

اثربخشی کوریکولوم اخلاق پزشکی و بهترین شیوهی اجرا

از دیدگاه کارورزان دانشکده پزشکی مشهد

محمد خواجه دلویی^۱، زهرا موفقی^{۲*}، مهدیه پوریزدان پناه^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

آموزش اخلاق پزشکی در حقیقت ایجاد فرهنگ رفتاری، باورها و هویت حرفه‌ای می‌باشد و یکی از محورهای اساسی آموزش پزشکی است. مطالعه‌ی حاضر اثربخشی کوریکولوم اخلاق پزشکی و بهترین شیوهی اجرا را از دیدگاه کارورزان مورد بررسی قرار داده است. این مطالعه توصیفی - مقطعی در تیرماه سال ۱۳۹۱ انجام شد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای ۱۰ سؤالی بود که در گروه اخلاق دانشکده‌ی پزشکی مشهد تدوین شد. روایی ابزار به روش محتوا و پایایی آن به روش همبستگی درونی ($\alpha=0/72$) تأیید شد و با مراجعه‌ی حضوری به بخش‌های بالینی در اختیار کلیه‌ی کارورزان قرار گرفت. اطلاعات به وسیله‌ی نرم افزار SPSS تجزیه و با استفاده از آمار توصیفی و شاخص مرکزی نما گزارش شد.

۷۱ کارورز (۶۰ درصد) به پرسشنامه پاسخ دادند که ۵۴ درصد آن‌ها خانم، ۵۵ درصد کارورز سال دوم بودند. نمای داده‌ها در خصوص میزان تحقق پیامدهای قابل انتظار از درس اخلاق پزشکی یعنی میزان دستیابی کارورزان به اهداف، میزان تناسب درس با نیازهای بالینی و تخمین کلی از مفید بودن درس در طبقه‌ی کم و در پاسخ به چالش‌زایی موقعیت‌های اخلاقی بالینی در طبقه‌ی زیاد قرار گرفت. در پاسخ به مناسب‌ترین روش انتقال دانش، نگرش و مهارت‌های اخلاق پزشکی، بحث گروهی (۳۸ درصد) برای آموزش مقدمات اخلاق پزشکی و بحث در مورد Case و ارائه‌ی راه‌حل در مرحله‌ی کارآموزی (۷۰ درصد)، نما را تشکیل داد. مناسب‌ترین روش ارزشیابی دانشجویان آزمون کتبی با ارائه‌ی Case، و ارزشیابی عملکرد در بخش معرفی شد. مطالعه‌ی حاضر اثربخشی درس اخلاق پزشکی را کم و تقاضای کارورزان را برای ارائه‌ی کاربردی این درس نشان داد. به نظر می‌رسد که ارائه‌ی این درس نیازمند تغییرات بنیادین است.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، رفتار حرفه‌ای، آموزش پزشکی

^۱ دانشیار گروه بهداشت، مدیر گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۲ کارشناس ارشد آموزش پزشکی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه توسعه‌ی آموزش، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۳ دستیار تخصصی تغذیه، گروه تغذیه، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

* نشانی: مشهد، میدان آزادی، پردیس دانشگاه، دانشکده‌ی پزشکی، گروه توسعه‌ی آموزش، تلفن: ۰۵۱۱-۸۰۰۲۵۳۵

مقدمه

آموزش پزشکی فرایندی بسیار فراگیرتر از انتقال دانش و مهارت‌های تشخیصی و درمانی بوده و ایجاد فرهنگ رفتاری و کسب ارزش‌ها، باورها، شخصیت و هویت آن رشته را نیز در بر می‌گیرد. آموزش اخلاق و تعهد به حرفه‌ی مقدس پزشکی یکی از محورهای اساسی^۱ کوریکولوم پزشکی محسوب شده و فدراسیون جهانی آموزش پزشکی^۲ (WFME) تأکید می‌کند «قابلیت‌های علمی و رفتاری دانشجویان باید متوازن رشد کند. مهارت‌های بالینی، نگرش‌ها و مهارت‌های ارتباطی و حرفه‌ای باید دقیقاً به اندازه‌ی درک مکانیسم‌های بیولوژیک پایه‌ی مورد تأکید قرار گیرند» (۱). این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که به موازات آن‌که علم پزشکی به تکنیک‌های پیشرفته‌تری مجهز می‌شود، خطر جدایی پزشکان از بیماران بیشتر می‌شود. آموزش‌های پزشکی عملاً بی تفاوتی نسبت به احساسات عاطفی بیماران را رواج می‌دهد. این موضوع خود تأثیر زیان‌آوری بر قابلیت پزشک برای برقراری ارتباط مؤثر با بیماران دارد (۲).

توجه به اخلاق پزشکی در ارزشیابی بالینی دانشجویان پزشکی نیز توسط انجمن‌های آموزش پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است. گزارش انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا^۳ (AAMC) اعلام کرده است که «دانشکده‌های پزشکی باید قبل از فارغ‌التحصیلی دانشجویان، مطمئن شوند که آن‌ها قادر هستند توانمندی خود را در ... دانش تئوری و اصول حاکم بر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و معضلات اخلاقی عمده در پزشکی نمایش دهند» (۳).

تغییرات اجتماعی و فرهنگی از یک‌سو و پیشرفت دانش و مراقبت‌های پزشکی از سوی دیگر موجب شده است که

اهمیت اخلاق پزشکی بیش از هر زمان دیگری مورد توجه قرار بگیرد. از طرفی، خطاهای پزشکی که بیش‌تر آن‌ها با موضوعات اخلاقی و قانونی ارتباط دارد، یکی از چالش‌های اساسی نظام سلامت در تمام دنیا محسوب می‌شود. در سال ۲۰۰۳، تعداد ۱۹۵ هزار مرگ بیمارستانی به دلیل خطای پزشکی در آمریکا گزارش شد (۴). Novack و همکاران نشان داد که اکثر پزشکان در مواردی که مجبور به اخذ تصمیم‌های دشوار اخلاقی بودند، به نوعی به فریب بیماران خود تمایل داشتند. در این مطالعه یک سوم پزشکان اظهار کردند که در صورت فوت بیمار بر اثر خطای پزشکی، اطلاعات ناقص یا گمراه‌کننده به خانواده‌ی متوفی ارائه خواهند کرد (۵). بررسی ۵۶۲ ویزیت سرپایی کلینیک طب داخلی در آمریکای شمالی نشان دادند که ۱۱۹ ویزیت (۲۱ درصد)، به نوعی مشکلات اخلاقی داشتند. شایع‌ترین این مشکلات مربوط بودند به هزینه‌ی مراقبت (۱۱ درصد)، عوامل روانی اثرگذار بر انتخاب بیمار (۷۱ درصد)، خودداری از درمان (۶۴ درصد)، رضایت آگاهانه (۶ درصد) و رازداری (۳ درصد) (۶).

علیرغم توافق همگانی در مورد ضرورت آموزش اخلاق، به‌نظر می‌رسد که ابهام زیادی در مورد روش‌های آموزش و ارزشیابی آن و اثربخشی برنامه‌های موجود، وجود دارد. مطالعه بر روی دانشجویان سال آخر رشته‌ی پزشکی در نیجریه نشان داد که ۸۲ درصد دانشجویان معتقد بودند که عموماً آموزش کافی در زمینه‌ی اخلاق پزشکی دریافت نمی‌کنند و آموزش محدود ارائه‌شده، آن‌ها را برای مواجهه با چالش‌های اخلاقی محیط‌های بالینی آماده نمی‌کند (۷). مطالعه‌ی پوشش محتوای درس اخلاق پزشکی در دانشکده‌های پزشکی عربستان سعودی نشان داد که ۲۳ درصد دانشجویان از ارزش این درس بی‌اطلاع بوده و برنامه‌های رسمی آموزش اخلاق پزشکی در این کشورها را ناکافی

^۱ Core

^۲ World Federation of Medical Education

^۳ Association of American Medical Colleges

آموزشی، نظرسنجی از دانشجویان به‌عنوان صاحبان اصلی فرایند آموزش است. در این مطالعه درس اخلاق پزشکی از دیدگاه کارورزان که درس اخلاق پزشکی را قبلاً گذرانده و مشکلات محیط‌های بالینی را نیز تجربه کرده‌اند، مورد بررسی قرار گرفت. مطالعه‌ی حاضر با هدف پاسخ به دو سؤال پژوهشی طراحی شد: ۱- میزان اثربخشی برنامه‌ی درس اخلاق پزشکی از دیدگاه کارورزان چگونه است؟ ۲- کارورزان برای ارائه‌ی اثربخش درس چه پیشنهادهایی دارند؟

روش کار

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع مقطعی بود که در تیرماه سال ۱۳۹۱ در راستای انجام نیازسنجی و برنامه‌ریزی آموزشی درس اخلاق پزشکی انجام شد. جمعیت آماری این پژوهش را کارورزان مشغول به تحصیل در دانشکده‌ی پزشکی مشهد در تاریخ انجام پژوهش تشکیل داد که همگی به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای ۱۰ سؤالی بود که در گروه اخلاق پزشکی دانشکده‌ی پزشکی تدوین شد و با مراجعه‌ی حضوری به بخش‌های بالینی در اختیار کلیه‌ی کارورزان حاضر قرار گرفت. روایی ابزار به روش محتوا تأیید شد. به این منظور ابزار تهیه شده برای ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی ارسال و نظر آن‌ها در مورد ابزار پیشنهادی جمع‌آوری و اعمال شد. پایایی ابزار به روش بررسی همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد ($\alpha=0/72$). بخش اول پرسشنامه، اثربخشی برنامه را به‌وسیله‌ی چهار سؤال مورد بررسی قرار داد. این سؤالات عبارت بودند از: میزان دستیابی به اهداف اصلی مورد نظر از آموزش اخلاق؛ میزان تناسب محتوای آموزش داده شده با نیازهای واقعی در بالین بیمار، میزان چالش‌زایی موقعیت‌های بالینی مختلف برای کارورزان و تخمین کلی کارورزان از میزان فایده و کاربرد درس. در کلیه‌ی سؤالات این بخش پاسخ دانشجویان در مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت طبقه‌بندی شد. بخش دوم پرسشنامه، بهترین

می‌دانستند (۸). بررسی نگرش دانشجویان سال اول و دانشجویان سال آخر رشته‌ی بهداشت دهان در مورد اخلاق و تعهد به حرفه‌ی مقدس پزشکی^۱ نشان داد که از سی و چهار حوزه‌ی بررسی شده، فقط در شش حوزه، نگرش دانشجویان سال آخر نسبت به دانشجویان سال اول در سطح معنی‌داری بالاتر بود (۹).

در کشور ما با وجود زمینه‌های تاریخی غنی، آموزش اخلاق پزشکی کم‌تر از سایر موارد شناخته شده و جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده است. در دانشکده‌ی پزشکی مشهد برنامه‌ی ضروری اخلاق پزشکی مصوب دبیرخانه‌ی شورای آموزش پزشکی عمومی از جهت قالب و محتوا مبنای آموزش اخلاق پزشکی قرار گرفته است. درس اخلاق پزشکی به‌صورت دو واحد تئوری در مقطع کارآموزی ارائه شده و توسط ۱۶ عضو هیأت علمی گروه اخلاق پزشکی تدریس می‌شود. این اساتید از گروه‌های مختلف بالینی، پزشکی قانونی و معارف در گروه اخلاق پزشکی عضویت داشته و هر یک تدریس یک جلسه از درس را بر عهده دارند. ارزشیابی دانشجویان به‌وسیله‌ی امتحان کتبی شامل سؤالات چند گزینه‌ای و ارائه‌ی Case، امتحان شفاهی و ارائه‌ی پروژه انجام می‌شود. این در حالی است که برخی از محققان معتقدند که علیرغم ابلاغ برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی محتوای آموزش اخلاق پزشکی را به فراخور توانایی خود تغییر داده‌اند و می‌توان گفت برنامه‌ی یکسان و مورد توافقی در مورد این واحد درسی در دانشگاه‌های مختلف وجود ندارد (۱۰). عدم وجود توافق عمومی و شفافیت موضوعاتی هم‌چون ماهیت، اهداف، زمان و روش آموزش، ارزشیابی و ... موجب می‌شود بسیاری از ویژگی‌های ضروری برای ارائه‌ی اثربخش درس اخلاق پزشکی، مورد غفلت قرار گیرد. یکی از راه‌های کسب اطمینان از اثربخشی یک برنامه‌ی

^۱ Professionalism

شیوهی اجرای درس را توسط شش سؤال مربوط به بهترین زمان آموزش اخلاق در پزشکی (گزینه‌ها شامل: درس نظری مقدمات اخلاق پزشکی قبل از ورود به مرحلهی بالینی، درس نظری اخلاق پزشکی در طی دورهی بالینی، آموزش اخلاق به صورت بخشی از آموزش بالینی، آموزش غیررسمی اخلاق پزشکی مثلاً در ژورنال کلاب و کنفرانس هفتگی، مراسم تعهدحرفه‌ای مثل مراسم روپوش سفید، سوگند پزشکی)، مناسب‌ترین روش برای انتقال دانش، نگرش و مهارت‌های اخلاق پزشکی در مرحلهی مقدمات (گزینه‌ها شامل: سخنرانی، بحث گروهی، ایفای نقش، فیلم و ویدئو، ترکیب همه) و در مرحلهی بالینی (گزینه‌ها شامل: راند اخلاق، بحث گروهی، بحث در مورد Case و ارائه‌ی راه‌حل)، بهترین نحوه‌ی ارائه‌ی واحددرسی اخلاق (گزینه‌ها شامل: دوره پیش بالینی، دو واحد درسی در سال اول کارآموزی، دو واحد درسی در سال دوم کارآموزی، یک واحد نظری در سال اول کارآموزی و یک واحد عملی در سال دوم کارآموزی، یک واحد نظری در دوره کارآموزی و یک واحد عملی در دوره کارآموزی)، مناسب‌ترین مکان آموزش (گزینه‌ها شامل: کلاس درس در دانشکده، کلاس یا سالن کنفرانس در بیمارستان، سالن کنفرانس در بخش‌های بالینی، برگزاری راند اخلاق در داخل بخش) و بهترین روش ارزشیابی دانشجو (گزینه‌ها شامل: آزمون کتبی چند گزینه‌ای، آزمون کتبی با ارائه‌ی Case، انجام پروژه و تحقیق، ارزشیابی عملکرد اخلاقی دانشجو در بخش، ترکیب چند روش) مورد پرسش قرار داد. متغیرهای مداخله‌گر از جمله جنسیت دانشجویان، تعداد بخش‌های گذرانده شده و وضعیت دانشجو از جهت میهمان یا مقیم بودن، به لحاظ آماری تحت نظر گرفته شدند. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش پرسشنامه‌ها بی‌نام طراحی شد و به کارورزان اطمینان داده شد که پاسخ‌ها محرمانه خواهد بود. اطلاعات به وسیلهی نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل و به روش آمار توصیفی و عمدتاً با استفاده از شاخص مرکزی نما

گزارش شد.

نتایج

از بین ۷۱ کارورز پاسخ‌دهنده به پرسشنامه ۳۲ نفر (۴۵/۶ درصد) پسر، ۳۹ نفر (۵۴/۴ درصد) دختر، ۳۲ نفر (۴۴/۸ درصد) سال اول، ۳۹ نفر (۵۵/۲ درصد) سال دوم، ۷ نفر (۹/۷ درصد) دانشجوی میهمان و ۶۴ نفر (۹۳/۳ درصد) دانشجوی مقیم بودند. در مقطع زمانی انجام پژوهش، ۱۳ نفر (۱۷ درصد) از کارورزان ۶-۳ بخش، ۱۳ نفر (۱۷ درصد) ۱۰-۷ بخش، ۲۶ نفر (۳۶ درصد) ۱۳-۱۱ بخش و ۷ نفر (۹ درصد) ۱۷-۱۳ بخش بالینی خود را گذرانده بودند. میزان پاسخ کارورزان به پرسشنامه ۶۰ درصد بود.

در خصوص دستیابی کارورزان به اهداف مورد نظر از درس اخلاق پزشکی، میزان تناسب درس با نیازهای واقعی در محیط بالینی و برآورد کلی آن‌ها از میزان مفید و کاربردی بودن درس، نمای داده‌ها برای کلیه اهداف در طبقه‌ی کم قرار گرفت. بر عکس، چالش‌زایی موقعیت‌های بالینی، به جز یک مورد، در سایر موارد نمای داده‌ها در طبقه‌ی زیاد قرار گرفت (جدول شماره ۱). در خصوص زمان مناسب برای ارائه‌ی درس اخلاق پزشکی، ارائه‌ی درس نظری در طی دوره‌ی بالینی و آموزش اخلاق به صورت بخشی از آموزش بالینی، نما در طبقه‌ی زیاد قرار گرفت (جدول شماره ۲).

جهت یاددهی مقدمات اخلاق پزشکی، ۲۷ نفر (۳۷/۷ درصد) از دانشجویان مناسب‌ترین روش را بحث گروهی، ۱۲ نفر (۱۷/۴ درصد) فیلم و ویدئو، ۸ نفر (۱۱/۶ درصد) ایفای نقش، ۳ نفر (۴/۳ درصد) سخنرانی و ۲۱ نفر (۲۹ درصد) ترکیب همه‌ی روش‌های فوق را انتخاب کردند. با این حال، برای یاددهی عملی اخلاق پزشکی بالینی، ۸ نفر از دانشجویان (۱۱/۶ درصد) بهترین روش را راند آموزشی، ۱۴ نفر (۱۸/۸ درصد) بحث گروهی و ۴۹ نفر (۶۹/۶ درصد) ارائه‌ی Case و راه‌حل معرفی کردند.

جدول شماره ۱ - تخمین دانشجویان از اثربخشی درس اخلاق پزشکی

| بسیار کم n(%) | کم n(%) | زیاد n(%) | خیلی زیاد n(%) | | |
|------------------|------------|--------------|-------------------|--|-----------------------------|
| ۶(۸/۶) | ۳۰(۴۱/۴) | ۲۸(۴۰) | ۷(۱۰) | درک اصول اخلاق پزشکی و ارزش طبابت شایسته | میزان دستیابی به اهداف درس |
| ۸(۹/۹) | ۴۲(۵۹/۲) | ۲۰(۲۸/۲) | ۱(۱/۴) | توانمندی تفکر نقادانه در مورد case های اخلاقی و ارزش های فردی | |
| ۹(۱۳) | ۳۷(۵۳/۶) | ۲۲(۳۰/۴) | ۲(۲/۹) | درک رویه های قانونی در طبابت | |
| ۱۰(۱۴/۵) | ۳۱(۴۳/۵) | ۲۸(۳۹/۱) | ۲(۲/۹) | درک این واقعیت که ملاحظات اخلاقی، یک بخش ضروری از هر تصمیم بالینی را تشکیل می دهد. | |
| ۱۲(۱۶) | ۳۷(۵۳) | ۲۰(۲۸/۱) | ۲ (۳/۱) | تناسب سرفصل های ارائه شده را با نیازهای واقعی در محیط بالینی | |
| ۵(۷/۱) | ۲۲(۳۱/۴) | ۲۷(۳۷/۱) | ۱۷(۲۴/۳) | ارتباط پزشک و بیمار | میزان دستیابی به اهداف کلان |
| ۲(۲/۹) | ۲۷(۳۹/۷) | ۲۲(۳۲/۴) | ۱۷(۲۵) | رضایت آگاهانه و رعایت اتونومی بیمار | |
| ۱(۱/۴) | ۲۰(۷/۱) | ۳۱(۴۴/۳) | ۱۹(۲۷/۱) | آموزش بالینی بدون نظارت | |
| ۱(۱/۴) | ۱۳(۱۸/۳) | ۳۰(۴۰/۸) | ۲۷(۳۷/۶) | خطاهای پزشکی | |
| ۳(۴/۵) | ۲۳(۳۳/۳) | ۲۸(۴۰/۹) | ۱۵(۲۱/۲) | تعارض منافع | |
| ۴(۵/۷) | ۲۲(۳۱/۴) | ۲۷(۳۷/۱) | ۱۸(۲۵/۷) | رعایت عدالت در تخصیص منابع و امکانات به بیماران | |
| ۱۲(۱۸) | ۲۹ (۳۹) | ۲۶(۳۷) | ۴ (۶) | تخمین کلی میزان مفید و کاربردی بودن درس | |

جدول شماره ۲ - بهترین زمان برای آموزش اخلاق پزشکی از دیدگاه کارورزان

| بسیار کم n(%) | کم n(%) | زیاد n(%) | خیلی زیاد n(%) | |
|------------------|------------|--------------|-------------------|---|
| ۱۳ (۱۸/۲) | ۲۶(۳۷/۹) | ۲۰(۲۸/۸) | ۱۱(۱۵/۲) | درس نظری مقدمات اخلاق پزشکی قبل از ورود به مرحله بالینی |
| ۷ (۱۰/۱) | ۲۳(۳۱/۹) | ۳۰(۴۲/۴) | ۱۱(۱۵/۲) | درس نظری اخلاق پزشکی در طی دوره بالینی |
| ۸ (۱۰/۶) | ۱۷(۲۴/۴) | ۳۱(۴۵/۵) | ۱۴ (۱۹/۷) | آموزش بالینی اخلاق به صورت بخشی از آموزش بالینی |
| ۱۶ (۲۲/۴) | ۲۹(۴۱/۸) | ۱۶(۲۲/۴) | ۱۰(۱۳/۴) | آموزش غیررسمی اخلاق پزشکی (ژورنال کلاب، کنفرانس هفتگی و...) |
| ۱۲ (۱۷/۶) | ۲۵(۳۵/۳) | ۱۶(۲۲/۱) | ۱۸(۲۵) | مراسم های تعهد حرفه ای (مراسم روپوش سفید، سوگند پزشکی و...) |

درصد) مرحله ی پیش بالینی ، ۹ نفر(۱۳ درصد) کارآموزی یک و ۱۱ نفر (۱۶ درصد) کارآموزی دو را برای ارائه ی این درس مناسب می دانستند.

بهترین مدل ارائه ی درس اخلاق پزشکی به نظر ۴۰/۳ درصد) ۲۹ نفر از کارورزان ارائه ی واحد نظری در مقطع کارآموزی و ارائه ی واحد عملی در کارورزی بود. ۱۶ نفر (۲۳

بهترین مکان برای ارائه‌ی درس اخلاق پزشکی از نظر ۲۵ کارورز (۳۴/۳ درصد) سالن کنفرانس بخش، ۱۶ کارورز (۲۲/۹ درصد) راند بخش، ۱۶ کارورز (۲۲/۹ درصد) کلاس در بیمارستان و به‌نظر ۱۴ کارورز (۲۰ درصد) کلاس در دانشکده معرفی شد. بهترین روش ارزشیابی درس اخلاق پزشکی به‌نظر ۲۵ نفر (۳۵/۶ درصد) آزمون کتبی با ارائه‌ی Case، ۲۱ نفر (۲۹/۴ درصد) ارزیابی عملکرد، ۹ نفر (۱۳/۲ درصد) آزمون چند گزینه‌ای، ۴ نفر (۵/۹ درصد) انجام پروژه و تحقیق و به‌نظر ۱۲ نفر (۱۶/۲ درصد) ترکیب همه‌ی روش‌های فوق بود. متغیرهای مداخله‌گر از جمله جنسیت کارورزان، تعداد بخش‌های گذرانده شده و وضعیت کارورز (میهمان/ مقیم) بر دیدگاه آن‌ها در مورد فاکتورهای مورد پرسش تأثیر معنی داری نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

یعنی اثربخشی کوریکولوم اخلاق پزشکی، میزان دستیابی کارورزان به اهداف و پیامدهای مورد انتظار از درس اخلاق پزشکی، میزان رضایت‌مندی آن‌ها و میزان چالش‌زایی موقعیت‌های بالینی مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که میزان دستیابی کارورزان به اهداف مورد نظر در کلیه‌ی موارد، رضایت‌مندی آن‌ها از تناسب درس با نیازهای واقعی بالینی و هم‌چنین، برآورد کلی آن‌ها از مفید و کاربردی بودن درس، کم ارزیابی شد. این در حالی است که به‌جز یک مورد، کارورزان میزان چالش‌زایی بقیه‌ی موقعیت‌های بالینی اخلاقی را زیاد گزارش کردند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌ی کیفی Lehmann و همکاران و خاقانی‌زاده و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۰، ۳). Lehmann و همکاران وضعیت آموزش اخلاق پزشکی را در ۹۱ دانشکده‌ی پزشکی عضو AAMC در آمریکا و کانادا بر اساس پاسخ رئیس دانشکده و مدیر گروه اخلاق پزشکی مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه مواردی از عدم تناسب محتوا با نیاز از جمله عدم توجه به موضوع تعارض منافع و انگیزه‌های مالی در حدود دو

سوم دانشکده‌ها و عدم توجه به آموزش موضوع خطاهای پزشکی در نیمی از دانشکده‌های بررسی شده، وجود داشت (۳). در مطالعه‌ی خاقانی‌زاده و همکاران اساتید اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های تهران، ایران و شهید بهشتی عدم تناسب محتوا را به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین چالش‌های درس اخلاق پزشکی عنوان کردند. آن‌ها معتقد بودند که آنچه به‌عنوان اخلاق پزشکی در برنامه‌ی درسی عرضه می‌شود، ترجمه‌ی کتب غربی بوده و غالباً با نیازها و مسائل فرهنگی و اجتماعی ما مطابقت ندارد. در این مطالعه عدم تناسب محتوا با مبانی فرهنگی و ارزشی و مسائل مبتلابه جامعه، تأکید صرف بر مباحث تئوری، عدم هماهنگی با اهداف و خلط مباحث اخلاقی با سایر مباحث به‌عنوان چالش‌های اساسی این حوزه مطرح شدند (۱۰). خورشیدیان و همکاران نیز معتقدند که در حال حاضر مضمون درس اخلاق پزشکی در اکثر مراکز آموزشی کشور، به‌صورت سنتی و مبتنی بر آموزه‌های دینی ارائه می‌شود (۱۱).

برای پاسخ به سؤال دوم پژوهش، پیشنهاد دانشجویان برای ارائه‌ی اثربخش درس اخلاق پزشکی، نظر کارورزان در مورد بهترین مدل، روش ارائه‌ی مقدمات، روش آموزش بالینی، مقطع، مکان و روش ارزشیابی مورد پرسش قرار گرفت. در مورد بهترین مدل برای ارائه‌ی درس اخلاق پزشکی، ارائه‌ی درس نظری اخلاق در طی دوره‌ی بالینی و آموزش عملی اخلاق به‌صورت بخشی از آموزش بالینی، مورد اقبال کارورزان قرار گرفت. بهترین شکل ارائه‌ی درس به‌نظر کارورزان، ارائه‌ی واحد نظری در کارآموزی و ارائه‌ی واحد عملی در کارورزی بود. بر اساس مصوبه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی در حال حاضر یک درس دو واحدی تئوری بوده که در مرحله‌ی کارآموزی ارائه می‌شود. درخواست کارورزان برای ارائه‌ی درس اخلاق پزشکی به‌صورت تلفیقی از آموزش دانش نظری و آموزش بالینی با وضعیت موجود آموزش اخلاق در دانشکده‌های

درصد و فقط ۱۳ درصد دانشکده‌ها بیش از ۵۰ درصد از وقت کورس اخلاق پزشکی را به سخنرانی اختصاص داده بودند. در عوض، نیمی از دانشکده‌ها ۵۰-۲۶ درصد و ۳۳ درصد دانشکده‌ها بیش از ۲۶ درصد از وقت کورس را به بحث گروهی اختصاص داده بودند. در این مطالعه روش‌های بحث گروهی و راند اخلاق در بخش‌های ماژور، بیش از همه برای آموزش اخلاق در دوره‌های بالینی مورد استفاده قرار گرفته بودند. علاوه بر این‌ها، روش‌های دیگری از قبیل پروژه و تحقیقات دانشجویی در ۶۲ درصد از دانشکده‌ها استفاده شده بود (۳). در مطالعه‌ی Chaves، تاثیر آموزش اخلاق در گروه‌های کوچک و آموزش مبتنی بر حل مساله بر ارتقای عملکرد اخلاقی دانشجویان در ارزیابی‌های دوره‌ای نشان داده شد (۱۳). در مطالعه‌ی Cameron و همکاران، ۸۵ درصد دانشجویان بیان کردند که تصویرسازی تجربیات و مسائل اخلاقی پیش آمده و استفاده از الگو می‌تواند ذهن آنان را در این زمینه روشن کند (۱۴). خورشیدیان و همکاران روش‌های آموزش مبتنی بر حل مساله، آموزش کارگاهی، گزارش صبحگاهی، هم اندیشی دانشجویان، آموزش بر بالین بیمار، ارائه فیلم و اسلاید و نیز سخنرانی را از جمله روش‌های آموزش اخلاق پزشکی برشمرده‌اند (۱۱).

در مورد مکان ارائه‌ی درس اخلاق پزشکی، سالن کنفرانس بخش بیش از همه و کلاس درس دانشکده کم‌تر از همه مورد اقبال دانشجویان قرار گرفت. در مورد روش آموزش بالینی درس اخلاق پزشکی، بحث در مورد Case و راه‌حل آن، بیش از همه مورد اقبال کارورزان قرار گرفت. این یافته‌ها می‌تواند نشان‌دهنده‌ی تقاضای کارورزان برای آموزش کاربردی درس اخلاق باشد. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی Mattick و همکاران و یوسفی و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۵، ۱۲). در مطالعه‌ی Mattick و همکاران ۷۱ درصد اساتید تلفیق آموزش درس اخلاق پزشکی با سایر بخش‌های بالینی را یک نیاز بزرگ اعلام کردند (۱۲). در مطالعه‌ی

آمریکای شمالی و کانادا هم‌خوانی دارد؛ با این وجود، از جهت مقطع ترجیحی آموزش اخلاق نظری هم‌خوانی ندارد (۳). در مطالعه‌ی Lehmann و همکاران، ۷۱ دانشکده (۷۸ درصد) کورس اجباری اخلاق پزشکی را در دوره‌ی پیش بالینی ادغام کرده بودند. هم‌چنین، در ۷۷ دانشکده (۸۴ درصد)، آموزش اخلاق در گردش‌های بالینی نهادینه شده بود. آموزش رسمی اخلاق در ۷۹ درصد بخش‌های داخلی، ۷۰ درصد بخش‌های اطفال، ۶۰ درصد بخش‌های مامایی و زنان، ۶۵ درصد بخش‌های روانپزشکی و ۵۹ درصد بخش‌های جراحی سازماندهی شده بود. اکثر گردش‌های بالینی برگزاری راند اخلاق و بحث‌های گروهی را برنامه‌ریزی کرده بودند (۳).

در پرسش به سؤال بهترین روش ارائه‌ی واحد مقدماتی درس اخلاق پزشکی، بحث گروهی بیش از همه (۳۸ درصد) و سخنرانی بسیار کم‌تر از هر روش دیگری (۴ درصد) مورد اقبال کارورزان بود. این در حالی است که در حال حاضر واحد تئوری اخلاق پزشکی، اساساً به روش سخنرانی برگزار می‌شود. خاقانی‌زاده و همکاران ضعف در برقراری ارتباط دوطرفه با دانشجویان، ضعف در ارائه‌ی بازخورد و توجه به علایق دانشجویان و هم‌چنین، ضعف در استفاده از روش‌های فعال تدریس و ضعف در استفاده از روش‌های آموزش گروهی و مبتنی بر حل مساله را از مشکلات حوزه‌ی تدریس فعالانه‌ی اخلاق پزشکی برشمردند (۱۰). در مطالعه‌ی Mattick و همکاران ۷۱ درصد اساتید سخنرانی را برای آموزش مفاهیم کلیدی و سپس بحث و مناظره در گروه‌های کوچک را بهترین روش ارائه‌ی درس اخلاق پزشکی معرفی کردند. آن‌ها معتقد بودند که رویکرد ترکیبی آموختن و آموزش دادن، عمدتاً به‌صورت بحث در گروه کوچک توسط اساتید تسهیل می‌شود (۱۲). در مطالعه‌ی Lehmann و همکاران، در دانشکده‌هایی که کورس اخلاق مقدماتی را به‌صورت اختصاصی ارائه می‌کردند، نیمی از دانشکده‌ها کم‌تر از ۲۶ درصد از وقت کورس، ۳۷ درصد دانشکده‌ها ۵۰-۲۶

ناگوار به بیمارنا) به صورت رسمی مورد ارزیابی قرار می‌دادند. Al-Umran و همکاران پس از بررسی پوشش محتوای درس اخلاق پزشکی در دانشکده‌های پزشکی عربستان سعودی، ارزیابی امانتداری و شخصیت دانشجویان در زمان پذیرش و ارزشیابی عملکرد اخلاقی دانشجو در بالین بیمار با نظرسنجی از همکاران، پرستاران و بیماران را موکداً توصیه کردند (۸). خورشیدیان و همکاران مشاهده‌ی مستقیم عملکرد و رفتار دانشجو به وسیله‌ی استاد، استفاده از بیمارنا و نظرخواهی از وی در مورد نحوه‌ی رفتار دانشجو، فیلم برداری نامحسوس از عملکرد و رفتار دانشجویان و انجام آزمون‌های کتبی به صورت تشریحی یا پاسخ کوتاه بر اساس Case‌های بالینی، بررسی میزان مشارکت فعالانه‌ی دانشجو در بحث‌های گروهی را از جمله روش‌های ارزشیابی درس اخلاق پزشکی برشمردند (۱۱).

در مطالعه‌ی حاضر میزان پاسخدهی (۶۰ درصد) نسبتاً ضعیف بوده و می‌تواند این ابهام را ایجاد کند که شرکت کنندگان در مطالعه ممکن است علاقمندی یا انگیزه‌ی متفاوتی نسبت به کل جامعه داشته‌اند. با این حال، انجام مطالعه به صورت سرشماری تا حدود زیادی این نقیصه را جبران می‌کند. به نظر می‌رسد که آموزش درس اخلاق پزشکی به روش فعلی، یعنی در قالب دو واحد درس تئوری در مقطع کارآموزی کفایت و اثربخشی لازم را ندارد. با توجه به این‌که هدف غایی از ارائه‌ی این درس تغییر در نگرش و تأثیر بر عملکرد دانشجویان و دانش‌آموختگان در آتی است، روند فعلی نتوانسته است در این مهم موفق باشد. لذا با توجه به نتایج مطالعه، بازنگری در محتوا و ایجاد تناسب با نیازهای بومی و هم‌چنین، بازنگری در مقطع و شیوه‌ی ارائه‌ی این درس، روش‌های آموزش و یادگیری و نیز شیوه‌های ارزشیابی دانشجویان پیشنهاد می‌شود.

یوسفی و همکاران کلیه‌ی اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه تهران بر ضرورت ارائه‌ی این درس در طول دوره‌ی بالینی به‌عنوان یک ضرورت غیر قابل اجتناب تأکید و آن را مستقیماً به تمرین و تجربه‌ی اخلاق در طول دوره‌ی بالینی مرتبط دانستند. با این وجود، آن‌ها آشنایی ناکافی اساتید با مباحث اخلاق پزشکی و روش انتقال آن‌ها، کمبود اساتید مجرب و عامل به اخلاق، مشکلات اجرایی و آموزشی و هم‌چنین، تأثیر خلاء فرهنگی در برنامه‌ریزی را از جمله چالش‌های آموزش بالینی درس اخلاق پزشکی برشمردند (۱۵).

Fryer - Edwards و همکاران یک برنامه‌ی آموزشی اخلاق پزشکی را در چهار بیمارستان آموزشی دانشگاه واشنگتن پایلوت کرد. آن‌ها در فاصله‌ی سه سال ۲۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در پایان روز کاری در نخستین هفته‌ی شرکت در بخش‌های بالینی تشکیل دادند. اهداف این جلسات گفت‌وگو با دانشجویان در مورد موقعیت‌های چالش‌زا، روش ابراز موضوعات دشوار به استاد راهنما برای کاهش خطر یا اشتباه، شناسایی راهکارهایی برای حفظ روحیه‌ی امانتداری در تمام عمر حرفه‌ای، آگاهی نسبت به ارزش‌ها، باورها و نقاط ضعف و قدرت شخصی برگزار کردند. تقریباً تمام اساتید (۹۱ درصد) این جلسات را بسیار موفق و تمام دانشجویان (۹۸ درصد) این جلسات را بهترین فرصت برای تبادل نظر در مورد موقعیت‌های دشوار در مورد تجربه‌های دشوار اخلاقی گزارش کردند (۱۶).

کارورزان بهترین روش ارزشیابی دانشجویان را در درس اخلاق پزشکی، آزمون کتبی با ارائه‌ی Case و ارزشیابی عملکرد اخلاقی دانشجو در بخش معرفی کردند. در مطالعه‌ی Lehmann و همکاران، بیش از نیمی از دانشکده‌ها (۵۳ درصد) توانایی استدلال اخلاقی (مثلاً با RDIT^۱ یا آزمون تشریحی مبتنی بر Case) و یک‌سوم دانشکده‌ها رفتار دانشجویان را در موقعیت‌های دشوار اخلاقی (مثلاً گفتن خبر

^۱ Rest's Defining Issues Test

- 10- Khaghanizadeh M, Maleki H, Abbasi M, Abbaspour A, Mohamadi E. Faculty-related challenges in medical ethics education: a qualitative study. *Iranian J Med Educ* 2011; 11(8): 903-16. [in Persian]
- 11- Khorshidian A, Momeni N, Alaoddini M, Etemad Moghadam S. Ethics education in dentistry. *J Ethics Sci Technol* 1387; 3, 4: 85-9. [in Persian]
- 12- Mattick K, Bligh J. Teaching and assessing medical ethics: where are we now? *J Med Ethics* 2005; 32(3): 181-5.
- 13- Chaves JF. Assessing ethics and professionalism in dental education. *J Indiana Dent Assoc* 2000; 79(1): 16-21.
- 14- Cameron ME, Schaffer M, Park HA. Nursing students' experience of ethical problems and use of ethical decision-making models. *Nurs Ethics* 2001; 8(5): 432-47.
- 15- Yosofi MR, Ghanbari MR, Mohagheghi MA, Emami Razavi SH. Integration of medical ethics education with clinical education from view point of the academic members. *Dev Med Educ* 1391; 9(1): 1-10. [Persian]
- 16- Fryer-Edwards K, Wilkins D, Baernstein A, Braddock C. Bringing ethics education to the clinical years: ward ethics sessions at the University of Washington. *Acad Med* 2006; 81(7): 626-31.

منابع

- 1- Lindgren S. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, The 2012 Revision. World Federation for Medical Education (WFME). <http://www.wfme.org/standards/bme> (accessed in 2013)
- 2- Aldana AM, Piechulek H, Al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ* 2001; 79(6): 512-7.
- 3- Lehmann LS, Kasoff WS, Koch P, Federman DD. A survey of medical ethics education at U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med* 2004; 79(7): 682-9.
- 4- Anonymous. Adverse health events in Minnesota. Public report. Second annual. 2006. www.health.state.mn.us/patientsafety/ae/aereport0206.pdf (accessed in 2013)
- 5- Novack DH, Detering BJ, Arnold R, Forrow L, Ladinsky, Pezzullo JC. Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems. *JAMA* 1989; 261(20): 2980-5.
- 6- Connelly JE, Dalle-Mura S. Ethical problems in the medical office. *JAMA* 1988; 260(6): 812-5.
- 7- Ogundiran TO, Adebamowo CA. Medical ethics education: a survey of opinion of medical students in a Nigerian university. *J Acad Ethics* 2010; 8: 85-93.
- 8- Al-Umran KU, Al-Shaikh BA, Al-Awary BH, Al-Rubaish AM, Al-Muhanna FA. Medical ethics and tomorrow's physicians: an aspect of coverage in the formal curriculum. *Med Teach* 2006; 28(2): 182-4.
- 9- Christie CR, Bowen DM, Paarmann CS. Curriculum evaluation of ethical reasoning and professional responsibility. *J Dent Educ* 2003; 67(1): 55-63.

Effectiveness of the medical ethics curriculum: viewpoints of interns in Mashhad University of Medical science

Mohammad Khajedaluae¹, Zahra Movafaghi^{*2}, Mahdiah Pouryazdanpanah³

¹ Associate Professor, Department of Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran;

² MSc, Department of Education Development, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran;

³ MD-PhD Assistant, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Medical ethics is a set of moral values that apply principles and responsibilities to the practice of [medicine](#) and is a fundamental part of medical education. The current study investigated the effectiveness of the medical ethics curriculum and the best method for its implementation from interns' point of view.

The current cross-sectional descriptive study was carried out in July 2012. The research tool was a questionnaire developed in the medical ethics department and handed to all interns. The validity and reliability of the tool was confirmed using content validity and internal consistency ($\alpha = 0.72$) methods respectively. Data was analyzed using SPSS software and reported by the use of descriptive statistics, particularly mode, as a measure of central tendency.

Seventy-one interns (60%) responded to the questionnaire, 54% of whom were female and 55% in the second internship year. In response to the achievement rate of expected outcomes such as the extent to which the educational objectives have been reached, and the suitability of content with the needs felt in real clinical situations, modes were all ranked in the category of "low". The modes of the responses to the stressfulness of different ethical situations were mainly ranked in the category of "high". To assess the best methods for teaching knowledge as well as medical ethics skills and attitudes, the following were the mode of interns' responses: group discussion (38%) for teaching the basics, and presentation of a case with the solution (70%) for teaching clinical ethics. The most appropriate methods of student evaluation were considered patient management problem and performance evaluation in the ward by 25 (36%) and 21 (31%) of interns respectively.

The current study showed the effectiveness of medical ethics curriculum was low and the students requested presenting this course in a more practical way. It would appear that a two unit theoretic course does not have the efficiency to modify students' attitudes and behavior to encounter challenging ethical situations, and therefore fundamental changes are suggested.

Keywords: medical ethics, professionalism, medical education

*Email: movaffaghiz1@mums.ac.ir