

استفاده از فیلم آموزشی در آموزش مبحث رازداری در اخلاق پزشکی: یک مطالعه مقدماتی

صدیقه ابراهیمی^۱، آزاده یزدی زاده^۲

^۱ دانشیار، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نام نویسنده مسئول:

صدیقه ابراهیمی

چکیده

مقدمه: یکی از مسایل بسیار مهم برای دانشجویان پزشکی آموزش اخلاق پزشکی و یکی از مواد مهم آن رازداری می باشد. این مطالعه به بررسی تاثیر فیلم آموزشی با استفاده از بیمار استاندارد شده روی آموزش رازداری دانشجویان پزشکی پرداخته است.

روش اجرا: در این مطالعه نیمه تجربی شصت نفر از دانشجویان سال چهارم دانشگاه علوم پزشکی شیراز که قبل از ورود به بخشهای بالینی، در کارگاه آموزشی اخلاق پزشکی شرکت داشتند؛ مورد بررسی قرار گرفتند. دانشجویان به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. گروه شاهد در کلاس های مبتنی بر سخنرانی و گروه تجربی با ارائه فیلم آموزشی مورد آموزش رازداری در پزشکی قرار گرفتند. سپس گروه تجربی در کلاس های با روش سخنرانی هم شرکت کردند. گروه ها قبل و بعد از هر آموزش بر اساس توانایی شناخت مسائل اخلاقی از طریق سناریو مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با نرم افزار SPSS 14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در این مطالعه بین نمرات گروه های شاهد و تجربی تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. نمرات دانشجویان گروهی که با فیلم بیماران استاندارد شده آموزش دیده بود و سپس در کلاسهای با روش سخنرانی شرکت کرده بود میانگین بالاتری نسبت به هر گروه به تنهایی داشت.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از مطالعه نشان دادند که آموزش با فیلم به تنهایی، نتوانسته است تاثیر بسزایی بر آموزش رازداری به دانشجویان داشته باشد. اما تلفیق روشهای مختلف آموزشی به صورت استفاده از فیلم آموزشی همراه با شرکت در کلاسهای با روش سخنرانی در یادگیری مبحث آموزشی، تاثیر داشته است.

واژگان کلیدی: فیلم آموزشی، بیمار استاندارد، اخلاق پزشکی، رازداری پزشکی.

مقدمه

پیشرفت‌های سریع در حیطه‌ی دانش و علوم پزشکی با مباحث مهمی در خصوص مسائل اخلاقی همراه گردیده است. شناخت هرچه بیشتر این مباحث منجر به تاکید و توجه روزافزون نسبت به اخلاق پزشکی به عنوان یکی از نیازهای مهم در حیطه پزشکی گردیده است. اخلاق پزشکی نوین با رسالت پرداختن به موضوعات و مباحث جدید، از جمله مباحثی مانند ارتباط بین پزشک و بیمار، اخذ رضایت، رازداری، حقیقت‌گویی و ارتباط پزشک و کادر پزشکی با همکاران، سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر پزشکی و نیز در حوزه تصمیم‌گیری‌ها و ارائه راهکارهای اخلاقی در طب وارد نماید (۲۰۱). اصل رازداری پزشکی و حفظ حریم خصوصی بیماران، چگونگی مدیریت اطلاعات پزشکی بیماران و محرمانه نگهداشتن اطلاعات، از موضوعات اساسی مطرح در حیطه اخلاق پزشکی نوین هستند (۴،۳). رازداری، یکی از مهمترین وظایف اخلاقی در پزشکی و روابط بین پزشک و بیمار است که سابقه‌ای دیرینه دارد که به زمان بقراط و قسم‌نامه او می‌رسد. رازداری، در حقیقت، احترام به اصل اختیار فرد و حفظ حرمت بیمار محسوب می‌شود و می‌تواند با ایجاد اطمینان لازم در بیمار، زمینه را برای بیان نکات و اسرار مربوط به بیماری ایجاد کند؛ که این امر به تشخیص و درمان مؤثرتر منجر خواهد گردید. اما با وجود اهمیت احترام به اصل رازداری و حفظ حرمت بیمار به عنوان یک قاعده در بین پزشکان، این موضوع در مواردی مورد غفلت قرار می‌گیرد (۵). بنابراین ضروری است پزشکان و کادر درمان تحت آموزش لازم در زمینه مباحث اخلاق پزشکی قرار گیرند. در خصوص نحوه آموزش اخلاق پزشکی و نیز آموزش متخصصان این حوزه در جهان، بحث‌های زیادی وجود دارد (۶) در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان، آموزش اخلاق پزشکی با شیوه‌های مناسب و روزآمد و انتخاب روش‌های آموزشی خاص برای موقعیت‌ها و جمعیت‌های هدف مشخص، اجرا می‌گردد (۳). آموزش اخلاق پزشکی به شیوه‌های جدید از طریق بحث و تحلیل موارد اخلاقی در کلاس درس و کارگاه‌های آموزش تخصصی، بررسی موارد اخلاقی در بالین بیماران توسط متخصصان آموزش دیده در دانشگاه‌های معتبر جهان، جایگاه ویژه‌ای یافته است (۶).

یکی از شیوه‌های نوین در آموزش پزشکی، استفاده از بیمار استاندارد شده در برنامه آموزشی دانشکده‌های پزشکی بوده است؛ که از سال ۱۹۹۰ آغاز شد. این بیمارنماها برای اولین بار در آموزش بالینی به دانشجویان مورد استفاده قرار گرفتند و پس از آن در ارزشیابی‌های بالینی آسکی^۱ به کار گرفته شدند. در مطالعه‌ی بی که در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه ویرجینیا انجام شد، بررسی تاثیر استفاده از بیمار استاندارد شده در آموزش بالینی پرداخته شد که تفاوت چشمگیری بین گروه تعلیم داده شده با بیمار استاندارد شده و گروه کنترل مشاهده شد و بدین ترتیب مؤثر بودن استفاده از بیمار استاندارد شده در حیطه آموزش بالینی نشان داده شد (۸،۷). همچنین در سال ۱۹۹۱، در کالج پزشکی اوهایو، در برنامه‌های آموزشی خود از بیمار استاندارد شده استفاده کردند. موضوعاتی که طی این برنامه به آن پرداخته شد، شامل مواردی در روانپزشکی، اخذ شرح حال در مورد روابط جنسی گذشته، خشونت خانگی، خودکشی در پزشکان و ... بود و سناریوهایی برای آموزش این موارد به دانشجویان در نظر گرفته شد. در سال بعد، آموخته‌های آنها توسط آزمون‌های آسکی مورد ارزشیابی قرار گرفت و نشان داده شد که با استفاده از بیمار استاندارد شده، می‌توان آموزه‌های خود را بسیار مرتبط‌تر با آنچه در بالین بیماران با آن رو به رو خواهیم شد مورد بحث قرار داد (۹).

بیمار استاندارد شده جهت آموزش و ارزیابی مهارت‌های بالینی و ایجاد ارتباط بین فردی در دانشجویان پزشکی، تمرین برقراری ارتباط با بیمار و تمرین تکنیک‌های گفتگوی بیمار محور، مورد استفاده قرار می‌گیرند. همچنین ارتباط متقابل دانشجویان با بیمار استاندارد شده به آنها در تصمیم‌سازی درست اخلاقی کمک می‌کند. در زمینه آموزش اخلاق پزشکی با استفاده از بیمار استاندارد تحقیقات محدودی انجام شده است (۱۰).

پژوهش حاضر در راستای پی بردن به اهمیت استفاده از فیلم آموزشی از بیمار استاندارد شده در آموزش مبحث رازداری به دانشجویان پزشکی، طراحی گردیده است.

روش کار

در این پژوهش نیمه تجربی، تمامی دانشجویان پزشکی سال چهارم شرکت‌کننده در دوره آموزشی بخش اخلاق پزشکی (شصت نفر) به عنوان گروه هدف انتخاب شدند. این دانشجویان که ملزم به گذراندن این دوره آموزشی قبل از ورود به بخش‌های بالینی، هستند؛ به شکل تصادفی به دو گروه آموزشی تخصیص یافتند.

دانشجویانی که مبحث رازداری در پزشکی، در کلاس‌های مبتنی بر سخنرانی آموزش داده شد؛ به عنوان گروه کنترل (۲۸ نفر) انتخاب گردیدند. برای آموزش رازداری به گروه تجربی فیلم آموزشی با استفاده از بیماران استاندارد شده تهیه گردید. این بیماران با استفاده

^۱ OSCE

از سناریوهای استاندارد شده ای مورد آموزش کامل قرار گرفته بودند. دانشجویان با تماشای فیلم آموزشی در مورد چگونگی برخورد با موارد مختلف حفظ راز در بیماران، از لحظه ورود بیمار تا تشخیص و ارائه دستورالعمل درمانی، تحت آموزش قرار گرفتند و جلسه بحث و پرسش و پاسخ انجام شد. ارزیابی پس از اتمام هر کلاس در دو گروه دانشجویان، با استفاده از سناریوها و چک لیست امتیازدهی ساخته شده توسط پژوهشگر انجام گردید.

طراحی سناریوها و چک لیست امتیازدهی مربوطه با مراجعه به اطلاعات علمی موجود در مورد رازداری و با بهره گیری از نظر اساتید تهیه و تنظیم شد. به منظور تعیین روایی و اعتبار علمی سناریو ها، پس از تهیه سناریو ها و چک لیست امتیازدهی به عنوان ابزار ارزشیابی، روایی صوری این ابزار با کمک سه تن از دانشجویان سال آخر دکترا (PhD) و دو تن از اساتید اخلاق پزشکی انجام شد. سپس سناریوها بین یک گروه ۳۰ نفره دانشجوی پزشکی شرکت کننده در کلاس اخلاق پزشکی توزیع گردید و در گروه های کوچک به بحث گذاشته شد و نقصهای ظاهری هر کدام بر طرف شد. روایی محتوایی آن با استفاده از نظر ۶ نفر از اساتید و دانشجویان PhD بخش اخلاق پزشکی پس از مطالعه دقیق ابزار مورد سنجش قرار گرفت. در این مرحله پس از اخذ نظرات و پیشنهادات اساتید، دیدگاه های اصلاحی ایشان، تارسیدن ابزار به روایی مطلوب اعمال گردید. در نهایت ۵ سناریو انتخاب و به عنوان ابزار استفاده شد و گویه های مشخص شده که از هر سناریو چه مواردی مورد انتظار است به عنوان شاخصهای نمره دهی مشخص گردید.

برای سنجش پایایی این سناریوها نیز مطالعه ای توصیفی و به صورت مقدماتی انجام شد. بدین صورت که ۶۰ نفر از دانشجویان پزشکی که در طول زمان پژوهش واحد درسی اخلاق پزشکی را اخذ نمودند به دو گروه تقسیم شدند و سناریوها به صورت تصادفی (با روش زوج و فرد کردن) توسط کارشناسی که در جریان مطالعه نبود، بین آنان توزیع گردید. پایایی ثبات بین افراد ارزیاب (مصححین) و ضریب توافق بین این افراد، به علاوه، ثبات درونی سناریو ها نیز بررسی شد. به این ترتیب که نحوه تحلیل سناریوها برای هر دانشجوی پزشکی توسط سه نفر ارزیاب شامل یکی از اساتید، یکی از تازه فارغ التحصیلان بخش اخلاق پزشکی و همکار پژوهشگر، مورد نمره دهی قرار گرفت (نمره بین ۰ تا ۸). این روش ارزشیابی برای ۳۰ نفر دانشجوی که هنوز وارد دوره بالینی نشده بودند و سه ماه بعد از ورود به دوره بالینی اعمال گردید. داده ها با نرم افزار SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون همبستگی پیرسون برای مقایسه همبستگی بین داده ها استفاده و پایایی آزمون برای آگاهی از رازداری بین دو گروه اولیه ۰/۸۱ محاسبه شد.

از دانشجویان انتظار می رفت بعد از گذراندن دوره آموزشی (دو روز) بتوانند تمام مراحل گرفتن تاریخچه درست از بیمار و چگونگی برخورد با عکس العمل های بیماران را با رعایت اصل رازداری و حفظ حریم شخصی بیمار، فرا گرفته باشند. در مرحله اول گروه کنترل در کلاس های با روش سخنرانی و گروه تجربی، با استفاده از فیلم آموزشی با بیمار استاندارد شده مورد آموزش و هر دو گروه قبل و بعد از آموزش مورد آزمون قرار گرفتند.

در مرحله بعد، ۲۰ نفر از گروه تجربی داوطلبانه در کلاس های نظری با روش سخنرانی نیز شرکت نمودند و برای بار دوم بعد از یک هفته مورد آزمون قرار گرفتند و نمره امتیازات مثبتی که کسب کرده بودند با نمره قبلی شان و همچنین با نمره ای که گروه کنترل مقایسه شد. در این مراحل، ارزیابی توسط سناریوهای مشابه برای سنجیدن رازداری مورد سنجش قرار گرفته و بر اساس تصمیم گیری درست آنها در موقعیت های مطرح شده در سناریو و بر اساس مطالب نوشته شده توسط هر دانشجو در مقایسه با استاندارد تعیین شده و میزان اشاره به کلیدهای اصلی، به آنها نمره مثبت به تعلق گرفت. سپس برای هر دانشجو با جمع زدن تمام نمرات مثبت در چک لیست امتیازدهی یک نمره کلی محاسبه گردید. نهایتاً میانگین نمرات کسب شده توسط افراد دو گروه با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت. لازم به ذکر است حداقل نمره ممکن برای هر دانشجو صفر و حداکثر نمره ممکن ۸ در نظر گرفته شد.

کلیه داده های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و نتایج به صورت اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و اطلاعات تحلیلی با بیان مقدار ارزش پی^۲ ارائه گردید. برای بدست آوردن اطلاعات تحلیلی، از آنجایی که قصد ما مقایسه یک متغیر کمی (نمره رازداری) در گروهها بود، ابتدا با استفاده از آزمون کلموگوروف-اسمیرنوف^۳ به تحقیق در خصوص نرمال بودن توزیع متغیر کمی یعنی نمرات در هر یک از گروهها پرداختیم، نتایج این آزمون نشان داد هر سه دسته از نمرات به دست آمده (نمرات گروه کنترل، نمرات گروه تجربی قبل و بعد از شرکت در کلاس های نظری) دارای توزیع نرمال می باشند. در مرحله بعد با استفاده از تست لون^۴ به مقایسه واریانس گروهها پرداختیم. نتایج حاصل از تست مذکور نیز حاکی از برابر بودن واریانس ها در گروههای مورد مقایسه بود.

² P. Value

³ Kolmogorov-Smirnov

⁴ Leven test

مراحل فوق جهت بررسی شرایط پارامتریک و انتخاب آزمون مناسب برای مقایسه نهایی میانگین نمرات گروهها انجام شد. با مشاهده برقراری شرایط پارامتریک بر حسب گروههای مورد مقایسه از یکی از آزمون های تی-استیودنت^۵ یا تی تست جفت شده^۶ استفاده شد. سطح معنی دار آماری $p < 0/05$ گرفته شد

استخراج داده‌های مورد نیاز با رعایت اصل محرمانه بودن و بدون ذکر مشخصات فردی (همچون نام و نام خانوادگی) از نتایج آزمونهای برگزار شده برای دانشجویان شرکت کننده در گروههای آموزشی مذکور در تمام مراحل انجام پژوهش انجام شد.

یافته ها

نمرات کسب شده توسط شرکت کنندگان در هر یک از گروههای مورد بررسی در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره (۱): نمرات کسب شده توسط شرکت کنندگان در هر یک از گروههای مورد بررسی

گروه	تعداد	حداقل امتیاز	حداکثر امتیاز	میانگین \pm انحراف معیار
کنترل (آموزش به روش سخنرانی)	۲۸	۲	۷	$۵/۰۵ \pm ۱/۴۸$
تجربی (آموزش با فیلم آموزشی)	۲۴	۳	۷/۵	$۴/۷۵ \pm ۱/۲۲$
تجربی \pm آموزش به روش سخنرانی	۲۰	۴	۸	$۷/۳۷ \pm ۱/۱۵$

میانگین نمره کسب شده در گروه کنترل با گروه تجربی ($P = ۰/۴۲۸$) تفاوت آماری معنی داری نداشته است. میانگین نمره کسب شده در گروه کنترل با گروه تجربی بعد از شرکت در کلاسهای آموزشی به روش سخنرانی ($P = < ۰/۰۰۱$) تفاوت آماری معنی داری داشته است.

بین میانگین نمره کسب شده در گروه تجربی قبل و بعد از شرکت در کلاس های آموزشی به روش سخنرانی تفاوت آماری معنی داری وجود داشته است ($P = ۰/۰۰۱$).

⁵ t-student test

⁶ paired -t test

بحث و نتیجه گیری

یکی از اساسی ترین وظایف پزشک در ایجاد رابطه درمانی موثر با بیمار حفظ حریم خصوصی بیمار و اطلاعات به دست آمده از این ارتباط است. در صورت نقض رازداری، به عنوان یکی از مهمترین حقوق انسانی، حس اطمینان و اعتماد بیماران دچار خدشه خواهد شد. درک نادرست از اصل رازداری نه تنها می تواند به قداست حرفه‌ی پزشکی آسیب بزند، بلکه بر کیفیت رابطه‌ی درمانی، و در سطحی وسیع‌تر، بر سلامت عموم جامعه نیز تأثیرگذار باشد (۱۱). علی رغم این اهمیت، نتایج بسیاری از تحقیقات، افشاء غیرمجاز اطلاعات از طریق پزشکان و سایر گروه‌های وابسته را اثبات کرده است، به گونه‌ای که در تحقیقی مشخص شد که اطلاعات محرمانه بیمار به میزان ۳ تا ۷ درصد از طریق حرفه‌های پزشکی افشاء می شود (۱۲). در مطالعه‌ای در کانادانشان داده شد که بعضی از پزشکان خانواده از وظیفه خود نسبت به حفظ اطلاعات محرمانه بیمار آگاهی کافی ندارند (۱۳).

با توجه به اهمیت توسعه اخلاق در حرفه پزشکی، لازم است علاوه بر آموزش تخصص‌ها و مهارت‌های مورد نیاز به آموزش اخلاق حرفه‌ای در دانشجویان پزشکی نیز توجه شود بدین منظور شیوه‌های مختلفی برای آموزش اخلاق بوجود آمده که یادگیری مستقیم رایج‌ترین آنهاست. اما تجربه نشان داده است که این شیوه به تنهایی، کارایی لازم را ندارد و یادگیری موثرتر با فعال سازی و مشارکت دانشجویان امر یادگیری محقق می گردد. لذا باید شیوه‌های غیرمستقیم مانند آموزش‌های ضمن عمل جزء برنامه‌های آموزش قرار گیرد و به آموزش‌های اجتماعی و فرهنگی نیز توجه بیشتری نمود. امروزه متخصصان آموزشی بر استفاده از روش‌های نوین فراگیر محور تاکید دارند (۱۴). این مطالعه با هدف ارزیابی تأثیر آموزش مباحث اخلاقی به دانشجویان پزشکی با استفاده از فیلم آموزشی با بیمار استاندارد شده انجام گردیده است.

مطالعات متعددی نشان داده اند دانشجویانی که با بیمار استاندارد آموزش دیده اند در بعضی موارد دارای عملکرد بهتری نسبت به دانشجویانی بوده اند که با بیمار استاندارد آموزش ندیده بودند. موارد اندازه گیری شده در این مطالعات شامل میزان رضایت دانشجویان از دوره درسی، میزان اعتماد به نفس دانشجویان، میزان توانایی مصاحبه بالینی، معاینه فیزیکی و میزان رضایت مندی بیمار بوده است (۱۶، ۱۵، ۱۷).

در زمینه آموزش اخلاق پزشکی با استفاده از بیمار استاندارد یا بیمار نما تحقیقات محدودی انجام شده است (۱۰). در مطالعه لیزا و همکاران^۷ در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه ویرجینیا و مطالعه والتر و همکاران^۸ در سال ۱۹۹۱، در کالج پزشکی اوهایو، موثر بودن استفاده از بیمار استاندارد شده در حیطه آموزش بالینی نشان داده شد (۹-۸). در بسیاری از موارد بیمار نما ارزش بیشتری در روند آموزش فراگیران نسبت به بیمار واقعی دارد، لیکن هدف آن است که به دانشجویان طوری آموزش داده شود که هرچه مؤثرتر با بیمار واقعی مواجه شود. بیمار نما وسیله‌ای است که همراه با سخنرانی، کتاب، نوار ویدئو و بیمار واقعی جای مناسبی در آموزش پزشکی دارد (۱۵).

امانتیاب حاصل از مطالعه ما نشان دادند که آموزش با روش فیلم آموزشی با بیمار استاندارد شده به تنهایی، نتوانسته است تأثیر بسزایی روی افزایش نمرات دانشجویان داشته باشد. بر اساس این نتایج میانگین نمره در گروه تجربی پس از شرکت در کلاسهای نظری، به میزان قابل توجهی دیگر ارتقاء یافت (۷/۳۷+۱/۱۵). اما نمرات گروه کنترل و تجربی، با یکدیگر اختلاف آماری چندانی نداشته است. این مسئله نشان می دهد که آموزش با روش فیلم آموزشی با بیمار استاندارد شده به تنهایی نتوانسته است جایگزین موثر برای روش‌های سنتی نظیر سخنرانی در جهت ارائه مفاهیم در آموزش رازداری، باشد. یافته‌های صادقی و همکاران سال ۱۳۸۶ نیز نشان داد که بیماران استاندارد شده عملکرد قابل قبول و مناسبی چه از نظر اجرا بر پایه سناریوها و چه از نظر واقعی به نظر آمدن نداشتند (۱۸). همچنین مطالعه اصغری و همکاران نشان داد که برگزاری امتحان آسکی با استفاده از بیمار استاندارد به تنهایی برای ارزیابی اخلاقی دانشجویان کافی نیست (۱۹). نتایج مطالعات مالدنوفسکی و کیزر در سال ۲۰۰۸ که اعلام کردند آموزش به روش مولتی مدیا در بالا بردن نمره آگاهی شرکت کنندگان، تأثیر بیشتری نسبت به سخنرانی داشته است (۲۰). از طرفی یافته‌های مطالعه حیدری و همکاران حاکی از تأثیر روش سخنرانی با بازخورد در مقایسه با روش سخنرانی سنتی بر میزان یادگیری کوتاه مدت دانشجویان در طبقات کاربرد و تجزیه و تحلیل بوده است. (۱۴).

نتایج حاصل نشان دهنده این مطلب است که ترکیب چند روش آموزشی، می تواند به طور چشمگیری در یادگیری دانشجویان موثر باشد. این نتیجه بانظر گای و همکارانش^۹ که سه حیطه یادگیری بلوم، شامل حیطه‌های شناختی، روانی-حرکتی و عاطفی را با نظریه‌های یادگیری تبیین کرده است تطابق دارد. با توجه به اینکه اخلاق ماهیتی انسان گرایانه دارد و با توجه به اهمیت مهارت‌های حل مسأله، تصمیم سازی اخلاقی بالینی و مهارت‌های ارتباطی، در آموزش اخلاق، علاوه بر ادغام آموزش نظری اصول اخلاقی با مباحث بالینی، تلفیق روش‌های مختلف آموزشی در سه حیطه یادگیری شناختی، روانی-حرکتی و عاطفی می تواند در تأمین اهداف آموزشی و تربیتی تأثیر بیشتری داشته باشد (۲۱).

⁷ Lisa et al

⁸ Walter et al

⁹ Guey et al

نتیجه گیری

مطالعه حاضر گر چه جامع نیست، اما می تواند سرآغازی برای سنجش اثر آموزش های مستقیم و غیرمستقیم در مورد مباحث اخلاقی باشد. با توجه به اینکه هرکدام از روشهای یادگیری بیشتر بر نوع خاصی از یادگیری متمرکز هستند بنابراین آشنایی با این روشها، کاربردهای آموزشی آن ها و استفاده مناسب از آن ها در آموزش اخلاق معقول به نظر می رسد. امید است بانجام پژوهش های کامل تر در مورد روش های مختلف آموزشی، کیفیت و اثربخشی این روش ها مشخص گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله ی حاضر، برگرفته از پایان نامه ی دکتری حرفه ای است که با حمایت معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز از طرح پژوهشی به شماره ۵۴۳۹ انجام یافته است. نویسندگان مقاله از حمایت های ایشان و دانشجویان شرکت کننده در پژوهش نهایت تقدیر و تشکر را می نمایند.

منابع و مراجع

- [1] Larijani B, Zahedi F. Medicine and modern medical ethics. Iranian Journal of Diabetes And Lipid Disorders. 2005;4(1):1-12. [In Persian]
- [2] Larijani B, Jafariyan A, Kazemiyani A, Hosseini sms.[Pezeshk va Molahezate Akhlaghi-Jelde 2] Medical and ethical considerations.2nd Edition, Vol 2. Tehran: For Tomorrow Publications; 2003. p. 225-32. [in Persian].
- [3] Parsa M. Medicine and patients' privacy. ijme. 2009; 2 (4) :1-14.
- [4] Mavroforou A, Giannoukas AD, Mavrophoros D, Michalodimitrakis E. Confidentiality governing surgical research practice. World J Surg 2005; 29(2): 122-3.
- [5] Humayun A, Fatima N, and Naqqash S, Patient;s perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient department of tow tertialy care hospital of lahore. BMC med ethics, 2008. 9(14)
- [6] Chidwick P, Faith K, Godkin D, Hardingam L.Clinical education of ethicists: the role of a clinical ethics fellowship.BMC Med Ethics.2004; 5(6):1-8.
- [7] McLaughlin K, Gregor L, Jones A, Coderre S. Can standard patients replace physicians as OSCE examiners.BMC Med Education. 2006;6(1):12-17.
- [8] Howley LD, Martindale J. The Efficacy of Standard Patients Feedback in Clinical Teaching: A Mixed Methods Analysis. Med Educ Online [serial online] 2004;9:18. Available from <http://www.med-ed-online.org>. Accessed dec 2014.
- [9] Edinger W, JoDee Robertson, Joy Skeel, M.Div, Judith Schoonmaker. Using Standardaized Patients to Teach Clinical Ethics.Med Educ Online. 1999;4(4):1-5.
- [10] Hodges B, Hanson M, McNaughton N, Regehr G., What do psychiatry residents think of an objective structured clinical examination. Academic Psychiatry, 23.1999 :p. 198-204.
- [11] Asemani O, Ebrahimi S. Medical Confidentiality. Iranian Journal Medical Ethics and History of Medicine. 2014;6(6):64-76.
- [12] Siavash B, Khoshkam M, Sadoughi F. A comparative investigation of the access levels and confidentiality of medical documents in Iran and selected countries. Journal of Health Administration. Volume 2007; 10(28): 49-56.
- [13] Shrier I, Green S, Solin J, et al.: Knowledge of and attitude toward patient confidentiality within three family medicine teaching units. Acad Med 1998, 73:710-12.
- [14] Heidari T, Kariman N, Heidari Z, Amiri Farahani L. Comparison effects of feedback lecture and conventional lecture method on learning and quality of teaching. Arak Medical University Journal (AMUJ) 2010, 12(4, Supp 1): 34-43.
- [15] Asadi A.The Role of Standardized Patient in Medical Education and How to Prepared. 3. 2007; 1 (1) 1 (1) :47-51.
- [16] Saboori M, Jafari F, Monajemi A. The Effect of Employing Standardized Patient on History Taking Skills of Medical Students. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 10 (3) :276-283.
- [17] Habibi Khorasani S,Ebrahimi S. Using video-taped examples of standardized patient to teach medical students taking informed consent. J Adv Med Educ Prof. 2015;3(2): 72-76.
- [18] Sadeghi M, Taghva A,Mirsepasi Gh,Hassanzadeh M. How do examiners and examinees think about role-playing of standard patients in an OSCE setting?. Academic Psychiatry 2007 ; 31(5): 358-362.
- [19] Asghari, F, and Larijani B. "Evaluation of moral competency using standardized patient: presenting an experience." Journal of Medical Ethics and History of Medicine 3 (2010): 5.
- [20] Maldnvski A, Kieser JA. The efficacy of multimedia pre-operative information for patients: A pilot study. Newzealand Dent J , 2008;104:36-43.
- [21] Guey C-c, Cheng Y-y, Shibata S. A triarchal instruction model: integration of principles from Behaviorism, Cognitivism, and Humanism. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;9:105-118.