



مجله اخلاق پزشکی

دوره سیزدهم، شماره چهل و چهارم، ۱۳۹۸

doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v13i44.22086>

Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/me>



دسترسی آزاد

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی آموزش تئوریک با آموزش عملی موازین اخلاقی در روان پزشکی

آنیثا آذرکلاه^۱ , مریم غنی‌زاده^۲، پرویز مولوی^۳، مهریار ندرمحمدی^۴ , حبیبه سلوت^۵

۱. استادیار گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، اردبیل، ایران.
۳. دانشیار گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۴. استادیار گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
۵. کارشناس ارشد روان شناس بالینی، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش تئوریک در مقایسه با آموزش عملی موازین اخلاقی به دانشجویان کارآموزی و کارورزی بخش روان پزشکی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه دانشجویان رشته پزشکی بود که دوره کارآموزی و کارورزی بخش روان پزشکی را در بیمارستان فاطمی اردبیل می گذراندند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر به عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند، از این تعداد ۱۸ نفر به صورت تصادفی در گروه آموزش تئوریک موازین اخلاق حرفه‌ای (گروه ۱) و ۱۸ نفر در گروه آموزش عملی موازین اخلاق حرفه‌ای (گروه ۲) جایگزین شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه شایستگی اخلاقی و چکلیست رعایت موازین اخلاق حرفه‌ای در روان پزشکی استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS 21 مورد تحلیل آماری قرار گرفت. از میانگین و انحراف استاندارد و آزمون t و شاخص اندازه اثر کوهن برای تحلیل آماری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین میانگین‌های نمرات دو گروه در پرسشنامه شایستگی اخلاقی و در پیش آزمون چکلیست موازین اخلاق حرفه‌ای وجود نداشت. بعد از ارائه آموزش‌ها، میانگین نمرات پس آزمون چکلیست گروه ۲ که آموزش عملی دریافت کرده بودند، افزایش قابل توجهی داشت و به طور معنی داری از نمرات گروه یک بالاتر بود. بیشترین تفاوت در رعایت استقلال بیمار و حفظ حریم بیمار ایجاد شده بود. نهایتاً بر اساس مقیاس کوهن اثربخشی آموزش عملی نسبت به آموزش تئوریک بیشتر بود.

ملاحظات اخلاقی: اطلاع رسانی به موقع و جلب رضایت دانشجویان هنگام شروع بخش روان پزشکی، محرمانه نگه داشتن نتایج انفرادی دانشجویان، دخالت ندادن نتایج در ارزیابی عملکرد آموزشی دانشجویان. **نتیجه گیری:** آموزش عملی موازین اخلاقی مؤثرتر از آموزش تئوریک بود و صرفاً تأکید بر آموزش‌های تئوریک نمی تواند منجر به رعایت موازین و کدهای اخلاق پزشکی باشد، لذا ضروری است که در طول دوره آموزش پزشکان عمومی علاوه بر برگزاری کلاس‌های تئوریک از آموزش کارگاهی و یا سایر روش‌های عملی و مؤثر نیز استفاده گردد.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۱۸

تاریخ انتشار: ۹۸/۱۱/۰۲

واژگان کلیدی:

موازین اخلاق پزشکی

آموزش تئوریک

آموزش عملی

روان پزشکی

* نویسنده مسئول: مهریار ندرمحمدی

آدرس پستی: ایران، اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده پزشکی و پیراپزشکی، گروه روان پزشکی.

تلفن: +98 914 456 0870

نمبر:

E-mail: mehriar46@yahoo.com

۱. مقدمه

در پزشکی، آموزش اخلاق (Ethics Training) به منظور تربیت پزشکان شایسته‌ای صورت می‌گیرد که بتوانند ضمن رعایت عدالت، شأن و حقوق انسانی باعث ارتقای سطح سلامت آحاد جامعه خود باشند. با توجه به این‌که دیدگاه‌های پزشکی و قانونگذاری جهت حفظ حقوق بیماران همواره در حال تغییر است، در نظام‌های نوین آموزش پزشکی، آموزش اخلاق به دانشجویان و متناسب‌نمودن این آموزش‌ها با دیدگاه‌های جدیدتر و استفاده از روش‌های مؤثرتر آموزشی مورد تأکید زیادی قرار دارد. با پیشرفت فناوری و پیچیده‌شدن دنیای امروزی مسائل اخلاقی نیز پیچیده‌تر و مهم‌تر شده است. مباحث جدید اخلاق پزشکی نظام آموزش سنتی پزشکی را به چالش می‌کشد (۴-۱).

در برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی و در ارائه مطالب درسی به خوبی می‌توان حضور این موضوعات چالشی را احساس کرد و ضرورت توجه به صلاحیت‌های اخلاقی و مهارت‌های تصمیم‌گیری مناسب اخلاقی در شرایط متفاوت را در برنامه درسی، بیش از پیش احساس نمود (۵). در اکثر مقالات حوزه اخلاق پزشکی، دلایل و مستندات زیادی بر ضرورت آموزش اخلاق پزشکی، ارائه شده است، اما همچنان ضعف‌ها و چالش‌های بسیار زیادی از نظر کمی و کیفی در این حوزه مطرح است. در خصوص کیفیت آموزش اخلاق پزشکی تأکید شده است که آموزش اخلاق پزشکی در تمام جنبه‌های عملی و نظری نباید محدود به چند سخنرانی شود و باید به صورت عمیق در برنامه درسی آموزش پزشکی لحاظ گردد (۶).

با تحولات صورت گرفته در اخلاق پزشکی، آموزش سنتی جای خود را به آموزش‌های نوین داده است. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان، اخلاق پزشکی نوین به صورت تئوریک و عملی با شیوه‌های جدید مبتنی بر حل مسئله آموزش داده می‌شود. در آموزش تئوریک (Theoretical Training) بحث و تحلیل موارد اخلاقی در کلاس درس و کارگاه‌های آموزش تخصصی صورت می‌گیرد. بدین‌گونه که آموزش در این روش

شامل آشنایی با مفاهیم و نظریه‌های اخلاقی است، اما در آموزش عملی (Operational Training) بررسی موارد اخلاقی، روش‌های ارزشیابی در محیط کار واقعی و بر بالین و حضور بیمار انجام می‌شود. در واقع در آموزش عملی، دانشجویان با الگوبرداری از نقش سایر متخصصان و هنگام ارائه خدمات بالینی به بیماران موازن اخلاقی را یاد می‌گیرند. لاور (Lawor) معتقد است دانشجویان باید کاربرد نظریه‌های اخلاقی در موارد خاص را یاد بگیرند و مهارت‌های استدلالی و تحلیلی را برای حل یک مسأله اخلاقی کسب نمایند (۷). جگسی و لهما (۸) طبق نتایج به دست آمده از پژوهش‌های خود معتقدند: «بسیاری از دانشجویان پزشکی و پزشکان از عدم تعادل در روش‌های آموزش و از رویکردهای کاملاً نظری در برنامه‌های آموزش سنتی اخلاق پزشکی اظهار رنجش نموده‌اند.» لاور (۷) ضمن تأیید نتایج مطالعات جگسی و لهما می‌نویسد «پیشنهاد نمی‌شود که از آموزش تئوری‌های اخلاقی در پزشکی اجتناب شود. دانشجویان نیاز خواهند داشت با اصطلاحات اخلاق در پزشکی آشنا شوند، بدین دلیل که آن‌ها برای مطالعه در این حوزه به آشنایی با این اصطلاحات نیاز دارند. اما ما پیشنهاد می‌کنیم این اصطلاحات به جای این‌که به عنوان نظریه ارائه شوند، به صورت مباحثه‌ای آموزش داده شوند و ارائه تئوریک آن به صورت حداقل باشد.» اکلز (Eckles) و همکاران (۹) نیز در پژوهش‌های خود هدف آموزش اخلاق پزشکی را فراهم کردن مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای تحلیل، استدلال و تصمیم‌گیری اخلاقی دانسته‌اند. در این تحقیقات، هدف نهایی از آموزش اخلاق پزشکی را برخورداری از عقل و خرد عملی می‌دانند و انتظار تربیت پزشکان اخلاق‌مدار را از برنامه درسی اخلاق پزشکی یک امر نامعقول و غیر واقع‌بینانه دانسته‌اند و در عوض بر فراهم کردن مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای برخورد با تنگناهای اخلاقی در اهداف آموزش اخلاق پزشکی تأکید کرده‌اند. سراگو (Serago) و همکاران (۱۰) معتقدند داده‌های استخراج شده از ادبیات موجود در زمینه آموزش اخلاق پزشکی متفق‌القول هستند که

رفتاری نسبت به اکثر حوزه‌های دیگر بیشتر نیز است (۱۳). اکثر بیماران این حیطه سطح سواد پایین‌تر، وضعیت اقتصادی - اجتماعی نامناسب، شرایط خانوادگی آشفته‌ای دارند و این ویژگی‌ها آن‌ها را آسیب‌پذیرتر از بیماران سایر حیطه‌ها می‌کنند (۱۴). آمار سازمان نظام پزشکی نشان‌دهنده این نکته است که اگرچه خطاهای انجام‌شده در روان‌پزشکی نسبت به سایر تخصص‌های پزشکی کم است و رضایتمندی از رعایت موارد اخلاقی نسبتاً خوب است (۱۵)، اما آمار خطاهای پزشکان عمومی زیاد بوده و جزء پنج رشته دارای بیشترین خطا می‌باشد (۱۶-۱۷).

با توجه به مطالب ذکرشده در بالا و در نظر گرفتن این‌که اطلاعات پژوهشی در زمینه مقایسه اثربخشی آموزش تئوریک با آموزش عملیاتی موازین اخلاقی به دانشجویان پزشکی عمومی در کشورمان بسیار پایین است و با در نظر گرفتن امکان سوءرفتار بیشتر با بیماران روان‌پزشکی لذا پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی آموزش تئوریک در مقایسه با آموزش عملی موازین اخلاقی به دانشجویان پزشکی در دوره کارآموزی و کارورزی بخش روان‌پزشکی انجام شد.

۲. ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اطلاع‌رسانی کلی و به موقع و جلب رضایت دانشجویان هنگام شروع بخش روان‌پزشکی، محرمانه‌نگه‌داشتن نتایج انفرادی دانشجویان، دخالت‌ندادن نتایج در ارزیابی عملکرد آموزشی دانشجویان از جمله موارد اخلاقی بود که رعایت گردید.

۳. مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر به صورت نیمه‌تجربی دوسوکور بود و از تاریخ ۱۵ فروردین ۱۳۹۵ تا خرداد ۱۳۹۵ در بخش روان‌پزشکی بیمارستان فاطمی شهر اردبیل اجرا گردید. هیچ کدام از آموزش‌دهندگان تئوریک و عملی موازین اخلاقی (اساتید) و نیز دانشجویان نقش و اطلاعی از نحوه و زمان

این آموزش‌ها باید به صورت تلفیقی و توأم با سایر آموزش‌ها در تمام طول دوره تحصیل پزشکی ارائه شوند و به صورت برنامه آموزشی مستمر و البته به شکل کاربردی باشند. همچنین جگسی و لهما (۸) معتقد هستند، هر کدام از این مدل‌ها نقاط ضعف و قوتی دارند، اما با ترکیب این مدل‌ها در آموزش اخلاق پزشکی می‌توان نقاط ضعف آن‌ها را به قوت تبدیل کرد. سراگو (۱۰) در پی پژوهش‌های خود به این نتیجه رسید، هرچند برگزاری دوره‌های آموزش سنتی در کلاس درس، یکی از گزینه‌های ممکن است اما آموزش عملی و کاربردی در کنار آموزش سنتی می‌تواند مناسب‌تر باشد. تحقیقات نشان داده است که درس اخلاق پزشکی که به برنامه درسی وارد شده، نتوانسته است واقعاً به افزایش مهارت‌های اخلاقی پزشکان کمک کند. سؤال اساسی این است که چگونه درس‌های مرتبط با اخلاق پزشکی سازماندهی شوند که در نظام مراقبت سلامت مدرن و پیشرفته امروزی جوابگوی نیازها باشد؟ هرچند در ایران گسترش وسیع ظرفیت پذیرش دانشگاه‌ها در رشته پزشکی، کمبود پزشکان را از نظر کمی مرتفع کرده (۱۱) و بهبود کیفیت آموزش نیز از سال‌های دهه هفتاد مورد عنایت قرار گرفته است، اما در زمینه آموزش اخلاق پزشکی هنوز اصلاحات مؤثری صورت نگرفته است. در همین رابطه باقری (۱۲) اظهار می‌کند: غفلت از آموزش‌های پایه‌ای لازم در زمینه اخلاق پزشکی و عدم توجه به برخی ضرورت‌ها و عینیات جامعه، نگرانی‌هایی را در جامعه ایجاد کرده است. عدم توجه به موقع به موضوع اخلاق پزشکی می‌تواند با از بین بردن قبح اخلاقی برخی اعمال و متداول شدن آن‌ها شرافت حرفه پزشکی را خدشه‌دار نموده و از اعتماد جامعه به لیاقت و امانت‌داری پزشکان بکاهد، لذا توجه به آموزش‌های اخلاق پزشکی و تغییر در برنامه‌های آموزشی پزشکان ضروری به نظر می‌آید.

در حیطه روان‌پزشکی با توجه به ماهیت کلی بیماری‌های روان‌پزشکی ارتباط پزشک - بیمار عمیق‌تر بوده و آسیب‌پذیری و حساسیت بیماران این حوزه به لحاظ شناختی، هیجانی و

اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. از روش مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، برای تحلیل آماری استفاده شد. هوش اخلاقی به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شد. متغیرهای اصلی پژوهش کدهای اخلاقی احترام، عدالت، خیرخواهی، استقلال، حفظ حریم، رازداری، پرهیز از آسیب‌رسانی، مدارا کردن با بیمار تحریکاتی، توانایی ابراز بی‌اطلاعی و خودداری از بحث بودند. میزان اثربخشی با استفاده از شاخص کوهن ارزیابی گردید. در این شاخص میزان تفاوت میانگین دو گروه اگر کمتر از ۰/۲ باشد کوچک، اگر ۰/۵ باشد متوسط و اگر بیشتر از ۰/۸ باشد بزرگ در نظر گرفته می‌شود.

فرمول کوهن: $Cohen's d = (M_2 - M_1) / SD_{pooled}$

در این فرمول M_1 میانگین گروه ۱ و M_2 میانگین گروه ۲ و SD_{pooled} واریانس مشترک می‌باشد.

۳-۱. پرسشنامه شایستگی‌های اخلاقی (Moral Competency Index): پرسشنامه ۴۰ گوی‌های

شایستگی‌های اخلاقی (MCI) لینک و کیل دارای ۱۰ مؤلفه است. روایی و پایایی ابزارهای فوق توسط ماریت و آستین (۱۲) تأیید شده است. پایایی این پرسشنامه برابر با ۰/۸۹۷ محاسبه گردیده است. در ایران نیز برای اولین بار این پرسشنامه توسط آراسته و همکاران (۱۳) هنجاریابی شد. همچنین پایایی این ابزار توسط مرضیه مختاری پور $r = 0/94$ گزارش گردیده است.

۳-۲. چک‌لیست موازن اخلاقی در روان‌پزشکی: این

چک‌لیست جهت ارزیابی موازن اخلاق حرفه‌ای در روان‌پزشکی استفاده می‌گردد و بر اساس منشور اخلاق حرفه‌ای در روان‌پزشکی سال ۱۳۹۴ و همچنین کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک ۲۰۰۷ تهیه گردیده است. این چک‌لیست به صورت لیکرت (۰ تا ۵) درجه‌بندی می‌شود. روایی این چک‌لیست با استفاده از روش روایی صوری و محتوایی توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش پایایی این چک‌لیست از روش همسانی درونی استفاده

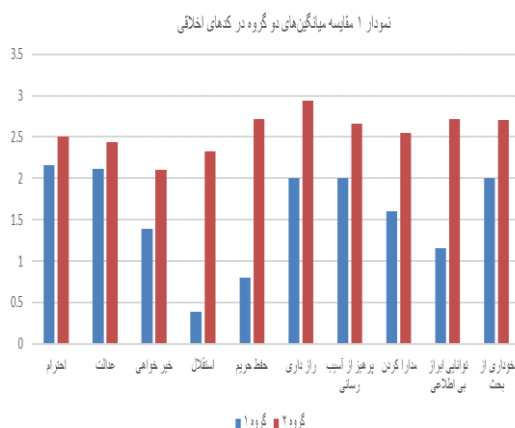
ارزیابی‌ها نداشتند. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه دانشجویان کارآموزی و یا کارورزی پزشکی بخش روان بیمارستان فاطمی اردبیل بودند که ۳۶ نفر از آن‌ها به صورت در دسترس انتخاب شدند. ۱۸ نفر به صورت تصادفی در گروه آموزش تئوریک (گروه ۱) و ۱۸ نفر در گروه آموزش عملی (گروه ۲) قرار گرفتند. به کلیه دانشجویان در بدو ورود به بخش، فرایند پژوهش و ارزیابی‌شدن مخفی از نظر رعایت موازن اخلاقی اطلاع داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در پژوهش اخذ گردید. قبل از ارائه آموزش‌ها (آموزش‌های تئوریک و عملیاتی موازن اخلاقی) دانشجویان هر دو گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفته و پرسشنامه‌های شایستگی اخلاقی (لینک و کیل) را تکمیل کردند. پیش‌آزمون چک‌لیست موازن اخلاقی در هفته اول ورود به بخش و قبل از شروع آموزش‌ها تکمیل گردید. طی یک دوره یک‌ماهه (۴ جلسه) آموزش تئوریک موازن اخلاقی توسط روان‌پزشک برای اعضای گروه ۱ تدریس گردید که شامل آموزش تئوریک در زمینه کدهای اخلاقی بود که بر اساس منشور اخلاق حرفه‌ای روان‌پزشکی در ایران (۱۳۹۴ ش.) تدوین شده بود (۱۸). بعد از اتمام آموزش‌های لازم، رفتار این دانشجویان از نظر رعایت موازن اخلاقی در حین ویزیت بیماران و در بخش‌های بستری و درمانگاه تخصصی روان‌پزشکی توسط فرد دوره‌دیده به شکل مخفی مورد ارزیابی قرار گرفت. آموزش‌های عملیاتی موازن اخلاقی به گروه ۲ نیز توسط یک روان‌پزشک در طی یک دوره یک‌ماهه (۴ جلسه) به صورت عینی و عملیاتی در محیط درمانگاه و بخش در حضور بیمار صورت گرفت. اعضای گروه ۲ به صورت مشاهده‌ای نحوه برخورد با بیمار و چگونگی رعایت موازن اخلاق حرفه‌ای را فرا گرفتند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، رفتار اعضای این گروه نیز، هم در بخش بستری و هم در درمانگاه تخصصی روان‌پزشکی به شکل مخفی ارزیابی شد. ارزیابی‌کنندگان از نوع آموزش و گروه‌بندی دانشجویان اطلاعی نداشتند.

جدول ۲: مقایسه نمرات کل چک لیست موازن اخلاقی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	مقایسه درون گروهی ^۱ t(p)
آموزش تئوریک	۱۸	۱۲/۶۷ (۰/۹۷)	۱۵/۶۱ (۳/۱۴)	۶/۰۶ (۰/۰۰۱)
آموزش عملی	۱۸	۱۲/۹۴ (۰/۲۹)	۲۵/۶۶ (۶/۸۵)	۱۴/۶۹ (۰/۰۰۱)
مقایسه بین گروهی ^۲	t(p)	۰/۷۵۹ (۰/۳۶۶)	۵/۶۵ (۰/۰۰۱)	

۱ مقایسه میانگین پیش آزمون با پس آزمون گروه آموزش تئوریک با آزمون t وابسته، مقایسه میانگین پیش آزمون با پس آزمون گروه آموزش عملی با آزمون t وابسته.
۲ مقایسه میانگین گروه آموزش تئوریک با میانگین گروه آموزش عملی با آزمون t گروه‌های مستقل در پیش آزمون و پس آزمون.

مقایسه پس آزمون با پیش آزمون هر گروه به طور مجزا نشان دهنده این بود که هر دو نوع روش آموزش تغییرات معنی داری را در رفتار رفتار اخلاقی دانشجویان ایجاد کرده بودند، اگرچه گروه آموزش عملی تغییرات بیشتری داشتند. در نمودار ۱ مقایسه میانگین‌های دو گروه در کدهای اخلاقی مورد بررسی ارائه شده است.



شد. ضریب آلفای کرونباخ چک لیست حاصل از این پژوهش برابر با ۰/۸۹۶ است.

۴. یافته‌ها

تعداد دانشجوی زن ۲۰ و تعداد دانشجوی مرد ۱۶ نفر بود. در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و مقایسه نمرات شایستگی اخلاقی (MCI) دو گروه ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌گردد، دو گروه از نظر نمرات شایستگی اخلاقی همسان بوده و تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد.

جدول ۱: مقایسه نمرات شایستگی اخلاقی در گروه یک و گروه دو

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	P
آموزش تئوریک	۱۸	۶۸/۷۵	۶/۲۹	۱/۰۱	۰/۳۱۶
آموزش عملی	۱۸	۶۶/۸۸	۴/۵۳		

میانگین، انحراف استاندارد و مقایسه میانگین نمره کل چک لیست موازن اخلاقی دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که دو گروه در پیش آزمون از نظر میزان رعایت کدهای اخلاقی تفاوت معنی داری نداشتند، اما دو گروه در پس آزمون تفاوت چشم گیری در میانگین نمرات کل چک لیست موازن اخلاقی حرفه‌ای داشتند، یعنی دو گروه قبل از مداخلات به طور کلی از نظر رعایت موازن اخلاقی و آشنایی آنان با کدهای اخلاقی هم سطح بودند و تفاوت معنی داری نداشتند، اما بعد از مداخلات، دانشجویانی که به شکل عملی آموزش دیده بودند در برخورد با بیماران می‌توانستند موازن اخلاقی را بهتر رعایت کنند و نسبت به گروهی که فقط آموزش تئوریک داشتند، به شکل معنی داری نمرات بالاتری داشتند.

۵. بحث

در ابتدا نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد، اگرچه هر دو آموزش تئوریک و عملی اخلاق پزشکی در افزایش میزان رعایت کدهای اخلاقی توسط دانشجویان مؤثر بودند، اما آموزش‌های عملی موازین اخلاقی برای دانشجویان پزشکی حاضر در بخش روان مؤثرتر از آموزش‌های تئوریک بوده و صرفاً تأکید بر آموزش‌های تئوریک نمی‌تواند کاهش‌دهنده مسائل اخلاقی در حیطه روان پزشکی باشد. در رابطه با نمره کل موازین اخلاق حرفه‌ای نتایج حاصل از این پژوهش، با یافته‌های جعفری‌منش و همکاران (۲۱)، شمالی و مؤمنی (۲۲)، بحرینی و همکاران (۲۳)، خاقانی‌زاده و همکاران (۲۴)، باقری (۱۲)، خانی (۲۵)، لاریجانی و متوسلی (۲۶)، وودس (۲۷) و هولسمیر (۲۸) همسو است. در این زمینه لاور (۷)، جگسی و لهما (۸) و مالابر و تورنر (۲۹) اشاره به این نکته دارند که آموزش اخلاق پزشکی از ضروریات است و این‌که آموزش تئوری را ناکافی مطرح می‌کنند و تأکید بر رویکردهای بالقایی دارند. در واقع آن‌ها بر این باور هستند که ابتدا یک نظریه اخلاقی اتخاذ می‌شود و از آن حمایت صورت می‌گیرد و سپس کاربرد آن در موارد خاص ارائه می‌گردد. این صرفاً یک ادعا در مورد چگونگی آموزش اخلاقی نیست، بلکه بیشتر روندی است که شامل چگونگی اجرایی کردن و کاربردی نمودن آموزش اخلاق است. روندی که برای حل مسائل اخلاقی مناسب می‌باشد. همچنین لاور (۷) رویکرد تلفیقی و یکپارچه و رویکرد تدریجی را برای آموزش اخلاق حرفه‌ای مناسب می‌داند.

کدهای اخلاقی احترام و عدالت کم‌ترین تفاوت را بین دو گروه داشتند. نوع آموزش اعم از تئوریک یا عملی نتوانسته بود تفاوت زیادی بین دو گروه در نمرات این کدها ایجاد کند. این نتیجه را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد بعضی از کدهای اخلاق پزشکی ماهیت عام داشته و محدود به موقعیت‌های بالینی نمی‌باشند، مانند احترام و عدالت و بنابراین کم‌تر تحت تأثیر نوع آموزش قرار دارند، در حالی که برخی از کدهای اخلاقی

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات کدهای اخلاقی

چک‌لیست به تفکیک در گروه یک (N=18) و دو (N=18)

کدهای اخلاقی	میانگین		تفاوت میانگین		انحراف استاندارد		کم‌ترین نمره		بیشترین نمره	
	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲
احترام	۲/۱۶	۲/۵	۰/۳۴	۰/۶۷۶	۰/۷۰۷	۱/۳۳	۱/۶۷	۳/۳۳	۳/۳۳	۲
عدالت	۲/۱۱	۲/۴	۰/۳۳	۰/۶۱۵	۰/۷۰۵	۱/۶۷	۲	۳	۴	۳
خیرخواهی	۱/۳۹	۲/۱	۰/۷۱	۱	۱/۱۸	۰/۳۳	۱	۲	۳/۳۳	۲
استقلال	۰/۳۹	۲/۳	۱/۹	۱	۰/۹۰۷	۰	۱	۱/۳۳	۳	۱
حفظ حریم	۰/۸	۲/۷۲	۱/۹	۱/۲	۰/۵۷۵	۰	۲	۱/۶۷	۳/۳۳	۲
رازداری	۲	۲/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۷۱	۰/۹۹۸	۰/۶۷	۲	۳	۴	۳
پرهیز از آسیب‌رسانی	۲	۲/۶	۰/۶۶	۰/۹۱۴	۱	۱/۳۳	۱/۶۷	۲/۶۷	۳/۳۳	۲
مداراکردن با بیمار	۱/۶	۲/۵	۰/۴۴	۰/۹۲۴	۰/۹۸۵	۰/۶۷	۱/۳۳	۲/۳۳	۴	۲
توانایی ابراز بی‌اطلاعی	۱/۱۶	۲/۷۲	۱/۵۶	۱	۰/۸۹۵	۰/۳۳	۱/۳۳	۲	۳/۳۳	۲
خودداری از بحث	۲	۲/۷	۰/۷	۰/۴۹۴	۰/۴۲۸	۱/۶۷	۲/۳۳	۲	۳	۲

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد و همچنین کم‌ترین و بیشترین نمره ده کد اخلاقی مندرج در چک‌لیست رعایت موازین اخلاق حرفه‌ای را نشان داده است. همانطور که مشاهده می‌گردد بیشترین تفاوت‌ها بین دو گروه در کدهای استقلال و حفظ حریم و کم‌ترین تفاوت در کدهای احترام و عدالت ایجاد شده است.

برای ارزیابی اثربخشی از فرمول $Cohen's d = (M_2 - M_1) / SD_{pooled}$ استفاده شد، بر اساس پارامترهای جدول ۲ و با جایگزینی میانگین‌ها و انحراف استاندارد مشترک در فرمول اندازه اثر کوهن نمره ۱/۸۸ به دست آمد. بنابراین آموزش عملی اثربخشی بالایی در آموزش موازین اخلاقی دارد.

$$Cohen's d = (25.66 - 15.61) / 5.328325 = 1.88$$

پزشکی در گروه دوم پژوهش حاضر، زمانی که با الگوی صحیح رفتار اخلاقی رو به رو شدند ابتدا با استفاده از فرآیند توجه مطرح شده در نظریه یادگیری مشاهده‌ای بندورا، به رفتار صحیح و اصولی پزشک با بیمار توجه کردند، آن را به یاد سپردند و در بخش بستری و درمانگاه تخصصی روان پزشکی طبق مشاهدات انجام گرفته عمل نمودند.

۶. نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش عملی کدهای اخلاق پزشکی اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش نظری و صرفاً تئوریک کدهای اخلاقی دارد. تأکید بر آموزش سنتی اخلاق پزشکی مشکل‌گشای مسائل اخلاقی حیطه پزشکی نخواهد بود و صرفاً تأکید بر آموزش‌های تئوریک نمی‌تواند منجر به رعایت موازین و کدهای اخلاق پزشکی باشد، لذا ضروری است که در طول دوره آموزش پزشکان عمومی علاوه بر برگزاری کلاس‌های تئوریک از آموزش کارگاهی و یا سایر روش‌های عملی و مؤثر نیز استفاده گردد. یکی از محدودیت‌های مهم این پژوهش کم بودن تعداد افراد مورد بررسی بود. افراد نمونه صرفاً دانشجویان پزشکی کارورز و کارآموز مشغول به تحصیل در بخش روان بیمارستان فاطمی بودند، لذا نتایج قابل تعمیم به دانشجویان سایر گروه‌های پزشکی نمی‌باشد. نداشتن پیگیری برای ارزیابی میزان ماندگاری نتایج به دست آمده نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش است.

۷. تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه بیماران عزیز مراجعه‌کننده به درمانگاه و بخش‌های روان پزشکی بیمارستان فاطمی کمال تشکر و قدردانی را داریم. سپس از همکاری مدیر محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و کلیه اساتید شاغل در گروه روان پزشکی و دانشجویان مشارکت‌کننده در این پژوهش کارکنان بیمارستان فاطمی شهرستان اردبیل، به ویژه کارکنان

مانند حفظ استقلال و حریم بیمار ماهیت عملی بیشتری دارند و عمده‌تاً در موقعیت‌های بالینی مطرح می‌شوند و با روش‌های عملی و عینی بهتر فرا گرفته می‌شوند. در پژوهش رحیم‌پرور و همکاران (۳۰) نیز حفظ استقلال جزء مواردی بود که میانگین پایینی داشت و جنیس (۳۱) نتیجه‌گیری می‌کند که آگاهی و درک کردن موارد اخلاقی الزاماً فضیلت و صداقت ایجاد نمی‌کند.

آموزش بالینی با ایجاد امکان مشاهده در گروه ۲ تأثیر بیشتری داشت و با یادگیری بیشتری همراه بود. سینگر (۳۲) و پلگرینو (۳) اعتقاد دارند هدف آموزش بر ارتقای مهارت‌های شناختی، رفتاری و شخصیتی تمرکز دارد. همچنین طبق نظر مک نالی و سینگر (۳۳) آموزش اخلاق حرفه‌ای با رویکرد بالینی و کاربردی اثرگذاری بیشتری نسبت به روش‌های دیگر دارد که با یافته‌های این پژوهش همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان از تئوری یادگیری مشاهده‌ای استفاده کرد. یادگیری مشاهده‌ای بندورا نمونه‌ای از روش‌های یادگیری از طریق آموزش عملیاتی است. از نظر بندورا یادگیری زمانی صورت می‌گیرد که چهار فرآیند در آن دخیل باشند که این چهار فرآیند عبارت‌اند از فرآیندهای توجه، یادسپاری، تولید رفتار و انگیزه. این فرآیند یادگیری است که دائماً در حال جریان است و چیزی که مورد مشاهده قرار می‌گیرد آموخته می‌شود. بندورا اشاره به این مطلب دارد که اطلاعاتی که از راه مشاهده به دست می‌آید زمانی مفید واقع می‌گردد که حفظ شود. به اعتقاد وی فرآیند به یادسپاری زمانی قوی صورت می‌گیرد که در آن اطلاعات مشاهده‌شده به صورت نمادی، تجسمی و یا کلامی ذخیره گردد. تصاویر ذخیره‌شده از طریق الگوبرداری نمادی، تجسمی و کلامی مدت‌ها پس از یادگیری مشاهده‌ای قابل بازیابی هستند. بنا به نظر بندورا ظرفیت پیشرفته نمادسازی است که به انسان‌ها امکان می‌دهد تا بیشتر رفتارهایشان را از راه مشاهده یاد بگیرند. این نمادهای ذخیره شده توانایی استفاده از اطلاعات را مدت‌ها پس از این‌که مشاهده صورت پذیرفته است ممکن می‌سازد. دانشجویان

بخش روان که ما را در به اتمام رساندن این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

۸. سهم نویسندگان

در این مقاله نویسنده اول مدیر اجرایی و طراح پژوهش بود و نویسنده دوم بررسی متون و پیشینه تحقیق را به عهده داشت. نویسنده سوم حضور دانشجویان در درمانگاه و ویزیت بیماران و آموزش روان‌پزشکان را هماهنگ می‌کرد. نفر چهارم تجزیه و تحلیل آماری و ویرایش مقاله را انجام داد و نفر پنجم جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و ورود اطلاعات را انجام داد.

۹. تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، در این مقاله تعارض منافع اعم از مالی و غیر مالی وجود ندارد.

References

1. Zahedi L. Necessities and Method of Educating Biomedical Ethics. *Journal of Ethics in Science and Technology* 2007; 2(1-2): 55-58. [Persian]
2. Carrese JA, Sugarman J. The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician. *Chest* 2006; 130(6): 1864-1872.
3. Pellegrino ED. Editor the internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philos* 2001; 26(6): 559-579.
4. Asghari F, Samadi A, Rashidian A. Medical ethics course for undergraduate medical students: A needs assessment study. *J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(7): 1-7.
5. Sofaer B. Enhancing humanistic skills: An experiential approach to learning about ethical issues in health care. *Journal of Medical Ethics* 1995; 21(1): 31-34.
6. Davies D, Evans I, Lloyd-Richards R, Jones EV. Improving awareness of ethical issues. *Arch Dis Child* 1996; 74(2): 172-175.
7. Lawlor R. Moral theories in teaching applied ethics. *J Med Ethics* 2007; 33(6): 370-372.
8. Jagsi R, Lehmann LS. The ethics of medical education. *BMJ* 2004; 329(7461): 332-334.
9. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: Where are we? Where should we be going? A review. *AAMC* 2005; 80(12): 1143-1152.
10. Serago CF, Burmeister JW, Dunscombe PB, Gale AA, Hendee WR, Kry SF, et al. Recommended ethics curriculum for medical physics graduate and residency programs: report of Task Group 159. *Med Phys* 2010; 37(8): 4495-4500.
11. Khaghani M, Maleki H. Critical on Content of Medical Ethics Curriculum from the Perspective of Medical Ethics Experts: A Qualitative Study. *Journal of Higher Education Curriculum Studies* 1392; 4(7): 70-84. [Persian]
12. Bagheri A. Iranian medical ethics priorities: the results of a national study. *IJME* 2011; 4(5): 39-48.
13. McGorry PD, Yung A, Phillips L. Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research* 2001; 51(1): 17-29.
14. Paruk S, Jhazbhay K, Singh K, Sartorius B, Burns JK. A comparative study of socio-demographic and substance use correlates in early-onset psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2018; 12(3): 339-347.
15. Mahmoodian F, Ghaznavi Jahromi N, Nabeiei P. Investigation of satisfaction level of outpatients referring to psychiatry clinics with observation of professional ethics principles by the psychiatric team of Shiraz University of Medical Sciences. *Sadra Med Sci J* 2014; 2(3 Jul): 279-288.
16. Khammarnia M, Ravangard R, Jahromi M, Moradi A. Study on the Medical Errors in Public Hospitals of Shiraz, 2013. *JHOSP* 2014; 13(3): 17-24.
17. Haghshenas MR, Amiri AA, Vahidshahi K, ShyckRezaee M-RN, Pourhossen M. The frequency of malpractice lawsuits referred to forensic medicine department and medical council. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(86): 244-251.
18. Psychiatry charter. Charter of Professional Ethics in Psychiatry in Iran. Tehran: Iranian Association of Psychiatrists; 2006. Available at: <http://www.irpsychiatry.ir/fa/news/117/ipa-code-of-ethics>.
19. Ahmari Tehran H, Bakouei S, Jafarbegloo E, Momenuan S, Abedini Z. Evaluation of moral intelligence in nursing and midwifery students of Qom University of Medical Sciences. *J Educ Ethics Nurs* 2016; 5(3): 9-16.
20. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Arlington: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
21. Ranjbaran M, Vakilian K, Tajik R, Almasi-Hashiani A. Nursing's code of ethics: a survey of respecting the code among nursing students. *IJME* 2014; 6(6): 45-55.
22. Shomali MA, Momeni G. Evaluation of Fundamental Ethical Theories and Principles of Medical Ethics. *Journal of Isfahan Medical School (IUMS)* 2013; 31(258): 1756-1768.
23. Bahrani F, Farzin M, Nozari L. Shiraz dentists' knowledge of professional ethics. *IJME* 2012; 5(6): 69-80.
24. Khaghanizadeh M, Maleki H, Abbasi M, Abbaspour A, Nabavi FH, Ebadi A, et al. Identity of the medical ethics curriculum Based on the experiences of teachers of medical ethics: Qualitative Research. *J Med Ethics* 2010; 4(12): 11-38.
25. Khani JJ. Medical ethics philosophy. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 2007; 7(24): 47-52.

26. Ardeshtir Iarjani mb Me. New methodes of medical etidcs education. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders* 2004; 4(supplement (ethic in clinical researchs)): 39-46. [Persian]
27. Woods M. Nursing ethics education: Are we really delivering the good (s)? *Nursing Ethics* 2005; 12(1): 5-18.
28. Hulsmeyer B. Nurses in Transition: First Year Challenges. [Ph.D Thesis]. United States: University of Kentucky; 1995.
29. Mallaber C, Turner P. Competency versus hours: An examination of a current dilemma in nurse education. *Nurse Education Today* 2006; 26(2): 110-114.
30. Vasegh R, Nasiriani L, Farajkhoda T, Bahrani N. Compliance rate of midwives with the professional codes of ethics in maternal child health centers in Tehran. *JMEHM* 2014; 7(2): 36-46. [Persian]
31. Genuis S. Dismembering the ethical physician. *Postgrad Med J* 2006; 82(966): 233-238.
32. Singer PA. Medical ethics. *BMJ* 2000; 321(7256): 282-285.
33. McKneally MF, Singer PA. Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical setting. *CMAJ* 2001; 164(8): 1163-1167.



Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2019; 13(44): e15
doi: <https://doi.org/10.22037/mej.v13i44.22086>
Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/me>



ORIGINAL RESEARCH

Open Access

Comparison of Effectiveness of Theoretical Training Versus Operational Training in Psychiatric Medical Ethics

Anita Azarkola¹, Maryam Ghanizadeh², Parviz Molavi³, Mahdyar Nader Mohammadi^{4*}, Habibeh Salvat⁵

1. Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Fatemi Hospital, Ardabil, Iran.

2. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Ardabil, Ardabil, Iran.

3. Associate Professor of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Fatemi Hospital, Ardabil, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Fatemi Hospital Ardabil, Iran.

5. Master of Clinical Psychology, Department of Psychiatry, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 15 July 2018

Accepted: 09 December 2019

Published online: 22 January 2020

Keywords:

Medical Ethics

Theoretical Training

Operational Training

Psychiatry

ABSTRACT

Background and Aim: This study aimed to determine the effectiveness of theoretical training versus practical training of medical ethics to the students in the Psychiatric ward.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental. The study population consisted of all medical students undergoing an internship in a psychiatric ward in Ardabil Fatemi hospital. Students were evaluated from April 2016 to June 2016. Using a convenience sampling method, 36 individuals were selected and randomly assigned in two groups: 18 students in the theoretical training group (group 1) and 18 students in the operational training group (Group 2). Moral Competence Questionnaire and Professional Ethics Checklist in psychiatry were used for data collection. Data were analyzed by SPSS 21 software. Mean and standard deviation, t-test and Cohen's effect size index were used for statistical analysis.

Findings: The results showed that there was no significant difference between the mean scores of the two groups in the Moral Competence Questionnaire and the pre-test of the Professional Ethics Checklist. After the training, the mean scores of group 2 were significantly higher than group 1 in the post-test. The two large differences were in Autonomy and Privacy respectively. Finally, according to Cohen's scale, the effectiveness of practical training was greater than theoretical training.

Ethical Considerations: Making students aware of the research, and getting informed consent, keeping confidentiality of individual results, not involving results in the evaluation of students' educational performance.

Conclusion: Practical training of professional ethics was more effective than theoretical training and merely emphasizing on theoretical training could not lead to adherence to professional ethics. Therefore, it is essential that during general practitioners' training, in addition to theoretical classes, other practical methods be used.

* Corresponding Author: Mahdyar Nader Mohammadi

Address: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Postal Box: 56189-85991

Tel: (+98) 914 456 0870

Email: mehriar46@yahoo.com

Cite this article as:

Azarkola A, Ghanizadeh M, Molavi P, Nader Mohammadi M, Salvat H. Comparison of Effectiveness of Theoretical Training Versus Operational Training in Psychiatric Medical Ethics. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2019; 13(44): e15.