستان، برگزاری مراسم روپوش سفید و سایر مراسم سمبولیک، می‌توانند در ارتقاء محیط‌های آموزشی مؤثر باشند (۴).

از آنجاکه ارتقاء حرفه‌ای گری یکی از اهداف هر دانشکده پزشکی است، یک عنصر اساسی در این راستا ارزشیابی حرفه‌ای گری می‌باشد (۳۷). اگرچه ابزارها و روش‌های متنوع و مختلفی در مطالعات مختلف برای ارزشیابی حرفه‌ای گری طراحی و پیشنهاد شده، این تنوع و تعداد روش‌ها نشانگر این است که ارزشیابی حرفه‌ای گری کار ساده‌ای نیست (۳۸). هاوکینز و همکاران نیز معتقدند که باوجود مشخص شدن حیطه کلی و اختصاصی در حرفه‌ای گری، روندهای ارزشیابی آن هنوز به‌خوبی شکل نگرفته است (۳۹). آرنولد در مطالعه خود راجع به ارزشیابی حرفه‌ای گری به این نتیجه رسید که ارزیابی معتبر حرفه‌ای گری مستلزم ۳ مورد اساسی است که مدنظر قرار گیرد. اول اینکه چه چیزی باید ارزشیابی انجام شود؟ دوم اینکه، چگونه باید ارزشیابی انجام شود؟ و سوم اینکه اصلاً چرا باید ارزشیابی قرار گیرد؟ (۴۰) کوهن تنها با تدوین و اجرای معتبر ویژگی‌های حرفه‌ای گری می‌توانیم عملکرد دانشجویان و دستیاران را در این راستا ارتقاء بخشیم. علاوه بر این، تنها با پاسخگو نگه‌داشتن دستیاران و دانشجویان در قبال ویژگی‌های حرفه‌ای گری با ارزشیابی‌های صحیح و جامع است که می‌توانیم آن‌ها را وادار نماییم اولویت بالایی برای نائل شدن به استانداردهای حرفه‌ای گری قائل شوند (۴). با توجه به اهمیت حرفه‌ای گری پژوهشگر با پرسشنامه خود اظهاری مبادرت به بررسی و تعیین میزان آشنایی فراگیران دانشکده پزشکی شهید بابایی با مقوله حرفه‌ای گری پرداخته تا برنامه ریزان آموزش دانشگاه با بهره‌مندی از این یافته‌ها در جهت ارتقا ارائه خدمات و حرفه‌ای گری بیشتر دانشجویان و فارغ‌التحصیلان دانشگاه گام بردارند.

فصل سوم:

- نوع پژوهش

مطالعه حاضر از نوع مقطعی و توصیفی تحلیلی بوده که در سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد انجام گردیده است.

محیط پژوهش

دانشکده پزشکی شهید بابایی و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین بوده است.

جامعه پژوهش

جامعه پژوهش کلیه دستیاران، کارورزان و کارآموزان سال دوم مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی قزوین بوده‌اند.

- نمونه پژوهش

جامعه با نمونه پژوهش برابر بوده و به صورت سرشماری از کلیه دستیاران، کارورزان و کارآموزان سال دوم پرسشنامه تکمیل گردیده است.

مشخصات واحدهای پژوهش (معیارهای ورود و خروج مطالعه)

معیارهای ورود شامل:

۱. اشتغال به تحصیل

۲. تمایل آن‌ها به شرکت در انجام مطالعه

معیارهای خروج شامل:

۱. ناقص بودن پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده، بدین صورت که پرسش‌نامه‌هایی که یک بخش را به‌طور

کامل تکمیل نکرده باشند یا به بیش از ۳۰٪ از کل سؤالات پاسخ نداده باشند از مطالعه خارج

خواهند شد.

مشخصات ابزار جمع‌آوری اطلاعات و نحوه جمع‌آوری آن:

پس از تصویب طرح پژوهش و اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین پژوهشگر به محیط‌های پژوهش مراجعه و پس از بیان اهمیت و اهداف پژوهش از کلیه دستیاران و کارورزان و کارآموزان سال دوم پزشکی خواسته شد تا پرسشنامه را به‌دقت تکمیل نمایند. پس از موافقت فراگیران، رضایت‌نامه آگاهانه شفاهی با تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات اخذ گردید و اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه مانده و داده‌ها بدون نام و فقط برای استفاده در پژوهش جمع‌آوری گردیده و فقط در راستای اهداف پژوهش از آن استفاده خواهد گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات:

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه مهارت‌های حرفه‌ای کمپل (۴۱) و هندلمن (۴۲) که توسط شادمان نعمتی (۴۳) در دانشگاه علوم پزشکی گیلان ترجمه و روان‌سنجی شده و روایی آن با روایی محتوا و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰٫۸۵۴ مورد تأیید قرار گرفته است.

ملاحظات اخلاقی:

پژوهشگر خود را موظف به رعایت اصول اخلاقی زیر خواهد دانست:

- اخذ مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه و معرفی‌نامه از ریاست دانشکده پزشکی شهید بابایی جهت انجام پژوهش در مراکز آموزشی و درمانی تابعه
- توضیح اهداف به واحدهای مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه جهت شرکت آزادانه در پژوهش
- اعلام عدم لزوم قید نام و نام خانوادگی در پرسش‌نامه
- رعایت صداقت در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

- دادن حق انتخاب به واحدهای مورد پژوهش و دادن اختیار به آنها برای خروج از پژوهش در صورت عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه
- دادن اطمینان به واحدهای مورد پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات
- اختصاص دادن زمان کافی در پاسخ به سؤالات واحدهای پژوهش
- رعایت صداقت در ثبت اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها
- ارائه گزارش نتایج پژوهش به نمونه‌ها و مسئولین دانشکده پزشکی شهید بابایی در صورت تمایل و درخواست
- رعایت اخلاق در انتشار نتایج و مالکیت مادی و معنوی نتایج پژوهش
- قدردانی از کلیه واحدهای مورد پژوهش و مسئولین ذی‌ربط

محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آن‌ها:

از محدودیت‌های اجرایی طرح، اشتغال دستیاران و کارورزان و کارآموزان و عدم پاسخگویی برخی از فراگیران بوده که پژوهشگر جهت کاهش این محدودیت، بازه زمانی طولانی‌تر برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها اختصاص داده و با مراجعات متعدد انعطاف‌پذیری لازم را در دریافت پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده مبذول داشته و از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تأثیر محیط موجود، تفاوت‌های فردی و وضعیت روحی و روانی فراگیران در هنگام پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها بوده است. این مطالعه تنها از طریق خود سنجی انجام‌شده و ابزارهای دیگر ارزشیابی مانند نظرات اساتید و حتی بیماران سنجیده نشده است که از محدودیت‌های این مطالعه است.

روش جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها:

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد مورد استفاده در مطالعات قبلی جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ آنالیز شد. سپس با روش‌های آمار توصیفی (درصد و میانگین و انحراف معیار و سایر پارامترهای ضروری) و آزمون‌های آماری مناسب (t-test یا Chi square و آنوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه شامل چهار بخش می‌باشد که بخش اول شامل نگرش و رفتار، بخش دوم شامل آموزش حرفه‌ای گری، بخش سوم نقش رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه و بخش چهارم در خصوص دیدگاه فراگیران در ضرورت، نوع و زمان آموزش حرفه‌ای گری است. سؤالات بخش اول در سه حیطه بوده که حیطه اول شامل اهمیت موارد در کار پزشکی در ۱۶ گزینه لیکرتی در طیف هیچ تا خیلی زیاد بوده و به گزینه هیچ نمره صفر و خیلی زیاد نمره پنج داده شده است. حیطه دوم بخش اول اهمیت موارد در بررسی بیماران را شامل شده که به صورت نه گزینه لیکرتی بوده در طیف هیچ تا خیلی زیاد بوده و به گزینه هیچ نمره صفر و خیلی زیاد نمره پنج داده شده است. حیطه سوم موارد استفاده از کامپیوتر بوده که شامل ۱۵ گزینه می‌باشد که پنج سؤال آن به صورت بله خیر داده شده که به گزینه بله یک امتیاز و به گزینه خیر امتیاز صفر داده شده است و ده گزینه مابقی سه گزینه‌ای بوده که به گزینه هرگز یا هیچ نمره صفر و گزینه به ندرت یا یک تا دو بار نمره یک و به گزینه اغلب اوقات یا چندین بار نمره دو داده شده است. بخش دوم آموزش حرفه‌ای گری بوده که در دو حیطه بررسی گردیده است. حیطه اول بخش دوم شامل موفقیت دوره آموزشی در زمینه اخلاق پزشکی و حرفه‌ای را بررسی نموده که شامل ۷ سؤال لیکرتی در طیف هیچ تا خیلی زیاد می‌باشد که به گزینه هیچ نمره صفر و به گزینه خیلی زیاد نمره پنج داده شده است. حیطه دوم بخش دوم نقش الگویی اساتید در آموزش حرفه‌ای گری بررسی نموده که شامل ۶ سؤال لیکرتی در طیف هیچ تا خیلی زیاد می‌باشد که به گزینه هیچ نمره صفر و به گزینه خیلی زیاد نمره پنج داده شده است. در بخش سوم نقش رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه است که در

طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از نمی‌دانم تا خیلی زیاد بررسی گردیده و در بخش چهارم سؤالاتی در خصوص وجود یا عدم دوره آموزش حرفه‌ای گری، ضرورت آموزش حرفه‌ای گری به صورت دو گزینه اجباری و اختیاری و نوع آموزش آن به صورت سه گزینه تئوری، عملی و تئوری-عملی و زمان آموزش آن بررسی گردیده است.

در سؤالات پنج گزینه‌ای لیکرتی گزینه‌های زیاد و خیلی زیاد با یکدیگر، هیچ و خیلی کم نیز با یکدیگر و گزینه متوسط به تنهایی در نظر گرفته شد. به نمرات بالای میانه لفظ مطلوب، کمتر از میانه نامطلوب و به میانه متوسط اطلاق گردید.

در سایر سؤالات و به جهت ارزیابی تفاوت بین فراگیران از آزمون آماری **chi-square** استفاده گردید.

فصل چهارم: نتایج

۲۱۸ فراگیر شامل ۵۵ نفر کارآموز سال دوم، ۷۶ نفر کارورز و ۸۷ نفر دستیار وارد مطالعه شدند که ۱۳۲ نفر خانم و ۸۶ نفر آقا بوده‌اند که کل جامعه آماری ۲۶۰ نفر بوده است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد مورد استفاده در مطالعات قبلی جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ آنالیز گردید. پرسشنامه شامل چهار بخش که بخش اول شامل نگرش و رفتار، بخش دوم شامل آموزش حرفه‌ای گری، بخش سوم نقش رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه و بخش چهارم در خصوص دیدگاه فراگیران در ضرورت، نوع و زمان آموزش حرفه‌ای گری بوده، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول (۱): جدول توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب

وضعیت تحصیل

وضعیت تحصیل	تعداد	درصد	درصد تراکمی
کارآموز	۵۵	۲۵٫۲	۲۵٫۲
کارورز	۷۶	۳۴٫۹	۶۰٫۱
دستیار	۸۷	۳۹٫۹	۱۰۰
جمع	۲۱۸	۱۰۰	

در این مطالعه ۵۵ کارآموز، ۷۶ کارورز و ۸۷ دستیار و در مجموع ۲۱۸ فراگیر شرکت نمودند.

جدول (۲): جدول توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در مطالعه برحسب

وضعیت مقاطع تحصیلی عمومی و تخصصی

مقاطع تحصیلی	تعداد	درصد	درصد تراکمی
پزشکی عمومی	۱۳۱	۶۰٫۱	۶۰٫۱
دستیار تخصصی	۸۷	۳۹٫۹	۱۰۰
جمع	۲۱۸	۱۰۰	

از ۲۱۸ نفر فراگیر شرکت‌کننده ۱۳۱ نفر در مقطع پزشکی عمومی و ۸۷ نفر در مقطع دستیار تخصصی بوده‌اند.

جدول (۳): جدول توزیع فراوانی شرکت کنندگان در مطالعه

برحسب جنس

جنس	تعداد	درصد	درصد تراکمی
مرد	۸۶	۳۹,۴	۳۹,۴
زن	۱۳۲	۶۰,۶	۱۰۰
جمع	۲۱۸	۱۰۰	

از ۲۱۸ نفر فراگیر شرکت کننده ۱۳۱ مورد دارای جنسیت مؤنث و ۸۶ نفر مذکر بوده اند.

جدول (۴): جدول توزیع فراوانی شرکت کنندگان در مطالعه

برحسب میانگین سنی مقاطع تحصیلی

کارآموز_ کارورز_ دستیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار
کارآموز	۲۴,۰۲	۵۵	۱,۰۹۷
کارورز	۲۵,۰۳	۷۵	۰,۹۳۰
دستیار	۳۱,۸۶	۸۰	۲,۹۸
جمع	۲۷,۳۷	۲۱۰	۴,۰۷۷

میانگین سنی فراگیران شرکت کننده در مقطع کارآموزی ۲۴، کارورزی ۲۵ و دستیاری ۳۱ سال بوده است.

جدول (۵): جدول میانگین و انحراف معیار برحسب رده سنی

مقاطع پزشکی عمومی و تخصصی

پزشکی عمومی_ دستیار تخصصی	میانگین	تعداد	انحراف معیار
پزشکی عمومی	۲۴,۶	۱۳۰	۱,۱۱۸
دستیار تخصصی	۳۱,۸۶	۸۰	۲,۹۸
جمع	۲۷,۳۷	۲۱۰	۴,۰۷۷

$$P=۰,۰۰۰۱ \quad F=۶۲۹,۷۹۱$$

آزمون آنالیز واریانس (آنوا) نشان داد که بین سن و رده های پزشکی عمومی و تخصصی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد..

جدول (۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تمایل به گذراندن دوره‌ها و آزمون‌ها

Pvalue	جمع	تمایل به گذراندن دوره‌ها و آزمون‌های Recertification			
		دستیار	کارورز	کارآموز	
$X^2=$ $5,256$ $Df=4$ $P=0,284$	۴۱ ٪۱۸,۰۸	۱۱ ٪۱۲,۶	۱۷ ٪۲۲,۴	۱۳ ٪۲۳,۶	هیچ یا کم
	۸۳ ٪۳۸,۰۱	۳۵ ٪۴۰,۲	۳۱ ٪۴۰,۸	۱۷ ٪۳۰,۹	متوسط
	۹۴ ٪۴۳,۱	۴۱ ٪۴۷,۱	۲۸ ٪۳۶,۸	۲۵ ٪۴۵,۵	زیاد یا خیلی زیاد
	۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

۴۷٪ دستیاران، ۴۵,۵٪ کارآموزان و ۳۶,۸٪ کارورزان تمایل به گذراندن دوره‌ها و آزمون‌های بازآموزی داشته‌اند.

جدول (۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و گزارش خطاهای عمده پزشکی خود

	جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			گزارش خطاهای عمده پزشکی خود
		دستیار	کارورز	کارآموز	
$X^2=3,025$ $df=4$ $p=0,474$	۸۸ ٪۴۰,۴	۳۲ ٪۳۶,۸	۲۸ ٪۳۶,۸	۲۸ ٪۵۰,۹	هیچ یا کم
	۸۵ ٪۳۹	۳۷ ٪۴۲,۵	۳۱ ٪۴۰,۸	۱۷ ٪۳۰,۹	متوسط
	۴۵ ٪۲۰,۶	۱۸ ٪۲۰,۷	۱۷ ٪۲۲,۴	۱۰ ٪۱۸,۲	زیاد یا خیلی زیاد
	۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

۳۶,۸٪ دستیاران، ۳۶,۸٪ کارورزان و ۵۰,۹٪ کارآموزان خطاهای پزشکی خود را هیچ یا کم گزارش کرده‌اند...

جدول (۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و گزارش همکاران بی صلاحیت و بی کفایت به سایر همکاران و به مراجع مربوطه

	جمع	کارآموز			
		دستیار	کارورز	کارآموز	
$X^2=3.13$ $Df=4$ $Pvalue=0.535$	۱۴۰	۵۶	۵۱	۳۳	هیچ یا کم
	%۶۴,۲	%۶۴,۴	%۶۷,۱	%۶۰	
	۴۸	۲۲	۱۵	۱۱	متوسط
	%۲۲	%۲۵,۳	%۱۹,۷	%۲۰	گزارش همکاران بی صلاحیت و بی کفایت به سایر همکاران و به مراجع مربوطه
	۳۰	۹	۱۰	۱۱	زیاد یا خیلی زیاد
	%۱۳,۸	%۱۰,۳	%۱۳,۲	%۲۰	
	۲۱۸	۸۷	۷۶	۵۵	جمع
	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	

۶۴,۲٪ فراگیران تاکنون همکاران بی صلاحیت و بی کفایت را گزارش نکرده‌اند که بیشترین گزارش با میزان ۲۰٪ در کارآموزان و پس از آن کارورزان ۱۳,۲٪ و دستیاران ۱۰,۳٪ بوده است.

جدول (۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و در نظر نگرفتن تفاوت جنسیتی و نژادی

	جمع	کارآموز_ کارورز			در نظر نگرفتن اختلافات جنسی و نژادی در مراقبت‌های پزشکی بیماران
		_دستیار			
		دستیار	کارورز	کارآموز	
$X^2=$ 12.927 $Df=4$ $P=0.012$	۳۰	۷	۱۶	۷	هیچ یا کم
	%۱۳,۸	%۸	%۲۱,۱	%۱۲,۷	
	۲۸	۷	۱۵	۶	متوسط
	%۱۲,۸	%۸	%۱۹,۷	%۱۰,۹	
	۱۶۰	۷۳	۴۵	۴۲	زیاد و خیلی زیاد
	%۷۳,۴	%۸۳,۹	%۵۹,۲	%۷۶,۴	
	۲۱۸	۸۷	۷۶	۵۵	جمع
	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	

۸۳,۹٪ دستیاران، ۷۶,۴٪ کارآموزان و ۵۹,۲٪ کارورزان اختلافات جنسیتی و نژادی را در نظر نگرفته‌اند.

جدول (۱۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و انجام مراقبت‌های لازم طبی صرف نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه از طرف بیمار

	جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			انجام مراقبت‌های لازم طبی صرف نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه از طرف بیمار
		دستیار	کارورز	کارآموز	
$X^2=24,53$ $Df=4$ $P=0,0001$	۲۱ %۹,۶	۱ %۱,۱	۱۵ %۱۹,۷	۵ %۹,۱	هیچ یا کم
	۴۲ %۱۹,۳	۱۲ %۱۳,۸	۱۹ %۲۵	۱۱ %۲۰	متوسط
	۱۵۵ %۷۱,۱	۷۴ %۸۵,۱	۴۲ %۵۵,۳	۳۹ %۷۰,۹	زیاد و خیلی زیاد
	۲۱۸ %۱۰۰	۸۷ %۱۰۰	۷۶ %۱۰۰	۵۵ %۱۰۰	جمع

۸۵,۱٪ دستیاران، ۷۰,۹٪ کارآموزان و ۵۵,۳٪ کارورزان و در کل ۷۱,۱٪ فراگیران معتقد بوده‌اند که صرف نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه توسط بیمار باید مراقبت‌های لازم طبی انجام شود.

جدول (۱۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و یادگیری مادام‌العمر

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			دانستن روش‌های یادگیری مادام‌العمر (Life Long learner) و داشتن اطلاعات به‌روز
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۱ %۵,۱	۲ %۲,۳	۸ %۱۰,۷	۱ %۱,۸	هیچ یا کم
۵۰ %۲۳	۱۸ %۲۰,۷	۱۴ %۱۸,۷	۱۸ %۳۲,۷	متوسط
۱۵۶ %۷۱,۹	۶۷ %۷۷	۵۳ %۷۰,۷	۳۶ %۶۵,۵	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۷ %۱۰۰	۸۷ %۱۰۰	۷۵ %۱۰۰	۵۵ %۱۰۰	جمع

$$X^2=7,078 \quad df=4 \quad p=0,132$$

۷۷٪ دستیاران، ۷۰,۷٪ کارورزان و ۶۵,۵٪ کارآموزان دانستن روش‌های یادگیری مادام‌العمر و داشتن اطلاعات به‌روز را از اهمیت خیلی زیاد و زیاد برشمرده‌اند.

جدول (۱۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و کسب معتبرترین اطلاعات

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			کسب معتبرترین اطلاعات
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۴ ٪۶،۴	۳ ٪۳،۴	۸ ٪۱۰،۵	۳ ٪۵،۵	هیچ یا کم
۴۷ ٪۲۱،۶	۱۵ ٪۱۷،۲	۲۱ ٪۲۷،۶	۱۱ ٪۲۰	متوسط
۱۵۷ ٪۷۲	۶۹ ٪۷۹،۳	۴۷ ٪۶۱،۸	۴۱ ٪۷۴،۵	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2=10,204 \quad Df=4 \quad P=0,037$$

٪۷۹،۳ دستیاران، ٪۷۴،۵ کارآموزان و ٪۶۱،۸ کارورزان کسب معتبرترین اطلاعات را زیاد و خیلی زیاد ذکر کرده‌اند.

جدول (۱۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و داشتن احساس مسئولیت اجتماعی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			داشتن احساس مسئولیت اجتماعی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۵ ٪۲،۳	۲ ٪۲،۳	۲ ٪۲،۷	۱ ٪۱،۸	هیچ یا کم
۵۴ ٪۲۴،۹	۲۲ ٪۲۵،۳	۲۰ ٪۲۶،۷	۱۲ ٪۲۱،۸	متوسط
۱۵۸ ٪۷۲،۸	۶۳ ٪۷۲،۴	۵۳ ٪۷۰،۷	۴۲ ٪۷۶،۴	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۷ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۵ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2=0,561 \quad df=4 \quad P=0,967$$

٪۷۶،۴ کارآموزان، ٪۷۲،۴ دستیاران و ٪۷۰،۷ کارورزان احساس مسئولیت اجتماعی زیادی داشته‌اند.

جدول (۱۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و پایداری به اصل عدالت اجتماعی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			پایداری به اصل عدالت اجتماعی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۱ %۵	۴ %۴,۶	۷ %۹,۲	۰ %۰	هیچ یا کم
۵۴ %۲۴,۸	۲۲ %۲۵,۳	۲۰ %۲۶,۳	۱۲ %۲۱,۸	متوسط
۱۵۳ %۷۰,۲	۶۱ %۷۰,۱	۴۹ %۶۴,۵	۴۳ %۷۸,۲	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ %۱۰۰	۸۷ %۱۰۰	۷۶ %۱۰۰	۵۵ %۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۸,۸۱۰ \quad df = ۴ \quad P = ۰,۰۶۸$$

میزان پایداری به اصل عدالت اجتماعی ۷۸,۲٪ در بین کارآموزان، ۷۰,۱٪ در بین دستیاران و ۶۴,۵٪ در بین کارورزان بوده است که در کل ۷۰,۲٪ فراگیران به اصل عدالت اجتماعی پایبند بوده‌اند.

جدول (۱۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آگاهی از تاریخچه حرفه و تخصص

خود

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			آگاهی از تاریخچه حرفه و تخصص خود
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۴۲ %۱۹,۳	۲۰ %۲۳	۱۵ %۱۹,۷	۷ %۱۲,۷	هیچ یا کم
۹۹ %۴۵,۴	۳۶ %۴۱,۴	۳۰ %۳۹,۵	۳۳ %۶۰	متوسط
۷۷ %۳۵,۳	۳۱ %۳۵,۶	۳۱ %۴۰,۸	۱۵ %۲۷,۳	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ %۱۰۰	۸۷ %۱۰۰	۷۶ %۱۰۰	۵۵ %۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۶,۹۷۴ \quad df = ۴ \quad P = ۰,۱۳۷$$

بیشترین آگاهی از تاریخچه حرفه و تخصص در بین کارورزان با ۴۰,۸٪ و سپس ۳۵,۶٪ در دستیاران و ۲۷,۳٪ در کارورزان بوده است و در کل میزان آگاهی اکثریت فراگیران ۴۵,۴٪ متوسط گزارش شده است.

جدول (۱۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و مهم دانستن داشتن مهارت‌های تکنیکی به‌روز

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			داشتن مهارت‌های تکنیکی به‌روز
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۶ ٪۲،۸	۱ ٪۱،۱	۴ ٪۵،۳	۱ ٪۱،۸	هیچ یا کم
۳۶ ٪۱۶،۵	۱۳ ٪۱۴،۹	۱۴ ٪۱۸،۴	۹ ٪۱۶،۴	متوسط
۱۷۶ ٪۸۰،۷	۷۳ ٪۸۳،۹	۵۸ ٪۷۶،۳	۴۵ ٪۸۱،۸	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۳,۲۱۰ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۵۲۳$$

٪۸۳،۹ دستیاران، ٪۸۱،۸ کارآموزان و ٪۷۶،۳ کارورزان داشتن مهارت‌های تکنیکی به‌روز را مهم دانسته‌اند.

جدول (۱۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۴ ٪۱،۸	۰ ٪۰	۴ ٪۵،۳	۰ ٪۰	هیچ یا کم
۴۲ ٪۱۹،۳	۱۳ ٪۱۴،۹	۱۶ ٪۲۱،۱	۱۳ ٪۲۳،۶	متوسط
۱۷۲ ٪۷۸،۹	۷۴ ٪۸۵،۱	۵۶ ٪۷۳،۷	۴۲ ٪۷۶،۴	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱۰,۶۹ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۰۳۰$$

٪۸۵،۱ دستیاران، ٪۷۶،۴ کارآموزان و ٪۷۳،۷ کارورزان معتقد به داشتن قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی بوده‌اند.

جدول (۱۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و رضایت از نظارت انضباطی بر اعمال خود

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			رضایت از نظارت انضباطی بر اعمال خود
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۲۴ ٪۱۱	۸ ٪۹,۲	۱۳ ٪۱۷,۱	۳ ٪۵,۵	هیچ یا کم
۷۵ ٪۳۴,۵۴	۳۲ ٪۳۶,۸	۲۶ ٪۳۴,۲	۱۷ ٪۳۰,۹	متوسط
۱۱۹ ٪۵۴,۵۶	۴۷ ٪۵۴	۳۷ ٪۴۸,۷	۳۵ ٪۶۳,۶	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۵,۹۹۷ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۱۹۹$$

میزان رضایت فراگیران از نظارت انضباطی بر اعمال خود در ۶۳,۶٪ کارآموزان، ۵۴٪ دستیاران و ۴۸,۷٪ کارورزان زیاد و خیلی زیاد بوده است.

جدول (۱۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و توانایی مدیریت تضاد منافع

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			توانایی مدیریت تضاد منافع
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۸ ٪۳,۷	۳ ٪۳,۴	۳ ٪۳,۹	۲ ٪۳,۶	هیچ یا کم
۸۱ ٪۳۷,۲	۳۶ ٪۴۱,۴	۳۱ ٪۴۰,۸	۱۴ ٪۲۵,۵	متوسط
۱۲۹ ٪۵۹,۲	۴۸ ٪۵۵,۲	۴۲ ٪۵۵,۳	۳۹ ٪۷۰,۹	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۴,۶۱ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۳۲۰$$

توانایی مدیریت تضاد بین منافع در کارآموزان ۷۰,۹٪، در دستیاران و کارورزان تقریباً برابر و حدود ۵۵٪ بوده است.

جدول (۲۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تعامل با اعضای تیم سلامت تعامل و دانستن اصول کار گروهی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			تعامل با اعضای تیم سلامت و دانستن اصول کار گروهی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۴ ٪۶،۴	۲ ٪۲،۳	۹ ٪۱۱،۸	۳ ٪۵،۵	هیچ یا کم
۵۸ ٪۲۶،۶	۱۷ ٪۱۹،۵	۲۹ ٪۳۸،۲	۱۲ ٪۲۱،۸	متوسط
۱۴۶ ٪۶۷	۶۸ ٪۷۸،۲	۳۸ ٪۵۰	۴۰ ٪۷۲،۷	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱۶,۹۸۰ \quad df = ۴ \quad P = ۰,۰۰۲$$

٪۷۸،۲ دستیاران، ٪۷۲،۷ کارآموزان و ٪۵۰ کارورزان توانایی خود را در برقراری تعامل با اعضای تیم سلامت و رعایت اصول کار گروهی زیاد گزارش نموده‌اند.

جدول (۲۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان و اجتناب از ذکر عناوین پزشکی به جای نام بیمار

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			در نظر گرفتن بیمار به عنوان انسان و اجتناب از ذکر عناوین پزشکی به جای نام بیمار
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۲۶ ٪۱۱،۹	۱۱ ٪۱۲،۶	۱۲ ٪۱۵،۸	۳ ٪۵،۵	هیچ یا کم
۶۷ ٪۳۰،۷	۲۸ ٪۳۲،۲	۲۳ ٪۳۰،۳	۱۶ ٪۲۹،۱	متوسط
۱۲۵ ٪۵۷،۳	۴۸ ٪۵۵،۲	۴۱ ٪۵۳،۹	۳۶ ٪۶۵،۵	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۴,۲۶۹ \quad df = ۴ \quad P = ۰,۳۷۱$$

۶۵،۶ کارآموزان، ٪۵۵،۲ دستیاران و ٪۵۳،۹ کارورزان بیماران را به عنوان انسان در نظر گرفته و از ذکر عناوین پزشکی به جای نام بیماران می‌کرده‌اند.

جدول (۲۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت تغذیه و چاقی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت تغذیه و چاقی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۵ ٪۶،۹	۱ ٪۱،۱	۷ ٪۹،۲	۷ ٪۱۲،۷	هیچ یا کم
۵۴ ٪۲۴،۸	۱۷ ٪۱۹،۵	۲۴ ٪۳۱،۶	۱۳ ٪۲۳،۶	متوسط
۱۴۹ ٪۶۸،۳	۶۹ ٪۷۹،۳	۴۵ ٪۵۹،۲	۳۵ ٪۶۳،۶	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2=14,097 \text{ df}= 4 \text{ P}= 0,007$$

از عوامل مؤثر و مورد توجه در ویزیت بیماران توسط فراگیران ٪۷۹،۳ دستیاران، ٪۶۳،۷ کارآموزان و ٪۵۹،۲ کارورزان چاقی و تغذیه را به عنوان عامل مهمی ذکر کرده اند.

جدول (۲۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت سوادآموزی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت سوادآموزی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۴۵ ٪۲۰،۶	۲۴ ٪۲۷،۶	۷ ٪۹،۲	۱۴ ٪۲۵،۵	هیچ یا کم
۸۲ ٪۳۷،۶	۲۹ ٪۳۳،۳	۳۱ ٪۴۰،۸	۲۲ ٪۴۰	متوسط
۹۱ ٪۴۱،۷	۳۴ ٪۳۹،۱	۳۸ ٪۵۰	۱۹ ٪۳۴،۵	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2= 11,253 \text{ df}= 4 \text{ P}= 0,024$$

٪۵۰ کارورزان، ٪۳۹،۱ دستیاران و ٪۳۴،۵ کارآموزان سواد بیمار را به عنوان عاملی مؤثر و مورد توجه در ویزیت بیماران ذکر نموده اند.

جدول (۲۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت ایمن سازی و واکسیناسیون

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت ایمن سازی و واکسیناسیون
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۲۱ ٪۹,۷	۱۱ ٪۱۲,۶	۷ ٪۹,۳	۳ ٪۵,۵	هیچ یا کم
۳۰ ٪۱۳,۸	۱۵ ٪۱۷,۲	۱۰ ٪۱۳,۳	۵ ٪۹,۱	متوسط
۱۶۶ ٪۷۶,۵	۶۱ ٪۷۰,۱	۵۸ ٪۷۷,۳	۴۷ ٪۸۵,۵	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۷ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۵ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 4,683 \quad df = 4 \quad P = 0,321$$

٪۸۵,۵ کارآموزان، ٪۷۷,۳ کارورزان و ٪۷۰,۱ دستیاران اهمیت ایمن سازی و واکسیناسیون را مهم ذکر کرده اند.

جدول (۲۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت کنترل مصرف سیگار

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت کنترل مصرف سیگار
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۲۰ ٪۹,۲	۴ ٪۴,۶	۱۰ ٪۱۳,۲	۶ ٪۱۰,۹	هیچ یا کم
۴۲ ٪۱۹,۳	۱۷ ٪۱۹,۵	۱۴ ٪۱۸,۴	۱۱ ٪۲۰	متوسط
۱۵۶ ٪۷۱,۶	۶۶ ٪۷۵,۹	۵۲ ٪۶۸,۴	۳۸ ٪۶۹,۱	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 4,185 \quad df = 4 \quad P = 0,382$$

٪۷۵,۹ دستیاران، ٪۶۹,۱ کارآموزان و ٪۶۸,۴ کارورزان کنترل مصرف سیگار را عامل مهمی برشمرده اند.

جدول (۲۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت سوء مصرف مواد به ویژه در

جوانان

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت سوء مصرف مواد به ویژه در جوانان
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۶ ٪۷,۳	۴ ٪۴,۶	۷ ٪۹,۲	۵ ٪۹,۱	هیچ یا کم
۴۲ ٪۱۹,۳	۱۸ ٪۲۰,۷	۱۳ ٪۱۷,۱	۱۱ ٪۲۰	متوسط
۱۶۰ ٪۷۳,۴	۶۵ ٪۷۴,۷	۵۶ ٪۷۳,۷	۳۹ ٪۷۰,۹	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱,۹۴۲ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۷۴۶$$

٪۷۳,۴ فراگیران سوء مصرف مواد در جوانان را عاملی مهم، ٪۷,۳ فاکتوری کم اهمیت و ٪۱۹,۳ آن را به عنوان عاملی متوسط ذکر کرده اند.

جدول (۲۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت استفاده از کمربند ایمنی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت استفاده از کمربند ایمنی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۶۸ ٪۳۱,۲	۳۵ ٪۴۰,۲	۱۶ ٪۲۱,۱	۱۷ ٪۳۰,۹	هیچ یا کم
۷۵ ٪۳۴,۴	۲۶ ٪۲۹,۹	۲۷ ٪۳۵,۵	۲۲ ٪۴۰	متوسط
۷۵ ٪۳۴,۴	۲۶ ٪۲۹,۹	۳۳ ٪۴۳,۴	۱۶ ٪۲۹,۱	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۸,۶۳۶ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۰۷۱$$

٪۴۳,۴ کارورزان استفاده از کمربند ایمنی را فاکتور مهمی ارزیابی کرده اند و این در حالی است که ٪۴۰,۲ دستیاران و ٪۳۰,۹ کارآموزان آن را کم اهمیت ذکر کرده اند.

جدول (۲۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت آلودگی هوا

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت آلودگی هوا
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۸۲ ٪۳۷,۶	۴۶ ٪۵۲,۹	۱۸ ٪۲۳,۷	۱۸ ٪۳۲,۷	هیچ یا کم
۵۹ ٪۲۷,۱	۱۵ ٪۱۷,۲	۲۷ ٪۳۵,۵	۱۷ ٪۳۰,۹	متوسط
۷۷ ٪۳۵,۳	۲۶ ٪۲۹,۹	۳۱ ٪۴۰,۸	۲۰ ٪۳۶,۴	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱۶,۷۴۲ \quad df = ۴ \quad P = ۰,۰۰۰۲$$

۴۰,۸٪ کارورزان و ۳۶,۴٪ کارورزان آلودگی هوا را به عنوان فاکتوری با اهمیت زیاد و خیلی زیاد ذکر کرده اند و این در حالی است که ۵۲,۹٪ دستیاران آن را به عنوان عاملی کم اهمیت در نظر گرفته اند.

جدول (۲۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت بیکاری

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت بیکاری
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۷۰ %۳۲,۱	۳۶ %۴۱,۴	۱۵ %۱۹,۷	۱۹ %۳۴,۵	هیچ یا کم
۶۲ %۲۸,۴	۲۱ %۲۴,۱	۲۶ %۳۴,۲	۱۵ %۲۷,۳	متوسط
۸۶ %۳۹,۴	۳۰ %۳۴,۵	۳۵ %۴۶,۱	۲۱ %۳۸,۲	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ %۱,۰۰	۸۷ %۱,۰۰	۷۶ %۱,۰۰	۵۵ %۱,۰۰	جمع

$$X^2 = 9,284 \quad df = 4 \quad P = 0,054$$

۴۶,۱٪ کارورزان و ۳۶,۸٪ اهمیت به بیکاری را فاکتوری مهم در بیماران ارزیابی کرده‌اند و این در حالی است که اکثریت دستیاران با ۴۱,۴٪ آن را عاملی غیر مؤثر و کم‌اهمیت بیان کرده‌اند.

جدول (۳۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و اهمیت حمایت از بیمه‌های پزشکی

برای افراد بیمه نشده

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			اهمیت حمایت از بیمه‌های پزشکی برای افراد بیمه نشده
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۴ %۶,۰۴	۱ %۱,۰۱	۷ %۹,۰۲	۶ %۱۰,۰۹	هیچ یا کم
۵۲ %۲۳,۰۹	۱۷ %۱۹,۰۵	۲۰ %۲۶,۰۳	۱۵ %۲۷,۰۳	متوسط
۱۵۲ %۶۹,۰۷	۶۹ %۷۹,۰۳	۴۹ %۶۴,۰۵	۳۴ %۶۱,۰۸	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ %۱,۰۰	۸۷ %۱,۰۰	۷۶ %۱,۰۰	۵۵ %۱,۰۰	جمع

$$X^2 = 11,053 \quad df = 4 \quad P = 0,026$$

۷۹,۳٪ دستیاران، ۶۴,۵٪ کارورزان و ۶۱,۸٪ کارآموزان حمایت از بیمه‌های درمانی را برای افراد بیمه نشده بااهمیت ذکر نموده و به‌طورکلی ۶,۴٪ فراگیران این عامل را بااهمیت کم، ۲۳,۹٪ متوسط و ۶۹,۷٪ زیاد بیان داشته‌اند.

جدول (۳۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و ارسال ایمیل به بیماران

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			ارسال ایمیل به بیماران
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۸	۲	۲	۴	بندرت
%۳۰,۷	%۲,۳	%۲,۶	%۷,۳	
۲۱۰	۸۵	۷۴	۵۱	هرگز
%۹۶,۳	%۹۷,۷	%۹۷,۴	%۹۲,۷	
۲۱۸	۸۷	۷۶	۵۵	جمع
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	

$$X^2=۲,۳۷۲ \text{ df}= ۲ \text{ P}= ۰,۳۰۶$$

%۹۶,۳ فراگیران هرگز و تنها %۳,۷ ندرتاً از پست الکترونیکی برای بیماران استفاده کرده‌اند.

جدول (۳۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از روش‌های آموزشی مرسوم

پزشکی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			استفاده از روش‌های آموزشی مرسوم پزشکی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۹۰	۳۳	۳۵	۲۲	فراوانی
%۴۱,۳	%۳۷,۹	%۴۶,۱	%۴۰	
۹۰	۴۱	۳۱	۱۸	بندرت
%۴۱,۳	%۴۷,۱	%۴۰,۸	%۳۲,۷	
۳۸	۱۳	۱۰	۱۵	هرگز
%۱۷,۴	%۱۴,۹	%۱۳,۲	%۲۷,۳	
۲۱۸	۸۷	۷۶	۵۵	جمع
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	

$$X^2= ۶,۲۱۱ \text{ df}= ۴ \text{ P}= ۰,۱۸۴$$

%۴۶,۱ کارورزان، %۴۰ کارآموزان و %۳۷,۹ به‌طور فراوان از روش‌های آموزشی مرسوم پزشکی به‌وسیله رایانه استفاده می‌کرده‌اند.

جدول (۳۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری برای
تصمیم سازی های پزشکی

کارآموز_ کارورز_ دستیار			
دستیار	کارورز	کارآموز	
۳۹ ٪۴۴٫۸	۳۲ ٪۴۲٫۱	۱۵ ٪۲۷٫۳	فراوانی
۳۱ ٪۳۵٫۶	۳۰ ٪۳۹٫۵	۲۵ ٪۴۵٫۵	بندرت
۱۷ ٪۱۹٫۵	۱۴ ٪۱۸٫۴	۱۵ ٪۲۷٫۳	هرگز
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۵٫۱۵۷ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰٫۲۷۲$$

٪۴۴٫۸ دستیاران و ٪۴۲٫۱ کارورزان به طور فراوان و ٪۴۵٫۵ کارآموزان ندرتاً از نرم افزارهای رایانه ای جهت تصمیم سازی پزشکی استفاده کرده اند.

جدول (۳۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از ژورنال های آنلاین

کارآموز_ کارورز_ دستیار			استفاده از ژورنال های آنلاین
دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۹ ٪۲۱٫۸	۱۹ ٪۲۵	۹ ٪۱۶٫۴	فراوان
۴۹ ٪۵۶٫۳	۴۱ ٪۵۳٫۹	۲۸ ٪۵۰٫۹	بندرت
۱۹ ٪۲۱٫۸	۱۶ ٪۲۱٫۱	۱۸ ٪۳۲٫۷	هرگز
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۳٫۳۵۴ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰٫۵۰۰$$

٪۵۶٫۳ دستیاران، ٪۵۹٫۳ کارورزان و ٪۵۰٫۹ کارورزان بندرت از ژورنال های آنلاین استفاده می کرده اند.

جدول (۳۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تعداد ژورنال‌های تازه خوانده شده در

هفته

کارآموز_ کارورز_ دستیار			تعداد ژورنال‌های خوانده شده در هفته
دستیار	کارورز	کارآموز	
۶۱ ٪۷۰٫۱	۴۹ ٪۶۴٫۵	۴۷ ٪۸۵٫۵	هیچ
۲۶ ٪۲۹٫۹	۲۶ ٪۳۴٫۲	۸ ٪۱۴٫۵	۱-۴
۰ ٪۰	۱ ٪۱٫۳	۰ ٪۰	<۴
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 9,463 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,051$$

٪۷۰٫۱ دستیاران و ٪۸۵٫۵ کارآموزان و ٪۶۴٫۵ کارورزان هیچ ژورنال تازه‌ای را در هفته مطالعه نکرده‌اند.

جدول (۳۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آمادگی ارزیابی دانش بالینی جدید

کارآموز_ کارورز_ دستیار			آمادگی ارزیابی دانش بالینی جدید
دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۴ ٪۱۶٫۱	۸ ٪۱۰٫۵	۹ ٪۱۶٫۴	بله
۵۳ ٪۶۰٫۹	۴۷ ٪۶۱٫۸	۲۶ ٪۴۷٫۳	تا حدودی
۲۰ ٪۲۳	۲۱ ٪۲۷٫۶	۲۰ ٪۳۶٫۴	خیر
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 4,746 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,314$$

٪۶۰٫۹ دستیاران، ٪۶۱٫۸ کارورزان و ٪۴۷٫۳ کارورزان آمادگی جهت ارزیابی دانش بالینی خود را ذکر کرده‌اند.

جدول (۳۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و استفاده از دانش سایر پزشکان سه سال گذشته

کارآموز_ کارورز_ دستیار			استفاده از دانش سایر پزشکان در سه سال گذشته
دستیار	کارورز	کارآموز	
۵۷ ٪۶۵,۵	۵۲ ٪۶۸,۴	۲۶ ٪۴۷,۳	بله
۳۰ ٪۳۴,۵	۲۴ ٪۳۱,۶	۲۹ ٪۵۲,۷	خیر
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 6,722 \quad df = 2 \quad p = 0,035$$

٪۶۵,۵ دستیاران و ٪۶۸,۴ کارورزان در سه سال گذشته از یادداشت‌های سایر پزشکان جهت بهبود عملکرد خود استفاده کرده‌اند.

جدول (۳۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و عدم گزارش خطای پزشکی

کارآموز_ کارورز_ دستیار			عدم گزارش خطای پزشکی
دستیار	کارورز	کارآموز	
۲۹ ٪۳۳,۳	۲۵ ٪۳۲,۹	۱۰ ٪۱۸,۵	بله
۵۸ ٪۶۶,۷	۵۱ ٪۶۷,۱	۴۴ ٪۸۱,۵	خیر
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 4,440 \quad df = 2 \quad P = 0,109$$

٪۷ دستیاران، ٪۶۷,۱ کارورزان و ٪۸۱,۵ کارآموزان خطای عمدی پزشکی خود را گزارش نکرده‌اند.

جدول (۳۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و ارجاع بیمار به مؤسسه تصویربرداری

شخصی

کارآموز_ کارورز_ دستیار			ارجاع بیمار به مؤسسه تصویربرداری شخصی
دستیار	کارورز	کارآموز	
۳۲ ٪۳۶،۸	۳۰ ٪۳۹،۵	۱۳ ٪۲۴،۱	بله
۵۵ ٪۶۳،۲	۴۶ ٪۶۰،۵	۴۱ ٪۷۵،۹	خیر
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۳,۷۷۰ \quad df = ۲ \quad P = ۰,۱۵۲$$

٪۳۶،۸ دستیاران، ٪۳۹،۵ کارورزان و ٪۲۴،۱ کارورزان در صورت سهام‌دار بودن یک مؤسسه تصویربرداری پزشکی بدون آگاه کردن بیماران نسبت به این موضوع، مایل به ارجاع کردن بیماران به آن مرکز بوده‌اند.

جدول (۴۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و تغییر تصمیم بالینی به واسطه اشانتیون

شرکت‌های بازرگانی

کارآموز_ کارورز_ دستیار			تغییر تصمیم بالینی به واسطه اشانتیون شرکت‌های بازرگانی
دستیار	کارورز	کارآموز	
۱ ٪۱،۱	۴ ٪۵،۳	۱ ٪۱،۹	چندین بار
۵ ٪۵،۷	۵ ٪۶،۶	۲ ٪۳،۷	۱ یا ۲ بار
۸۱ ٪۹۳،۱	۶۷ ٪۸۸،۲	۵۱ ٪۹۴،۴	خیر
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۳,۲۷۹ \quad df = ۴ \quad P = ۰,۵۱۲$$

در ٪۹۳،۱ دستیاران، ٪۸۸،۲ کارورزان و ٪۹۴،۴ کارورزان هدایای تبلیغاتی شرکت‌های بازرگانی تغییری در تصمیم‌گیری بالینی آنان ایجاد نکرده است.

جدول (۴۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و شرکت در سرویس‌های اجتماعی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			شرکت در سرویس‌های اجتماعی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۵۴ ٪۷۱	۵۴ ٪۶۲٫۱	۶۲ ٪۸۱٫۶	۳۸ ٪۷۰٫۴	خیر
۴۲ ٪۱۹٫۴	۲۴ ٪۲۷٫۶	۱۱ ٪۱۴٫۵	۷ ٪۱۳	شهری و منطقه‌ای Charity
۲۱ ٪۹٫۷	۹ ٪۱۰٫۳	۳ ٪۳٫۹	۹ ٪۱۶٫۷	کشوری
۲۱۷ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱۲٫۷۷۶ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰٫۰۱۲$$

٪۷۱ فراگیران در سرویس‌های اجتماعی (خیریه، بهزیستی و ...) شرکت نداشته و ٪۱۹٫۴ در سرویس‌های اجتماعی شهری و منطقه‌ای و ٪۹٫۷ در سرویس‌های اجتماعی کشوری مشارکت داشته‌اند.

جدول (۴۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و درخواست آزمایشات به اصرار بیمار

جمع	دستیار	کارآموز_ کارورز_ دستیار		درخواست آزمایشات به اصرار بیمار
		کارورز	کارآموز	
۷ ۳٫۲	۲ ۲٫۳	۴ ۵٫۳	۱ ۱٫۹	بله بدون هیچ توضیحی
۱۰۱ ۴۶٫۵	۳۹ ۴۴٫۸	۳۷ ۴۸٫۷	۲۵ ۴۶٫۳	بله پس از اظهار عدم تمایل
۱۰۹ ۵۰٫۲	۴۶ ۵۲٫۹	۳۵ ۴۶٫۱	۲۸ ۵۱٫۹	خیر
۲۱۷ ۱۰۰	۸۷ ۱۰۰	۷۶ ۱۰۰	۵۴ ۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۲ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰٫۷۳۶$$

اکثریت دستیاران ٪۵۲٫۹ و کارآموزان ٪۵۱٫۹ با وجود اصرار بیمار نیز از انجام تصویربرداری غیرضروری خودداری کرده‌اند.

جدول (۴۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و عوامل مؤثر در انتخاب بهترین درمان برای بیمار

کارآموز_ کارورز_ دستیار			عوامل مؤثر در انتخاب بهترین درمان برای بیمار
دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۱ ٪۱۲,۶	۹ ٪۱۱,۸	۱۰ ٪۱۸,۵	توجه به تجهیزات و توانایی شخصی
۵۹ ٪۶۷,۸	۵۲ ٪۶۸,۴	۴۰ ٪۷۴,۱	ارائه مشاوره با بیمار
۱۷ ٪۱۹,۵	۱۵ ٪۱۹,۷	۴ ٪۷,۴	تصمیم‌گیری فردی
۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۵,۶۲۸ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۲۲۹$$

٪۷۴,۱ کارآموزان، ٪۶۸,۴ کارورزان و ٪۶۷,۸ دستیاران در انتخاب بهترین درمان به بیماران مشاوره داده و ٪۱۹,۷ کارورزان و ٪۱۹,۵ دستیاران تصمیم فردی را در انتخاب درمان لحاظ نموده‌اند.

جدول (۴۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در تشخیص اولویت بر اساس خیر و صلاح بیمار

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			تشخیص اولویت بر اساس خیر و صلاح بیمار
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۴۶ ٪۲۱,۲	۱۱ ٪۱۲,۶	۲۳ ٪۳۰,۳	۱۲ ٪۲۲,۲	هیچ یا کم
۷۵ ٪۳۴,۶	۲۱ ٪۲۴,۱	۳۴ ٪۴۴,۷	۲۰ ٪۳۷	متوسط
۹۶ ٪۴۴,۲	۵۵ ٪۶۳,۲	۱۹ ٪۲۵	۲۲ ٪۴۰,۷	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۷ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۲۵,۳۳۰ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۰۰۰۱$$

٪۶۳,۲ دستیاران و ٪۴۰,۷ کارآموزان موفقیت دوره آموزشی را در راستای خیر و صلاح بیمار زیاد و خیلی زیاد گزارش نموده‌اند.

جدول (۴۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزش‌ها، عقاید، آداب

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزش‌ها، عقاید، آداب
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۶۸ ٪۳۱،۲	۲۴ ٪۲۷،۶	۳۰ ٪۳۹،۵	۱۴ ٪۲۵،۵	هیچ یا کم
۹۴ ٪۴۳،۱	۳۴ ٪۳۹،۱	۳۱ ٪۴۰،۸	۲۹ ٪۵۲،۷	متوسط
۵۶ ٪۲۵،۷	۲۹ ٪۳۳،۳	۱۵ ٪۱۹،۷	۱۲ ٪۲۱،۸	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۷,۳۵۹ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۱۱۸$$

موفقیت دوره آموزشی در احترام به استقلال و ارزش‌ها و عقاید بیماران از نظر اکثریت کارآموزان با ۵۲,۷٪، کارورزان با ۴۰,۸٪ و دستیاران با ۳۹,۱٪ متوسط ارزیابی شده است.

جدول (۴۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در رعایت حریم خصوصی بیماران

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			رعایت حریم خصوصی بیماران
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۲۸ ٪۱۲،۸	۹ ٪۱۰،۳	۱۰ ٪۱۳،۲	۹ ٪۱۶،۴	هیچ یا کم
۸۲ ٪۳۷،۶	۳۳ ٪۳۷،۹	۲۶ ٪۳۴،۲	۲۳ ٪۴۱،۸	متوسط
۱۰۸ ٪۴۹،۵	۴۵ ٪۵۱،۷	۴۰ ٪۵۲،۶	۲۳ ٪۴۱،۸	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۲,۳۶۶ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۶۶۹$$

موفقیت دوره آموزشی در رعایت حریم خصوصی بیماران در ۵۲,۶٪ کارورزان، ۵۱,۷٪ دستیاران و ۴۱,۸٪ کارآموزان زیاد و خیلی زیاد ارزیابی شده است.

جدول (۴۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۹ ٪۸۰٫۷	۶ ٪۶۰٫۹	۷ ٪۹۰٫۲	۶ ٪۱۰۰٫۹	هیچ یا کم
۸۲ ٪۳۷٫۶	۲۵ ٪۲۸٫۵۷	۳۰ ٪۳۹٫۵	۲۷ ٪۴۹٫۱	متوسط
۱۱۷ ٪۵۳٫۷	۵۶ ٪۶۴٫۴	۳۹ ٪۵۱٫۳	۲۲ ٪۴۰	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۸٫۳۹۳ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰٫۰۷۸$$

موفقیت دوره آموزشی در مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای را ۶۴٫۴٪ دستیاران و ۵۱٫۳٪ کارورزان زیاد و خیلی زیاد و اکثریت کارآموزان با ۴۹٫۱٪ این موفقیت را متوسط گزارش کرده‌اند.

جدول (۴۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در آموزش ترجیح منافع بیمار بر منافع شخصی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			ترجیح منافع بیمار بر منافع شخصی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۵۵ ٪۲۵٫۲	۲۰ ٪۲۳	۱۹ ٪۲۵	۱۶ ٪۲۹٫۱	هیچ یا کم
۱۰۴ ٪۴۷٫۷	۴۱ ٪۴۷٫۱	۳۸ ٪۵۰	۲۵ ٪۴۵٫۵	متوسط
۵۹ ٪۲۷٫۱	۲۶ ٪۲۹٫۹	۱۹ ٪۲۵	۱۴ ٪۲۵٫۵	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱٫۰۶۲ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰٫۹۰۰$$

۵۰٪ کارورزان، ۴۵٫۵٪ کارآموزان و ۴۱٫۵٪ دستیاران موفقیت دوره آموزشی در ترجیح منافع بیمار بر منافع شخصی متوسط گزارش نموده‌اند.

جدول (۴۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در آموزش
 طریقه صحیح برخورد با خطاهای پزشکی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			طریقه صحیح برخورد با خطاهای پزشکی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۹۵ ٪۴۳،۸	۳۴ ٪۳۹،۱	۳۶ ٪۴۷،۴	۲۵ ٪۴۶،۳	هیچ یا کم
۸۲ ٪۳۷،۸	۳۵ ٪۴۰،۲	۲۳ ٪۳۰،۳	۲۴ ٪۴۴،۴	متوسط
۴۰ ٪۱۸،۴	۱۸ ٪۲۰،۷	۱۷ ٪۲۲،۴	۵ ٪۹،۳	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۷ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 6,057 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,161$$

٪۴۰،۲ دستیاران موفقیت دوره آموزشی را در آموزش طریق صحیح برخورد با خطاهای پزشکی متوسط ارزیابی نموده و اکثریت کارورزان و کارآموزان به ترتیب با ٪۴۷،۴ و ٪۴۶،۳ این آموزش را کم و یا هیچ گزارش کرده‌اند.

جدول (۵۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و موفقیت دوره آموزشی در آموزش
 رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۶۵ ٪۲۹،۸	۲۰ ٪۲۳	۲۲ ٪۲۸،۹	۲۳ ٪۴۱،۸	هیچ یا کم
۷۶ ٪۳۴،۹	۳۵ ٪۴۰،۲	۲۴ ٪۳۱،۶	۱۷ ٪۳۰،۹	متوسط
۷۷ ٪۳۵،۳	۳۲ ٪۳۶،۸	۳۰ ٪۳۹،۵	۱۵ ٪۲۷،۳	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 6,044 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,162$$

موفقیت دوره آموزشی در رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی در اکثریت دستیاران با ٪۴۰،۲ متوسط گزارش شده و اکثریت کارورزان با ٪۳۹،۵ این موفقیت را زیاد و خیلی زیاد ذکر کرده‌اند.

جدول (۵۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در آموزش رعایت اصول نوع دوستی در برخورد با بیمار

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			رعایت اصول نوع دوستی در برخورد با بیمار
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۴۹ ٪۲۲،۵	۱۵ ٪۱۷،۲	۲۳ ٪۳۰،۳	۱۱ ٪۲۰	هیچ یا کم
۷۸ ٪۳۵،۸	۲۵ ٪۲۸،۷	۲۹ ٪۳۸،۲	۲۴ ٪۴۳،۶	متوسط
۹۱ ٪۴۱،۷	۴۷ ٪۵۴	۲۴ ٪۳۱،۶	۲۰ ٪۳۶،۴	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱۰,۷۸۴ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۰۲۹$$

اکثریت دستیاران با ۵۴٪ نقش الگویی اساتید در رعایت نوع دوستی در برخورد با بیمار را زیاد و اکثریت کارورزان با ۳۸،۲٪ و کارورزان با ۴۳،۶٪ کارآموزان این موفقیت را متوسط گزارش نموده‌اند.

جدول (۵۲): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در آموزش حس مسئولیت پذیری و وظیفه شناسی

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			حس مسئولیت پذیری و وظیفه شناسی
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۲۷ ٪۱۲،۴	۹ ٪۱۰،۳	۱۰ ٪۱۳،۲	۸ ٪۱۴،۵	هیچ یا کم
۱۰۰ ٪۴۵،۹	۳۴ ٪۳۹،۱	۴۰ ٪۵۲،۶	۲۶ ٪۴۷،۳	متوسط
۹۱ ٪۴۱،۷	۴۴ ٪۵۰،۶	۲۶ ٪۳۴،۲	۲۱ ٪۳۸،۲	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۵,۰۰۴ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۲۸۷$$

اکثر دستیاران با ۵۰،۶٪ نقش الگویی اساتید را در آموزش حس مسئولیت پذیری و مسئولیت شناسی را زیاد گزارش کرده‌اند.

جدول (۵۳): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در آموزش درستکاری و صداقت/ رازداری

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			درستکاری و صداقت/ رازداری
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۳۰ ٪۱۳،۸	۷ ٪۸	۱۳ ٪۱۷،۱	۱۰ ٪۱۸،۲	هیچ یا کم
۱۰۲ ٪۴۶،۸	۳۶ ٪۴۱،۴	۴۲ ٪۵۵،۳	۲۴ ٪۴۳،۶	متوسط
۸۶ ٪۳۹،۴	۴۴ ٪۵۰،۶	۲۱ ٪۲۷،۶	۲۱ ٪۳۸،۲	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 11,036 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,026$$

٪۵۰،۶ دستیاران نقش الگویی اساتید را در آموزش در آموزش درستکاری و صداقت/ رازداری را زیاد و ٪۵۵،۳ کارورزان و ٪۴۳،۶ کارآموزان متوسط گزارش کرده‌اند.

جدول (۵۴): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید در احترام به دیگران

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			احترام به دیگران
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۷۶ ٪۳۵	۲۹ ٪۳۳،۳	۲۵ ٪۳۲،۹	۲۲ ٪۴۰،۷	هیچ یا کم
۸۱ ٪۳۷،۳	۲۹ ٪۳۳،۳	۳۲ ٪۴۲،۱	۲۰ ٪۳۷	متوسط
۶۰ ٪۲۷،۶	۲۹ ٪۳۳،۳	۱۹ ٪۲۵	۱۲ ٪۲۲،۲	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۷ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۴ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 3,254 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,516$$

دستیاران نقش الگویی اساتید در احترام به دیگران را در سه سطح متفاوت کم، متوسط و زیاد با ٪۳۳،۳ گزارش کرده‌اند.

جدول (۵۵): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید الویت
منفعت بیمار بر سایر منافع

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			الویت منفعت بیمار بر سایر منافع
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۸۷ ٪۳۹،۹	۳۳ ٪۳۷،۹	۳۱ ٪۴۰،۸	۲۳ ٪۴۱،۸	هیچ یا کم
۷۵ ٪۳۴،۴	۲۸ ٪۳۲،۲	۲۶ ٪۳۴،۲	۲۱ ٪۳۸،۲	متوسط
۵۶ ٪۲۵،۷	۲۶ ٪۲۹،۹	۱۹ ٪۲۵	۱۱ ٪۲۰	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۱,۸۳۰ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۷۶۷$$

٪۴۱،۸ کارورزان، ٪۴۰،۸ کارآموزان و ٪۳۷،۹ دستیاران نقش الگوی اساتید در اولویت منافع بیمار بر سایر منافع کم یا هیچ گزارش کرده‌اند.

جدول (۵۶): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و نقش **Role Modeling** اساتید
رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۴۶ ٪۲۱،۱	۲۰ ٪۲۳	۱۵ ٪۱۹،۷	۱۱ ٪۲۰	هیچ یا کم
۹۹ ٪۴۵،۴	۳۳ ٪۳۷،۹	۳۸ ٪۵۰	۲۸ ٪۵۰،۹	متوسط
۷۳ ٪۳۳،۵	۳۴ ٪۳۹،۱	۲۳ ٪۳۰،۳	۱۶ ٪۲۹،۱	زیاد و خیلی زیاد
۲۱۸ ٪۱۰۰	۸۷ ٪۱۰۰	۷۶ ٪۱۰۰	۵۵ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۳,۴۲۰ \text{ df} = ۴ \text{ P} = ۰,۴۹۰$$

اکثریت دستیاران با ٪۳۹،۱ نقش الگویی اساتید را در رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود زیاد و خیلی زیاد و اکثریت کارورزان و کارآموزان به ترتیب با ٪۵۰ و ٪۵۰،۹ این نقش الگویی را متوسط بیان کرده‌اند.

جدول (۵۷): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و رعایت اصول تعهد حرفه‌ای در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه فراگیران

جمع	کارآموز- کارورز- دستیار			ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه فراگیران
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۲۸ ٪۶۲،۱	۴۶ ٪۵۸،۲	۴۴ ٪۵۹،۵	۳۸ ٪۷۱،۷	هیچ یا کم
۵۰ ٪۲۴،۳	۲۲ ٪۲۷،۸	۱۷ ٪۲۳	۱۱ ٪۲۰،۸	متوسط
۲۸ ٪۱۳،۶	۱۱ ٪۱۳،۹	۱۳ ٪۱۷،۶	۴ ٪۷،۵	زیاد و خیلی زیاد
۲۰۶ ٪۱۰۰	۷۹ ٪۱۰۰	۷۴ ٪۱۰۰	۵۳ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 4,256 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,372$$

اکثریت کارآموزان با ۷۱،۷٪، ۵۹،۵٪ کارورزان و ۵۸،۲٪ دستیاران رعایت اصول تعهد حرفه‌ای را در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه را کم و یا هیچ گزارش کرده‌اند.

جدول (۵۸): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آموزش اخلاق حرفه‌ای				
جمع	کارآموز- کارورز- دستیار			آموزش اخلاق حرفه‌ای
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۱۲ ٪۵۶،۲	۸ ٪۹،۹	۵۵ ٪۷۶،۴	۴۹ ٪۹۸	بله
۹۱ ٪۴۴،۸	۷۳ ٪۹۰،۱	۱۷ ٪۲۳،۶	۱ ٪۲	خیر
۲۰۳ ٪۱۰۰	۸۱ ٪۱۰۰	۷۲ ٪۱۰۰	۵۰ ٪۱۰۰	جمع

$$X^2 = 138,511 \text{ df} = 4 \text{ P} = 0,001$$

۹۰،۲٪ دستیاران عدم آموزش حرفه‌ای گری و اخلاق حرفه‌ای ظرف سال‌های گذشته را ذکر کرده‌اند و این در حالی است که ۹۸٪ کارآموزان و ۷۶،۴٪ کارورزان از وجود آموزش حرفه‌ای گری و اخلاق حرفه‌ای ظرف سال‌های گذشته گزارش داده‌اند.

جدول (۵۹): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و آموزش مهارت‌های حرفه‌ای

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			آموزش مهارت‌های حرفه‌ای
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۱۲۸ %۵۹,۵	۶۲ %۷۱,۳	۳۷ %۴۹,۳	۲۹ %۵۴,۷	رسمی و مدون
۸۷ %۴۰,۵	۲۵ %۲۸,۷	۳۸ %۵۰,۷	۲۴ %۴۵,۳	واحد انتخابی
۲۱۵ ۱۰۰	۸۷ %۱۰۰	۷۵ %۱۰۰	۵۳ %۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۸,۸۶۷ \quad df = ۲ \quad P = ۰,۰۱۲$$

۷۱,۳٪ دستیاران و ۵۴,۷٪ کارآموزان آموزش مهارت‌های حرفه‌ای را به شکل مدون و رسمی مناسب دانسته‌اند و این در حالی است که ۵۰,۷٪ کارورزان آموزش اخلاق حرفه‌ای را به صورت انتخابی توصیه نموده‌اند.

جدول (۶۰): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و درخواست نوع آموزش مهارت‌های

حرفه‌ای

جمع	کارآموز_ کارورز_ دستیار			نوع و نحوه آموزش
	دستیار	کارورز	کارآموز	
۹ %۴,۲	۲ %۲,۳	۷ %۹,۳	۰ %۰	تئوری
۵۷ %۲۶,۶	۲۱ %۲۴,۴	۲۰ %۲۶,۷	۱۶ %۳۰,۲	عملی
۱۴۸ %۶۹,۲	۶۳ %۷۳,۳	۴۸ %۶۴	۳۷ %۶۹,۸	تئوری و عملی
۲۱۴ ۱۰۰	۸۶ %۱۰۰	۷۵ %۱۰۰	۵۳ %۱۰۰	جمع

$$X^2 = ۹,۶۹۹ \quad df = ۴ \quad P = ۰,۰۴۶$$

۷۳,۳٪ دستیاران، ۶۹,۸٪ کارآموزان و ۶۴٪ کارورزان آموزش ترکیبی تئوری و عملی توأم اخلاق حرفه‌ای را روش بهینه دانسته‌اند.

جدول (۶۱): جدول ارتباط بین مقاطع تحصیلی و زمان شروع دوره آموزش حرفه‌ای گری

جمع	دستیار	کارآموز_ کارورز		زمان شروع دوره آموزش حرفه‌ای گری
		کارآموز	کارورز	
۳۵	۲۰	۱۱	۴	شروع دوره تحصیلی
%۱۶,۲	%۲۳,۳	%۱۴,۵	%۷,۴	
۱۴۲	۵۳	۵۰	۳۹	در طول دوره تحصیل
%۶۵,۷	%۶۱,۶	%۶۵,۸	%۷۲,۲	
۳۹	۱۳	۱۵	۱۱	نیاز به آموزش نداشته و با مدل گیری از اساتید میسر می‌شود
%۱۸,۱	%۱۵,۱	%۱۹,۷	%۲۰,۴	
۲۱۶	۸۶	۷۶	۵۴	جمع
۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	

$$X^2 = 6,972 \quad df = 4 \quad P = 0,137$$

۷۷,۲٪ کارآموزان، ۶۵,۸٪ کارورزان و ۶۱,۶٪ دستیاران زمان آموزش حرفه‌ای گری را در طول دوره تحصیل مناسب دانسته‌اند.

جدول (۶۲): جدول میانگین و انحراف معیار نمرات پرسشنامه حرفه‌ای گری از دیدگاه

فراگیران مقاطع مختلف تحصیلی

سؤال ۶	سؤال ۵	سؤال ۴	سؤال ۳	سؤال ۲	سؤال ۱	کارآموز_ کارورز_ دستیار
۳,۰۰۵۴۵	۲,۹۸۱۸	۳,۰۰۵۴۵	۱,۵۰۹۱	۱,۶۳۶۴	۲,۰۴	میانگین
۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	۵۵	تعداد
۰,۹۱۱۲۱	۱,۰۲۷۲۴	۱,۱۷۷۲۲	۰,۹۷۸۹	۱,۰۰۶۷۱	۱,۱۴۸۲۷	انحراف معیار
۲,۹۳۳۳	۲,۵۹۲۱	۲,۵۱۳۲	۱,۲۱۰۵	۱,۷۷۶۳	۲,۱۰۵۳	میانگین
۷۵	۷۶	۷۶	۷۶	۷۶	۷۶	تعداد
۰,۹۷۷۲۲	۱,۲۳۴۸	۱,۲۵۹۵۶	۱,۰۱۰۸۲	۰,۹۷۴۳۲	۱,۰۹۰۳۱	انحراف معیار
۳,۱۱۴۹	۳,۳۲۱۸	۳,۱۷۲۴	۱,۲۸۷۴	۱,۸۱۶۱	۲,۵۰۵۷	میانگین
۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	تعداد
۰,۸۱۳۰۵	۰,۷۹۹۶۳	۱,۰۳۶۶۲	۰,۹۸۷۲۲	۰,۹۴۶۵۸	۰,۹۵۰۸۱	انحراف معیار
۳,۰۳۶۹	۲,۹۸۱۷	۲,۹۱۲۸	۱,۳۱۶۵	۱,۷۵۶۹	۲,۳۳۹۴	میانگین
۲۱۷	۲۱۸	۲۱۸	۲۱۸	۲۱۸	۲۱۸	تعداد
۰,۸۹۶۷۷	۱,۰۶۸۸۹	۱,۱۸۶۲۲	۰,۹۹۵۷۵	۰,۹۶۹۸۶	۱,۰۰۶۲۳	انحراف معیار

سؤال ١٢	سؤال ١١	سؤال ١٠	سؤال ٩	سؤال ٨	سؤال ٧	کارآموز_ کارورز_ دستیار
٣,٠٧٢٧ ٥٥ ٠,٧٤١٧٣	٣,٢٧٢٧ ٥٥ ٠,٨٠٤٠٣	٢,٢٥٤٥ ٥٥ ٠,٨٢١٤٣	٣,٢٣٦٤ ٥٥ ٠,٧٩٢٦٤	٣,٠٩٠٩ ٥٥ ٠,٧٩٩٨٣	٣,٠٩٠٩ ٥٥ ٠,٩٠٨٢٥	میانگین کارآموز تعداد انحراف معیار
٢,٩٦٠٥ ٧٦ ٠,٨٣٩٧	٣,١١٨٤ ٧٦ ٠,٨٩٣٩٤	٢,٣١٥٨ ٧٦ ١,٠٣٥٥١	٢,٧٨٩٥ ٧٦ ٠,٩٩٧٥٤	٣,٠١٣٣ ٧٥ ٠,٨٤٦١٩	٢,٨١٥٨ ٧٦ ١,٠٢٩٠٥	میانگین کارورز تعداد انحراف معیار
٣,١٣٧٩ ٨٧ ٠,٦٥٠٠٩	٣,٢٢٩٩ ٨٧ ٠,٧٤٢٤٢	٢,٢٢٩٩ ٨٧ ٠,٩٢٣٨٦	٣ ٨٧ ٠,٨٨٩٢١	٣,١١٤٩ ٨٧ ٠,٨٦٨٣٨	٣,١١٤٩ ٨٧ ٠,٨١٣٠٥	میانگین دستیار تعداد انحراف معیار
٣,٠٥٩٦ ٢١٨ ٠,٧٤٤٣٣	٣,٢٠١٨ ٢١٨ ٠,٨١٢١٢	٢,٢٦٦١ ٢١٨ ٠,٩٣٧١٢	٢,٩٨٦٢ ٢١٨ ٠,٩١٨٢٢	٣,٠٧٣٧ ٢١٧ ٠,٨٤١١٣	٣,٠٠٤٦ ٢١٨ ٠,٩٢٣٣٢	میانگین جمع تعداد انحراف معیار

سؤال ١٨	سؤال ١٧	سؤال ١٦	سؤال ١٥	سؤال ١٤	سؤال ١٣	کارآموز_ کارورز_ دستیار
٢,١٠٩١ ٥٥ ٠,٩٣٦٣٦	٢,٧٦٣٦ ٥٥ ١,١٣٧٩٦	٢,٨٩٠٩ ٥٥ ٠,٩٥٥٩٣	٢,٨٧٢٧ ٥٥ ٠,٧٩٤٧٦	٢,٨٩٠٩ ٥٥ ٠,٧٨٥٨٢	٢,٧٨١٨ ٥٥ ٠,٨٣٢٠٢	میانگین کارآموز تعداد انحراف معیار
٢,٦١٨٤ ٧٦ ٠,٩٦٥٦٤	٢,٦٧١١ ٧٦ ٠,٨٧٠٠٧	٢,٥ ٧٦ ٠,٩٨٦٥٨	٢,٥٢٦٣ ٧٦ ٠,٩٣٠٥٧	٢,٦٣١٦ ٧٦ ٠,٨٤٦٠٤	٢,٤٢١١ ٧٦ ٠,٩٨٣٣٧	میانگین کارورز تعداد انحراف معیار
٢,٢١٨٤ ٨٧ ١,٠٣٩٠٧	٣,٠٨٠٥ ٨٧ ٠,٧٣٤٨٢	٢,٦٦٦٧ ٨٧ ٠,٩٨٤٣٧	٣,٠٥٧٥ ٨٧ ٠,٧٦٧٩١	٢,٦٤٣٧ ٨٧ ٠,٧٩٢٠٧	٢,٥٤٠٢ ٨٧ ٠,٩١٢٥	میانگین دستیار تعداد انحراف معیار
٢,٣٣٠٣ ٢١٨ ١,٠٠٧٣٩	٢,٨٥٧٨ ٢١٨ ٠,٩١٢٢٦	٢,٦٦٥١ ٢١٨ ٠,٩٨٥٠٤	٢,٨٢٥٧ ٢١٨ ٠,٨٦٢٣٦	٢,٧٠١٨ ٢١٨ ٠,٨١٣٥٤	٢,٥٥٩٦ ٢١٨ ٠,٩٢٥١٣	میانگین جمع تعداد انحراف معیار

سؤال ٢٤	سؤال ٢٣	سؤال ٢٢	سؤال ٢١	سؤال ٢٠	سؤال ١٩	كارآموز_ كارورز_ دستيار
٢,١٤٥٥	٢,١٠٩١	١,٩٢٧٣	٣,١٠٩١	٢,٨١٨٢	٣,٢٥٤٥	ميانگين
٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	تعداد
١,١٧٧٢٢	١,٢١٢١٧	١,٠٥١٥٣	١,١٣٣٢١	١,٠٣٨	٠,٩٠٧١٤	انحراف معيار
٢,٤٣٤٢	٢,٢٦٣٢	٢,٣١٥٨	٣	٢,٨٥٥٣	٣,٠٠٨	ميانگين
٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٥	تعداد
١,١٨١٣٦	١,٠٨٧٧٣	١,٠٣٥٥١	١,٠٣٢٨	١,٠٤١٨٤	١,٠٣٦٦٣	انحراف معيار
٢,٠٣٤٥	١,٧٩٣١	١,٩٥٤	٣,٠٤٦	٣,٠٦٩	٢,٨٩٦٦	ميانگين
٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	تعداد
١,١٦٥٨٧	١,١٣٢٣٨	١,١٤٠٢٦	٠,٨٦١٤٢	٠,٨٥٩٨٧	١,٠٠٠٠٤	انحراف معيار
٢,٢٠١٨	٢,٠٣٦٧	٢,٠٧٣٤	٣,٠٤٥٩	٢,٩٣١٢	٣,٠٥٠٧	ميانگين
٢١٨	٢١٨	٢١٨	٢١٨	٢١٨	٢١٧	تعداد
١,١٨١٨٩	١,١٥١٤٥	١,٠٩٢١٣	٠,٩٩٢	٠,٩٧٤٢٥	٠,٩٩٦٣٩	انحراف معيار

سؤال ٤٣	سؤال ٤٢	سؤال ٤١	سؤال ٤٠	سؤال ٣٩	سؤال ٢٥	كارآموز_ كارورز_ دستيار
١,٩٤٥٥	٢,٣٤٥٥	٢,٣٢٧٣	١,٩٨١٨	٢,١٦٦٧	٢,٨٧٢٧	ميانگين
٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٤	٥٥	تعداد
٠,٨٤٨٠٥	٠,٨٢١٤٣	٠,٨٤٠٠٧	٠,٨٧١١٦	٠,٩٤٦٦٩	١,١٨٧١٩	انحراف معيار
٢	٢,٥٢٦٣	٢,٤٢١١	١,٧٧٦٣	١,٩٤٧٤	٢,٨٥٥٣	ميانگين
٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	تعداد
٠,٩٠٩٢١	٠,٨٥٥٩٤	٠,٨٥٢٦٥	٠,٩٣٢٣٦	٠,٩٣٦٥٩	١,٠٧٩٥٥	انحراف معيار
٢,١٦٠٩	٢,٧٣٥٦	٢,٥٤٠٢	٢,١٠٣٤	٢,٦٨٩٧	٣,١٨٣٩	ميانگين
٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	تعداد
٠,٩٩٨٥٣	٠,٨٥٥٣٥	٠,٨١٦٦٥	٠,٩٧٦٨٨	٠,٩٥٦١٣	٠,٧٨٥٤٦	انحراف معيار
٢,٠٥٠٥	٢,٥٦٤٢	٢,٤٤٥	١,٩٥٨٧	٢,٢٩٩٥	٢,٩٩٠٨	ميانگين
٢١٨	٢١٨	٢١٨	٢١٨	٢١٧	٢١٨	تعداد
٠,٩٣١٨٩	٠,٨٥٧٦١	٠,٨٦٣٦	٠,٩٤٢١٧	٠,٩٩٨٩١	١,٠١١٤١	انحراف معيار

سؤال ٤٩	سؤال ٤٨	سؤال ٤٧	سؤال ٤٦	سؤال ٤٥	سؤال ٤٤	كارآموز_ كارورز_ دستيار
١٠٧٤٠٧	٢٠٢١٨٢	٢٠٢٣٦٤	٢٠١٤٥٥	١٠٨١٨٢	١٠٦١١١	ميانگين
٥٤	٥٥	٥٥	٥٥	٥٥	٥٤	تعداد
١٠٠١٢٨٥	٠٠٨٣٢٠٢	٠٠٨٣٨٠٧	٠٠٩١١٢١	١٠٠٥٥٦٩	٠٠٨٣٣٦٥	انحراف معيار
١٠٩٠٧٩	٢٠١٠٥٣	٢٠٢٥	١٠٩٦٠٥	٢٠١٥٧٩	١٠٦٤٤٧	ميانگين
٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	٧٦	تعداد
٠٠٩٢٦٣٢	٠٠٧٢٢٥٧	٠٠٧٨٥٢٨	١٠٠١٢٤٧	١٠١٠٨١٨	١٠٠٦٧١٣	انحراف معيار
٢٠٠١١٥	٢٠٥١٧٢	٢٠٥٠٥٧	٢٠٤٧١٣	٢٠١٤٩٤	١٠٧٩٣١	ميانگين
٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	٨٧	تعداد
١٠١٢٥٧٥	٠٠٨١٩٢٧	٠٠٨٦٠٩٦	٠٠٩٧٤٥٥	٠٠٩٤٦٥٨	٠٠٩١٦٧٤	انحراف معيار
١٠٩٠٧٨	٢٠٢٩٨٢	٢٠٣٤٨٦	٢٠٢١١	٢٠٠٦٨٨	١٠٦٩٥٩	ميانگين
٢١٧	٢١٨	٢١٨	٢١٨	٢١٨	٢١٧	تعداد
١٠٠٣٢٢٥	٠٠٨٠٧٨٥	٠٠٨٣٥٥٧	٠٠٩٩٣٧٤	١٠٠٣٨٣٦	٠٠٩٥٢٤	انحراف معيار

سؤال ٥٢	سؤال ٥١	سؤال ٥٠	كارآموز_ كارورز_ دستيار
٠٠٩٦٢٣	٢٠١٦٣٦	١٠٨١٨٢	ميانگين
٥٣	٥٥	٥٥	تعداد
١٠٠١٨٣	٠٠٨٣٣٦	٠٠٨٤٠٨	انحراف معيار
١٠٣١٠٨	٢٠١١٨٤	١٠٨٦٨٤	ميانگين
٧٤	٧٦	٧٦	تعداد
١٠٠٥٨٨	٠٠٧٨٢٦	٠٠٩٤٢٩	انحراف معيار
١٠٢٥٣٢	٢٠٢١٨٤	٢	ميانگين
٧٩	٨٧	٨٧	تعداد
١٠٠٧٩٧	٠٠٩٠٧٦	١٠٠٦٧٤	انحراف معيار
١٠١٩٩	٢٠١٦٩٧	١٠٩٠٨٣	ميانگين
٢٠٦	٢١٨	٢١٨	تعداد
١٠٠٦١١	٠٠٨٤٤٣	٠٠٩٦٩٩	انحراف معيار

جدول (۶۳): جدول نتایج آزمون آنالیز واریانس برحسب میانگین نمرات سؤالات پرسشنامه حرفه‌ای گری از دیدگاه فراگیران مقاطع مختلف تحصیلی دانشکده پزشکی شهید بابایی قزوین

Sig.	F	
۰,۰۴۹*	۳,۰۵۹	سؤال ۱
۰,۰۵۵	۰,۶	سؤال ۲
۰,۲۲۵	۱,۵۰۳	سؤال ۳
۰,۰۰۱*	۷,۱۷۶	سؤال ۴
۰,۰۰۰۱*	۱۰,۲۶	سؤال ۵
۰,۴۳۴	۰,۸۳۹	سؤال ۶
۰,۰۰۸۶	۲,۴۸۴	سؤال ۷
۰,۷۳۶	۰,۳۰۷	سؤال ۸
۰,۰۲۲	۳,۸۹۷	سؤال ۹
۰,۰۸۴	۰,۱۷۵	سؤال ۱۰
۰,۰۵۱۸	۰,۶۶	سؤال ۱۱
۰,۳۱۴	۱,۱۶۵	سؤال ۱۲
۰,۰۰۸۵	۲,۴۹۲	سؤال ۱۳
۰,۱۳۷	۲,۰۱	سؤال ۱۴
۰,۰۰۰۱	۸,۳۳۱	سؤال ۱۵
۰,۰۰۸۱	۲,۵۴۹	سؤال ۱۶
۰,۰۰۱۱	۴,۶۲۶	سؤال ۱۷
۰,۰۰۰۶	۵,۱۶۲	سؤال ۱۸
۰,۰۱۰۸	۲,۲۵	سؤال ۱۹
۰,۲۳۱	۱,۴۷۷	سؤال ۲۰
۰,۰۸۲۶	۰,۱۹۲	سؤال ۲۱
۰,۰۰۵۵	۲,۹۳۵	سؤال ۲۲
۰,۰۰۲۹	۳,۶۱	سؤال ۲۳
۰,۰۰۹	۲,۴۳۶	سؤال ۲۴
۰,۰۰۷۱	۲,۶۸۴	سؤال ۲۵
۰,۰۰۰۰۱	۱۳,۱۶۹	سؤال ۳۹
۰,۰۰۸۴	۲,۵۰۱	سؤال ۴۰
۰,۳۴۵	۱,۰۰۷	سؤال ۴۱

٠,٠٢٧	٣,٦٩١	سؤال ٤٢
٠,٣٤٤	١,٠٧٢	سؤال ٤٣
٠,٤٦٢	٠,٧٧٥	سؤال ٤٤
٠,١١٧	٢,١٦٧	سؤال ٤٥
٠,٠٠٤	٥,٧٦	سؤال ٤٦
٠,٠٧٦	٢,٦٠٢	سؤال ٤٧
٠,٠٠٣	٥,٨٨٩	سؤال ٤٨
٠,٣١٩	١,١٤٨	سؤال ٤٩
٠,٥٠٣	٠,٦٨٨	سؤال ٥٠
٠,٧٥٣	٠,٢٨٤	سؤال ٥١
٠,١٦	١,٨٤٨	سؤال ٥٢

جدول (٦٤): همبستگی

سؤالات

Eta Squared	Eta	
٠,٠٢٨	٠,١٦٦	سؤال ١
٠,٠٠٦	٠,٠٧٤	سؤال ٢
٠,٠١٤	٠,١١٧	سؤال ٣
٠,٠٦٣	٠,٢٥	سؤال ٤
٠,٠٨٧	٠,٢٩٥	سؤال ٥
٠,٠٠٨	٠,٠٨٨	سؤال ٦
٠,٠٢٣	٠,١٥	سؤال ٧
٠,٠٠٣	٠,٠٥٤	سؤال ٨
٠,٠٣٥	٠,١٨٧	سؤال ٩
٠,٠٠٢	٠,٠٤	سؤال ١٠
٠,٠٠٦	٠,٠٧٨	سؤال ١١
٠,٠١١	٠,١٠٤	سؤال ١٢
٠,٠٢٣	٠,١٥١	سؤال ١٣
٠,٠١٨	٠,١٣٥	سؤال ١٤
٠,٠٧٢	٠,٢٦٨	سؤال ١٥
٠,٠٢٣	٠,١٥٢	سؤال ١٦
٠,٠٤١	٠,٢٠٣	سؤال ١٧
٠,٠٤٦	٠,٢١٤	سؤال ١٨

۰,۰۲۱	۰,۱۴۴	سؤال ۱۹
۰,۰۱۴	۰,۱۱۶	سؤال ۲۰
۰,۰۰۲	۰,۰۴۲	سؤال ۲۱
۰,۰۲۷	۰,۱۶۳	سؤال ۲۲
۰,۰۳۲	۰,۱۸	سؤال ۲۳
۰,۰۲۲	۰,۱۴۹	سؤال ۲۴
۰,۰۲۴	۰,۱۵۶	سؤال ۲۵
۰,۱۱	۰,۳۳۱	سؤال ۳۹
۰,۰۲۳	۰,۱۵۱	سؤال ۴۰
۰,۰۰۱	۰,۰۹۹	سؤال ۴۱
۰,۰۳۳	۰,۱۸۲	سؤال ۴۲
۰,۰۰۱	۰,۰۹۹	سؤال ۴۳
۰,۰۰۷	۰,۰۸۵	سؤال ۴۴
۰,۰۰۲	۰,۱۴۱	سؤال ۴۵
۰,۰۵۱	۰,۲۲۶	سؤال ۴۶
۰,۰۲۴	۰,۱۵۴	سؤال ۴۷
۰,۰۵۲	۰,۲۲۸	سؤال ۴۸
۰,۰۱۱	۰,۱۰۳	سؤال ۴۹
۰,۰۰۶	۰,۰۰۸	سؤال ۵۰
۰,۰۰۳	۰,۰۰۱	سؤال ۵۱
۰,۰۱۸	۰,۱۳۴	سؤال ۵۲

توضیحات:

۱. ۴۷٪ دستیاران، ۴۵,۵٪ کارآموزان و ۳۶,۸٪ کارورزان تمایل به گذراندن دوره‌ها و آزمون‌های بازآموزی دارند که در

گروه‌های مختلف فراگیران از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد. ($p=۰,۲۸۴$)

۲. ۳۶,۸٪ دستیاران، ۳۶,۸٪ کارورزان و ۵۰,۹٪ کارآموزان خطاهای پزشکی خود را هیچ یا کم گزارش کرده‌اند. در کل ۲۰,۶٪

خطاهای پزشکی خود را گزارش و حدود ۷۹,۴٪ هیچ، کم و یا در حد متوسط خطاهای پزشکی خود را گزارش کرده‌اند که

هیچ تفاوت معنی داری در گروه‌های مختلف وجود نداشت. ($p=۰,۴۷۴$)

۳. ۶۴,۲٪ فراگیران تاکنون همکاران بی صلاحیت و بی کفایت را گزارش نکرده‌اند که بیشترین گزارش با میزان ۲۰٪ در کارآموزان و پس از آن کارورزان ۱۳,۲٪ و دستیاران ۱۰,۳٪ بوده است که نشان دهنده این است که با افزایش علم و تجربه فراگیران گزارش همکاران بی صلاحیت و بی کفایت به مراجع مربوطه کاهش یافته است، هر چند این تفاوت از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد. ($p=0,535$)

۴. ۸۳,۹٪ دستیاران، ۷۶,۴٪ کارآموزان و ۵۹,۲٪ کارورزان اختلافات جنسیتی و نژادی را در نظر نگرفته‌اند و این تفاوت در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار بوده است. ($p=0,012$)

۵. ۸۵,۱٪ دستیاران، ۷۰,۹٪ کارآموزان و ۵۵,۳٪ کارورزان و در کل ۷۱,۱ فراگیران معتقد بوده‌اند که صرف نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه توسط بیمار باید مراقبت‌های لازم طبی انجام شود. ۱۹,۷٪ کارورزان مراقبت‌های لازم طبی نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه توسط بیمار را به میزان کم یا هیچ معتقد هستند که این میزان در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار بوده است. ($p=0,0001$)

۶. ۷۷٪ دستیاران، ۷۰,۷٪ کارورزان و ۶۵,۵٪ کارآموزان دانستن روش‌های یادگیری مادام‌العمر و داشتن اطلاعات به روز را از اهمیت خیلی زیاد و زیاد برشمرده‌اند و تنها ۱۰,۷٪ کارورزان دانستن روش‌های یادگیری مادام‌العمر و داشتن اطلاعات به روز را دارای اهمیت کم یا هیچ دانسته‌اند و این تفاوت در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار بوده است. ($p=0,037$)

۷. ۷۹,۳٪ دستیاران، ۷۴,۵٪ کارآموزان و ۶۱,۸٪ کارورزان کسب معتبرترین اطلاعات (بر اساس) را زیاد و خیلی زیاد ذکر کرده‌اند. در کل ۶,۴٪ فراگیران کسب معتبرترین اطلاعات (بر اساس) را کم و یا بدون اهمیت و ۷,۲٪ دارای اهمیت زیاد و خیلی زیاد بر شمرده‌اند، هر چند این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است. ($p=0,132$)

۸. ۷۶,۴٪ کارآموزان، ۷۲,۴٪ دستیاران و ۷۰,۷٪ کارورزان احساس مسئولیت اجتماعی زیادی داشته‌اند. در کل ۷۲,۸٪ فراگیران احساس مسئولیت اجتماعی زیاد، ۲۴,۹٪ متوسط و ۲,۳٪ هیچ داشته‌اند و این تفاوت در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار نبوده است. ($p=0,967$)

۹. میزان پایبندی به اصل عدالت اجتماعی ۷۸,۲٪ در بین کارآموزان، ۷۰,۱٪ در بین دستیاران و ۶۴,۵٪ در بین کارورزان بوده است که در کل ۷۰,۲٪ فراگیران به اصل عدالت اجتماعی پایبند بوده‌اند. ۵٪ پایبندی به اصل عدالت اجتماعی را هیچ یا کم

۲۴٫۸٪ متوسط گزارش کرده‌اند که این تفاوت در بین رده‌های مختلف فراگیران از نظر آماری معنی دار نبوده است.

($p=0,068$)

۱۰. بیشترین آگاهی از تاریخچه حرفه و تخصص در بین کارورزان با ۴۰٫۸٪ و سپس ۳۵٫۶٪ در دستیاران و ۲۷٫۳٪ در کارآموزان بوده است و در کل میزان آگاهی اکثریت فراگیران ۴۵٫۴٪ متوسط گزارش شده است که این اختلاف در بین فراگیران آموزشی

از نظر آماری معنی دار نبوده است. ($p=0,137$)

۱۱. ۸۳٫۹٪ دستیاران، ۸۱٫۸٪ کارآموزان و ۷۶٫۳٪ کارورزان داشتن مهارت‌های تکنیکی به روز را مهم دانسته‌اند. این تفاوت در

بین رده‌های مختلف فراگیران از نظر آماری معنی دار نبوده است. ($P=0,023$)

۱۲. ۸۵٫۱٪ دستیاران، ۷۶٫۴٪ کارآموزان و ۷۳٫۷٪ کارورزان معتقد به داشتن قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی بوده‌اند و در کل ۸۷٫۹٪ فراگیران قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی زیاد و خیلی زیاد را در خود ذکر کرده و تنها ۵٫۳٪ کارورزان قابلیت خودتنظیمی و خودساختگی راهیچ یا کم گزارش کرده‌اند که این تفاوت در بین رده‌های مختلف فراگیران از نظر آماری معنی

دار بوده است. ($P=0,03$)

۱۳. میزان رضایت فراگیران از نظارت انضباطی بر اعمال خود در ۶۳٫۶٪ کارآموزان، ۵۴٪ دستیاران و ۴۸٫۷٪ کارورزان زیاد و خیلی زیاد بوده است. بیشترین میزان کم و یا بی رضایتی در کارورزان با ۱۷٫۱٪ می‌باشد، هر چند که این اختلاف در بین

فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار نبوده است. ($P=0,199$)

۱۴. توانایی مدیریت تضاد بین منافع در کارآموزان ۷۰٫۹٪، در دستیاران و کارورزان تقریباً برابر و حدود ۵۵٪ بوده است و در

کل ۳٫۷٪ فراگیران توانایی مدیریت تضاد بین منافع خود را کم، ۳۷٫۲٪ متوسط و ۵۹٫۲٪ زیاد گزارش کرده‌اند. هر چند این

تفاوت در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار نبوده است. ($P=0,320$)

۱۵. ۷۸٫۲٪ دستیاران، ۷۲٫۷٪ کارآموزان و ۵۰٪ کارورزان توانایی خود را در برقراری تعامل با اعضای تیم سلامت و رعایت

اصول کار گروهی زیاد گزارش نموده و کمترین میزان گزارش شده در خصوص عدم توانایی در برقراری تعامل با اعضای

تیم سلامت در کارورزان با ۱۱٫۸٪ به صورت هیچ یا کم بوده است هستند که این میزان در بین فراگیران آموزشی از نظر

آماري معنی دار بوده است. ($P=0,002$)

۱۶. ۶۵,۶ کارآموزان، ۵۵,۲٪ دستیاران و ۵۳,۹٪ کارورزان بیماران را به عنوان انسان در نظر گرفته و از ذکر عناوین پزشکی به جای نام بیماران می‌کرده‌اند. ۱۵,۸٪ کارورزان و ۱۲,۶٪ دستیاران این توانایی را هیچ یا کم گزارش کرده‌اند و این تفاوت در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار نبوده است. ($P=0,371$)

۱۷. از عوامل مؤثر و مورد توجه در ویزیت بیماران توسط فراگیران ۷۹,۳٪ دستیاران، ۶۳,۷٪ کارآموزان و ۵۹,۲٪ کارورزان چاقی و تغذیه را به عنوان عامل مهمی ذکر کرده‌اند. این تفاوت در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار بوده است. ($P=0,0007$)

۱۸. ۵۰٪ کارورزان، ۳۹,۱٪ دستیاران و ۳۴,۵٪ کارآموزان سواد بیمار را به عنوان عاملی مؤثر و مورد توجه در ویزیت بیماران ذکر نموده و در کل ۴۱,۷٪ فراگیران این عامل را عاملی مهم، ۳۶,۷٪ متوسط و ۲۰,۶٪ کم اهمیت ذکر کرده‌اند که این تفاوت در بین فراگیران آموزشی از نظر آماری معنی دار بوده است. ($P=0,024$)

۱۹. ۸۵,۵٪ کارآموزان، ۷۷,۳٪ کارورزان و ۷۰,۱٪ دستیاران اهمیت ایمن‌سازی و واکسیناسیون را مهم ذکر کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,321$)

۲۰. ۷۵,۹٪ دستیاران، ۶۹,۱٪ کارآموزان و ۶۸,۴٪ کارورزان کنترل مصرف سیگار را عامل مهمی برشمرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,382$)

۲۱. ۷۳,۴٪ فراگیران سوءمصرف مواد در جوانان را عاملی مهم، ۷,۳٪ فاکتوری کم اهمیت و ۱۹,۳٪ آن را به عنوان عاملی متوسط ذکر کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است ($P=0,746$)

۲۲. ۴۳,۴٪ کارورزان استفاده از کمربند ایمنی را فاکتور مهمی ارزیابی کرده‌اند و این در حالی است که ۴۰,۲٪ دستیاران و ۳۰,۹٪ کارآموزان آن را کم اهمیت ذکر کرده‌اند. بین فراگیران اهمیت استفاده از کمربند ایمنی از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد. ($P=0,71$)

۲۳. ۴۰,۸٪ کارورزان و ۳۶,۴٪ کارآموزان آلودگی هوا را به عنوان فاکتوری با اهمیت زیاد و خیلی زیاد ذکر کرده‌اند و این در حالی است که ۵۲,۹٪ دستیاران آن را به عنوان عاملی کم اهمیت در نظر گرفته‌اند که این اختلاف از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. ($P=0,0002$)

۲۴. ۴۶,۱٪ کارورزان و ۳۶,۸٪ کارآموزان اهمیت به بیکاری را فاکتوری مهم در بیماران ارزیابی کرده‌اند و این در حالی است که اکثریت دستیاران با ۴۱,۴٪ آن را عاملی غیر مؤثر و کم اهمیت بیان کرده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,054$)

۲۵. ۷۹,۳٪ دستیاران، ۶۴,۵٪ کارورزان و ۶۱,۸٪ کارآموزان حمایت از بیمه‌های درمانی را برای افراد بیمه نشده با اهمیت ذکر نموده و به طور کلی ۶,۴٪ فراگیران این عامل را با اهمیت کم، ۲۳,۹٪ متوسط و ۶۹,۷٪ زیاد بیان داشته‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است ($P=0,26$)

۲۶. ۹۶,۳٪ فراگیران هرگز و تنها ۳,۷٪ ندرتاً از پست الکترونیکی برای بیماران استفاده کرده‌اند. از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران تفاوت معنی داری مشاهده نشده است. ($P=0,306$)

۲۷. ۴۶,۱٪ کارورزان، ۴۰٪ کارآموزان و ۳۷,۹٪ به طور فراوان از روش‌های آموزش پزشکی بوسیله رایانه استفاده می‌کرده‌اند. به طور کلی ۴۱,۳٪ فراگیران فراوان، ۴۱,۳٪ ندرتاً و ۱۷,۴٪ هرگز از روش‌های آموزشی مرسوم پزشکی بوسیله رایانه استفاده کرده‌اند. از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران تفاوت معنی داری مشاهده نشده است. ($P=0,184$)

۲۸. ۴۴,۸٪ دستیاران و ۴۲,۱٪ کارورزان به طور فراوان و ۴۵,۵٪ کارآموزان ندرتاً از نرم افزارهای رایانه‌ای جهت تصمیم سازی پزشکی استفاده کرده‌اند. از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران تفاوت معنی داری مشاهده نشده است. ($P=0,272$)

۲۹. ۵۶,۳٪ دستیاران، ۵۹,۳٪ کارورزان و ۵۰,۹٪ کارورزان به ندرت از ژورنال‌های آنلاین استفاده می‌کرده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,05$)

۳۰. ۷۰,۱٪ دستیاران و ۸۵,۵٪ کارآموزان و ۶۴,۵٪ کارورزان هیچ ژورنال تازه‌ای را در هفته مطالعه نکرده‌اند و تنها ۱,۳٪ از کارورزان بیش از ۴ ژورنال را در هفته گذشته گزارش کرده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. ($P=0,05$)

۳۱. ۷۷٪ دستیاران، ۷۲٫۳٪ کارورزان و ۶۳٫۷٪ کارآموزان آمادگی خود را جهت ارزیابی دانش بالینی خود را ذکر کرده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=۰٫۳۱۴$)

۳۲. ۶۵٫۵٪ دستیاران و ۶۸٫۴٪ کارورزان در سه سال گذشته از یادداشت‌های سایر پزشکان جهت بهبود عملکرد خود استفاده کرده‌اند و این در حالی است که ۵۲٫۷٪ کارورزان از این دانش بهره‌مند نبوده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است ($P=۰٫۰۳۵$)

۳۳. ۶۶٫۷٪ دستیاران، ۶۷٫۱٪ کارورزان و ۸۱٫۵٪ کارآموزان خطای عمده پزشکی خود را گزارش نکرده‌اند. ۳۳٫۳٪ دستیاران و ۳۲٫۹٪ کارورزان خطای عمده پزشکی خود را گزارش نموده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=۰٫۱۰۹$)

۳۴. ۳۶٫۸٪ دستیاران، ۳۹٫۵٪ کارورزان و ۲۴٫۱٪ کارآموزان در صورت سهام‌دار بودن یک مؤسسه تصویربرداری پزشکی بدون آگاه کردن بیماران نسبت به این موضوع، مایل به ارجاع کردن بیماران به آن مرکز بوده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=۰٫۱۵۲$)

۳۵. در ۹۳٫۱٪ دستیاران، ۸۸٫۲٪ کارورزان و ۹۴٫۴٪ کارآموزان هدایای تبلیغاتی شرکت‌های بازرگانی تغییری در تصمیم‌گیری بالینی آنان ایجاد نکرده است. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=۰٫۵۱۲$)

۳۶. ۷۱٪ فراگیران در سرویس‌های اجتماعی (خیریه، بهزیستی و ...) شرکت نداشته و ۱۹٫۴٪ در سرویس‌های اجتماعی شهری و منطقه‌ای و ۹٫۷٪ در سرویس‌های اجتماعی کشوری مشارکت داشته‌اند. بیشترین مشارکت در سرویس‌های اجتماعی کشوری را کارآموزان با ۱۶٫۷٪ و دستیاران با ۲۷٫۶٪ بیشترین مشارکت در سرویس‌های شهری و منطقه‌ای را داشته‌اند که این اختلاف از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. ($P=۰٫۰۱۲$)

۳۷. اکثریت دستیاران ۵۲٫۹٪ و کارآموزان ۵۱٫۹٪ با وجود اصرار بیمار نیز از انجام تصویربرداری غیر ضروری خودداری کرده‌اند و این در حالی است که اکثر کارورزان با ۴۸٫۷٪ پس از اظهار عدم تمایل تصویربرداری مربوطه را برای بیمار درخواست کرده‌اند که این اختلاف از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=۰٫۷۳۶$)

۳۸. ۷۴٫۱٪ کارآموزان، ۶۸٫۴٪ کارورزان و ۶۷٫۸٪ دستیاران در انتخاب بهترین درمان به بیماران مشاوره داده و ۱۹٫۷٪ کارورزان و ۱۹٫۵٪ دستیاران تصمیم فردی را در انتخاب درمان لحاظ نموده و ۱۸٫۵٪ کارآموزان، ۱۲٫۶٪ دستیاران و ۱۱٫۸٪ کارورزان با توجه به تجهیزات در خصوص بیماران تصمیم‌گیری کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,229$)

۳۹. ۶۳٫۲٪ دستیاران و ۴۰٫۷٪ کارآموزان موفقیت دوره آموزشی را در راستای خیر و صلاح بیمار زیاد و خیلی زیاد گزارش نموده و اکثریت کارورزان این موفقیت را متوسط بیان کرده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. ($P=0,0001$)

۴۰. موفقیت دوره آموزشی در احترام به استقلال و ارزش‌ها و عقاید بیماران از نظر اکثریت کارآموزان با ۵۲٫۷٪، کارورزان با ۴۰٫۸٪ و دستیاران با ۳۹٫۱٪ متوسط ارزیابی شده است. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,118$)

۴۱. موفقیت دوره آموزشی در رعایت حریم خصوصی بیماران در ۵۲٫۶٪ کارورزان، ۵۱٫۷٪ دستیاران و ۴۱٫۸٪ کارآموزان زیاد و خیلی زیاد ارزیابی شده است. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,669$)

۴۲. موفقیت دوره آموزشی در مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای را ۶۴٫۴٪ دستیاران و ۵۱٫۳٪ کارورزان زیاد و خیلی زیاد و اکثریت کارآموزان با ۴۹٫۱٪ این موفقیت را متوسط گزارش کرده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,078$)

۴۳. ۵۰٪ کارورزان، ۴۵٫۵٪ کارآموزان و ۴۱٫۵٪ دستیاران موفقیت دوره آموزشی در ترجیح منافع بیمار بر منافع شخصی متوسط گزارش نموده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,9$)

۴۴. ۴۰٫۲٪ دستیاران موفقیت دوره آموزشی را در آموزش طریق صحیح برخورد با خطاهای پزشکی متوسط ارزیابی نموده و اکثریت کارورزان و کارآموزان به ترتیب با ۴۷٫۴٪ و ۴۶٫۳٪ آیین آموزش را کم و یا هیچ گزارش کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,161$)

۴۵. موفقیت دوره آموزشی در رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی در اکثریت دستیاران با ۴۰,۲٪ متوسط گزارش شده و اکثریت کارورزان با ۳۹,۵٪ این موفقیت را زیاد و خیلی زیاد ذکر کرده‌اند. این در حالی است که اکثریت کارآموزان با ۴۱,۸٪ این موفقیت را کم و یا هیچ گزارش نموده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,162$)

۴۶. اکثریت دستیاران با ۵۴٪ نقش الگویی اساتید در رعایت نوع دوستی در برخورد با بیمار را زیاد و اکثریت کارورزان با ۳۸,۲٪ و کارآموزان با ۴۳,۶٪ این موفقیت را متوسط گزارش نموده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. ($P=0,029$)

۴۷. اکثر دستیاران با ۵۰,۶٪ نقش الگویی اساتید را در آموزش حس مسئولیت‌پذیری و مسئولیت‌شناسی را زیاد گزارش کرده‌اند و این در حالی است که اکثریت کارورزان با ۵۲,۶٪ و کارآموزان با ۴۷,۳٪ نقش الگویی اساتید را متوسط بیان داشته‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,287$)

۴۸. دستیاران نقش الگویی اساتید را در آموزش در آموزش درستکاری و صداقت/ راز داری را زیاد و ۵۵,۳٪ کارورزان و ۴۳,۶٪ کارآموزان متوسط گزارش کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,026$)

۴۹. دستیاران نقش الگویی اساتید در احترام به دیگران را در سه سطح متفاوت کم، متوسط و زیاد با ۳۳,۳٪ گزارش کرده‌اند و این در حالی است که اکثریت کارورزان با ۴۲,۱٪ نقش الگویی اساتید در احترام به دیگران را متوسط و اکثریت کارآموزان با ۴۰,۷٪ این نقش را کم و یا هیچ گزارش کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,016$)

۵۰. کارورزان، ۴۱,۸٪ کارآموزان، ۴۰,۸٪ کارآموزان و ۳۷,۹٪ دستیاران نقش الگویی اساتید در اولویت منافع بیمار بر سایر منافع کم یا هیچ گزارش کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,767$)

۵۱. اکثریت دستیاران با ۳۹,۱٪ نقش الگویی اساتید را در رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود زیاد و خیلی زیاد و اکثریت کارورزان و کارآموزان به ترتیب با ۵۰٪ و ۵۰,۹٪ این نقش الگویی را متوسط بیان کرده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. ($P=0,190$)

۵۲. اکثریت کارآموزان با ۷۱٫۷٪، ۵۹٫۵٪ کارورزان و ۵۸٫۲٪ دستیاران رعایت اصول تعهد حرفه‌ای را در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه را کم و یا هیچ گزارش کرده‌اند که این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. (P=۰٫۳۷۲)

۵۳. ۹۰٫۲٪ دستیاران عدم آموزش حرفه‌ای گری و اخلاق حرفه‌ای ظرف سال‌های گذشته را ذکر کرده‌اند و این در حالی است که ۹۸٪ کارآموزان و ۷۶٫۴٪ کارورزان از وجود آموزش حرفه‌ای گری و اخلاق حرفه‌ای ظرف سال‌های گذشته گزارش داده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. (P=۰٫۰۰۰۱)

۵۴. ۷۱٫۳٪ دستیاران و ۵۴٫۷٪ کارآموزان آموزش مهارت‌های حرفه‌ای را به شکل مدون و رسمی مناسب دانسته‌اند و این در حالی است که ۵۰٫۷٪ کارورزان آموزش اخلاق حرفه‌ای را به صورت انتخابی توصیه نموده‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. (P=۰٫۰۱۲)

۵۵. ۷۳٫۳٪ دستیاران، ۶۹٫۸٪ کارآموزان و ۶۴٪ کارورزان آموزش ترکیبی تئوری و عملی توأم اخلاق حرفه‌ای را روش بهینه دانسته‌اند. این تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار بوده است. (P=۰٫۰۴۶)

۵۶. ۷۷٫۲٪ کارآموزان، ۶۵٫۸٪ کارورزان و ۶۱٫۶٪ دستیاران زمان آموزش حرفه‌ای گری را در طول دوره تحصیل مناسب دانسته‌اند. تفاوت از نظر آماری در گروه‌های مختلف فراگیران معنی دار نبوده است. (P=۰٫۱۳۷)

مطلوب	متوسط	نامطلوب	فراگیران	بعداول: وضعیت نگرش و رفتار فراگیران
	*		کارآموز	تمایل به گذراندن دوره‌ها و آزمونهای Recertification
	*		کارورز	
	*		دستیار	
		*	کارآموز	گزارش خطاهای عمده پزشکی خود
	*		کارورز	
	*		دستیار	
		*	کارآموز	گزارش همکاران بی صلاحیت و بی کفایت به سایر همکاران و به مراجع مربوطه
		*	کارورز	
		*	دستیار	
*			کارآموز	در نظر نگرفتن اختلافات جنسی و نژادی در مراقبتهای پزشکی بیماران
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	انجام مراقبتهای لازم طبی صرف نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه از طرف بیمار
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	دانستن روش‌های یادگیری مادام‌العمر (Life Long Learning) و داشتن اطلاعات به روز
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	کسب معتبرترین اطلاعات و به کار بستن آنها در کارهای روزانه خود و دانستن اصول پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Medicine)
*			کارورز	
*			دستیار	

*			کارآموز	داشتن احساس مسئولیت اجتماعی
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	پایبندی به اصل عدالت اجتماعی
*			کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	آگاهی از تاریخچه حرفه و تخصص خود
	*		کارورز	
	*		دستیار	
*			کارآموز	داشتن مهارت‌های تکنیکی به روز
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	قابلیت خود تنظیمی و خود ساختگی
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	رضایت از نظارت انضباطی بر اعمال خود
	*		کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	توانائی مدیریت تضاد بین منافع
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	تعامل با اعضای تیم سلامت تعامل و دانستن اصول کار گروهی
*			کارورز	

*			دستیار	در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان و اجتناب از ذکر عناوین پزشکی به جای نام بیمار
*			کارآموز	
*			کارورز	
*			دستیار	

مطلوب	متوسط	نامطلوب	فراگیران	بعد دوم: موارد مهم مورد توجه فراگیران
*			کارآموز	تغذیه و چاقی
*			کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	سوادآموزی
*			کارورز	
	*		دستیار	
*			کارآموز	ایمن سازی و واکسیناسیون
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	کنترل مصرف سیگار
*			کارورز	
*			دستیار	
*			کارآموز	سوء مصرف مواد به ویژه در جوانان
*			کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	استفاده از کمربند ایمنی
	*		کارورز	
	*		دستیار	

	*		کارآموز	آلودگی هوا
	*		کارورز	
		*	دستیار	
	*		کارآموز	بی کاری
	*		کارورز	
	*		دستیار	
*			کارآموز	اهمیت حمایت از بیمه‌های پزشکی برای افراد بیمه نشده
*			کارورز	
*			دستیار	

مطلوب	متوسط	نامطلوب	فراگیران	بعد سوم: موفقیت برنامه‌های آموزشی در
	*		کارآموز	تشخیص الویت خیر و صلاح بیمار
	*		کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزشها، عقاید، آداب، رسوم و عادات وی
	*		کارورز	
	*		دستیار	
	*		کارآموز	رازدار بودن برای بیماران (رعایت حریم خصوصی بیماران)
*			کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای
*			کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	ترجیح منافع بیمار بر منافع خود و روش‌های بهینه مقابله با مسأله "تضاد منافع"
	*		کارورز	
	*		دستیار	
	*		کارآموز	طریقه صحیح برخورد با خطاهای پزشکی
	*		کارورز	
	*		دستیار	
	*		کارآموز	رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش‌نویسی
	*		کارورز	
	*		دستیار	

مطلوب	متوسط	نامطلوب	فراگیران	بعد چهارم: نقش Role Modeling اساتید در
	*		کارآموز	رعایت اصول نوع دوستی در برخورد با بیمار
	*		کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	حس مسئولیت پذیری و وظیفه شناسی
	*		کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	درستکاری و صداقت/ راز داری
	*		کارورز	
*			دستیار	
	*		کارآموز	احترام به دیگران (بیماران/ همراهان بیمار/ اساتید/ سایر دستیاران و همکاران)
	*		کارورز	
	*		دستیار	
	*		کارآموز	الویت منفعت بیمار بر سایر منافع و روش های مقابله با مسأله "تضاد منافع"
	*		کارورز	
	*		دستیار	
	*		کارآموز	رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود
	*		کارورز	
	*		دستیار	
		*	کارآموز	لحاظ شدن رعایت معیارهای اخلاق حرفه ای در ارزشیابی دوره ای و سالیانه
		*	کارورز	
		*	دستیار	
*	-----		کارآموز	آموزش اخلاق حرفه ای به صورت رسمی از سوی دپارتمان آموزشی
*	-----		کارورز	
	-----	*	دستیار	

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری:

سنجش حرفه گرایی یا تعهد حرفه‌ای یکی از مهمترین مسایلی است که توجه صاحب نظران توسعه اخلاق حرفه‌ای را به خود معطوف کرده و به شیوه‌های مختلف کمی و کیفی بررسی می‌شود (۴۴).

خودسنجی پزشکان به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده یا شاخص اندازه‌گیری رفتارهای حرفه‌ای معتبر بوده و مطالعه حاضر به منظور پاسخگویی به اهداف پژوهشی زیر انجام شده است. در پاسخ به هدف اول پژوهش تعیین میزان آشنایی با پروشنالیسم در دانشجویان سال ۵ پزشکی دانشکده پزشکی شهید بابایی نتایج مطالعه نشان داده که در بعد اول نگرش و رفتار فراگیران در خصوص حرفه‌ای‌گری در بخش گزارش خطای پزشکی، گزارش همکاران بی‌صلاحیت و بی‌کیفیت نگرش، عملکرد نامطلوب بوده و تمایل به گذراندن دوره به منظور recertification و آگاهی از تاریخچه حرفه‌ای متوسط و در سایر بخش‌ها نگرش مطلوب است. نگرش کارآموزان در مورد توجه فراگیران به سوادآموزی، استفاده از کمر بند ایمنی، آلودگی هوا، سیگار متوسط بوده و در سایر موارد نگرش کارآموزان مطلوب بوده است. در بعد سوم نگرش کارآموزان در موفقیت برنامه‌های آموزشی در تخصیص اولویت خیر و صلاح بیمار، توجه به استقلال و احترام به ارزش‌ها و عقاید، رازداری، مسئولیت‌پذیری، ترجیح منافع بیمار به منافع خود، طریقه صحیح برخورد با خطای پزشکی و رعایت استانداردهای تکمیل پرونده و گزارش‌نویسی متوسط بوده و در بعد چهارم رعایت اصول نوع‌دوستی در برخورد با بیمار، حس مسئولیت‌پذیری در حد متوسط بوده و لحاظ نمودن معیارهای اخلاق حرفه‌ای در ارزشیابی دوره‌ای ضعیف و نقش‌الگویی اساتید در آموزش اخلاق حرفه‌ای و آموزش حرفه‌ای‌گری بصورت رسمی و درون‌سازمانی از سوی کارآموزان مطلوب گزارش شده است.

قابل اطمینان بودن و احساس مسئولیت در قبال دانشجویان از جمله صفاتی است که اساتید می‌بایست دارا باشند. در مطالعهٔ بررسی ویژگیهای اساتید الگو، دانشجویان از عدم ارتباط صحیح با بیمار و عدم رعایت حرمت بیماران شکایت داشته‌اند و اکثراً ویژگیهای الگوهای منفی را عدم رعایت احترام دیگران بخصوص بیماران دانسته‌اند و این مسئله از نگاه نقاد و تیزبین دانشجویان دور نمانده است (۴۵). در مطالعه حقدوست و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی کرمان نیز تفاوت‌های معنی دار در نگاه و ادراک دانشجویان و اساتید به نقش الگویی اساتید در آموزش وجود داشته است (۴۶).

گزارش مطالعه کیفی در کانادا آمده که نزدیک به نیمی (۴۷٪) از دانشجویان ملزم به کار غیر اخلاقی شده بودند و اظهار می‌داشتند که این موضوع برای آنان بسیار زیاد یا گاهی اتفاق افتاده است. وقتی که از آنها سؤال شد که هر چند وقت یکبار آنها شاهد رفتارهای غیر اخلاقی اساتید بوده‌اند، ۶۱٪ از آنها اظهار کردند که این موضوع برای آنها فراوان اتفاق افتاده است. در نهایت دانشجویان عنوان کردند که مسائل اخلاقی که آنها مشاهده می‌کنند به ندرت توسط اساتید پزشکی بحث و حل و فصل شده است در دانشگاه واشنگتن، ۱۲۰ نفر از دانشجویان سال دوم پزشکی عناصر اخلاق حرفه‌ای را مشخص نمودند. یافته‌ها مؤید این بود که نظرات دانشجویان منطبق با کدهای اخلاق حرفه‌ای برد داخلی آمریکا بود و حیطة تعارض در اخلاق حرفه‌ای و سوء استفاده از قدرت را به عنوان عوامل ضد اخلاق حرفه‌ای گزارش کرده بودند (۱۹). که با نتایج مطالعه اخیر هم خوانی دارد. آموزش بیشتر حرفه‌ای گری به دانشجویان و تغییر نگرش و رفتار آنان از ضروریاتی است که باید به آن پرداخته شده و مورد تاکید دست اندرکاران نظام آموزش سلامت کشور قرار گیرد.

در پاسخ به هدف دوم پژوهش تعیین میزان آشنایی با پروفشنالیسم در کارورزان دانشکده پزشکی شهید بابایی قزوین نتایج نشان داده که در بعد اول نگرش و رفتار فراگیران در خصوص حرفه‌ای گری در بخش گزارش خطای پزشکی و درخواست و تمایل به گذراندن دوره به منظور recertification و آگاهی از

تاریخچه حرفه‌ای متوسط و رضایت از نظارت انضباطی بر اعمال خود در کارورزان ضعیف بوده و در سایر بخش‌ها نگرش مطلوب وجود داشته است. نگرش کارورزان در مورد توجه فراگیران به استفاده از کمر بند ایمنی، آلودگی هوا، سیگار متوسط بوده و در سایر موارد نگرش کارآموزان مطلوب بوده است. در بعد سوم نگرش کارورزان در موفقیت برنامه‌های آموزشی در تخصیص اولویت خیر و صلاح بیمار، توجه به استقلال و احترام به ارزش‌ها و عقاید، طریقه صحیح برخورد با خطای پزشکی و رعایت استانداردهای تکمیل پرونده و گزارش‌نویسی نگرش و رفتار کارورزان متوسط بوده و در سایر موارد نگرش و رفتار مطلوب گزارش شده است. در بعد چهارم رعایت اصول نوع‌دوستی در برخورد با بیمار، درستکاری و صداقت و راز داری، احترام به دیگران (بیماران/ همراهان بیماران/ اساتید/ سایر دستیاران و همکاران)، الویت منفعت بیمار بر سایر منافع و روش‌های مقابله با مسأله "تضاد منافع"، رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود کارورزان نقش‌الگویی اساتید را متوسط گزارش کرده و در خصوص لحاظ شدن رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای ذکر شده در ارزشیابی دوره ای ضعیف و آموزش اخلاق حرفه‌ای را به صورت رسمی از سوی دپارتمان آموزشی مطلوب ارزیابی کرده‌اند.

نتایج مطالعه دوئن نشان داده است که که تجارب منفی از رفتارهای حرفه‌ای، استرس‌های غیر ضروری در محیط‌های بیمارستانی و تحقیر و تهدید دانشجویان از موارد شایعی است که می‌تواند برای دانشجویان و بیماران عوارض و اثرات سوئی به دنبال داشته باشند و دانشجویانی که با چنین مواردی روبرو هستند احتمال مجاز دانستن این رفتارها و ارتکاب به آنها در آینده توسط آنان بیشتر خواهد بود (۲۰). مطالعه کیفی سهرابی نشان داده که کارآموزان و کارورزان در مراکز آموزشی و درمانی تحت نظارت مستقیم اساتید قرار نداشته و حتی در برخی موارد به حال خود در بیمارستانها رها شده‌اند و به عنوان نیروی کاری ارزان قیمت از آنها استفاده می‌شود و آموزش و ارزشیابی آنان توسط دستیاران که تجربه و دانش لازم را در خصوص تدریس و نظارت و کنترل را ندارند، انجام می‌شود. در برخی مراکز دانشجویان پزشکی مقطع عمومی از اساتید به

عنوان الگو و مدل مستقیماً بهره مند نبوده و نمی‌توانند فعالانه در تیم درمان فعالیت کنند و این امر می‌تواند آثار سوئی در پرورش استدلال بالینی و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران خواهد گذاشت (۲۱). لذا توجه بیشتر به نقش حساس اساتید به عنوان الگو و مدل می‌تواند در ارتقا رفتار حرفه‌ای فراگیران در سطوح مختلف مؤثر باشد و توجه ویژه صاحب نظران آموزش پزشکی کشور را طلب می‌نماید.

در پاسخ به هدف سوم پژوهش تعیین میزان آشنایی با پروفشنالیسم در دستیاران دانشکده پزشکی شهید بابایی قزوین نتایج نشان داده که در بعد اول نگرش و رفتار فراگیران در خصوص حرفه‌ای گری در بخش گزارش خطای پزشکی و درخواست و تمایل به گذراندن دوره به منظور recertification و آگاهی از تاریخچه حرفه‌ای متوسط و و در بقیه ابعاد خودگزارش دهی نگرش و رفتار دستیاران مطلوب بوده است.

در بعد دوم رفتار حرفه‌ای در خصوص در خصوص اهمیت دادن به آلودگی هوا نمره کسب شده دستیاران از میانگین کمتر بوده و در مواردی از قبیل استفاده از کمر بند ایمنی، مصرف سیگار و سواد آموزی نمره خودگزارش دهی دستیاران متوسط بوده و در سایر موارد نگرش آنان مطلوب گزارش شده است. در بعد سوم نگرش دستیاران در مورد توجه به استقلال و احترام به ارزش‌ها و عقاید و ترجیح منافع بیمار بر منافع خود و روش‌های بهینه مقابله با تضاد منافع، طریقه صحیح برخورد با خطای پزشکی و رعایت استانداردهای تکمیل پرونده و گزارش نویسی نگرش و رفتار دستیاران متوسط بوده و در سایر موارد نگرش و رفتار مطلوب در خود گزارش دهی مطرح شده است. در بعد چهارم رعایت الویت منفعت بیمار بر سایر منافع و روش‌های مقابله با مسأله "تضاد منافع"، رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود دستیاران نقش الگویی اساتید را متوسط گزارش کرده و در خصوص لحاظ شدن رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای ذکر شده در ارتقاسالانه و آموزش اخلاق حرفه‌ای را به صورت رسمی از سوی دپارتمان آموزشی ضعیف ارزیابی نموده‌اند.

بورد طب داخلی آمریکا، ده سری از صلاحیت‌هایی که پزشکان بایستی واجد آن باشند را: شایستگی حرفه‌ای و توانایی حفظ آن، صداقت با بیمار، رازداری بیمار، پرهیز از برقراری روابط نامناسب با بیمار، گسترش دانش علمی خود، عملکردن به وظایف حرفه‌ای خود به طور کامل، بهبود کیفیت مراقبت از بیماران، بهبود دسترسی به مراقبت‌های پزشکی، ارتقا توزیع عادلانه منابع، مدیریت صحیح تعارض منافع به منظور جلب اعتماد بیماران ذکر نموده (۸) که متأسفانه نتایج نشان می‌دهد که در برخی از این موارد فراگیران رشته پزشکی در سطوح متفاوت ضعف و کمبودهایی مشاهده می‌شود که نیاز به توجه بیشتر برنامه ریزان درسی و مسئولان و صاحب نظران تعلیم و تربیت را می‌طلبد.

تفاوت معنی دار بین کارورزان با سایر فراگیران در مواردی مانند در نظر گرفتن اختلافات جنسیتی و نژادی، انجام مراقبت‌های لازم طبی صرف نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه توسط بیمار وجود داشته است. تغییر مقطع از کارآموزی به دستیاری و مواجه شدن یا بیماران یا قبول مسئولیت، سواستفاده از کارورزان توسط سایرین و ناکارآمدی سیستم آموزشی در آماده سازی ورود کارآموزان به دوره کارورزی و عدم حمایت کافی از علل این تفاوت به نظر می‌رسند که مطالعات بیشتر در این زمینه جهت ارتقا سطح حرفه‌ای گری در کارورزان به عنوان اولین مواجهه درمانی در مراکز آموزشی درمانی مورد نیاز می‌باشد.

پیشنهادات بر اساس یافته‌های پژوهش:

- با توجه به عمومیت داشتن و یکسان بودن خودگزارش دهی کلیه سطوح فراگیران کارآموز، کارورز و دستیاران در خصوص ضعف بودن رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای در ارتقاسالانه پیشنهاد می‌شود این معیار به عنوان یکی از معیارهای مورد توجه در ارتقا سالانه دستیاران و دیگر سطوح آموزشی پزشکی در شورای آموزشی دانشگاه مطرح گردیده و در صورت تصویب به

معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد گردد تا به عنوان ملاک و معیار ارتقا سالانه در سراسر کشور مورد استفاده قرار گیرد.

- با توجه به ضعف بودن نتایج خودگزارش دهی کلیه سطوح آموزشی در خصوص نحوه برخورد با موقعیت‌های با تضاد منافع در دو سال گذشته برگزاری سیمینار های آموزشی در سطح دانشکده و دانشگاه از سوی مرکز توسعه و آموزش پزشکی توصیه می‌گردد.

- با توجه به ضعف بودن نتایج خودگزارش دهی کلیه سطوح آموزشی در خصوص نقش الگویی اساتید در آموزش اخلاق حرفه‌ای و حرفه‌ای گری ضروری است این امر مورد توجه مرکز توسعه و آموزش پزشکی دانشکده و دانشگاه قرار گرفته و به عنوان یکی از معیارهای ارتقا پایه و مرتبه اساتید در ارزشیابی سالانه لحاظ گردد.

- با توجه به ضعف بودن نتایج خودگزارش دهی کلیه سطوح آموزشی در خصوص برگزاری آموزش اخلاق حرفه‌ای به صورت رسمی از سوی دپارتمان آموزشی ضروری است این امر مورد توجه مرکز توسعه و آموزش پزشکی دانشکده و دانشگاه قرار گرفته و به عنوان یکی از معیارهای ارزشیابی و رتبه بندی دانشکده‌ها لحاظ گردد.

- پیشنهاد می‌گردد تغییرات لازم در رتبه بندی دانشکده‌ها و قوانین ارتقا پایه و مرتبه هیات علمی ابتدا بصورت پایلوت در دانشکده پزشکی شهید بابایی قزوین اجرا گردیده و در صورت مؤثر بوده و بهبود کیفیت ارائه خدمات و ارتقا نمره خودگزارش دهی توسط فراگیران به صورت وسیع و گسترده در سطح کشور به اجرا درآید.

پیشنهاد برای مطالعات بعدی:

- با توجه به اهمیت و ضرورت حرفه‌ای گری در پزشکی پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای مشابه در خصوص خودگزارش دهی اساتید و اعضای هیات علمی در خصوص رعایت اصول حرفه‌ای گری از دیدگاه آنان در سطح دانشگاه انجام شود.
- با توجه به اختلاف معنی دار در کارورزان یا سایر فراگیران در برخی از ابعاد حرفه‌ای گری گری پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در خصوص بررسی و علل و عوامل مؤثر در این خصوص انجام شود.
- با توجه به اهمیت و ضرورت حرفه‌ای گری در پزشکی پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در خصوص ارائه مداخلات لازم برای ارتقا حرفه‌ای گری در سطح فراگیران انجام شده و میزان **effect**, **impact** نهایی آن مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد.
- با توجه به پایین بودن خودگزارش دهی فراگیران در برخی از ابعاد حرفه‌ای گری پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در خصوص بررسی و علل و عوامل مؤثر در این خصوص انجام شود.

منابع:

۱. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Teaching medical professionalism. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; ۲۰۰۹. xvi, ۳۱۰ p. p.
۲. Morrison J, Dowie A, Cotton P, Goldie J. A medical education view on sociological perspectives on professionalism. Medical education. ۲۰۰۹ Sep;۴۳(۹):۸۲۴-۵. PubMed PMID: ۱۹۷۰۹۰۰۶.
۳. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. Jama. ۲۰۰۲;۲۸۷(۲):۲۲۶-۳۵.
۴. Cohen JJ. Professionalism in medical education, an American perspective: from evidence to accountability. Medical education. ۲۰۰۶ Jul;۴۰(۷):۶۰۷-۱۷. PubMed PMID: ۱۶۸۳۶۵۳۲.
۵. Nicholls G. Professional development in higher education: New dimensions and directions: Routledge; ۲۰۱۴.
۶. Husen T, Postlethwaite TN. The international encyclopedia of education: Pergamon; ۱۹۹۴.
۷. Glicken AD, Merenstein GB. Addressing the hidden curriculum: understanding educator professionalism. Medical teacher. ۲۰۰۷;۲۹(۱):۵۴-۷.
۸. Medicine AFABoI. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Annals of Internal Medicine. ۲۰۰۲;۱۳۶(۳):۲۴۳.
۹. Bryan R, Krych A, Carmichael S, Viggiano T, Pawlina W. Assessing professionalism in early medical education: experience with peer evaluation and self-evaluation in the gross anatomy course. Annals-Academy of Medicine Singapore. ۲۰۰۵;۳۴(۸):۴۸۶.
۱۰. Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K, Wenrich MD, Oelschlager A-MA, Baernstein A, et al. Professionalism in medical education: an institutional challenge. Academic Medicine. ۲۰۰۶;۸۱(۱۰):۸۷۱-۶.
۱۱. مؤسسه اخلاق پزشکی ایرانیان آفرینی پرورشش ها از شبه دولتی‌های. اتیکز نامه مؤسسه اخلاق
۱۲. Yamani N, Changiz T, Adibi P. Professionalism and hidden curriculum in medical education. Isfahan: Isfahan University of Medical Science, Medical Education Research Center [cited ۲۰۱۳ Dec ۱۹]
۱۳. لوی، فردریک (۱۳۷۳) رابطه پزشک با بیماران و خانواده هایشان. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: اولین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی. جلد هفتم: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.

۱۴. Jackson JAE, legal Issues, and professionalism in surgical technology. (1st ed.) New York: Thomson, Delmar Learning..
۱۵. Benatar D. Bioethics and health and human rights: a critical view. *Journal of medical ethics*. ۲۰۰۶;۳۲(۱):۱۷-۲۰.
۱۶. DePender W. *Clinical ethics: an invitation to healing professionals*. ۱۹۹۰.
۱۷. Garret TM, Baillie, H. W., & Garret, R. M. (۱۹۹۳). *Health care ethics: principles and problems*. (۲nd ed.) New Jersey: Prentice Hall..
۱۸. Dana J, Loewenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *Jama*. ۲۰۰۳;۲۹۰(۲):۲۵۲-۵.
۱۹. Hicks LK, Lin Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *Bmj*. ۲۰۰۱;۳۲۲(۷۲۸۸):۷۰۹-۱۰.
۲۰. D'eon M, Lear N, Turner M, Jones C. Perils of the hidden curriculum revisited. *Medical teacher*. ۲۰۰۷;۲۹(۴):۲۹۵-۲۹۶.
۲۱. خیرخواه، معصومه، سهرابی، زهره، ونکی زهره، فرایند رهبری آموزشی در نظام آموزش پزشکی کشور، پایان نامه دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۹۴
۲۲. Tsouroufli M, Payne H. Consultant medical trainers, modernising medical careers (MMC) and the European time directive (EWTD): tensions and challenges in a changing medical education context. *BMC medical education*. ۲۰۰۸;۸(۱):۳۱.
۲۳. Maida AM, Vásquez A, Herskovic V, Calderón JL, Jacard M, Pereira A, et al. A report on student abuse during medical training. *Medical teacher*. ۲۰۰۳;۲۵(۵):۴۹۷-۵۰۱.
۲۴. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O, et al. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *Journal of general internal medicine*. ۲۰۰۶;۲۱(۳):۲۱۲-۸.
۲۵. Pvrqaneh cnsocaeqs, (۲۰۱۴), *Holistic Nursing and Midwifery*, ۲۳, No. ۷۰, pp. ۱۶-۲۶
۲۶. Zhang Y. Consumer health information searching process in real life settings. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*. ۲۰۱۲;۴۹(۱):۱-۱۰.
۲۷. شکیبایی، د.، کرمی، ب.، آملایی، خ. بررسی میزان دستیابی به اهداف نظام ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات بهداشتی درمانی از دیدگاه اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۳۹۰، ۹۱-۸۱،
۲۸. Griner PF. Leadership strategies of medical school deans to promote quality and safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. ۲۰۰۷;۲(۲):۳۳-۶۳.

۲۹. هاشمیان، میرحسین (۱۳۷۳) خطراتی که پزشک را تهدید کند. مشروح مقالات ارائه شده به اولین کنگره بین المللی پزشکی اخلاق. هفتم جلد: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: پزشکی مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق.
۳۰. فاضل نیا، سهیلا (۱۳۷۳) آسیب شناسی طب و طبیب. مشروح مقالات ارائه شده به اولین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی. جلد هفتم: صفات یک پزشک، رابطه پزشک و بیمار. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی
۳۱. اخلاق در آموزش. مندرج در سوگندنامه‌های پزشکی: اخلاق در آموزش و پژوهش. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی: شجاعی، احمد

۳۲. Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V. Defining medical professionalism: a qualitative study. *Medical education*. ۲۰۰۷;۴۱(۳):۲۸۸-۹۴.
۳۳. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism must be taught. *BMJ: British Medical Journal*. ۱۹۹۷;۳۱۵(۷۱۲۳):۱۶۷۴.
۳۴. Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*. ۲۰۰۶;۶۱(۶):۷۵-۶۱۲;
۳۵. Martimianakis MA, Maniate, J. M., & Hodges, B. D. (۲۰۰۹). Sociological interpretations, of professionalism. *Medical Education*, ۹۳۷.
۳۶. Villegas-Reimers E. Teacher professional development: an international review of the literature: International Institute for Educational Planning Paris; ۲۰۰۳.
۳۷. Camp K, Vernooij-Dassen M, Grol R, Bottema B. Professionalism in general practice: Development of an instrument to assess professional behaviour in general practitioner trainees. *Medical education*. ۲۰۰۶;۴۰(۱):۴۳-۵۰.
۳۸. Lynch DC, Surdyk PM, Eiser AR. Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical teacher*. ۲۰۰۴;۲۶(۴):۳۶۶-۷۳.
۳۹. Hawkins RE, Katsufraakis PJ, Holtman MC, Clauser BE. Assessment of medical professionalism: Who, what ,when, where, how, and... why? *Medical teacher*. ۲۰۰۹;۳۱(۴):۳۴۸-۶۱.
۴۰. Arnold L Apy, today, and tomorrow., *Academic Medicine*, ۵۰۲-۵۱۵.
۴۱. Campbell EG, Regan S, Gruen RL, Ferris TG, Rao SR, Cleary PD, et al. Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. *Annals of Internal Medicine*. ۲۰۰۷;۱۴۷(۱۱):۷۹۵-۸۰۲.

۴۲. Hendelman W, Byszewski A, editors. A national survey: medical professionalism in Canadian undergraduate programs. Canadian Conference for Medical Education, Victoria, BC; ۲۰۰۷.

۴۳. Nemati Shademan, Saberi Alia, Heidarzadeh Abtin, Fakhrieh Asl Saba, Fahimi Ali
Survey of the Attitudes of Residents of Guilan University of Medical Sciences toward Medical Professionalism, and Their Professional Behaviors, FUTURE of MEDICAL EDUCATION JOURNAL, ۳;۲ mums.ac.ir/j-fmej JUNE ۲۱, ۲۰۱۳

۴۴. Stark R KD, Karani R. Impact of a ۳۶۰-degree professionalism assessment on faculty comfort and skills in feedback delivery. J Gen Intern Med. ۲۰۰۸;۲۳:۹۶۹-۹۷۲.

۴۵. Bazrafkan L TS, Amirjalali I. Medical student and academic staff perceptions of role models: an analytical cross-sectional study. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences. ۲۰۰۸;۱۳۴-۱۳۹. ۴۶. Haghdoost AA, Shakibi MR. Medical student and academic staff perceptions of role models: an analytical cross-sectional study. BMC Med Educ. ۲۰۰۶;۶:۱-۹.

بسمه تعالی

پرسشنامه باورها و رفتارهای حرفه ای گری در پزشکان و دستیاران دانشگاه علوم

پزشکی قزوین

سن: جنس: مقطع تحصیلی: استاژر سال ۲ ○ اترن سال ۱○۲○

رزیدنت رشته: سال (۱) (۲) (۳) (۴)

بخش اول: نگرش / رفتار

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	خیلی کم	هیچ	به نظر شما اهمیت موارد زیر در کار یک پزشک به چه میزان است:
					تمایل به گذراندن دوره ها و آزمونهای بازآموزی (Recertification)
					گزارش خطاهای عمده پزشکی خود
					گزارش همکاران بی صلاحیت و بی کفایت به سایر همکاران و به مراجع مربوطه
					در نظر نگرفتن اختلافات جنسی و نژادی در مراقبتهای پزشکی بیماران
					انجام مراقبتهای لازم طبی صرف نظر از وجود یا عدم وجود امکان پرداخت هزینه از طرف بیمار
					دانستن روشهای یادگیری مادام العمر (Life Long Learning) و داشتن اطلاعات به روز
					کسب معتبرترین اطلاعات و به کار بستن آنها در کارهای روزانه خود و دانستن اصول پزشکی مبتنی بر شواهد (Evidence Based Medicine)
					داشتن احساس مسئولیت اجتماعی
					پایبندی به اصل عدالت اجتماعی
					آگاهی از تاریخچه حرفه و تخصص خود
					داشتن مهارتهای تکنیکی به روز
					قابلیت خود تنظیمی و خود ساختگی
					رضایت از نظارت انضباطی بر اعمال خود
					توانایی مدیریت تضاد بین منافع
					تعامل با اعضای تیم سلامت تعامل و دانستن اصول کار گروهی
					در نظر گرفتن بیمار به عنوان یک انسان و اجتناب از ذکر عناوین پزشکی به جای نام بیمار

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	خیلی کم	هیچ	به نظر شما اهمیت موارد زیر در بررسی بیماران به چه میزان است:
					تغذیه و چاقی
					سوادآموزی
					ایمن سازی و واکسیناسیون
					کنترل مصرف سیگار
					سوء مصرف مواد بویژه در جوانان
					استفاده از کمربند ایمنی
					آلودگی هوا
					بی کاری
					اهمیت حمایت از بیمه‌های پزشکی برای افراد بیمه نشده

آیا از کامپیوتر در موارد زیر استفاده می‌کنید؟			
ارسال Email به بیماران	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>	به ندرت (<input type="checkbox"/>	هرگز <input type="checkbox"/>
از روشهای آموزشی مرسوم پزشکی بصورت online استفاده می‌کنید؟	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>	به ندرت (<input type="checkbox"/>	هرگز <input type="checkbox"/>
از نرم افزارهای کامپیوتری برای تصمیم سازی های پزشکی استفاده می‌کنید؟	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>	به ندرت (<input type="checkbox"/>	هرگز <input type="checkbox"/>
از ژورنالهای online استفاده می‌کنید؟	اغلب اوقات <input type="checkbox"/>	به ندرت (<input type="checkbox"/>	هرگز <input type="checkbox"/>
هفته‌ای چند مقاله جدید پزشکی می‌خوانید؟	هیچ <input type="checkbox"/>	۱-۴ <input type="checkbox"/>	<۴ <input type="checkbox"/>
آیا آمادگی دارید که دانش بالینی جدید	کاملاً <input type="checkbox"/>	تا حدی <input type="checkbox"/>	آمادگی ندارم <input type="checkbox"/>

			در شما مورد ارزیابی قرار گیرد؟	
	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	ظرف سه سال گذشته از یادداشت‌های دیگر پزشکان برای بهبود کیفیت عملکرد خود استفاده کرده‌اید؟	
	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	آیا سابقه داشته‌اید که خطای طبی بزرگی مرتکب شده ولی اقدام خاصی (مثل گزارش کردن آن) نکرده باشید؟	
	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	اگر شما سهام دار یک موسسه تصویربرداری پزشکی باشید، آیا بدون آگاه کردن بیماران‌تان نسبت به این موضوع، آن‌ها را به آن موسسه ارجاع می‌دهید؟	
	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> یکی دو بار	<input type="checkbox"/> چندین بار	آیا در طول طبابت به خاطر دریافت جایزه، اشانسیون یا دعوت نامه از بخش‌های صنعتی بازرگانی تصمیم بالینی خود را تغییر داده‌اید؟
			آیا ظرف چند سال گذشته در سرویس‌های اجتماعی (خیریه، بهزیستی و....) مشارکت داشته‌اید؟	
	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	شهری / منطقه‌ای	
	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله	کشوری	
<input type="checkbox"/> این کار را نخواهم کرد	بله، ولی بی میلی و عدم تمایل خود را اظهار می‌کنم <input type="checkbox"/>	بله، بدون هیچ توضیحی <input type="checkbox"/>	آیا به اصرار بیماری که کمردرد دارد ولی در معاینات و مشاهدات شما سالم است، برایش MRI غیر ضروری تقاضا می‌کنید؟	

<input type="checkbox"/> دادن اطلاعات در مورد سایر درمان‌ها که می‌دانیم خطر عود بالاتری دارد، ممکن است موجب اشتباه در فرد و انتخاب درمان‌های غیر مناسب شود و لذا این کار را به صلاح نمی‌دانم.	(در مورد سایر درمان‌ها با بیمار صحبت کرده، و انتخاب درمانی حتماً با مشارکت او باید باشد)	(با توجه به امکانات بخش و توانایی‌های خود لارنژکتومی توتال را بهتر می‌دانید، چرا که شانس عود بیماری کمتر و بقای فرد بالاتر از سایر درمان‌هاست)	شما جراح خبره‌ای هستید. بیمار شما که مبتلا به کانسر حنجره است می‌تواند لارنژکتومی پارشیل، لارنژکتومی لیزیک، لارنژکتومی توتال، یا کمورادیاسیون شود، که هر کدام مزایا و معایب خاص خود را دارد:
---	--	--	--

قسمت دوم: آموزش پروفشنالیزم

۱. به نظر شما برنامه آموزشی دوره فعلیتان تا چه حد در راستای آموزش نکات ذیل در زمینه اخلاق پزشکی و حرفه‌ای به شما موفق بوده است؟

هیچ	خیلی کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
					تشخیص الویت خیر و صلاح بیمار
					توجه به استقلال بیمار و احترام به ارزشها، عقاید، آداب، رسوم و عادات وی
					رازدار بودن برای بیماران (رعایت حریم خصوصی بیماران)
					مسئولیت پذیری حرفه‌ای
					ترجیح منافع بیمار بر منافع خود و روشهای بهینه مقابله با مسأله "تضاد منافع"
					طریقه صحیح برخورد با خطاهای پزشکی
					رعایت استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی

۲. به نظر شما نقش الگویی (Role Modeling) اساتید حاضر در بخش در آموزش حیطه‌های ذیل برای شما تا چه حد است؟

هیچ	خیلی کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	
					رعایت اصول نوع دوستی در برخورد با بیمار
					حس مسئولیت پذیری و وظیفه شناسی
					درستکاری و صداقت/ راز داری

					احترام به دیگران (بیماران/ همراهان بیماران/ اساتید/ سایر دستیاران و همکاران)
					الویت منفعت بیمار بر سایر منافع و روش‌های مقابله با مسأله "تضاد منافع"
					رعایت اصول تعالی شغلی و ارتقاء مستمر خود

۳. در ارزشیابی دوره‌ای و سالیانه که در مورد شما انجام می‌شود، رعایت اصول تعهد حرفه‌ای (موارد مندرج در سؤال قبل) تا چه میزان در نمره شما لحاظ می‌شود:

هیچ (خیلی کم (متوسط □	زیاد (خیلی زیاد □	نمی‌دانم □
-------	-----------	---------	--------	-------------	------------

۴. ظرف سال‌های گذشته آیا حرفه‌ای‌گری و اخلاق پزشکی به صورت رسمی از طریق دپارتمان و دانشکده و براساس برنامه درسی به شما آموزش داده شده است؟

بلی □ خیر □

نظر شما در باره ضرورت آموزش اصول پروفشنالیزم و روش بهینه آن برای دستیاران و دانشجویان پزشکی چیست؟

۵. بهتر است بصورت رسمی و در قالب یک Course Plan مستقل و مدون انجام شود. ○
 بهتر است بصورت واحد انتخابی (غیر اجباری) باشد. ○

۶. تدریس نظری کفایت. □ تدریس عملی کفایت. □ تدریس نظری-عملی باشد. □

۷. تدریس در اوایل شروع دوره باشد. ○ تدریس در طول دوره آموزشی باشد. ○
 نیازی به تدریس آن نیست. آموزش آن از طرق غیر مستقیم و از طریق نقش اساتید Role Model صورت خواهد گرفت. ○

پیروز باشید

با سپاس از حوصله و دقت شما دانشجویان و دستیاران ارجمند.

Abstract:

Introduction: Professionalism is a multidimensional concept and worthy issue that concludes social expectations to use science, technical skills, clinical reasoning, emotions, values and feed back to daily actions. In order to reach predetermined goals which is necessary for medical professionalism to entice the confidence of the society and it is a valuable factor of correlation. This research is done in order to determine the level of acquaintance with professionalism among the learners of Shahid Babaei medical faculty at Qazvin University of medical sciences.

Methodology: Findings have shown that there is a meaningful statistical difference between different level of learners in: Ignoring racial and sexual differences in medical care, Giving care without considering the ability to pay from the patient, Adherence to social principles, capability of self-adjustment and self-forming and engagement with health team , Awareness of team work and observing principles of altruism in dealing with patient, Honesty, Reliability and secrecy, training professional skills and requesting different kinds of theoretical and practical training. Learners have reported the quality of professors' role modeling and the departmental professionalism training is low at level in some fields.

Discussion and conclusion: According to the findings strength and lack of professionalism that are determined, some efforts should be done to correct the weak points and improve the strength. There have been great differences such as sexual differences, doing necessary medical care without considering the ability to pay by patient between interns and other learners which needs great attention as the first line in facing patients in a medical and educational center. Due to the importance of professionalism in improving services, professionalism training and considering the terms of standards in professionalism at learners' evaluation, professors promote and medical faculties ranking, seems to be necessary.

Keywords: ethic, professionalism in medicine, role model