

تدوین استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پریسا ملک احمدی*، پریناز پارسا

چکیده

مقدمه: اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که در طی آن ابعاد مختلف تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد. با توجه به ضرورت و اهداف آموزش اخلاق پزشکی، تحقیق حاضر قصد دارد ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف (عوامل داخلی) و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی (عوامل خارجی)، در قالب مدل (SWOT) (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) به ارائه استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بپردازد.

روش‌ها: از تعداد ۴۸ عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ در قالب مطالعه‌ای مقطعی و با استفاده از دو پرسشنامه به ترتیب در راستای شناسایی میزان اهمیت و رتبه هر کدام از عوامل داخلی و خارجی تأثیرگذار بر آموزش اخلاق پزشکی و پرسشنامه سومی حاصل برآیند دو پرسشنامه قبلی در خصوص تعیین میانگین امتیاز استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی و در مقیاس ۰ تا ۵ نظرخواهی شد. پس از نظرخواهی، به وزن‌دهی (میزان اهمیت) و رتبه‌بندی هر کدام از این عوامل پرداخته شد و سپس استراتژی‌ها در قالب مدل SWOT ارائه گردیدند.

نتایج: در بررسی عوامل داخلی از بین نقاط قوت، بیشترین میزان اهمیت (وزن) مربوط به "وجود منابع اسلامی و تاریخی غنی در زمینه اخلاق پزشکی" با وزن ۰/۱ و رتبه ۲/۹ و بین نقاط ضعف بیشترین میزان اهمیت مربوط به "به کارگیری روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی" با وزن ۰/۱۲ و رتبه ۲/۶ بود. مجموع امتیازها در جدول تجزیه و تحلیل، برای عوامل داخلی ۲/۸۵ و برای عوامل خارجی ۲/۸۷ به دست آمد. اولویت‌های اول تا سوم به ترتیب به راهبردهای آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی، آموزش اخلاق در بالین بیمار و به کارگیری روش‌های نوین آموزش اخلاق پزشکی اختصاص یافت.

نتیجه‌گیری: تجزیه و تحلیل عوامل داخلی و خارجی آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که به بررسی نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی می‌پردازد، نشان می‌دهد واکنش اعضای هیأت‌علمی دانشگاه نسبت به موارد فوق، کم‌تر از متوسط بوده است. همین‌طور اعتبار استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی با استفاده از مدل SWOT، زیاد بوده که این استراتژی‌ها می‌توانند نقش بسیار مهمی در طراحی برنامه استراتژیک آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: اخلاق پزشکی، آموزش، مدل SWOT، استراتژی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / بهمن ۱۳۹۱؛ ۱۱(۱): ۸۵۴ تا ۸۶۵

مقدمه

اخلاق پزشکی دانشی میان‌رشته‌ای و محصول تشریح مساعی حوزه‌های مختلفی چون پزشکی، فلسفه، الهیات و حقوق است که جنبه‌های ارزشی و اخلاقی دانش و حرفه

* نویسنده مسؤؤل: پریسا ملک احمدی (دانشجوی کارشناسی ارشد کتابداری اطلاع‌رسانی پزشکی)، گروه کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

paria.malekhamadi@gmail.com

پریناز پارسا (دانشجوی دکتری حقوق، دانشکده اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه اصفهان،

اصفهان، ایران. parsa_p@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۲، تاریخ اصلاحیه: ۹۱/۳/۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۷/۱۳

پزشکی، در راستای برطرف نمودن چالش‌های این حوزه، از سوی دیگر از محرک‌های اساسی تحول در توسعه آموزش اخلاق پزشکی بوده است. به خصوص با توجه به اینکه استراتژی‌ها و مطالعات مشخصی در راستای آموزش اخلاق پزشکی و توسعه آن در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام نشده است، ضرورت این امر بیش از پیش احساس می‌گردد.

با توجه به اهداف یاد شده، اخلاق پزشکی علیرغم سابقه ۲۵۰۰ ساله‌ای که در آموزش پزشکی دارد، فقط در ۴۰ سال اخیر به صورت رسمی و به شکل امروزی در دوره‌های پزشکی گنجانده شده است. حکمای گذشته همراه با تدریس طب، مباحثی از اخلاق را نیز گوشزد می‌نمودند. بقراط نخستین فردی بود که مبانی اخلاق را در قالب سوگندنامه با طبابت در هم آمیخت و آنرا به عنوان تعهدنامه اخلاقی در اختیار پزشکان قرار داد. پس از وی تمدن‌های مختلف، به‌ویژه تمدن اسلام و ایران توجه خاصی به اخلاق در طب نشان دادند. پندنامه اهوازی نیز در همین راستا به رشته تحریر در آمده است. در تمدن‌های گذشته و به‌ویژه تمدن اسلامی، اخلاق یکی از پیش‌نیازهای طب بالینی محسوب می‌شد و دانش-آموختگان پزشکی موظف به گذراندن اخلاق و حکمت بودند(۵).

مواجهه روزافزون با مسائل پیچیده اخلاقی موجب تمایل بیشتر دانشجویان به فراگیری رویکردهای اخلاقی در ارتباط با بیمار شده است و این موضوع، تدوین برنامه‌های آموزش اخلاق پزشکی مناسب‌تر و فراگیرتر جهت کمک به پزشکان در راستای تصمیم‌گیری مناسب‌تر را ضروری می‌نماید.

آموزش اخلاق باید به صورت بین‌گروهی و با همکاری متخصصین اخلاق پزشکی و اساتید فلسفه اخلاق صورت گیرد(۶). میزان تأثیر آموزش بر درک اخلاقی دانشجویان در مطالعه‌ای توسط هلم(Holm) و همکاران مورد بررسی قرار گرفته است. آن‌ها نشان دادند که دانشجویان

پزشکی را مورد مطالعه قرار می‌دهد. اخلاق پزشکی، به عنوان مکملی برای آموزش پزشکی، جایگاه ویژه‌ای دارد. امروزه آموزش اخلاق پزشکی در بسیاری از کشورهای دنیا در سطوح مختلف آموزش پزشکی انجام می‌شود(۱). در سال‌های اخیر با افزایش تعداد موارد مشکلات اخلاقی، آموزش و ترویج اخلاق حرفه‌ای در میان دانشجویان پزشکی اهمیت دوچندانی یافته است(۱). افزایش مشکلات اخلاقی منتج از دلائل متعددی است که از جمله آن‌ها می‌توان به مواجهه پزشکان با وسایل و ابزارهای جدید پزشکی، بدون وجود راهنماهای اجتماعی مناسب جهت استفاده از آن‌ها نظیر روش‌های جدید کمک باروری اشاره نمود(۲). به‌علاوه دانشجویان پس از فراغت از تحصیل، دارای باورها و رفتارهای خاص حرفه‌ای می‌شوند که متأسفانه این باورها و رفتارها تا حدی حساسیت‌های اخلاقی آن‌ها را کاهش داده و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را برای آن‌ها دشوار می‌سازد(۳). وقایعی که منجر به شکل‌گیری اخلاق پزشکی شدند، خود زمینه ساز سه پیشرفت عمده در این زمینه گشته‌اند: اول اینکه پزشکان به رعایت اصول اخلاقی در حرفه خود حساس‌تر شدند و به دنبال آن ضرورت آموزش‌های رسمی اخلاق پزشکی مطرح گردید؛ دوم، جامعه به ضرورت مداخله در تصمیم‌گیری‌هایی که در بهداشت و سلامت عامه مردم اثر می‌گذاشت حساس شده که این امر هم به نوبه خود باعث ارتقای لیبرالیسم، حقوق فردی و کرامت انسانی در طبابت گردید؛ سوم مشارکت علوم دیگری مانند علوم اجتماعی، حقوق و غیره در حوزه پزشکی به اجتماعی شدن علم پزشکی و متعاقباً دانش اخلاق زیستی منجر گردید(۴). به علاوه در سال‌های اخیر، بعد از موضوع اعطای پیوند اعضا، توجه پزشکان و پژوهشگران ایرانی به موضوع اخلاق پزشکی و آموزش آن بیشتر شده است. لذا ضرورت داشتن کارکنان حرفه‌ای متعهد و آگاه به چگونگی برخورد با مشکلات اخلاقی از یک سو و نقش پررنگ آموزش اخلاق

پس از گذراندن دوره اخلاق پزشکی، مشخصاً به سطح بالاتری از توانایی استدلال‌های اخلاقی رسیده و درک بهتری نسبت به موارد مشکل اخلاقی پیدا می‌کنند (۷).

اهداف متعددی برای آموزش اخلاق پزشکی ذکر شده است که توانایی درک اصول پایه اخلاقی، استدلال دقیق جهت مشخص ساختن بهترین روش برخورد با شرایط مشکل اخلاقی (۸)، آموزش نقش ارزش‌ها در رابطه پزشک با بیمار، همکاران و جامعه (۹)، آگاه ساختن پزشکان به اصول فلسفی، اجتماعی و قانونی در استدلال‌های بالینی (۱۰)، و آگاهی از نحوه مراقبت از بیمار بسیار بدحال و اعلام وضعیت وی به خانواده از جمله آن‌هاست (۱۱).

با توجه به اینکه تصمیم‌گیری‌های عملی در حیطه اخلاق پزشکی نیازمند درک صحیح مباحث فلسفی مربوطه می‌باشد، باید با دقت تمام و بررسی جوانب امر، اصول و مبانی خاصی را تدوین نمود و به گونه‌ای آن‌ها را به کار گرفت که همه انسان‌ها به ویژه افراد معتقد به اخلاقیات آنرا تأیید نمایند. کلیدهای اساسی که در حال حاضر در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مطرح است مشتمل بر اصول چهارگانه استقلال یا اتونومی، سودمندی، زیان نرساندن و عدالت می‌باشند (۱۲).

در ماده ۲۵ پیشنویس مقدماتی بیانیه هنجارهای جهانی دانش زیست‌پزشکی (۱۳)، که در فوریه سال ۲۰۰۵ با عنوان آموزش، پژوهش و انتشار دانش زیست‌پزشکی انتشار یافت، خاطر نشان شده است که به منظور عملی ساختن و ارتقای اصول این بیانیه و جهت دستیابی به دانش برتر در زمینه ملاحظات اخلاقی پیشرفت‌های علمی و فناورانه، دولت‌ها موظفند به آموزش و پرورش علم زیست‌پزشکی در همه سطوح بپردازند و انتشار دانش و اطلاعات در این زمینه را تشویق نمایند. موارد مطرح شده از طریق برنامه‌ریزی استراتژیک قابل تحقق بوده و یکی از تکنیک‌های مطرح در این زمینه بهره‌گیری از مدل SWOT است. از این رو لازم است جهت هرگونه

تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی راهبردی، نسبت به شناخت وضع موجود از طریق بررسی عوامل محیطی درونی و بیرونی اقدام شود تا از این طریق فرصت‌ها و تهدیدها مشخص شده که بر مبنای آن و با توجه به شناختی که از نقاط قوت و ضعف قبلاً باید بدست آمده باشد، هدف‌ها را تعیین و رویه‌ها و سیاست‌های سازمانی مشخص گردند. SWOT سرواژه عبارات قوت‌ها (Strengths)، ضعف‌ها (Weaknesses)، فرصت‌ها (Opportunities) و تهدیدها (Threats) است. گام اول در مراحل برنامه‌ریزی استراتژیک، تعیین رسالت و اهداف و مأموریت‌ها است و پس از آن می‌توان از طریق تحلیل SWOT، که یکی از ابزارهای تدوین استراتژی است، به طراحی استراتژی‌های متناسب با محیط پرداخت. با استفاده از این تحلیل، امکان تجزیه و تحلیل محیط‌های داخلی و خارجی حاصل می‌شود و ثانیاً تصمیمات استراتژیکی اتخاذ می‌گردد که نقاط قوت را با فرصت‌های محیطی متوازن می‌سازد (۱۴).

قواعد حاکم بر ماتریس تحلیلی SWOT مشتمل بر چگونگی بهره‌برداری حداکثری از فرصت‌ها با بهره‌گیری از نقاط قوت، چگونگی حذف یا کاهش اثر تهدیدها با استفاده از نقاط قوت، چگونگی تبدیل نقاط ضعف به نقاط قوت یا کاستن از شدت نقاط ضعف با بهره‌گیری از فرصت‌ها، و چگونگی کاهش یا حذف تأثیر تهدیدها با کاهش دادن نقاط ضعف می‌باشند. به طور خلاصه می‌توان گفت هدف از تحلیل و بررسی فرصت‌ها و تهدیدهای محیط خارجی، پیدا کردن راهی برای به دست آوردن فرصت‌ها و اجتناب از تهدیدها است، به ویژه زمانی که با یک محیط خارجی غیرقابل کنترل در زمان کنونی مواجه هستیم (۱۴).

با توجه به ضرورت و اهداف آموزش اخلاق پزشکی، تحقیق حاضر قصد دارد ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف (عوامل داخلی) و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی (عوامل خارجی)، به ارائه استراتژی‌های اثربخش توسعه آموزش اخلاق پزشکی در

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بپردازد.

روش‌ها

در این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۰، از ۴۸ عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نظرخواهی شد.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد (۱۵). با استفاده از این فرمول تعداد نمونه مورد نیاز با روش طبقه‌ای تصادفی ($n=47/9$) برآورد گردید. تعداد ۴۸ پرسشنامه میان اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تناسب نسبت تعداد اعضای هیأت‌علمی هر دانشکده و به صورت تصادفی توزیع گردید. پس از نظرخواهی، به وزندهی (میزان اهمیت) و رتبه‌بندی هر کدام از این عوامل پرداخته شد. شاخص‌های (گویه‌های) پرسشنامه‌های شماره ۱ و ۲ (پیوست) با استفاده از متون موجود (۱۵) استخراج گردید.

ابتدا با بررسی متون برنامه‌ریزی استراتژیک و همچنین بررسی عوامل محیطی تأثیرگذار بر آموزش اخلاق پزشکی، فهرستی از نقاط قوت و ضعف و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی شناسایی شدند. داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری گردید. پرسشنامه اول در راستای شناسایی میزان اهمیت و رتبه هر کدام از عوامل داخلی تأثیرگذار بر آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طراحی شده است که مشتمل بر ۱۲ سؤال بوده که هر سؤال وزن و رتبه یکی از عوامل داخلی را مورد سنجش قرار می‌داد. وزن‌ها و رتبه‌ها در پرسشنامه در یک طیف بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد قرار می‌گرفت. مجموع وزن‌ها (میزان اهمیت) برابر با ۱ و معیار رتبه، اتخاذ طیفی از ۱ تا ۵ بود. وزن‌ها میزان اهمیت هر کدام از شاخص‌های تأثیرگذار بر روند آموزش اخلاق پزشکی؛ و رتبه‌ها، میزان واکنش اعضای هیأت‌علمی دانشگاه را نسبت به عامل مزبور نشان می‌داد. پرسشنامه دوم در

جهت شناسایی میزان اهمیت و رتبه هر کدام از عوامل خارجی تأثیرگذار بر آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طراحی شده بود. این پرسشنامه نیز شامل ۱۲ سؤال بوده که ۶ سؤال مربوط به اندازه‌گیری وزن و رتبه فرصت‌ها و ۶ سؤال مربوط به اندازه‌گیری وزن و رتبه تهدیدها است. ابتدا پرسشنامه‌های ۱ و ۲ توزیع شد. بر اساس نتایج حاصل از پرسشنامه‌های ۱ و ۲ پرسشنامه شماره ۳ ادوین شد. این پرسشنامه شامل ۱۷ استراتژی مبتنی بر برابند نقاط قوت و ضعف حاصل از تجزیه و تحلیل عوامل داخلی آموزش اخلاق پزشکی و فرصت‌ها و تهدیدهای حاصل از تجزیه و تحلیل عوامل خارجی آموزش اخلاق پزشکی بود؛ که جهت تعیین میزان اثربخشی و اعتبار استراتژی‌های فوق، در اختیار نمونه‌های مورد پژوهش قرار گرفت.

به منظور تأمین پایایی پرسشنامه‌ها از روش بررسی همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد؛ که برای پرسشنامه اول ($\alpha=0/98$) و برای پرسشنامه دوم ($\alpha=0/98$) به دست آمد. برای بررسی روایی از روش روایی محتوایی استفاده شده است.

پس از نظرخواهی، هر کدام از عوامل وزندهی (میزان اهمیت) و رتبه‌بندی شدند و سپس استراتژی‌ها در قالب مدل SWOT ارائه گردیدند. مبنای قضاوت در مورد مجموع امتیازات (حاصل ضرب وزن در رتبه) بر اساس امتیازات بالاتر از ۳ به عنوان امتیاز بیشتر از حد متوسط و امتیازات پایین‌تر از ۳ به عنوان امتیاز کمتر از حد متوسط بوده است.

جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش توجه به نکاتی نظیر توجیه پاسخ‌گویان و کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت بی‌طرفی، استفاده از جدیدترین منابع اطلاعاتی و علمی، رعایت صداقت هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها و عدم تحریف دستاوردها در جهت همسویی با خواسته‌های پژوهشگر، محرمانه نگهداشتن اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها و دقت در نگهداری آن‌ها

به طور محرمانه، مد نظر قرار گرفت.

نتایج

تمامی ۴۸ پرسشنامه توزیع شده، برگشت یافته و تجزیه و تحلیل شدند (میزان پاسخ دهی ۱۰۰٪). از تعداد ۴۸ نمونه مورد بررسی، ۱۹ نفر (۳۹/۸۵٪) زن و ۲۹ نفر (۶۰/۴۲٪) مرد بودند. سن ۴ نفر (۸/۳۳٪) از نمونه‌ها ۳۰ سال و کمتر، ۱۵ نفر (۳۱/۲۵٪) بین ۳۱ تا ۴۰، ۲۱ نفر (۴۳/۷۵٪) بین ۴۱ تا ۵۰، ۷ نفر (۱۴/۵۸٪) بین ۵۱ تا ۶۰ و ۱

نفر (۲/۰۹٪) بالاتر از ۶۱ سال بود. همچنین تعداد ۴۳ نفر (۸۹/۵۸٪) از نمونه‌های مورد بررسی متأهل و ۵ نفر (۱۰/۴۲٪) درصد مجرد بودند. سابقه خدمت ۱۲ نفر (۲۲/۹۱٪) از نمونه‌ها، ۱ تا ۱۰ سال، ۲۴ نفر (۵۰٪) بین ۱۱ تا ۲۰ سال، و ۱۲ نفر (۲۷/۰۹٪) بین ۲۱ تا ۳۰ سال بود. درجه علمی ۳۰ نفر (۶۲/۵۰٪) از جامعه مورد بررسی استادیار، ۱۳ نفر (۲۷/۰۸٪) دانشیار و ۵ نفر (۱۰/۴۲٪) استاد بود. خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل عوامل داخلی و خارجی در جدول‌های ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱: نقاط قوت و ضعف حاصل از تجزیه و تحلیل عوامل داخلی آموزش اخلاق پزشکی

وزن	میانگین رتبه	امتیاز(حاصلضرب وزن در رتبه)	عوامل قوت
۰/۰۸	۲/۶	۰/۲۰۸	S1- توجه جامعه پزشکی و دانشجویان به اهمیت اخلاق پزشکی
۰/۰۶	۲/۵	۰/۱۵	S2- تشکیل کمیته اخلاق در دانشگاه‌ها
۰/۰۸	۲/۹	۰/۲۳۲	S3- برقراری عدالت اجتماعی در سیستم خدمات بهداشتی و سلامت
۰/۰۸	۳	۰/۲۴	S4- کاربردی شدن اخلاق پزشکی
۰/۰۹	۳/۱	۰/۲۷۹	S5- آگاهی از چالش‌های پیش روی طب بالینی
۰/۱	۲/۹	۰/۲۹	S6- وجود منابع اسلامی و تاریخی غنی در زمینه اخلاق پزشکی
۰/۰۸	۳/۱	۰/۲۴۸	S7- نقش اخلاق پزشکی در شکل‌گیری سرمایه اجتماعی
عوامل ضعف			
۰/۰۷	۲/۵	۰/۱۸۲	W1- کمبود تحقیقات علمی در زمینه آموزش اخلاق پزشکی
۰/۱۲	۲/۶	۰/۳	W2- به کارگیری روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی
۰/۰۹	۲/۷	۰/۲۴۳	W3- فقدان جایگاه جدی آموزش اخلاق پزشکی در برنامه‌های آموزشی
۰/۰۸	۲/۴	۰/۱۹۲	W4- کمبود اساتید با تجربه و آموزش دیده در زمینه اخلاق پزشکی
۰/۰۸	۲/۷	۰/۲۱۶	W5- نقص سرفصل‌های آموزشی و منابع درسی غنی
۱	-	۲/۸۵	جمع

تحقیقات علمی در زمینه آموزش اخلاق پزشکی "می‌باشد. با توجه به مجموع امتیازها (۲/۸۵)، می‌توان گفت واکنش اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نسبت به نقاط قوت و ضعف در آموزش اخلاق پزشکی، با توجه به اینکه امتیازات حاصل کمتر از عدد ۳ بوده، کمتر از متوسط می‌باشد.

با توجه به جدول ۱ از بین نقاط قوت، بیشترین میزان اهمیت (وزن) مربوط به "وجود منابع اسلامی و تاریخی غنی در زمینه اخلاق پزشکی" و کمترین میزان اهمیت مربوط به "تشکیل کمیته اخلاق در دانشگاه‌ها" می‌باشد. همچنین در بین نقاط ضعف، بیشترین میزان اهمیت مربوط به "به‌کارگیری روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی" و کمترین میزان اهمیت مربوط به "کمبود

جدول ۲: فرصت‌ها و تهدیدهای حاصل از تجزیه و تحلیل عوامل خارجی آموزش اخلاق پزشکی

وزن	میانگین رتبه	امتیاز (حاصل ضرب وزن در رتبه)	شاخص‌های فرصت
۰/۱	۲/۴	۰/۲۰۸	O1- افزایش عناوین و شمارگان نشریات اخلاق و اخلاق پزشکی
۰/۰۸	۲/۵	۰/۱۵	O2- رشد فناوری اطلاعات و ثبت الکترونیکی اطلاعات بیماران
۰/۰۸	۲/۷	۰/۲۳۲	O3- توجه جامعه به اخلاق حرفه‌ای
۰/۰۹	۳	۰/۲۴	O4- تدوین برنامه استراتژیک توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
۰/۰۵	۳/۱	۰/۱۵۵	O5- افزایش میانگین سطح تحصیلات جامعه
۰/۰۶	۲/۹	۰/۲۹	O6- توسعه مراکز آموزش پزشکی کشور
شاخص‌های تهدید			
۰/۰۷	۳/۵	۰/۲۴۵	T1- افزایش هزینه‌های درمانی
۰/۰۹	۲/۹	۰/۲۶۱	T2- رقابتی خارج از کشور
۰/۰۸	۲/۷	۰/۲۶۱	T3- جایگزینی انگیزه‌های سرمایه‌داری به جای انگیزه‌های اخلاقی در جامعه
۰/۰۶	۲/۸	۰/۱۶۸	T4- تورم
۰/۱	۲/۶	۰/۲۷	T5- بیکاری
۰/۱۲	۳/۱	۰/۳۷۵	T6- مراقبت‌های جسورانه در مرحله نهایی بیماری‌ها
۱	-	۲/۸۷	جمع

با توجه به امتیاز محاسبه شده در جدول ۲، از بین فرصت‌ها بیشترین میزان اهمیت مربوط به "افزایش عناوین و شمارگان نشریات اخلاق و اخلاق پزشکی" و کمترین میزان اهمیت مربوط به "افزایش میانگین سطح تحصیلات جامعه" می‌باشد. همچنین در بین تهدیدها، بیشترین میزان اهمیت مربوط به "مراقبت‌های جسورانه در مرحله نهایی بیماری‌ها" و کمترین میزان اهمیت مربوط به "تورم" می‌باشد. مجموع امتیازهای عوامل خارجی (۲/۸۷) کمتر از عدد ۳ بوده، بنابراین می‌توان گفت واکنش اعضای هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نسبت به فرصت‌ها و تهدیدها در آموزش اخلاق پزشکی، کمتر از متوسط بوده است.

طراحی استراتژی توسعه آموزش اخلاق پزشکی با استفاده از مدل SWOT در ماتریس SWOT، بین عوامل

داخلی و خارجی سازمان نوعی توازن و تعادل برقرار می‌کند. استراتژیست‌ها می‌توانند با استفاده از این ماتریس چهار نوع استراتژی ارائه نمایند: استراتژی‌های SO، استراتژی‌های WO، استراتژی‌های ST و استراتژی‌های WT (۱۵).

- اعتبار (میزان اثربخشی) استراتژی‌های پیشنهاد شده از نظر جامعه مورد پژوهش:

با توجه به این که استراتژی‌های طراحی شده شامل ۱۷ استراتژی است، میانه امتیاز اثربخشی این راهبردها از نظر ۱۰ نفر متوسط (۲۰٪)، ۲۶ نفر زیاد (۵۶٪) و ۱۲ نفر (۲۵٪) بسیار زیاد بوده است. با توجه به میانگین محاسبه شده برای اثربخشی (۴/۰۹)، اعتبار استراتژی‌های طراحی شده جهت جامعه مورد پژوهش به میزان زیاد بوده است (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین امتیاز اثربخشی استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی از نظر اعضای هیأت‌علمی

اولویت	استراتژی	منطق استراتژی	میانگین امتیاز
۱	آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین‌رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی	W2,W4,O3,O6	۴/۷۵
۲	آموزش اخلاق در بالین بیمار	S1,S4,O2,O3,O5	۴/۵
۳	به کارگیری روش‌های نوین آموزش اخلاق پزشکی	W1,W2,W3,O1,O2,O4	۴/۳۷
۴	تدوین محتوای درس اخلاق بالینی متناسب با نیازهای دانشجوی	S1,S6,O1,O6	۴/۲۲
۵	آموزش پزشکان بر روی بیماران مرحله آخر حیات	S1,S4,S5,T6	۴/۰۵
۶	تهیه و تنظیم سرفصل آموزشی اخلاق پزشکی	W2,W5,O3,O6	۴
۷	آموزش رسمی اخلاق پزشکی در تمامی مراحل	S1,S2,S4,O1,O2,O6	۳/۹۵
۸	تربیت اساتید متخصص و با تجربه در زمینه آموزش اخلاق پزشکی	W1,W3,W4,O2,O4,O6	۳/۸
۹	تغییر رویکرد آموزش پزشکی از بیماری انسان به انسان بیمار	S1,S4,S5,T3,T6	۳/۷۹
۱۰	تدوین برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی کشور	W1,W2,W4,T3,T6	۳/۷۵
۱۱	استفاده مناسب از انواع روش‌ها و وسایل کمک آموزشی در آموزش اخلاق پزشکی	W1,W2,T2,T3	۳/۶۱
۱۲	ارزیابی دانشجویان به صورت عملی و در مواجهه آنها با موارد مشکل اخلاقی	W2,W4,O3,O6	۳/۵۹
۱۳	اختصاص بودجه تحقیقاتی مشخص در زمینه اخلاق پزشکی	S1,S4,S5,O1,O4,O6	۳/۴
۱۴	اجرای دوره‌های کوتاه مدت آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها	S1,S4,S5,T3,T6	۳/۳۵
۱۵	تدوین منشور اخلاق پزشکی مبتنی بر آموزه‌های دینی	S1,S2,S6,O1,O2,O6	۳/۲۶
۱۶	تغییر رویکرد فردنگری به جامعه‌نگری در آموزش پزشکی	W1,W2,W4,T2,T3	۳/۲
۱۷	تربیت پزشکان پرسش‌گر	S1,S2,S5,T1,T2,T6	۳/۱۴

با توجه به میانگین محاسبه شده، اولویت نخست استراتژی‌های طراحی شده توسط جامعه مورد پژوهش مربوط به استراتژی "آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین‌رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی" و اولویت آخر مربوط به استراتژی "تربیت پزشکان پرسش‌گر" می‌باشد.

بحث

قواعد حاکم بر ماتریس تحلیلی SWOT مشتمل بر چگونگی بهره‌برداری حداکثر از فرصت‌ها، چگونگی حذف یا کاهش اثر تهدیدها، چگونگی تبدیل نقاط ضعف به نقاط قوت و چگونگی کاهش یا حذف تأثیر تهدیدها با کاهش دادن نقاط ضعف می‌باشد. در این پژوهش با توجه به ضرورت و اهداف آموزش اخلاق پزشکی، تلاش شده است تا ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف (عوامل داخلی) و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای (عوامل خارجی)

آموزش اخلاق پزشکی، به ارائه استراتژی‌های اثربخش توسعه آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخته شود. با توجه به نتایج ماتریس فوق، استراتژی‌های ارائه شده جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی در ۴ حیطه استراتژی‌های تهاجمی، استراتژی‌های رقابتی، استراتژی‌های محافظه‌کارانه و استراتژی‌های تدافعی بحث شده‌اند. یکی از استراتژی‌های تهاجمی مورد بحث در این پژوهش، آموزش رسمی اخلاق پزشکی در تمامی مراحل است. آموزش محدود اخلاق پزشکی در نظام آموزشی حال حاضر نمی‌تواند دانشجویان را جهت رویارویی با مشکلات اخلاقی آماده سازد. هر چند که وجود یک دوره تئوری آموزش اخلاق پزشکی، دانشجویان را با مباحث اصولی اخلاق پزشکی آشنا می‌سازد، اما دانشجویان هنگام کار بالینی در می‌یابند که تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی و پایبندی به اصول اخلاقی و اعتقادی دشوار بوده و آشنایی کلی با اخلاق

شده و الگوسازی از نقش‌ها، تجربه دانشجویان را افزایش می‌دهد. استفاده از مدل‌های اخلاقی موجود در اینترنت، بستر ثابتی برای مباحث اخلاقی فراهم می‌کند (۱۷). همچنین برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند که آموزش اخلاق بالینی باید در قالب یک برنامه درسی پنهان، درون آموزش پزشکی بالینی در نظر گرفته شود (۱۶).

اختصاص بودجه تحقیقاتی مشخص در زمینه اخلاق پزشکی یکی دیگر از استراتژی‌های تهاجمی مطرح در پژوهش است. دولت‌ها موظفند به موازات پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیک، و آموزش علوم زیست‌پزشکی، برای دستیابی به دانش برتر در زمینه ملاحظات اخلاقی نیز تلاش کنند. بنابر این اختصاص بودجه تحقیقاتی جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

آخرین استراتژی تهاجمی مطرح در این پژوهش، تدوین منشور اخلاق پزشکی مبتنی بر آموزه‌های دینی است. با توجه به تفاوت‌های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق غربی، پایه‌گذاری اصولی یک نظام اخلاق پزشکی مبتنی بر چارچوب‌های اسلامی جهت جلوگیری از نفوذ فرهنگ غرب در کشورهای اسلامی یک ضرورت است (۱۶).

استراتژی‌های ارائه شده جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی در زمینه استراتژی‌های رقابتی عبارتند از:

تربیت پزشکان پرسشگر: دانشجویان پزشکی باید در طول برنامه آموزشی خود با گستره و نتایج پژوهش‌های بالینی، چالش‌های معاصر در طب بالینی و پرسش‌های مهمی که نیاز به پاسخ دارند آشنا شوند.

آموزش پزشکان بر روی بیماران مرحله آخر حیات: در حال حاضر نحوه برخورد با بیماران در مرحله آخر حیات در آموزش پزشکی جایگاهی ندارد. این موضوع به خصوص از این بعد حائز اهمیت است که باید در آموزش پزشکی علاوه بر جنبه‌های پزشکی و درمانی، به جنبه‌های انسانی نیز اهمیت داده شود (۱۸). باید توجه کرد که پزشکی فقط یک علم بیولوژیک نیست؛ بلکه هنر برخورد

پزشکی، نیازهای آنان را برای رویارویی با بیماران واقعی مرتفع نساخته است. به هر حال، آموزش اخلاق پزشکی به طور دائم و در تمام دوره‌های تحصیل پزشکی، همگام با آموزش بالینی و حتی بعد از فارغ‌التحصیلی ضروری به نظر می‌رسد (۱۶).

تدوین محتوای درس اخلاق بالینی متناسب با نیازهای دانشجویی دیگر از استراتژی‌های تهاجمی مطرح در این پژوهش است. به منظور انجام مراقبت‌های پزشکی به شیوه اخلاقی و انسانی، لازم است پزشکان جنبه‌های خاص اخلاق پزشکی را بهتر بیاموزند و همچنین لازم است آنها چگونگی تفکر قاطعانه، درباره پیچیدگی‌های فزاینده جهان پزشکی را فراگیرند. آموزش‌های متداول برای دانشجویان، دستیاران و آموزش‌های مداوم برای پزشکان، بهترین روش نیل به این هدف می‌باشد. امروزه، لزوم تنظیم محتوای درس اخلاق بالینی مطابق با نیازهای دانشجوی مشخص شده است. برای مثال دانشجویان پزشکی تمایل دارند این درس بر مشکلات واقعی که به صورت روزمره با آن مواجه‌اند متمرکز گردد و لذا باید به شکل اختصاصی برای هر تخصص اصلی تهیه شود (۱۷).

آموزش اخلاق در بالین بیمار استراتژی تهاجمی دیگر مطرح در این پژوهش است. اخلاق زیستی باید به طور ایده‌آل در کنار بستر بیمار و در بالین آموخته شود. مدل‌های آموزش این دانش در بالین و ارزیابی سیستماتیک کارآیی آن، هنوز مورد بحث است. برگزاری کنفرانس‌هایی مبتنی بر بیماران، روشی است که از نزدیک با مراقبت‌های بالینی ارتباط دارد. پزشکان هنگامی که به طور فعال در این قبیل بحث‌ها مشارکت می‌نمایند، مطالب را به خوبی فرا می‌گیرند و جنبه‌های نظری و عملی دانش زیست‌پزشکی را می‌آموزند. یک موقعیت مشکل‌آفرین، توجه شنونده را به خود جلب می‌کند. به دنبال مطرح کردن مشکل، بحث‌هایی در می‌گیرد و راه‌حلی با توجه به اصول و تعاریف اخلاقی برای مدیریت آن مشکل، شرح داده می‌شود. استفاده از بیماران استاندارد

با ابعاد انسانی و معنوی را نیز شامل می‌شود.

تغییر رویکرد آموزش پزشکی از بیماری انسان به انسان بیمار: پزشک باید بیمار را در دو بعد مورد بررسی قرار دهد. اول، ویژگی‌های فردی و انسانی بیمار که در اشخاص مختلف متفاوت است؛ و دوم، ویژگی‌های مربوط به بیماری فرد که در مورد بیماری خاص مثل دیابت در افراد مختلف یکسان است (۱۹).

اجرای دوره‌های کوتاه مدت آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها: امروزه آموزش اخلاق پزشکی اهمیت زیادی در دانشگاه‌های پزشکی دنیا دارد و روش‌های آموزشی نوینی در این رشته معرفی شده‌اند. بنابراین دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌توانند با برگزاری دوره‌های آموزشی اخلاق پزشکی به معرفی تکنیک‌های جدید آموزشی در این رشته بپردازند.

استراتژی‌های ارائه شده جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی در زمینه استراتژی‌های محافظه‌کارانه عبارتند از: به کارگیری روش‌های نوین آموزش اخلاق پزشکی: یکی از ضعف‌های سیستم آموزش موجود، عدم توجه آن به شاخص‌های اخلاقی همچون ادب، تواضع، همدردی و دلسوزی است. در واقع، آموزش موجود نمی‌تواند فرد را در مسیر رشد روحی و رفتاری قرار دهد (۲). اخلاق پزشکی بیشتر یک علم بالینی است و مجموعه‌ای از رفتارهاست که در آن‌ها ضرورت توجه به موارد اخلاقی، قانونی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی لحاظ شده است (۲۰) و روش سنتی آموزش اخلاق نمی‌تواند این موارد را به طور هماهنگ و در جهت بهبود روابط بین فردی پزشک و بیمار به کار گیرد.

دشواری در آموزش، اغلب ناشی از تنوع دیدگاه‌های پزشکان و جامعه‌ای است که با موارد مشکل اخلاقی مواجه می‌شوند. در واقع استادان باید به نحوی به دانشجویان آموزش دهند که بتوانند همراه با تعهد علمی و پایبندی به عقاید اخلاقی و مسئولیت‌های حرفه‌ای خود، تصمیم درستی بگیرند (۲). اغلب پزشکان و دانشجویان

پزشکی از ناتوانی روش سنتی در جهت دستیابی به این اهداف، نگران بوده‌اند (۲۱). باید توجه داشت که هزینه مالی اصلاح روش آموزش زیاد نیست و تحول ساختاری در این زمینه می‌تواند، هم به سود حرفه پزشکی و هم به سود بیمارانی باشد که جهت درمان به این گروه مراجعه می‌نمایند (۲۰). در این راستا، در کشورهای مختلف روش‌های متفاوتی به کار گرفته شده است که اغلب شامل روش یادگیری مبتنی بر مسأله، روش داستانی، روش کارگاهی و روش آموزش در راندهای بالینی است.

تربیت اساتید متخصص و با تجربه و آموزش دیده: در زمینه آموزش اخلاق پزشکی هدف اصلی آموزش اخلاق بالینی، ارتقای کیفیت زندگی بیمار است. هم‌چنین به نظر می‌رسد آموزش باید بر ارتقای مهارت‌های شناختی، رفتاری و شخصیتی متمرکز شود. به این منظور، آموزش باید در تمام مراحل آموزش پزشکان در نظر گرفته شود. آموزش اخلاق پزشکی به صورت رسمی مزایای زیادی دارد و به پزشکان بالینی تربیت شده جهت آموزش آن نیازمند می‌باشد. امروزه، آموزش اخلاق پزشکی از شرایط اعتباربخشی برنامه‌های دستیاری است (۱).

آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی: اخلاق پزشکی یک علم بین رشته‌ای تلقی می‌شود و بیشتر یک علم بالینی و مجموعه‌ای از رفتارهاست که در آن‌ها ضرورت توجه به موارد اخلاقی، حقوقی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در نظر گرفته شده است (۲۰). بنابراین برنامه‌های آموزش پزشکی باید ابعاد اجتماعی و رفتاری سلامت و بیماری را در برگیرد (۲۲).

ارزیابی دانشجویان به صورت عملی و در مواجهه آن‌ها با موارد مشکل اخلاقی: نتیجه عملی آموزش اخلاق پزشکی، در مواجهه دانشجویان با مشکل اخلاقی و شیوه حل و فصل آن، مشخص می‌شود. حل و فصل موثر یک مسأله اخلاقی به عواملی نظیر شناخت موضوع اخلاقی، به کارگیری دانش مناسب باموضوع، تجزیه و تحلیل

اهداف بلندمدت، به تدوین چشم‌انداز و مأموریت سازمانی بپردازند و همچنین با توجه به عوامل داخلی و خارجی تأثیرگذار بر روند آموزش اخلاق پزشکی کشور، استراتژی‌هایی برای رسیدن به این اهداف، در قالب برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی تدوین نمایند. تابلوی و رضاییان در پژوهش خود در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، استراتژی‌هایی را در قالب مدل فوق ارائه کردند. در پژوهش ایشان، واکنش پایین‌تر از حد متوسط، به علاوه اهمیت اولویت‌های استراتژی‌های آموزش اخلاق پزشکی در قالب برنامه‌های بین‌رشته‌ای و آموزش در بالین، به عنوان مهم‌ترین استراتژی‌های این حوزه معرفی شدند، که با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا است (۱۸). این نتیجه مبین اهمیت برنامه‌های آموزش بین‌رشته‌ای اخلاق پزشکی و اهمیت این آموزش در بالین بوده و ضرورت برنامه‌ریزی‌های بیشتری را در این اولویت‌ها را آشکار می‌سازد.

عدم تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه به کل دانشگاه‌ها و سایر رشته‌ها، به دلیل تفاوت ماهیت در رشته‌های گوناگون، همچنین عدم تدوین استراتژی‌ها توسط خرد جمعی از محدودیت‌های این مطالعه است.

نتیجه‌گیری

جدول خلاصه تجزیه و تحلیل عوامل داخلی و خارجی آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که به بررسی نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی می‌پردازد، نشان می‌دهد واکنش اعضای هیأت‌علمی دانشگاه نسبت به موارد فوق، کمتر از متوسط بوده است. همین‌طور، اعتبار استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی با استفاده از مدل SWOT، زیاد بوده که این استراتژی‌ها می‌توانند نقش بسیار مهمی در طراحی برنامه استراتژیک آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان داشته باشند.

مسأله، تصمیم‌گیری در مورد روند اقدامات و انجام اقدامات ضروری برای حل مسأله بستگی دارد (۲۳).

تهیه و تنظیم سرفصل آموزش اخلاقی پزشکی با توجه به نیازها و مشکلات اخلاقی روز: از آنجا که سرفصل آموزشی تدوین شده در درس اخلاق پزشکی مربوط به سال‌های گذشته است، بدیهی است نیازها و مشکلات اخلاقی روز در آن جایگاهی ندارد. از طرفی، اخلاق پزشکی یک علم بین رشته‌ای تلقی می‌شود و توجه به موارد اخلاقی، حقوقی و اجتماعی در آن ضرورت دارد. بنابراین، بازنگری مداوم در سرفصل‌های آموزشی این درس، مطابق با نیازهای اخلاقی روز و تکنیک‌های جدید آموزشی، ضروری به نظر می‌رسد.

استراتژی‌های ارائه شده جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی در زمینه استراتژی‌های تدافعی عبارتند از:

استفاده مناسب از انواع روش‌ها و وسایل کمک آموزشی در آموزش اخلاق پزشکی: استفاده مناسب از انواع شیوه‌های تدریس و وسایل کمک آموزشی نظیر سخنرانی، کار گروهی، رایانه و نرم افزارهای آموزشی می‌تواند نقش مهمی در آموزش اخلاق پزشکی ایفا کند.

تغییر رویکرد فردنگری به جامعه‌نگری در آموزش پزشکی: تاریخچه آموزش پزشکی در قرن بیستم، شاهد نوسانات مکرر در بینش دست‌اندرکاران آموزش پزشکی است به نحوی که در مقاطع تمرکز مباحث آموزشی و ارگان‌ها، در برهه‌ای تمرکز بر خانواده، مدتی تمرکز بر جامعه و در سال‌های پایانی قرن بیستم، تمرکز بر فرد بیمار است.

اگر رسالت آموزش پزشکی، سلامت به مفهوم کلان آن باشد، باید اهداف و محتوای آموزش پزشکی از تمرکز بر فرد به تمرکز بر جامعیت سلامت اعم از زن، فرد، خانواده و جامعه تغییر کند (۲۴).

تدوین برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی کشور: متولیان آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه‌های کشور می‌توانند با توجه به نیازها و مشکلات اخلاق پزشکی، علاوه بر تعیین

منابع

1. Lovett LM, Seedhouse D. An innovation in teaching ethics to medical students. *Med Educ.* 1990;24(1):37-41.
2. Scaneider GW, Snell L.C.A.R.E.: an approach for teaching ethics in medicine. *SocSci Med.* 2000; 51(10): 1563-7.
3. Charon R, Fox RC. Critiques and remedies: medical students call for change in ethics teaching. *JAMA* 1995; 274(9): 767, 771.
4. Carrese JA, Sugarman J. The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician. *Chest.* 2006; 130(6): 1864-72.
5. Larijani B. [Health care professional and ethical issues]. Tehran: Baraye Fard ; 2004. [Persian]
6. Asai A, Kishino M, Fukui T, Masano T. Postgraduate education in medical ethics in Japan. *Med Educ.* 1998;32(1):100-4.
7. Holm S, Nielsen GH, Norup M, Vegner A, Guldman F, Andreassen PH. Changes in moral reasoning and the teaching of medical ethics. *Med Educ.* 1995; 29(6): 420-3.
8. Fischer GS, Arnold RM. Measuring the effectiveness of ethics education. *J GenIntern Med.* 1994; 9(11): 655-6.
9. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Welker RM. Medical ethics education: Coming of age. *Acad Med.* 1998; 64(12): 705-14.
10. Swenson SL, Rotestin JA. Navigating the wards: teaching Medical Students to use their moral compasses. *Acad Med.* 1996; 71(6): 591-4.
11. Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical Ethics Education: past, present and future. *Acad Med.* 1995; 70(9): 761-9.
12. Zali MR. [The novel principles of Doctor- patient relationship the guidelines for good clinical]. Tehran: Academy of Medical Sciences, Iran; 1998. [Persian]
13. International Bioethics Commette. Preliminary Draft Declaration on Universal Norms and Bioethics. Paris; 2005. [Cited 2012 Nov 13]. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Declaracao_Universa_Bioetica_%20UNESCO.pdf
14. Parsaeian A, Arabi M (Translators). [Strategic Management]. David FR (Author). 6th ed. Tehran: Cultural Research Bureau; 2004. [Persian]
15. Walpole RE, Myers RH, Myers SL. Probability and statistics for engineers and scientists. 6th ed. Prentice Hall College Div; 1997.
16. Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Clinical ethics revisited. *BMC Medical Ethics.* 2001; 2: 1.
17. McKneally MF, Singer PA. Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical Setting. *CMAJ.* 2001; 164(8): 1163-7.
18. Taboli H, Rezaeian M. [Development of medical ethics strategies in Rafsanjan university of medical sciences]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences.* 2010; 9(3): 195-209. [Persian]
19. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam C, Freeman TR. Patient-centered medicine. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
20. Martinez SA. Currents in contemporary ethics: Reforming Medical ethics education. *Med & Ethics.* 2002. [Cited 2012 Nov 13]. Available from: <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?collection=journals&handle=hein.journals/medeth30&div=101&id=&page=>
21. Singer PA. Recent Advances in Medical Ethics. *BMJ.* 2000; 321: 282.
22. Okasha A. The future of medical education and teaching: A Psychiatric Perspective. *Am J Psychiatry.* 1997; 154(6): 77-85.
23. Jansen AR, Siegler M, Winslade WJ. Introduction, in: clinical ethics. Forth edition. New York: McGraw-Hill; 1998.
24. Jamshidi HR. [Medical Education in 21st-century]. *Iranian Journal of Medical Education.* 2000; 1(2): 30-7. [Persian]

Development of Strategies for Advancement of Medical Ethics Education in Isfahan University of Medical Sciences

Parisa Malekhamadi¹, Parinaz Parsa²

Abstract

Introduction: *Medical ethics is an analytical attempt that deals with various aspects of ethical decision making in medicine. According to the importance and goals of medical ethics, this study is an endeavor to evaluate strengths and weaknesses (internal factors) as well as opportunities and threats to medical ethics education (external factors) using SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, and Threats) model and represent helpful strategies in medical ethics education in Isfahan University of Medical Sciences.*

Methods: *In this cross sectional study, the opinions of 48 faculty members of Isfahan University of Medical Sciences in year 2011 were studied. After collecting the opinions, each factor was weighed (level of importance) and ranked and finally the strategies were formulated in SWOT model.*

Results: *Evaluating internal factors of strength points, it was derived that the most importance level (weight) belongs to “having rich Islamic and historical resources on medical ethics” with the weight of 0.10 and the grade of 2.9. Among weakness points, the top importance belonged to “using traditional methods for medical ethics education” with weight of 0.12 and ranking of 2.6. Furthermore, the sum of grades in analysis table was 2.85 for internal factors and 2.87 for external factors. The results showed that the first three priorities of formulated strategies were “inter-disciplinary medical ethics education by medical ethics and clinical sciences teachers”, “teaching medical ethics in clinical settings”, and “employing new methods in medical ethics education”, respectively.*

Conclusion: *The analysis of internal and external factors in medical ethics education in Isfahan University of Medical Sciences which studies the weakness and strength points, opportunities, and threats to medical ethics education shows that the faculty reaction to these factors is lower than medium. On the other hand, the validity of strategies for medical ethics education development using SWOT model is high, so these strategies can play an important role in strategic planning of medical ethics education in Isfahan University of Medical Sciences.*

Keywords: Medical ethics, education, SWOT model.

Addresses:

¹ (✉) Msc student of Medical Library and Information Sciences, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: parisa.malekhamadi@gmail.com

² Phd Candidate of Law, Faculty of Economic and Official Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: parsa_p@gmail.com