چالش‌های آموزش اخلاق پزشکی مرتبط با اساتید: مطالعه کیفی

مرتضی خاقانی‌زاده*، حسن ملکی، محمود عباسی، عباس عباس‌پور، عیسی محمدی

چکیده

مقدمه: آموزش اخلاق پزشکی در مشاغل گروه پزشکی موضوعی کلیدی است، زیرا اساس رابطه آنان با بیماران، یادگیری اخلاق است. اساتید یکی از عناصر مهم آموزش اخلاق پزشکی به شمار می‌روند، و از عوامل مهم شکل‌دهنده شخصیت اخلاقی و حرفه‌ای دانشجویان هستند. هدف این مطالعه تبیین چالش‌ها و مشکلاتی است که آموزش اخلاق پزشکی را تهدید می‌کند.

روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش کیفی، از نوع تحلیل محتوی است. چهارده نفر از اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹ در این مطالعه شرکت داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختارمند جمع‌آوری و با رویکرد تحلیل محتوای کیفی (روش مایرینگ)، تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با مشارکت‌کنندگان در مطالعه، منجر به استخراج سه درون‌مایه: ۱-توانایی تخصصی اساتید اخلاق پزشکی ۲-آموزش اخلاق پزشکی با روش‌های تدریس فعال ۳- فاصله آموزش تئوری از عمل گردید. هر کدام از این درون‌مایه‌ها، شامل چندین طبقه اصلی و فرعی است که جنبه‌ای خاص از چالش‌های موجود در آموزش اخلاق پزشکی مرتبط با اساتید را توصیف می‌کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که اساتید پزشکی به طور اعم و اساتید اخلاق پزشکی به طور اخص نتوانسته‌اند نقش کلیدی خود را در ارتقا و رشد اخلاقی دانشجویان ایفا کنند. بدین منظور پیشنهاد شده است دوره‌های آموزش تخصصی کوتاه مدت اخلاق پزشکی و روش‌های تدریس فعال برای همه اساتید پزشکی برگزار گردد و همه اساتید پزشکی موظف شوند، با بهره‌گیری از الگوهای رفتاری، زمینه ظهور صلاحیت‌های اخلاقی و حرفه‌ای را به صورت عملی در دانشجویان فراهم نمایند.

واژه‌های کلیدی: آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی، اساتید اخلاق پزشکی، رشد اخلاقی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ اسفند۱۳۹۰؛ ۱۱(۷): ۹۰۳ تا ۹۱۶

مقدمه

هدف غایی آموزش اخلاق پزشکی، تقویت هدف اصلی آموزش پزشکی یعنی «تربیت پزشکان شایسته‌ای که بتوانند ضمن رعایت عدالت، شأن و حقوق انسانی، باعث ارتقای سطح سلامت آحاد جامعه خود باشند» است(۱). آموزش رسمی اخلاق پزشکی در دانشکده‌های پزشکی، در طول ۲۵سال قبل، به نحو فزاینده‌ای افزایش یافته است. هنوز هم در تعدادی از کشورهای در حال توسعه، این موضوع مورد توجه نیست(۲). پیچیدگی مسائل متعددی که در اثر پیشرفت تکنولوژی اتفاق افتاده بر

* **نویسنده مسؤول:** دکتر مرتضی خاقانی‌زاده (استادیار)، دانشکده پرستاری و مامایی مرکز تحقیقات طب و دین، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. khaghanizade11@yahoo.com

دکتر حسن ملکی (دانشیار)، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. (malaki_cu@yahoo.com)؛ دکتر محمود عباسی (استادیار)، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (dr.abbasi@sbmu.ac.ir)؛ دکتر عباس عباس‌پور (استادیار)، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. (abbaspour1386@gmail.com)؛ دکتر عیسی محمدی (دانشیار)، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (emohamadus@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۱۵، تاریخ اصلاح: ۹۰/۹/۶، تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۶

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

مسائل اخلاقی می‌افزاید و ظاهراً هر کدام از مباحث جدید اخلاق پزشکی کافی است که نظام آموزش سنتی پزشکی به طور اعم، و سایر حرفه‌های علوم پزشکی را به طور اخص، به چالش بکشد. 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(۳).

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 شود(٤). علی‌رغم ابلاغ برنامه 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 در ارائه آن تغییر داده‌اند و می‌توان گفت برنامه یکسان و مورد توافقی در مورد این واحد درسی در دانشگاه‌های مختلف وجود ندارد. در حال حاضر نیز به دلیل کمبود مدرسان آگاه و صاحب تجربه در این حیطه، گسترش آموزش اخلاق پزشکی در سراسر کشور با مشکل روبه رو شده است(٥و٦). لذا ضروری است ابعاد مختلف مشکلات در این حوزه شناسایی و راه حل‌های مناسبی برای مقابله با آنها ارائه شود.

لیهمان (Lehmann) و همکاران در تحقیقی به بررسی وضعیت آموزش و تحصیل اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های پزشکی ایالات متحده و کانادا پرداخته‌اند و در تحقیق خود به این نتیجه رسیده‌اند که اولاً برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی، اغلب از پرداختن به نیازهای پزشکان شاغل و دانشجویان کوتاهی می‌کند. ثانیاً، نشانه‌هایی وجود دارد که اساتید دانشکده‌های پزشکی ممکن است بازدارنده رشد اخلاقی دانشجویان باشند و این باید ما را بر آن دارد که در آموزش اخلاق پزشکی خود بازاندیشی کنیم(۷).

با توجه به این که در دوره دانشجویی یکی از عوامل مهم شکل‌دهنده شخصیت اخلاقی و حرفه‌ای دانشجویان، اساتید آنان است، لذا ضروری است به این موضوع توجه ویژه‌ای شود. نتایج تحقیقات متعدد در این خصوص بیانگر این حقیقت است که از جمله نقش‌های اساتید و مربیان، انتقال هنجارهای جامعه، فراهم‌کردن تجربه‌های فرهنگی، شکل دادن به رفتار، عقاید و نگرش‌های دانشجویان و پرورش فضایل اخلاقی در آنان است(۲و۸تا۱۱). در خصوص نقش اساتید به عنوان انتقال‌دهنده فرهنگی، اسپیندلر (Spindler) اشاره به این دارد که در طی دوره دانشجویی، محدودیت‌هایی که توسط مربیان تعیین می‌شود و تحمیل هنجارهایی از طریق اساتید و گروه‌های آموزشی، از دانشجو یک مخلوق فرهنگی می‌سازد و تغییر در هویت اجتماعی دانشجو ایجاد می‌کنند(۸). بنابراین یادگیری و انتقال فرهنگی هرگز جدا از هم نیستند. بدیهی است در مواردی که هدف از آموزش به طور وضوح القای ارزش‌ها در یادگیرندگان است، اساتید می‌توانند عملکرد مؤثری در یک فرهنگ خاص داشته باشند. این مفهوم همچنین اساتید گروه‌های آموزشی را تشویق می‌کند تا تجارب آموزشی را در نظر بگیرند که به بهترین حالت برای انتقال فرهنگی در دانشجویان مؤثر باشند. این مسأله به طور خاص مرتبط با آن دسته از برنامه‌های آموزشی است که عموماً در قالب تجربیات عملی و کارورزی‌ها، ارائه می‌شوند(۸و۹).

یکی از وظایف اساتید پرشکی، تضمین یادگیری اخلاق پزشکی است و آنان راهنمای یادگیری اخلاق محسوب

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

می‌شوند(۱۲و۱۳). ماتیک (Mattick) در مطالعه‌ای یافته‌های حاصل از یک بررسی ملی از آموزش اخلاق در دوره پزشکی عمومی در دانشکده‌های پزشکی بریتانیا را بررسی کرده است. در کل ۱۶ دانشکده پزشکی بررسی شد که حداقل یک تا چند عضو هیأت‌علمی تمام وقت را به طور مستقیم مسؤول تضمین یادگیری دانشجویان در طی دوره پزشکی عمومی درباره اخلاق و حقوق پزشکی کرده بودند. یافته‌های این تحقیق پیشرفت معناداری را در سال‌های اخیر در برنامه درسی اخلاق پزشکی در دوره پزشکی عمومی نشان می‌دهد که به رفتار اخلاقی در حرفه پزشکی کاملاً توجه شده است. در این تحقیق پیشنهاد شده است اساتید اخلاق پزشکی به طور مستمر باید برنامه درسی اخلاق پزشکی را مورد بررسی قرار داده و ایده‌های جدید و خلاقانه‌ای را برای یادگیری مؤثر اخلاق ارائه کنند، زیرا بدون چنین عملی این خطر وجود دارد که در تضمین رفتار اخلاقی پزشکان آینده شکست بخوریم(۱۲). اکلز (Eckles) در گزارش تحقیق خود می‌نویسد؛ سؤالات و ابهامات زیادی در خصوص ابعاد مختلف آموزش اخلاق پزشکی مطرح است، سؤالاتی که در ادبیات تحقیقات اخلاق پزشکی درباره روش تدریس اخلاق پزشکی مطرح است عبارتند از: «چه کسی باید اخلاق پزشکی را تدریس کند؟ کدام روش‌های تدریس مؤثرتر هستند؟ و باید مورد استفاده قرار گیرد؟». این ها سؤالاتی است که مطالعات آموزش اخلاق پزشکی به وضوح به آنها پاسخ نداده است و یک سؤال تعیین‌کننده در آموزش اخلاق پزشکی این است که این آموزش به چه کسانی سپرده شود(۱۴).

با توجه به ابهامات و سؤالات بسیار زیادی که در حوزه آموزش اخلاق پزشکی مطرح است، این مقاله، به ارائه نتایج حاصل از اولین مرحله از یک مطالعه وسیع تحت عنوان «طراحی الگوی برنامه درسی اخلاق پزشکی با رویکرد اسلامی»، پرداخته است. جهت طراحی الگوی مذکور، ضروری بود در اولین مرحله، تجارب اساتید اخلاق پزشکی در زمینه وضعیت جاری برنامه درسی اخلاق پزشکی تبیین گردد؛ زیرا یکی از بهترین راه‌های ارزیابی یک برنامه، استفاده از تجارب افرادی است که این برنامه را اجرا کرده و با مشکلات و چالش‌های آن در فعالیت‌های روزمره مواجه هستند. در این خصوص آرتبور (Artbur) اظهار می‌کند که موفقیت دوره‌های آموزش اخلاق پزشکی مدیون اعضای هیأت‌علمی است که تسهیل‌کننده‌های یادگیری اخلاق پزشکی هستند و به صورت سخاوت‌مندانه برای تربیت پزشکان آینده وقت می‌گذارند و یکی از نقش‌های این اساتید ارائه ایده‌های خلاقانه در آموزش اخلاق پزشکی است(۱۳). مطالعه تجارب این افراد به شیوه کیفی می‌تواند به شناخت عمیق‌تر و واقعی‌تر وضعیت برنامه درسی اخلاق پزشکی کمک کند. یکی از درون‌مایه‌های اصلی و مهم، چالش آموزش اخلاق پزشکی مرتبط با اساتید است که در این مقاله به معرفی ابعاد مختلف این چالش پرداخته شده است.

روش‌ها

روش مورد استفاده در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی (Qualitative Content Analysis) است که در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه مورد مطالعه اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران بودند. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در تحقیق و دارا بودن حداقل سه سال سابقه فعالیت آموزشی و پژوهشی در زمینه اخلاق پزشکی بود. داده‌های آن از طریق «مصاحبه‌های انفرادی نیمه ساختارمند» با صاحب‌نظران به دست آمد. افراد صاحب‌نظر نه به عنوان یک شخص، بلکه به منزله نمایندگان یک گروه از متخصصان در نمونه گنجانده می‌شوند(۱۵) و با استفاده از روش مصاحبه نیمه‌ساختارمند، اظهارات آنان در راستای سؤالات پژوهش ساختار پیدا می‌کند. نمونه سؤال راهنما برای مصاحبه شامل موارد زیر بود: «در آموزش اخلاق

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

پزشکی با چه چالش‌ها و موانعی مواجه هستید؟ اساتید اخلاق پزشکی دارای چه نقاط قوت و ضعفی هستند؟ از نظر کمی و کیفی وضعیت اساتید اخلاق پزشکی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟» روش نمونه‌گیری در این مطالعه، مبتنی بر هدف بود. در این روش، نمونه‌گیری بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به صورت تدریجی تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه می‌یابد(۱۶). جهت جمع‌آوری داده‌ها، پس از شناسایی اساتید اخلاق پزشکی واجد معیارهای ورود به مطالعه با آنان مصاحبه شد، روش کار بدین صورت بود که پس از انجام مصاحبه، متن گفت و گوها از روی نوار، پیاده و چندین بار مرور می‌شد. ابتدا داده‌های حاصل از هر مصاحبه کدگذاری می‌شد و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌گرفت. بعد از انجام چهارده مصاحبه، به دلیل اشباع داده‌ها و عدم استخراج کد جدید، جمع‌آوری داده‌ها خاتمه یافت. مدت زمان جلسات مصاحبه بین ٤٥ تا ٩٠ دقیقه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رویکرد تحلیل محتوای کیفی با بهره‌گیری از روش مایرینگ (Mayring) استفاده شد. این رویکرد به پیش‌زمینه نظری خاصی محدود نیست. عمدتاً برای تحلیل دیدگاه‌های شخصی که از طریق مصاحبه گردآوری شده‌اند، مورد استفاده قرار می‌گیرد(۱۷). بدین منظور، متن مصاحبه‌های تایپ شده به نرم‌افزار مکس کیو دی ای (MAXQDA) انتقال یافت و کُدگذاری داده‌ها با استفاده از این نرم‌افزار انجام شد. مراحل تحلیل داده‌ها مطابق رویکرد مایرینگ بدین نحو بود که همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، گزاره‌هایی که معنادار و در ارتباط با سؤال پژوهش بودند کدگذاری می‌شدند (تلخیص اول). بعد از مرحله کُدگذاری اولیه، داده‌ها سازمان‌دهی شدند، بدین نحو که کدهای مشابه دسته‌بندی و خلاصه شدند و در طبقات مشخصی قرار گرفتند (تلخیص دوم). در نهایت طبقات حاصل از مرحله قبلی بر اساس تشابه، دسته‌بندی شدند، این طبقات چندین بار مرور و طبقات مشابه در یکدیگر ادغام شدند و با کنار هم گذاشتن طبقات در عباراتی قابل تعمیم، درون‌مایه‌ها (Theme) به دست آمدند (تلخیص سوم). بدین معنا که داده‌ها در سطح انتزاعی‌تری تلخیص شدند.

به منظور تأیید نتایج، از چهار معیار اعتبار (Credibility)، تأییدپذیری (Confirmability)، قابلیت اعتماد (Dependability) و قابلیت انتقال (Transferability) برای صحت و استحکام داده‌ها استفاده گردید(۱۷). بدین منظور از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، حسن ارتباط با مشارکت‌کنندگان و انجام مصاحبه در مکان‌های انتخاب شده توسط مشارکت‌کنندگان برای افزایش مقبولیت و اعتماد داده‌ها، استفاده شد. برای تأیید اعتبار محتوی، دست نوشته‌های پیاده شده از نوار و کدهای استخراج شده، توسط مشارکت‌کنندگان و همکاران دیگر طرح مورد بازخوانی قرار گرفته و در جلسات مشترک، نظرات مورد بحث و جمع‌بندی قرار گرفت. جهت رعایت نکات اخلاقی، قبل از جمع‌آوری داده‌ها، اهداف تحقیق به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از کسب موافقت آنها نسبت به ضبط مصاحبه اقدام می‌شد. همچنین رازداری و آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن، محرمانه بودن اطلاعات و حفظ آنها در محل امن، رعایت گردید.

نتایج

تعداد ١٤ نفر در این پژوهش شرکت داشتند. دامنه سنی آنان از ٣٥ سال تا٦٠ سال (میانگین ٤٤ سال) بود، دامنه سابقه کار آنان در زمینه فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی در حوزه اخلاق پزشکی از ٦ سال تا ٣٠ سال (میانگین ١٥ سال) بود. ١٣ نفر مرد و ١ نفر زن؛ و از نظر رتبه علمی، ٣ نفر استاد، ٣ نفر دانشیار، و ٩ نفر استادیار بودند.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، منجر به استخراج سه درون‌مایه: توانایی تخصصی اساتید اخلاق پزشکی، آموزش اخلاق

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

پزشکی با روش‌های تدریس فعال، و الگوی اخلاقی گردید. هر کدام از این درون‌مایه‌ها، شامل چندین طبقه اصلی و فرعی است که هر یک جنبه‌ای خاص از چالش‌های موجود در آموزش اخلاق پزشکی مرتبط با اساتید را توصیف می‌کند (جدول ۱). یافته‌های مطالعه در قالب درون‌مایه‌های استخراج شده فوق، هر یک توسط گزیده‌ای از متن مصاحبه‌ها و حکایات همراهی شدند.

۱- توانایی تخصصی اساتید اخلاق پزشکی

این درون‌مایه بیانگر ضعف و نارسایی‌های کمی و کیفی آموزش اخلاق پزشکی در ارتباط با مدرسین این حوزه است. طبقات این درون‌مایه شامل: کمبود متخصص اخلاق پزشکی و جامع نبودن توانایی‌های اساتید موجود اخلاق پزشکی است. در خصوص کمبود متخصص اخلاق پزشکی، اکثر مشارکت‌کنندگان اذعان نموده‌اند که دانشگاه‌های علوم پزشکی به متخصصین اخلاق پزشکی نیاز دارند. عباراتی نظیر؛ «مهم‌ترین ضعف ما در آموزش اخلاق پزشکی، کمبود متخصص اخلاق پزشکی است» در بیانات مشارکت‌کنندگان بارها تکرار شد. مشارکت‌کننده‌ای با ۱۳سال سابقه فعالیت آموزشی و پژوهشی در زمینه

جدول ۱: طبقات و زیر طبقات چالش‌های آموزش اخلاق پزشکی مرتبط با اساتید

درون‌مایه	زیرطبقات	کدهای منتخب
توانایی تخصصی اساتید اخلاق پزشکی	کمبود متخصص اخلاق پزشکی	ورود افراد غیر متخصص به حوزه آموزش اخلاق پزشکی، نگاه غیر تخصصی به آموزش اخلاق پزشکی، نیاز دانشگاه‌ها به متخصص اخلاق پزشکی
	جامع نبودن توانایی‌های اساتید اخلاق پزشکی موجود	ضعف علمی، یک بعدی بودن توانایی‌های تخصصی اساتید، نداشتن مهارت‌های بالینی، نداشتن مهارت‌های میان رشته‌ای، انحصاری شدن آموزش اخلاق پزشکی
آموزش اخلاق پزشکی با روش‌های تدریس فعال	ضعف ارتباط دو طرفه با دانشجویان	ضعف در تعامل با دانشجویان، ندادن بازخورد به دانشجویان، بی توجهی به علایق دانشجویان
	ضعف در استفاده از روش‌های فعال تدریس	تدریس صرف به صورت سخنرانی، ضعف در استفاده از روش حل مسأله، ضعف در استفاده از روش‌های آموزش گروهی، ضعف در آموزش اخلاق پزشکی در دوره بالینی
الگوی اخلاقی	ضعف اساتید در ایفای نقش الگوی اخلاقی	ضعف در استفاده از روش الگویی، عدم ارائه الگوی اخلاق به دانشجویان، مغایرت حرف و عمل اساتید، کمبود الگوی اخلاقی مناسب در میان اساتید پزشکی.
	عدم رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای توسط برخی از اساتید پزشکی	مقید نبودن اساتید به رفتار اخلاقی و حرفه‌ای، کسب درآمد از روش‌های غیر اخلاقی، بی‌احترامی به بیمار، رعایت نکردن حقوق بیمار،سهم خواری، بی‌احترامی به دانشجویان و همکاران،عدم دلسوزی نسبت به بیمار، رعایت نکردن ساعت موظف کاری، رفتارهای غیر حرفه‌ای، بی‌توجهی به رفتارهای غیراخلاقی دانشجویان

آموزش اخلاق پزشکی، تجارب خود را در این خصوص این گونه بیان می‌کند:

«*.... ما به این متخصصین نیاز داریم. چون اطلاعات تخصصی در زمینه اخلاق پزشکی نداریم و لذا تبادل جهل می‌کنیم. ما هم اکنون در دانشگاه‌هایمان متخصصین اخلاق پزشکی نداریم که به ما مشاوره اخلاقی بدهند، خط*

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

بدهند، راهنمایی کنند، جهت بدهند و اگر در مسأله اخلاقی گیر کردیم و یا نمی‌دانستیم، از آنها کمک بگیریم».

مشارکت‌کننده دیگری با ٦ سال سابقه، مشکلاتی را که به علت نداشتن متخصص اخلاق پزشکی، تجربه کرده است این گونه بیان می‌کند: *«عمدتاً اساتیدی که برای تدریس اخلاق پزشکی به کار گرفته می‌شوند، در این زمینه دانش لازم را ندارند و این یک کار جنبی برای آنهاست و تخصص آنها چیز دیگری است. مثلاً متخصص عفونی است و یک چند ساعتی نیز در تدریس اخلاق پزشکی کمک می‌کند. ما از چنین نیروی نمی‌توانیم زیاد انتظار داشته باشیم که برای این موضوع وقت بگذارد و رویکرد و توانایی لازم در این خصوص را داشته باشد...».*

نتایج در خصوص جامع نبودن توانایی‌های اساتید اخلاق پزشکی موجود، حاکی از آن است که با توجه به این که اخلاق پزشکی یک تخصص میان رشته است، بنابراین اساتید آن نیز باید دانش و تخصص جامعی در این زمینه داشته باشند و به صورت میان رشته این مباحث را آموزش دهند. مشارکت‌کننده‌ای با ٢٣ سال سابقه، تجارب خود را در این خصوص این گونه بیان می‌کند:

«.... الان داستان بدین شکل است که ما به عنوان استاد اخلاق پزشکی می‌رویم سرکلاس و چند تا مسأله، یا چند موعظه و خطابه می‌کنیم و این می‌شود درس اخلاق پزشکی. در حالی که اخلاق پزشکی، موضوعی میان رشته‌ای است و هر کسی نمی‌تواند فقط به صرف این که پزشک است وارد این حیطه شود و یا حتی به صرف تخصص در یکی از زمینه‌های فقه، فلسفه یا حقوق، نمی‌توان به تنهایی وارد این عرصه شد. باید پزشکی وارد این عرصه شود که حقوق، فلسفه، فقه و اخلاق را نیز خوب بداند و باید این علوم انسانی با یکدیگر پیوند یابند و همدیگر را تکمیل کنند، به همین دلیل ما نیاز به تربیت متخصص اخلاق پزشکی داریم».

مشارکت‌کننده دیگری با ٦ سال سابقه، به یک بعدی بودن تخصص اساتید اخلاق پزشکی موجود اشاره می‌کند:

«... وضعیت آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های مختلف متفاوت است و بستگی به توانایی‌ها و گرایش‌های اساتید آنها دارد. در واقع این اساتید هستند که رویکرد اخلاق پزشکی و محتوای درس را مشخص می‌کنند. مثلاً در دانشگاهی که برای تدریس این درس از متخصصین پزشکی قانونی استفاده می‌شود، گرایش حقوقی در بحث‌های اخلاق پزشکی مشاهده می‌شود. مثلاً در دانشگاه... این مباحث توسط پزشک تدریس می‌شود و رویکردشان یک رویکرد پزشکی است یا دانشگاه... چون از اساتید علوم انسانی استفاده می‌شود مباحث نظری و علوم انسانی را مطرح می‌کند. بنابراین هر دانشگاهی در ارئه درس اخلاق پزشکی به سمت و سویی می‌رود که گروه و یا اساتید شان در آن زمینه توانمند هستند».

٢- آموزش اخلاق پزشکی با روش‌های تدریس فعال

این درون‌مایه، بیانگر مشکلات موجود در زمینه شیوه‌هایی است که در آموزش اخلاق پزشکی بکار گرفته می‌شود. نتایج از ضعف اساتید در تعامل با دانشجویان و ضعف در استفاده از روش‌های تدریس فعال حکایت دارد. تجارب مشارکت‌کنندگان حاکی از نارسایی‌هایی در برقراری ارتباط بین اساتید با دانشجویان و ارتباط یک طرفه، درگیر نکردن دانشجویان با مسائل اخلاقی و ندادن بازخورد لازم به دانشجویان است. در این خصوص مشارکت‌کننده‌ای با ٢٢ سال سابقه، اظهار نموده:

«آموزش رو در رویمان خیلی کم است، ارتباط رو در روی دانشجو با استاد کم است؛ غالباً ارتباط یک طرفه است».

همین مشارکت‌کننده در خصوص درگیر نکردن دانشجویان با مباحث اخلاقی اظهار می‌کند:

«.... روش‌های آموزشی که در غالب دانشگاه‌ها جاری است، مطالب اخلاقی را به دانشجویان دیکته می‌کنند و فرصت درگیر شدن و تفکر بر مسائل اخلاقی را به دانشجویان نمی‌دهند و این در حالی است که دانشجویان

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

از نصیحت کردن خوششان نمی‌آید».

و مشارکت‌کننده دیگری با ۱۰ سال سابقه، تجارب خودش را در خصوص تعامل بین اساتید و دانشجویان این گونه بیان می‌کند:

«... در بیشتر دانشگاه‌ها آموزش اخلاق پزشکی بدین شکل است که استاد مربوطه دو ساعت صحبت می‌کند و می‌رود تا جلسه بعدی، هیچ تعامل رودر رویی بین استاد و دانشجویان رخ نمی‌دهد و هیچ بحث و کیس واقعی مطرح نمی‌شود».

همچنین تجارب مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که اساتید نتوانسته‌اند اخلاق پزشکی را متناسب با علایق دانشجویان آموزش دهند. مشارکت‌کننده‌ای با ۱۲ سال سابقه در این خصوص اظهار نموده است:

«شیوه آموزش اخلاق پزشکی، به گونه‌ای نیست که متناسب دانشجویان ما باشد و آن را بفهمند. ما امروزه با دانشجویی سر و کار داریم که کفش اسپورت و شلوار جین می‌پوشد و موبایل نیز در دستش است و در یک دنیای دیگری سیر می‌کند؛ اصلاً به مباحث تئوری اخلاق گوش نمی‌دهد و سر کلاس مجله مورد علاقه‌اش را می‌خواند، ولی اگر اخلاق را با همان شیوه‌ای که دروس تخصص‌اش را یاد گرفته، آموزش دهیم، با ما ارتباط برقرار می‌کنند. و لذا با ادبیات پزشکی باید مباحث اخلاق پزشکی را مطرح کرد».

در این راستا مشارکت‌کننده دیگری با ۳۰ سال سابقه اظهار می‌کند:

«متأسفانه ما در بخش انسان شناسی نه در محتوای درس اخلاق پزشکی و نه روش تدریس خوب عمل نمی‌کنیم. در نتیجه دانشجویان نمی‌توانند خوب مباحث اخلاقی را درک کنند. آنچه که به عنوان انسان‌شناسی گفته می‌شود، بیشتر جنبه کلامی دارد و درک مباحث کلامی نیز برای دانشجویان سخت است و شیرین نیست و باید از روش‌هایی برای آموزش این مباحث استفاده کنیم که دانشجویان را جذب کند».

یکی دیگر از یافته‌های این مطالعه بر نامناسب بودن روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی تأکید دارد و تجارب مشارکت‌کنندگان حاکی از آن است که در اکثر دانشکده‌های پزشکی از روش‌های سنتی و نه روش‌های فعال، برای تدریس اخلاق پزشکی استفاده می‌شود. مشارکت‌کنندگان به استناد تحقیقات متعدد، تأکید کرده‌اند که باید از شیوه‌های تدریس فعال مانند فنون حل مسأله و روش‌های گروهی استفاده شود. اما در عمل بیشتر مباحث اخلاق پزشکی با استفاده از روش‌های سنتی و به صورت شفاهی آموزش داده می‌شود. مشارکت‌کننده‌ای با ٦ سال سابقه این‌گونه اظهار می‌کند:

«...در اکثر دانشگاه‌های ما، درس اخلاق پزشکی فقط به صورت شفاهی و سخنرانی ارائه می‌شود و صرفاً نقش آشنایی دانشجویان را با مفاهیم اخلاق پزشکی دارد و نحوه برخورد اساتید و دانشجویان با این درس این است که باید آن را پاس کنند و چون به صورت کاربردی آموزش داده نمی‌شود و آنچه را که دانشجویان می‌خوانند در بالین بیمار آنرا به کار نمی‌برند لذا فقط در حد یک سری محفوظات است».

مشارکت‌کننده دیگری با ۸ سال سابقه در این خصوص اظهار می‌کند:

«یکی از مشکلات ما در آموزش اخلاق پزشکی این است که غالباً به روش سخنرانی آموزش می‌دهیم. امروزه این روش در دنیا کمتر استفاده می‌شود چون جواب نمی‌دهد و بیشتر از بحث‌های گروه‌های کوچک استفاده می‌شود. چون ما می‌خواهیم مباحث مهم اخلاق پزشکی را در قالب دو واحد ارائه کنیم و دانشجو سی سال بعد باید از آن استفاده کند و باید این مطالب به دردش بخورد، بنابراین مباحث باید به گونه‌ای ارائه شود که ماندگاری آن زیاد باشد».

۳- الگوی اخلاقی

این درون‌مایه، بیانگر مغایرت بین آموزش‌های تئوری

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

اخلاق پزشکی و آنچه دانشجویان در عمل تجربه می‌کنند، است. نتایج حاکی از آن است که ضعف اساتید در ایفای نقش الگوی اخلاقی و همچنین بروز رفتارهای غیراخلاقی و غیر حرفه‌ای توسط برخی از اساتید پزشکی، از موانع مهم در آموزش اخلاق پزشکی محسوب می‌شود. به طور کلی اکثر مشارکت‌کنندگان اذعان نموده اند که اساتید دانشگاهی ما سعی نمی‌کنند الگوی اخلاقی برای دانشجویان باشند. مشارکت‌کننده‌ای با ۲۸ سال سابقه یکی از ضعف‌های موجود در آموزش اخلاق پزشکی را کمبود الگوی اخلاقی در بین اساتید پزشکی مطرح می‌کند و می‌گوید:

«الگوی اخلاقی برای دانشجو استاد او است. حضورش در بالین بیمار، نحوه روبرو شدن با بیمار، همراهان بیمار و رفتارش برای دانشجویان الگوی آموزشی است. مثلا شما مرحوم دکتر قریب را می‌بینید و دلسوزی‌هایی که برای بیماران داشت، به دانشجویانش القاء میشد. شما وقتی رفتار دانشجویان دکتر قریب را مشاهده کنید می‌بینند که رفتار آنها نیز بر گرفته از استادشان است. دکتر قریب فقط با حرف آنها را نساخته است. به طور مثال یک روز دکتر قریب نوزادی را باز کرد که آنرا معاینه کند، مشاهده کردیم که کودک خود را کثیف کرده است، بلافاصله یکی از دانشجویان رفت، کمک بهیار بخش را صدا بزند وقتی برگشت مشاهده کرد دکتر خودش نوزاد را تمیز کرده است و از او پرسید کجا رفتی، دانشجو تا آمد توضیح بدهد ایشان رو می‌کند به دانشجویان و میگوید شما دیدی که من خودم کودک را تمیز کردم و هیچ اتفاقی نیفتاد و من هنوز دکتر قریب هستم، هنوز استاد شما هستم و چیزی را از دست ندادم، ما این الگوها را بسیار کم داریم».

مشارکت‌کننده‌ای با ۷ سال سابقه، در خصوص فاصله و عدم هماهنگی آموزش‌های تئوری با عمل اظهار می‌کند:

«... دانشجویان پس از گذراندن این درس وقتی وارد بالین و محیط کارآموزی و کارورزی می‌شوند، تجربه مناسبی بر اساس آنچه خوانده‌اند، به دست نمی‌آورند و رفتارها و تجربیاتی مخالف آنچه خوانده‌اند در عمل مشاهده می‌کنند و در اینجا دچار یک چالشی می‌شوند».

همچنین مشارکت‌کنندگان بر تأثیرات منفی رفتارهای غیرحرفه‌ای و غیراخلاقی برخی اساتید بر روی دانشجویان اشاره کرده‌اند. مشارکت‌کننده‌ای با ۱۰ سال سابقه در این خصوص اظهار می‌کند:

«... استادی که در بخش به بیماران توهین می‌کند، به بیمارش بی‌احترامی می‌کند، بیمار را جلوی دیگر بیماران معاینه می‌کند و یا پنج تا بیمار را می‌برد داخل اتاق معاینه و با همدیگر معاینه می‌کند، این برای دانشجویان الگو است و حال هر چقدر بیاییم، در کلاس‌های تئوری به دانشجویان بگوییم؛ حریم خصوصی بیمار را رعایت کن، راز بیماران پیش هم افشا نشود، می‌بینند که استادشان جور دیگری رفتار می‌کند».

همچنین در خصوص بی‌توجهی اساتید به رفتارهای غیر اخلاقی دانشجویان، مشارکت‌کننده‌ای با ۲۳ سال سابقه می‌گوید:

«... ما در دوران دانشجویی خودمان درسی به نام اخلاق پزشکی نداشتیم، ولی اساتید ما برخلاف اساتید امروز به رفتارهای اخلاقی دانشجویان خیلی اهمیت می‌دادند. مثلاً یادم است در یکی از راندهای بخش استادمان بعد از معاینه یک خانم توسط یکی از رزیدنت‌ها، همه ما را کنار کشید و تأکید کرد این چه جور کار کردن است، چرا شکم بیمار را می‌خواهید ویزیت کنید بقیه بدن او را نمی‌پوشانید و کلی در این خصوص توصیه و سفارش کرد و گفت اگر خواهر یا مادر خودتان باشد حاضر می‌شوید این گونه معاینه شود. این دغدغه استاد ما در هیچ یک از کتاب‌های ما نبود ولی تأثیر زیادی بر روی دانشجویان گذاشت؛ به طوری که بعداً خیلی در این خصوص مراقب بودیم و این چیزی است که امروزه مغفول واقع شده و اساتید توجهی به آن نمی‌کنند و به نظر من در برنامه‌های آموزشی باید توجه به این نکات را

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

از اساتید بخواهند که در عمل به رفتار اخلاقی دانشجو توجه داشته باشند».

بحث

یافته‌های این پژوهش که مبتنی بر تجارب عینی شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌باشد، نشان داد اساتیدی که در دانشگاه‌های علوم پزشکی مسؤولیت آموزش اخلاق پزشکی را برعهده دارند، از توانمندی‌های جامع و کافی در این زمینه برخوردار نیستند. ضمن این که به متخصصین اخلاق پزشکی نیازمند هستیم، ولی آموزش اخلاق پزشکی به اساتید درس اخلاق پزشکی خلاصه نمی‌شود؛ بلکه همه اساتیدی که درگیر برنامه آموزش پزشکی هستند باید با رعایت اصول اخلاقی و حرفه‌ای در این خصوص مشارکت کنند. بررسی و مقایسه یافته‌های فوق با نتایج سایر مطالعات، حاکی از آن است که چالش‌های مطرح شده در این مطالعه بسیار مهم و قابل تأمل است و برای توسعه ارتقای اخلاق پزشکی کشور باید به طور جدی مورد عنایت قرار گیرند.

اولین درون‌مایه این مطالعه، بر ارتقای توانمندی‌های تخصصی اساتید اخلاق پزشکی، تأکید داشت. نتایج تحقیق بویکس (Buyx) و همکارانش با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد. آنان در بررسی چالش‌های آموزش حرفه‌گرایی پزشکی به این نتیجه رسیدند که آموزش پزشکی نیازمند به تمرکز بخشیدن بر روی ایجاد نگرش حرفه‌گرایی در میان دانشجویان پزشکی است و بدین منظور متخصصین اخلاق پزشکی باید مسؤولیت آموزشی در زمینه ایجاد نگرش و رفتارحرفه‌گرایی و فضایل اخلاقی را در دانشجویان برعهده گیرند(۱۰). نتایج تحقیقات متعدد بر این نکته تأکید دارد که افرادی که مسؤولیت آموزش اخلاق پزشکی را برعهده دارند باید از دانش و تجربه کافی در این حوزه برخوردار باشند و همه افرادی که در آموزش اخلاق پزشکی مشارکت دارند، به پیش‌زمینه‌ای در پزشکی، فلسفه، اخلاق و روش‌های تدریس برای موفقیت در آموزش اخلاق پزشکی نیاز دارند. این در حالی است که اکثر اعضای هیأت‌علمی دانشکده‌های پزشکی برای آموزش اخلاق پزشکی در حیطه تخصص‌شان توانایی لازم را ندارند، زیرا هیچگونه آموزش رسمی برای تدریس اخلاق ندیده‌اند. یکی از موانع مهم در آموزش بالینی اخلاق پزشکی این است که اعضای هیأت‌علمی درک، دانش و تخصص لازم در این زمینه ندارند(۱۸تا۲۰). در تحقیقات مذکور، محققین پیشنهاد کرده‌اند که باید برای اعضای هیأت‌علمی برنامه‌های رسمی آموزش اخلاق ارائه شود تا آمادگی بیشتری را برای تدریس دوره‌های اخلاق به دست آورند.

دومین درون‌مایه بر ضعف در بکارگیری روش‌های فعال آموزش اخلاق پزشکی دلالت داشت. این در حالی است که نتایج تحقیقات در زمینه روش‌های آموزش اخلاق پزشکی بر راهبردهای آموزش فعال، تأکید کرده است و راهبردهای دانشجومحوری و مسأله‌محوری بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. در راهبرد دانشجومحوری بر مشارکت دادن دانشجویان در آموزش، سخنرانی‌های تعاملی و بحث در گروه‌های کوچک بر روی نمونه‌های بالینی و ایفای نقش و تفکر انتقادی تأکید شده است .در راهبرد مسأله‌محوری نیز روش حل مسأله، بحث در مورد تنگناهای اخلاقی، استفاده از بیماران استاندارد شده، کنفرانس بالینی، ارائه سناریوهای اخلاقی و مواجهه با موقعیت‌های واقعی مورد تأکید واقع شده است. تجارب بین‌المللی در آموزش اخلاق پزشکی، بر راهبردهای یادگیرنده محور، یادگیری مبتنی بر مشکل بیش از روش‌های مبتنی بر نظریه محوری تأکید می‌کند (۲۱تا۲۴). در همین راستا ال جالاهما (Al-Jalahma) بر راهبرد مسأله محوری تأکید دارد و معتقد است که آموزش اخلاق پزشکی باید به جای ارائه مباحث اخلاقی به صورت نظری، بیشتر مبتنی بر نمونه‌های بالینی باشد(۲۵). آرتبور (Artbur) در ارزشیابی برنامه آموزشی اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

ویسکانسین، راهبردهای آموزش دانشجومحوری و مسأله‌محوری را شناسایی کرده است. از جمله روش‌های آموزشی که در این برنامه آموزشی استفاده شده است، روش ایفای نقش و کار در گروه‌های کوچک است که به وسیله دانشجویان هدایت می‌شود و استاد مربوطه تنها به عنوان ناظر و تسهیل‌کننده یادگیری دانشجویان، در جلسات عمل می‌کند(۱۳). گولدی(Goldie) در بررسی تأثیر آموزش اخلاق پزشکی در برنامه درسی پزشکی جدید دانشگاه گلاسکو بر رفتار دانشجویان در مواجهه با تنگناهای اخلاقی، پیشنهاد می‌کند، تدریس در گروه‌های کوچک می‌تواند بیشترین تأثیر را در پیشرفت اخلاقی دانشجویان نسبت به تدریس به روش سخنرانی و تدریس در گروه‌های بزرگ داشته باشد. وی برای دستیابی به اهداف برنامه درسی اخلاق پزشکی، پیشنهاد می‌کند که اساتید باید دانشجویان را قادر سازند به طور نقادانه درباره مسائل اخلاقی فکر کنند و عقاید خود را درباره اخلاق منعکس کنند، و گاهی اوقات از شیوه‌های رقابتی استفاده کنند تا دانشجویان بتوانند برای شرکت در بحث‌های آگاهانه به صورت متقابل بحث کنند(۲۶).

سومین درون‌مایه بر فاصله بین آموزش‌های تئوری و آنچه دانشجویان در عمل مشاهده می‌کنند، تأکید دارد. نتایج نشان می‌دهد در آموزش پزشکی، توجهی به تأثیر نقش اساتید به عنوان الگوهای تربیت اخلاقی دانشجویان نمی‌شود و در مواردی اساتید پزشکی رفتارهایی مغایر با اصول اخلاق حرفه‌ای از خود بروز می‌دهند. در تجارب بین‌المللی تأکید شده است دانشجویان پزشکی بخش بزرگی از رفتار اخلاقی خود را با الگوبرداری از نقش سایر متخصصین می‌آموزند. در ادبیات آموزش اخلاق پزشکی نیز استفاده از نقش الگویی پزشکان به عنوان یک روش تدریس اخلاق پزشکی محسوب می‌شود؛ هرچند در برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی دوره پزشکی عمومی نادیده گرفته می‌شود. این در حالی است که معرفی افرادی به عنوان الگو که از رفتار و ارزش‌های حرفه‌ای و انسانی برخوردار هستند می‌تواند پایه و اساس یادگیری‌های مبتنی بر انسان‌گرایی و حرفه‌ای‌گرایی دانشجویان قرار گیرد(۱۳و۱۸و۲۷تا۲۹). شرکت‌کنندگان مطالعه لاپید (Lapid) نیز ضمن تأکید بر اهمیت نقش مثبت الگوهای رفتار حرفه‌ای و اخلاقی بر آموزش دانشجویان پزشکی و دستیاران اظهار کرده‌اند که در حین آموزش پزشکی، رفتار حرفه‌ای و اخلاقی آنان به وسیله دستیاران ارشد و اساتید در خطر هستند(۳۰). درهمین راستا سیلواکومار و جوزف (Selvakumar & Joseph) نیز معتقدند که دانشجویان پزشکی در زمان آموزش‌های بالینی، اساتید، پزشکان و پرستاران را در مورد بیماران مشاهده می‌کنند و دیدگاه‌هایی که ناشی از نگرانی و عطوفت باشند، سبب افزایش دیدگاه‌های اخلاقی آنها می‌شوند(۲). گولدی و شوارتز (Goldie & Schwartz) در یک مطالعه کوهورت پی بردند که آموزش اخلاق پزشکی در سال اول بیش از سال‌های دوم و سوم بر روی رفتار بالقوه دانشجویان در مواجهه با مشکلات و نیازهای اخلاقی تأثیر مثبت دارد. در واقع اندازه‌گیری حساسیت اخلاقی در میان دانشجویان پزشکی در سال‌های مختلف از این دوره آموزشی، نشان‌دهنده افزایش حساسیت در بین سال‌های اول و دوم بود، اما در سال‌های بعدی این دوره آموزشی کاهش حساسیت مشاهده شد. نتایج تحقیق نشان‌داد که در طول دوره آموزش پزشکی، دانشجویان در معرض مسائل غیراخلاقی و غیرفرهنگی قرار می‌گیرند و این خطر بزرگی برای توسعه اخلاقی در دانشجویان سال‌های بالاتر است(۳۱). در واقع رفتارها و مسائل غیراخلاقی و غیرحرفه‌ای که دانشجویان در سال‌های بالاتر با آن مواجه می‌شوند، موجب افت اخلاقی در آنها می‌شود. به همین دلیل در آموزش اخلاق پزشکی همه اساتید پزشکی باید مشارکت داشته باشند. به اعتقاد رابرتز (Roberts) آموزش اخلاق پزشکی به صورت یک درس مستقل توسط متخصصین این حوزه، برای حل مسائل اخلاقی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

کافی نیست. افزایش ظرفیت شناسایی، درک و اداره تضادهای اخلاقی علی‌رغم این که مهم است، اما به حساسیت اخلاقی کمی در دانشجویان منجر می‌شود. لذا جهت دستیابی به اخلاق حرفه‌ای باید از انفصال اساتید اخلاق پزشکی از سایر اساتید پزشکی جلوگیری شود(۳۲).

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که اساتید آموزش پزشکی به طور اعم و اساتید اخلاق پزشکی به طور اخص نتوانسته‌اند نقش کلیدی خود را در ارتقای و رشد اخلاقی دانشجویان ایفا کنند و در ارتباط با اولین درون‌مایه این مطالعه، مبنی بر توانایی تخصصی اساتید اخلاق پزشکی پیشنهاد می‌شود، نسبت به تربیت متخصصین اخلاق پزشکی توجه جدی‌تری شود، با وجود این که امروزه تعدادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، دوره دکترای اخلاق پزشکی راه‌اندازی کرده‌اند، لیکن تا زمانی که به تعداد کافی متخصص در این زمینه تربیت شود، راه‌کار عملی این است که دوره‌های کوتاه مدت و تخصصی اخلاق پزشکی برای اساتیدی که هم اکنون مشغول ارائه خدمات آموزشی و پژوهش در این حوزه هستند، برگزار شود. در ارتباط با دومین درون‌مایه، مبنی بر استفاده از روش‌های فعال تدریس در آموزش اخلاق پزشکی، پیشنهاد می‌شود، کارگاه‌ها و دوره‌های کوتاه مدت آموزش در زمینه روش‌های تدریس فعال توسط مراکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه‌ها(EDC) برای اساتید اخلاق پزشکی برگزار شود و با مشارکت متخصصین آموزش، مناسب‌ترین روش‌های آموزش اخلاق پزشکی در دوره‌های پایه و بالینی با توجه شرایط و امکانات موجود هر دانشگاه شناسایی و ارائه شود. در ارتباط با سومین درون‌مایه مبنی بر فاصله آموزش تئوری و عمل، پیشنهاد می‌شود مسؤولیت آموزش اخلاق پزشکی، فقط به اساتید این حوزه محدود نشود، بلکه باید کلیه اساتید در این خصوص درگیر شوند و دوره‌های آموزش اخلاق پزشکی در تمامی دانشگاه‌ها به صورت مستمر و مداوم برای تمامی اعضای هیأت‌علمی برگزار گردد. به استنباط پژوهشگران مطالعه، لازم است اساتید پزشکی ضمن یادگیری مفاهیم اولیه اخلاق پزشکی، خود را موظف بدانند اخلاق حرفه‌ای و منش پزشک بودن را در دانشجویان نهادینه کنند و در کنار آموزش مهارت‌های پزشکی به وی اخلاق پزشکی را هم یاد بدهند تا دانشجوی فعلی و پزشک آینده بتواند از حرفه خود در راه و مسیر صحیح استفاده نماید.

قدردانی

نویسندگان از همه اساتید و صاحب‌نظرانی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند، صمیمانه تشکر نموده و برخود لازم می‌دانند از اساتید بزرگوار مرکز تحقیقات طب و دین دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در تمام مراحل انجام تحقیق، محققین را یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Department of Medical Ethics of Medicine. [Medical Ethics Course Syllabus MD]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008. [Persian]
2. Selvakumar D, Joseph L. The importance of including bio-medical ethics in the curriculum of health education institutes. Educ Health. 2004;17(1):93-6.
3. Sofaer B. Enhancing humanistic skills: an experiential approach to learning about ethical issues in health care. J Med Ethics. 1995;21(1):31-4.
4. Davies DP, Evans I, Lloyd-Richards R, Verrier Jones ER. Improving awareness of ethical issues. Arch Dis

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Child. 1996;74(2):172-5.
5. Shidfar F, Sadeghi S, Kaviani A. A Survey of Medical Ethics Education in Iran Medical Faculties. Iran J Allergy Asthma Immunol.2007;6(5):47-51.
6. Asghari F, Myrzazadh A, Emami Razavi S. [Curriculum Reform in Medical Ethics of Medicine Tehran University of Medical Sciences]. The 2nd international congress of medical ethics in Iran; Tehran; 2008. [Persian]
7. Soleymani Lehmann L, 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.
8. Spindler G, Spindler L, Spindler GD, Spindler GAL. Fifty Years of Anthropology and Education, 1950-2000: A Spindler Anthology. Mahwah,NJ; 2000.
9. Rogers J. Competency based assessment and cultural compression in medical education: lessons from educational anthropology. Med Educ. 2005;39(11):1110-7.
10. Buyx AM, Maxwell B, Schöne Seifert B. Challenges of educating for medical professionalism: who should step up to the line? Med Educ. 2008;42(8):758-64.
11. Thulesius H, Sallin K, Lynoe N, Lofmark R. Proximity morality in medical school - medical students forming physician morality "on the job": Grounded theory analysis of a student survey. BMC Med Educ. 2007;7(1):27.
12. Mattick K, Bligh J. Undergraduate ethics teaching: revisiting the Consensus Statement. Med Educ. 2006;40(4):329-32.
13. Artbur RD. The evolution of medical ethics education at the medical college if Wisconsin. WMJ. 2006; 105(4): 18-20.
14. Claudot F, Alla F, Ducrocq X, Coudane H. Teaching ethics in Europe J Med Ethics. 2007;33(8):491-5.
15. Jalili H.[Assessment Qualitative Methods]. Tehran:Nashre ney;2009. [Persian]
16. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.2nded. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc; 1998.
17. Mayring P. Qualitative Content Analysis. 2000 [cited 2011 23 Sep]; Available from: http://217.160.35.246/fqs-texte/2-00/2-00mayring-e.pdf.
18. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Be Going? A Review. Acad Med. 2005;80(12):1143-52.
19. Smith S, Fryer-Edwards K, Diekema DS, Braddock III CH. Finding effective strategies for teaching ethics: a comparison trial of two interventions. Acad Med. 2004;79(3):265.
20. Calman KC, Downie RS. Practical problems in the teaching of ethics to medical students. J Med Ethics. 1987;13(3):153-6.
21. Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future Acad Med. 1995;70(9):761-9.
22. Goldie J, Schwartz L, Morrison J. A process evaluation of medical ethics education in the fIrst year of a new medical curriculum. Med Educ. 2000; 34(2):468-73.
23. Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J. Impact of a new course on students' potential behaviour on encountering ethical dilemmas Med Educ. 2001;35(3):295-302
24 Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. Acad Med. 1989; 64(12): 705-14.
25. Al-Jalahma M, Fakhroo E. Teaching medical ethics: Implementation and evaluation of a new course during residency training in Bahrain. Educ Health. 2004;17(1):62-72.
26. Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J. The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas Med Educ. 2004;38(9):942-9. 27. Roberts LW, Warner TD, Hammond KAG, Geppert CMA, Heinrich T. Becoming a Good Doctor: Perceived Need for Ethics Training Focused on Practical and Professional Development Topics. Acad Psychiatry. 2005;29(3):301-9.
28. Kinghorn WA, McEvoy MD, Michel A, Balboni M. Viewpoint: Professionalism in Modern Medicine: Does the Emperor Have Any Clothes? Acad Med. 2007;82(1):40-5.
29. Talbott JA, Mallott DB. Professionalism, Medical Humanism, and Clinical Bioethics: The New Wave-Does Psychiatry Have a Role? J Psychiatr Pract. 2006;12(6):384-90.
30. Lapid M, Moutier C, Dunn L, Hammond KG, Roberts LW. Professionalism and ethics education on

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

relationships and boundaries: psychiatric residents' training preferences. Acad Psychiatry. 2009;33(6):461-9.
31. Goldie J, Schwartz L, McConnachie A, Morrison J. The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students′ proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. Med Educ. 2002;36(5):489-97.
32. Roberts LW, Green Hammond KA, Geppert CMA, Warner TD. The Positive Role of Professionalism and Ethics Training in Medical Education: A Comparison of Medical Student and Resident Perspectives. Acad Psychiatry. 2004; 28(3):170-82.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

Faculty-Related Challenges in Medical Ethics Education: A Qualitative Study

Morteza Khaghanizadeh[1], Hasan Maleki[2], Mahmood Abbasi[3], Abbas Abbaspour[4], Eassa Mohamadi[5]

Abstract

Introduction: *Medical ethics education is a key subject in medical occupations, as learning ethics is fundamental for their relationship with patients. Teachers are of the most important elements in medical ethics education, because they are one of the most important factors of forming the morality and the professional character in students. The aim of this study is to explain challenges and problems which threaten the medical ethics education.*

Methods: *Fourteen medical ethics teachers of universities of medical sciences in Tehran took part in this qualitative content analysis study performed in year 2010. Data was collected through semi-structured interviews and analyzed via content analysis approach (Mayring method).*

Results: *The analysis of participants' interviews led to the extraction of three themes as follows: 1)professional capability of medical ethics teachers; 2)medical ethics education using active teaching methods; and 3)the gap between teaching in theory and practice. Each of these themes includes several major and minor classifications, each describe a specific aspect of existing challenges in medical ethics teaching related to the teachers.*

Conclusion: *Results indicate that medical educators in general and medical ethics teachers in particular, haven't been efficient enough in moral development of students. Therefore, short-term professional teaching courses on medical ethics and active teaching methods are suggested to be held for all medical teachers. Besides, all medical teachers are recommended to be obliged to, as behavioral models, facilitate moral and professional development of their students in practice.*

Keywords: Medical Education, Medical Ethics, Medical Ethics Teachers, Moral Development,

Addresses:
[1] (✉) Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery,Research Center of Religion and Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: khaghanizade11@ yahoo.com
[2] Associate Professor, Department of Educational Planning and Management, School of Psychology and Educational Sciences, Alame Tabatabae University, Tehran, Iran. Email: malaki_cu@yahoo.com
[3] Assistant Professor, Research Center of Medical Ethics and Law , Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: dr.Abbasi@sbmu.ac.ir
[4] Assistant Professor, Department of Educational Planning and Management, School of Psychology and Educational Sciences, Alame Tabatabae University, Tehran, Iran. Email: abbaspour1386@gmail.com
[5] Associate Professor, School of Medical Sciences, Tarbit Modarest University, Tehran, Iran. Email: emohamadus@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]