

## هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی، مبتنی بر تجارب اساتید اخلاق

### پزشکی: مطالعه کیفی

مرتضی خاقانی زاده

حسن ملکی

محمود عباسی

عباس عباس پور

#### چکیده

اخلاق پزشکی نوین، دانشی میان رشته‌ای است و امروزه جزئی از برنامه‌های درسی بسیاری از دانشکده‌های پزشکی شده است. هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی را مفاهیم زیربنایی این علم و مبانی اعتقادی و ارزشی جامعه شکل می‌دهد و نمی‌توان برنامه درسی اخلاق پزشکی را مستقل از مبانی و اصول اعتقادی، فرهنگی و ارزشی جامعه تدوین کرد. لذا این مطالعه به منظور شناخت عمیق‌تر و واقعی‌تر ابهامات و چالش‌های موجود در هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی انجام شد. این مطالعه یک پژوهش کیفی است که داده‌های آن از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند با ۱۴ نفر از اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹ جمع‌آوری و با رویکرد تحلیل محتوای مایرینگ، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج این مطالعه، حکایت از بی‌هویتی برنامه درسی اخلاق پزشکی دارد. مضامینی که بیانگر فقدان هویت بومی و اسلامی برنامه درسی اخلاق پزشکی است عبارتند از: ۱- اخلاق پزشکی سکولار ۲- نظام اخلاق اسلامی ۳- قلمروی اخلاق پزشکی. در واقع حلقه مفقوده برنامه درسی اخلاق پزشکی نداشتن هویت بومی و اسلامی است و به همین دلیل است که مباحث اخلاق پزشکی بطور پراکنده و بدون مبنای مشخصی در برنامه درسی اخلاق پزشکی گنجانده شده است و همواره آموزش اخلاق پزشکی با سردرگمی مواجه بوده و مروج فرهنگ سکولار شده است.

#### واژگان کلیدی

آموزش پزشکی؛ برنامه درسی؛ اخلاق پزشکی؛ مبانی اخلاق پزشکی؛ هویت.

## هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی، مبتنی بر تجارب اساتید اخلاق پزشکی:

### مطالعه کیفی

مقوله‌ای به نام اخلاق پزشکی از زمان پیدایش علم طب مطرح بوده است و با پیشرفت دانش و فناوری پزشکی پیچیده‌تر شده است. به عبارت دیگر مسائل اخلاق پزشکی از ابتدای تاریخ پزشکی و فعالیت‌های زیستی بشر مطرح بوده است. ولی از دهه ۱۹۶۰ به این سو و با گسترش تکنولوژی نوین پزشکی، اخلاق پزشکی به عنوان یک حوزه معرفتی میان رشته‌ای در این حرفه ظهور کرده است. در واقع اخلاق پزشکی دانشی میان رشته‌ای است که طی ۳۰ سال اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است و امروزه به عنوان جزئی از برنامه‌های درسی دانشجویان در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی قرار گرفته است (کرسو و سینگر، ۲۰۰۹، ص ۳، مورای، ۲۰۰۳، ص ۱۰۲۰). امروزه اخلاق پزشکی از رشته علمی فراتر رفته و گستره معرفتی وسیعی را به میان آورده است که حاصل آن راه‌اندازی مراکز و کمیته‌های مختلف اخلاق پزشکی در مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی است و بر مبنای آن در تمامی حرفه‌های علوم پزشکی درسی به نام اخلاق پزشکی ارائه می‌شود و همچنین دوره‌های تحصیلات تکمیلی تا مقطع دکتری تحت عنوان اخلاق پزشکی راه‌اندازی شده است. در واقع برنامه درسی اخلاق پزشکی در ایجاد آمادگی دانشجویان رشته‌های مختلف علوم پزشکی در مواجهه با موضوعات اخلاقی نقش بسزایی دارد و به همین دلیل آموزش اخلاق در برنامه درسی حرفه‌های علوم پزشکی در مقاطع مختلف تحصیلی باید مورد تأکید ویژه قرار گیرد. استنبرگ (۱۹۹۵) در این خصوص اظهار می‌کند: اخلاق پزشکی در حال حاضر بخشی از برنامه درسی در دانشگاه‌ها در همه سطوح است. ادبیات اخلاق پزشکی با استفاده از کتاب‌ها و مجلات متعدد که به طور کامل به این موضوع اختصاص داده شده

بسط و توسعه یافته است. تقریباً تمام نشریات پزشکی فضای قابل توجهی را به اصول اخلاقی اختصاص داده‌اند (ص ۲۴). دلایل متعددی برای آموزش اخلاق پزشکی مطرح شده است، اول اینکه هویت حرفه‌ای پزشکان آینده نیازمند برخورداری از تفکر و واکنش‌های اخلاقی است. دوم اینکه دانشجویان پزشکی متفاوت هستند، برخی از آنها از نظر اخلاقی بی‌تجربه هستند و یا به اخلاق بی‌علاقه هستند و گروهی از آنها نیز از نظر اجتماعی منزوی محسوب می‌شوند و آموزش اخلاق پزشکی برای این گروه‌ها بسیار اهمیت دارد. سوم اینکه جهان امروز با تنوع روزافزون دیدگاه‌های مذهبی روبرو است که در شکل‌گیری اخلاق نقش دارند و چهارم اینکه آموزش اخلاق پزشکی یک چارچوب برای حل مشکلات محیط‌های بالینی فراهم می‌کند (تولسیوس، سالین، لینو، لوفمارک، ۲۰۰۷، ص ۲۷). برای تضمین اینکه علم و تکنولوژی به بهانه حفاظت از سلامت انسان‌ها، کرامت انسانی و ارزش‌های انسانی را به خطر نمی‌اندازد، ضروری است که اخلاق زیست پزشکی به عنوان بخشی از برنامه درسی در کل مؤسسات آموزش پزشکی آموزش داده شود (الواکومار، جوزف، ۲۰۰۴، ص ۹۳). اخلاق پزشکی نوین، در حقیقت یکی از شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای است که سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عملی پزشکان و کادر پزشکی وارد نماید. این روند شامل فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، رفتار، احساسات، استدلال‌ات و بحث‌های مختلف در حیطه تصمیم‌گیری‌های اخلاق پزشکی به صورت دقیق و انتقادی بررسی می‌شود. تصمیمات اخلاق پزشکی در حیطه عملکرد طبی، بدیهیات و ارزش‌ها، خوب و بد، صحیح و نادرست و باید و نبایدها را بحث می‌کند (گیلون، ۱۹۸۵، ص ۱۸۹۰). اخلاق پزشکی موضوع گسترده‌ای است که دارای دو جنبه نظری و عملی است. در بُعد نظری به تبیین مبانی و مفاهیم

زیربنایی این علم، توضیح و تشریح فرضیات اخلاقی موجود و ارتباط آن با فرهنگ، مذهب و آداب و رسوم جوامع مختلف می‌پردازد و در بُعد عملی، با تکیه بر مبانی نظری درباره مسائل، مشکلات و مباحث اخلاقی در حیطه طب و مراقبت‌های بهداشتی بحث می‌کند و چهارچوبی کاربردی برای تصمیم‌گیری در مواقع بحرانی عرضه می‌کند (لاریجانی، ۱۳۸۴). در دانشکده‌های پزشکی آمریکا امروزه آموزش اخلاق پزشکی به عنوان بخش مهمی از برنامه‌های درسی آنها محسوب می‌شود. علی‌رغم این مسأله، کمبودها و نقص‌های آشکاری در آموزش اخلاق پزشکی مشاهده می‌شود (ص ۵۹). تلاش‌های زیادی در باب برنامه درسی اخلاق پزشکی کشور ما به عمل آمده است. اما همچنان سؤالات و ابهامات زیادی در خصوص هویت این برنامه مطرح است و اینکه آیا متناسب با نیازهای فرهنگی و بومی جامعه ما است؟ و آیا مبتنی بر مبانی اعتقادی و ارزشی اسلامی است و یا مبتنی بر مبانی دیگری است؟ در همین زمینه عباسی (۱۳۸۷) در بیان خلاءهای موجود در آموزش اخلاق پزشکی می‌نویسد: طبیعی که در حرفه خود با مسأله‌ای اخلاقی روبرو است باید تصمیم بگیرد که برای بیمار چه باید بکند و بهترین کاری که برای بیمار می‌تواند انجام دهد چیست؟ واژه‌هایی مانند خوب، باید و مشتقات آنها در تمام تحلیل‌های فلسفی واژه‌هایی اساسی‌اند و باید معنای آنها در آموزش اخلاق پزشکی لحاظ شوند (ص ۷۱). مباحث اخلاق پزشکی را نمی‌توان مستقل از مبانی و اصول اعتقادی، فرهنگی و ارزشی در برنامه درسی مطرح کرد، اخلاق و فرهنگ، به نحو غیرقابل تفکیکی درهم تنیده‌اند. فرهنگ، پیش فرض‌های اخلاقی و اخلاق نیز چهارچوب هنجاری رسمی را برای گزینه‌های اخلاقی ما فراهم می‌نمایند. بنابراین هر نظام اخلاقی، در نهایت، ترکیبی از گزاره‌های منطقی و عقلانی است که نسبت هر یک از این‌ها از فرهنگی به فرهنگ دیگر، متفاوت

می‌باشد. همچنین در هر فرهنگی، ترکیبی قومی و جهانی از آن فرهنگ وجود دارد که بطور غیرقابل تفکیک به ویژگی خاص جغرافیایی، تاریخی، زبانی و اخلاقی و آنچه بین همه انسان‌ها به عنوان صفات انسانی مشترک‌اند، تنیده است (ساشادینا، ۲۰۰۹). در واقع هر نظام اخلاقی دارای مبانی خاص خود است که زیرساخت‌های اعتقادی، فلسفی، ارزشی آن نظام اخلاقی را تشکیل می‌دهد و بیانگر هویت آن نظام اخلاقی می‌باشد و براساس آن، شیوه‌های ویژه‌ای از رفتار اخلاقی را سفارش می‌کند، باید و نبایدهای خاص خود را توصیه می‌کند (سربخشی، ۱۳۸۸، ص ۶۲). بنابراین با توجه به اینکه برنامه درسی اخلاق پزشکی باید مبتنی بر مبانی فرهنگی، ارزشی و اعتقادی جامعه باشد، در این مطالعه براساس تجارب اساتید و صاحب‌نظران اخلاق پزشکی کشور سعی شده است شناخت عمیق‌تر و واقعی‌تری از ابهامات و چالش‌های موجود در هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی بدست آید.

**روش پژوهش:** این مطالعه یک پژوهش کیفی است که داده‌های آن از طریق «مصاحبه‌های انفرادی نیمه ساختارمند» با اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران بدست آمد. مصاحبه با متخصصان نوعی مصاحبه نیمه ساختار یافته است و متخصصان نه به عنوان یک شخص، بلکه به منزله نمایندگان یک گروه از متخصصان در نمونه گنجانده می‌شوند (جلیلی، ۱۳۸۸، ص ۳۵۶، بویور و گاسکل، ۲۰۰۵، ص ۳۸). علت انتخاب این روش، این است که مصاحبه شوندگان در این مطالعه، مخزن پیچیده‌ای از دانش و تجربه درباره اخلاق پزشکی هستند. جهت ساختار دادن به اظهارات مشارکت کنندگان، ابتدا سؤالاتی کلی و در راستای اهداف پژوهش مطرح می‌شد، نمونه سؤال راهنما برای مصاحبه شامل موارد زیر بود: چه تجربیاتی در زمینه آموزش اخلاق پزشکی دارید؟ برنامه درسی اخلاق

پزشکی موجود دارای چه ویژگی‌هایی است؟ برنامه درسی اخلاق پزشکی موجود با چه مسائل و چالش‌هایی روبرو است؟ هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ در پایان این مرحله هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی کشور مبتنی بر تجربه اساتید و صاحب‌نظران تبیین گردید. کوربین و استراسوس (۲۰۰۷) روش نمونه‌گیری در مطالعات کیفی را مبتنی بر هدف می‌دانند که نمونه‌گیری براساس معیارهای ورود به مطالعه و به صورت تدریجی تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه می‌یابد (ص ۲۳۷). در این مطالعه نیز جهت جمع‌آوری داده‌ها، پس از انجام هر مصاحبه، متن گفت‌وگوها 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. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در تحقیق، دارا بودن حداقل سه سال سابقه فعالیت آموزشی و پژوهشی در زمینه اخلاق پزشکی بود. مصاحبه‌ها در طی ماه‌های پاییز ۱۳۸۹ در محل کار مشارکت‌کنندگان و به صورت انفرادی انجام شد، مدت زمان جلسات مصاحبه بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رویکرد تحلیل محتوای مایرینگ 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 (مایرینگ، ۲۰۰۲، ص ۱۳۹). بدین منظور، متن مصاحبه‌های تایپ شده به نرم‌افزار مکس کیو دی ای انتقال یافت و کدگذاری داده‌ها با استفاده از این نرم‌افزار انجام شد. مراحل تحلیل داده‌ها 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 کدگذاری 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 براساس 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، مضامین به دست آمدند (تلخیص سوم). بدین معنا که داده‌ها در سطح انتزاعی‌تری تلخیص شدند. به عبارت دیگر گروه چهار نفره پژوهشگران این مطالعه، درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقات و مضامین آنها نمود یافت، به توافق رسیدند. در این مطالعه به منظور تأیید نتایج، از چهار معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اعتماد، و قابلیت انتقال برای صحت و استحکام داده‌ها استفاده گردید (کوربین و استراسوس، ۲۰۰۷). بدین منظور از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، حسن ارتباط با مشارکت کنندگان و انجام مصاحبه در مکان‌های انتخاب شده توسط مشارکت کنندگان برای افزایش مقبولیت و اعتماد داده‌ها، استفاده شد. برای تأیید اعتبار محتوی، دست نوشته‌های پیاده شده از نوار و کدهای استخراج شده، به صورت انفرادی توسط مشارکت کنندگان در صورت تمایل و به صورت گروهی توسط تیم پژوهش مورد بازخوانی قرار گرفته و در جلسات مشترک، مورد بحث و جمع‌بندی قرار گرفت. همچنین در طی مراحل تحلیل داده‌ها از نظارت یک نفر متخصص پژوهش کیفی بهره گرفته شد. جهت رعایت نکات اخلاقی، کوشش شد تا رازداری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت در تحقیق یا خروج از آن، محرمانه بودن اطلاعات و حفظ آنها در محل امن، رعایت گردد و قبل از جمع‌آوری داده‌ها، اهداف تحقیق به شرکت کنندگان توضیح داده شده و پس از کسب موافقت آنها نسبت به ضبط مصاحبه اقدام می‌شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۱۴ نفر از اساتید اخلاق پزشکی در این پژوهش شرکت داشتند. مشخصات مشارکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. دامنه سنی آنان از ۳۵ تا ۶۰ سال بود، دامنه سابقه کار آنان در زمینه فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی در حوزه اخلاق پزشکی از ۶ تا ۳۰ سال بود.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان

میانگین سن	۴۴ سال
میانگین سابقه کار	۱۵ سال
جنسیت	مرد ۱۳ نفر، زن ۱ نفر
رتبه علمی	استاد ۳ نفر، دانشیار ۳ نفر، استادیار ۹ نفر

تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها با شرکت کنندگان در مطالعه، به منظور تبیین هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی، منجر به استخراج ۳ مضمون گردید که عبارتند از: ۱- اخلاق پزشکی سکولار ۲- نظام اخلاق اسلامی ۳- قلمرو اخلاق پزشکی. هر کدام از این مضامین شامل چندین طبقه اصلی و فرعی است که جنبه‌ای خاص از چالش‌های موجود در هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی را توصیف می‌کنند. که در جدول شمال ۲ نشان داده شده است.

### ۱- اخلاق پزشکی سکولار

زیرطبقاتی که از داده‌ها استخراج گردید و شامل این مضمون می‌شوند و دلالت بر حاکم بودن رویکرد سکولار در آموزش اخلاق پزشکی دارند عبارتند از: جدا بودن اخلاق پزشکی از آموزه‌های دینی، عدم توجه به نیت افراد در ارائه خدمات پزشکی، اهمیت ندادن به تزکیه نفس و کسب فضایل اخلاقی. به عبارت دیگر نتایج تحقیق حاکی از بی‌توجهی به آموزه‌های دینی در برنامه درسی اخلاق

پزشکی است، به عبارت دیگر اخلاق پزشکی که آموزش داده می‌شود، مبتنی بر مبانی اسلامی نیست. به عنوان مثال به اظهارات مشارکت‌کننده‌ای که حدود ۱۰ سال سابقه فعالیت آموزشی در حوزه اخلاق پزشکی دارد استناد می‌شود:

«آنچه امروزه در دانشگاه‌های ما به عنوان اخلاق پزشکی آموزش داده می‌شود مبتنی بر آموزه‌های دینی نیست و بدون آموزه‌های دینی نمی‌توانیم اخلاق پزشکی را برای یک کشور اسلامی ارائه بدهیم و ما از پایه و مبانی در این زمینه ایراد داریم و برای اینکه خارجی‌ها حرف ما را بفهمند، با زبان آنها حرف می‌زنیم ولی زبان خودمان را نیز گم کرده‌ایم.»

و یا شرکت‌کننده‌ای دیگر با سابقه ۲۵ سال اظهار می‌کند:

«آموزش اخلاق پزشکی ما این‌گونه است که از دانشجویان فقط رعایت ضوابط و قوانین را می‌خواهیم، و این رویکرد سکولار است که رعایت ضوابط و مقررات را اخلاق می‌داند و کاری به خود فرد ندارد، در حالی که در اعتقادات ما، فاعل فعل اخلاقی و نیت او خیلی مهم است و اگر نیت فرد درست نباشد حتی اگر کار درست را انجام دهد، مقبول نمی‌شود و ما معتقدیم که خود فرد نیز باید یک‌سری ویژگی‌ها و آمادگی‌های اخلاقی داشته باشد تا اخلاق از او تراوش کند و رفتار اخلاقی از او سر بزند. نمی‌شود با رعایت یک‌سری ضوابط بگوییم که پزشکی ما اخلاقی شده است.»

همچنین نتایج تحقیق بیانگر حاکمیت فرهنگ غرب در برنامه‌های آموزش اخلاق پزشکی است، ترویج فرهنگ ترس از قانون به جای کسب رضای خدا و یا آموزش اخلاق پزشکی صرفاً مبتنی بر یافته‌های عقلانی و دنباله‌روی کورکورانه از اخلاق پزشکی غرب از دیگر دلایلی است که بر حاکمیت رویکرد سکولار در

برنامه درسی اخلاق پزشکی حکایت می‌کند. در این خصوص شرکت کننده‌ای دیگر با سابقه ۳۰ سال اظهار نموده است:

«این موضوع یکی از چالش‌های آموزش اخلاق پزشکی است که ما به جای اینکه فرهنگ جلب رضایت خدا و ناظر بودن او را بر اعمال ترویج کنیم، سعی می‌کنیم فرهنگ ترس از قانون را توسعه دهیم، در حالی که اخلاق فراتر از قانون است.»

و یا شرکت کننده‌ای دیگر با ۶ سال سابقه اظهار می‌کند:

«با اینکه غالب اساتید اخلاق پزشکی ما افرادی مومن و معتقد به دستورات اسلام هستند، ولی آموزشی که در زمینه اخلاق پزشکی دیده‌اند و آموزشی که می‌دهند دقیقاً مبتنی بر استدلال‌ها و استنباط‌های عقلانی در اخلاق پزشکی سکولار است. یعنی آن چیزی که این تیم اخلاق پزشکی در دانشگاه ما آموزش می‌دهد مشابه آن چیزی است که در دیگر کشورها مثل سوئیس، اسرائیل، پاکستان آموزش داده می‌شود.»

بنابراین براساس تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، این نتیجه اخذ می‌گردد که هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی مبتنی بر مبانی دینی نیست و هویتی سکولار بر آن حاکم است.

## ۲- نظام اخلاق اسلامی

این مضمون بیانگر فقدان یک نظام اخلاق با رویکرد اسلامی جهت تدوین برنامه درسی اخلاق پزشکی می‌باشد. به عبارت دیگر فاقد مبانی و اصولی مدون برای اخلاق پزشکی اسلامی هستیم و لذا برنامه درسی اخلاق پزشکی از یک بی‌هویتی رنج می‌برد و آنچه به عنوان اخلاق پزشکی آموزش داده می‌شود، مبتنی یک نظام

اخلاق اسلامی نیست. زیر طبقاتی که از داده‌ها استخراج گردید و حکایت از این مضمون دارند، عبارتند از: فقدان تئوری خاص در اخلاق اسلامی، ارائه مباحث اخلاق اسلامی به صورت توصیفی، فقدان دکترین مشخص برای اخلاق پزشکی اسلامی و فقدان مبانی و اصولی مدون برای اخلاق پزشکی اسلامی. و نتایج حاکی از آن است که کار بنیادی و زیربنایی تاکنون در این خصوص انجام نشده است و لذا فاقد اصولی برای اخلاق پزشکی اسلامی هستیم و بیشتر از منابع غربی استفاده می‌کنیم و با کمبود منابع و کتب اخلاق پزشکی اسلامی روبرو هستیم. شرکت کننده‌ای با ۱۲ سال سابقه در این خصوص اظهار می‌کند:

«کتاب‌هایی را که در این زمینه داریم، متأسفانه همه توصیفی هستند، یعنی نود درصد این کتاب‌ها در مورد اخلاق توصیفی است، در این کتاب‌ها فقط توصیه شده است که دروغ نگو، غیبت نکن، تهمت نزن، ولی اینها مبتنی بر یک دیدگاه یا تئوری نیست.»

و یا شرکت کننده دیگر با ۲۲ سال سابقه اظهار می‌کند:

«مشکلی که در آموزش اخلاق پزشکی داریم این است که مبانی روشن فلسفی، در زمینه اخلاق پزشکی نداریم و به ترجمه دیدگاه‌های غربی متوسل می‌شویم و تا به حال کسی وارد این میدان نشده است که مبانی فلسفه اخلاق پزشکی اسلامی را مشخص کند تا بتوانیم به طور مستقل در مورد اتانازی و یا سقط جنین استدلال کنیم.» همچنین نتایج تحقیق حاکی از آن است که آموزش اخلاق پزشکی مبتنی بر جهان‌بینی اسلامی نیست و از یک خلاء در تبیین مفاهیم بنیادی اخلاق پزشکی مبتنی بر جهان‌بینی اسلامی رنج می‌بریم. شرکت کننده‌ای با ۱۰ سال سابقه در این خصوص بیان می‌کند:

«هم اکنون برنامه درسی اخلاق پزشکی ما با سایر کشورها تفاوت زیادی ندارد و استاد پزشکی ما هیچ تفاوتی با استادی که در دانشگاه آکسفورد و هاروارد تدریس می‌کند، ندارد. چون جهان‌بینی خاص اسلامی ندارد، همان زمینه‌ای که آن استاد غربی دارد، استاد ما دارد و از منابع آنان استفاده می‌کند، با همان منطق تدریس می‌کند. بنابراین اگر بخواهیم برنامه درسی اخلاق پزشکی اسلامی داشته باشیم، باید اخلاقی را مدنظر بگیریم که ریشه آن مبتنی بر اعتقادات ما است و بر این اساس عناصر برنامه درسی اخلاق پزشکی شکل می‌گیرد.»

بنابراین از آنجا که ما فاقد یک نظام اخلاقی با رویکرد اسلامی هستیم، لذا آنچه محتوای برنامه درسی اخلاق پزشکی را تشکیل می‌دهد، نمی‌تواند بیانگر هویت اخلاق پزشکی اسلامی باشد، زیرا مبانی و اصول خود را از نظام‌های اخلاقی دیگر عاریه گرفته است. در نتیجه برنامه درسی اخلاق پزشکی دچار یک بی‌هویتی می‌باشد.

### ۳- قلمروی اخلاق پزشکی

این مضمون بیانگر این موضوع است که الگو و چارچوب مشخصی برای تدوین برنامه درسی اخلاق پزشکی در دسترس نمی‌باشد و حدود و ثغور مباحث اخلاق پزشکی مشخص نشده است، به طوری که مشاهده می‌شود، مباحث اخلاقی با مباحث حقوقی و فقهی خلط شده و قلمروی اخلاق پزشکی مشخص نمی‌باشد و در مواردی مباحث فقهی و حقوقی به جای اخلاق ارائه می‌شود. شرکت‌کننده‌ای با ۲۳ سال سابقه در این خصوص اظهار می‌کند:

«یکی از خلأهای جدی در آموزش اخلاق پزشکی، این است که رابطه فقه، حقوق و اخلاق حتی برای بسیاری از بزرگان در این حوزه‌ها در هاله‌ای از ابهام قرار دارد و کاری در این خصوص نکرده‌ایم. هنوز وقتی سؤال اخلاقی می‌پرسیم

پاسخ فقهی یا حقوقی داده می‌شود. تا این مسائل حل نشود و پاسخ روشنی برای این مباحث نداشته باشیم، نمی‌توانیم محتوای مشخصی برای آموزش اخلاق پزشکی تدوین کنیم.»

و یا شرکت کننده دیگری با ۱۰ سال سابقه بیان می‌کند:

«یکی دیگر از چالش‌ها این است که ما اخلاق را تقسیم‌بندی کرده‌ایم به اخلاق عمومی و اخلاق حرفه‌ای و غیره و این پسوندهایی که به کار می‌رود این تصور را ایجاد می‌کند که این تقسیم‌بندی اعتباری نیست و این تقسیم‌بندی یک سد آهنی بین اخلاق پزشکی و اخلاق اسلامی ایجاد کرده است.»

همچنین نتایج حاکی از آن است که در آموزش اخلاق پزشکی، الگوی مشخصی برای پاسخگویی به مسائل مستحدثه در اخلاق پزشکی مبتنی بر رویکرد اسلامی در دسترس نمی‌باشد و کار جدی در این خصوص انجام نشده است، شرکت کننده‌ای با ۱۲ سال سابقه در این خصوص اظهار نموده است:

«آن موقعی که آموزش اخلاق پزشکی مبتنی بر سوگندنامه بقراط بود، مسائل اخلاقی امروز مطرح نبود، مسائل پیوند اعضا، اتانازی و مرگ مغزی نبود. زیرا آن موقع که دستگاه ونتیلاتور نبود. اینها مسائل مستحدثه است. اخلاق پزشکی ما مبتنی بر آموزه‌های دینی در این زمینه‌ها فعالیت نکرده است و در نتیجه دچار چالش هستیم.»

و یا شرکت کننده دیگری با ۱۳ سال سابقه اظهار نموده است:

«چالش دیگر این است که در پاسخ به برخی از مسائل مستحدثه در اخلاق پزشکی با فتاوی‌های مراجع متعدد مواجه هستیم. بنابراین ما نمی‌توانیم یک چارچوب مشخص و یکسانی در این زمینه‌ها داشته باشیم و در اینجا دچار مشکل می‌شویم.»

براساس این نتایج، فاقد یک چارچوب مشخص در حوزه اخلاق پزشکی هستیم و این در حالی است که هویت هر برنامه درسی به قلمرو و حدود و ثغور موضوعات آن وابسته است.

جدول ۲: درون‌مایه‌های چالش‌های مبانی برنامه درسی اخلاق پزشکی

مضامین	طبقات
۱- اخلاق پزشکی سکولار	<p>– بی‌توجهی به آموزه‌های دینی در آموزش اخلاق پزشکی، – جدا کردن اخلاق پزشکی از آموزه‌های دین، – بی‌توجهی به نیت افراد در آموزش اخلاق پزشکی، – اهمیت ندادن به تزکیه نفس و کسب فضایل اخلاقی، – حاکمیت فرهنگ غربی در آموزش اخلاق پزشکی، – ترویج فرهنگ ترس از قانون به جای فرهنگ جلب رضایت خدا، – آموزش اخلاق پزشکی صرفاً مبتنی بر استدلال‌های عقلانی، – دنباله‌روی کورکورانه از اخلاق پزشکی، – ترویج اخلاق پزشکی غرب.</p>
۲- نظام اخلاق اسلامی	<p>– فقدان اخلاق پزشکی مبتنی بر مبانی اعتقادی و ارزشی خودمان – نداشتن تئوری و مکتب اخلاقی – توصیفی بودن کتب و منابع اخلاق اسلامی – انجام ندادن تحقیقات بنیادی – کمبود منابع و کتب اخلاق پزشکی اسلامی – نداشتن اصول اخلاق پزشکی اسلامی، – استفاده از منابع غربی در آموزش اخلاق پزشکی، – استفاده از نظام اخلاقی وظیفه‌گرا و نتیجه‌گرا – نادیده گرفتن رویکرد فضیلت‌گرا – اشتراک لفظی در بکار بردن کلمه اخلاق بین ما و کشورهای غربی – نداشتن دکترین مشخص برای اخلاق پزشکی اسلامی – مبتنی نبودن آموزش‌های اخلاق پزشکی بر جهان بینی اسلامی – شکاف بین دانش و بینش در اخلاق پزشکی.</p>

۳- قلمرو اخلاق پزشکی	<p>- مشخص نبودن حدود و ثغور مباحث اخلاق پزشکی، - خلط کردن مباحث اخلاقی با مباحث حقوق و فقهی - تفکیک اخلاق اسلامی از اخلاق حرفه - جدایی اخلاق نظری از اخلاق عملی - نداشتن تعریفی از اخلاق پزشکی مبتنی بر مبانی دینی - نداشتن الگویی برای پاسخگویی به مسائل مستحدثه در اخلاق پزشکی - نداشتن دارالافتاء، - نداشتن پاسخ برای مسائل اخلاقی جدید، - نداشتن منابع مشخصی برای مسائل مستحدثه اخلاق پزشکی، - انجام ندادن کار بنیادی در حوزه مسائل مستحدثه.</p>
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**بحث:** یافته‌های این مطالعه، حاکی از آن است که هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی مبتنی بر مبانی فرهنگی، ارزشی و اعتقادی جامعه خودمان نمی‌باشد و با ضعف و چالش‌هایی در این زمینه مواجه هستیم و برای توسعه و ارتقای اخلاق پزشکی کشور باید به طور جدی این چالش‌ها مورد عنایت قرار گیرند. در این زمینه فتحی و اجارگاه (۱۳۸۶) می‌نویسد: هر برنامه درسی وابسته به زمینه، واقعیت‌ها و بسترهای فرهنگی و اجتماعی است که هویت آن را مشخص می‌کند و هویت یک برنامه درسی در بستر و زمینه‌ای که قرار دارد شناخته می‌شود. بنابراین فهم و درک هویت برنامه درسی مستلزم مطالعه و تفسیر آن مباحثی است که برنامه درسی را تولید می‌کند (ص ۵۱). یکی از یافته‌های تحقیق حاکی از رویکرد سکولار به برنامه درسی اخلاق پزشکی است و اینکه برنامه‌های آموزش اخلاق پزشکی مبتنی بر آموزه‌های دینی نیست. در همین راستا ساشادینا (۱۳۸۷) اظهار می‌کند: اخلاق پزشکی که در حال حاضر در دانشگاه‌های کشور تدریس می‌شود، کافی نیست و اکثر کتاب‌های فارسی که در این زمینه منتشر شده‌اند، تقلیدی از اخلاق پزشکی غرب هستند که با فرهنگ و زیربنای فلسفی و ارزشی کشور ما تفاوت

دارد. حسنی (۱۳۸۳) معتقد است؛ علیرغم پیشینه‌ای نسبتاً وسیع در حوزه اخلاق که در متون علمی، فلسفی، دینی کشور ما وجود دارد، بنا بر دلایلی از بسط و گسترش آن پرهیز شده است (ص ۲۲۴). ساشادینا (۲۰۰۹) در این خصوص می‌نویسد: پس از سال‌ها تدریس اخلاق زیست پزشکی در جوامع اسلامی، به این نتیجه رسیده‌ام که ترجمه یا الگوبرداری اشتباه از اخلاق زیست پزشکی غرب برای اعمال در مؤسسات پزشکی و مراقبت بهداشتی مسلمانان، بدون بررسی اولیه منابع فرهنگ و معرفت‌شناسی بومی به منظور تدریس و اشاعه اخلاق زیستی در جوامع مسلمان، عقیم می‌ماند (ص ۱۱). در واقع هدف برنامه درسی اخلاق پزشکی موجود انکار و تکذیب هویت بومی و اسلامی است و برهنه‌سازی دانشجویان از آنچه متعلق به آنهاست و تجدید هویت آنان براساس بینش و تفکر سکولار است. زیرا نتایج این تحقیق حکایت از این موضوع دارد که آنچه به عنوان اخلاق پزشکی آموزش داده می‌شود، غالباً مبتنی بر نیازها، مسائل فرهنگی و اجتماعی ما نیست. در خصوص تأثیرات منفی این مسأله، پینازار و مرگولیز (۲۰۰۴) در تحقیقی به بررسی تأثیر آموزش اخلاق پزشکی غرب بر روی فرهنگ و زبان دانشجویان مسلمان کشور امارات پرداخته‌اند. نتایج تحقیق مذکور با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. آنان در گزارش تحقیق‌شان می‌نویسند: علیرغم وجود آموزه‌های بسیار غنی اسلام در مورد اخلاق، اما تمایل کمی برای گنجاندن این تعالیم در برنامه درسی اخلاق پزشکی دانشکده‌های پزشکی در کشورهای حوزه خلیج فارس وجود دارد و برنامه درسی اخلاق پزشکی براساس مدل وارداتی ارائه می‌شود و این مباحث به زبان انگلیسی یعنی زبان دوم دانشجویان، آموزش داده می‌شود و محتویات این دوره براساس اخلاق پزشکی غربی است و تحلیلی از اخلاق پزشکی اسلامی ندارد. از این‌رو دانشجویان مسائل اخلاقی که با فرهنگ غربی عجین شده

می‌آموزند و این برنامه درسی به درک و فهم دانشجویان از فرهنگ جامعه خودشان آسیب می‌رساند (ص ۴). اگرچه تحقیق مذکور نشان می‌دهد که دانشجویان قادرند مفاهیم اخلاق پزشکی و مسائل مرتبط با آن را تشخیص دهند. ولی مفهوم‌سازی اخلاق پزشکی با سیستم ارزشی و اعتقادی برنامه درسی اخلاق غربی به زبان انگلیسی بر سیستم ارزشی و اعتقادات خودی غلبه می‌کند و به عبارتی آنها را دچار خودبیگانگی می‌کند. همان‌طور که در نتایج تحقیق اشاره شد، فرهنگ مادی غرب بر برنامه درسی اخلاق پزشکی، حاکم است و تأکید آموزش اخلاق پزشکی بر مباحث حقوق پزشکی و فرهنگ ترس از قانون به جای فرهنگ کسب رضای خدا، مستندات این مدعا است. در این زمینه اتکینسون (۱۳۷۰) می‌نویسد: در نظریه‌های مادی، اخلاق مفهومی جز اطاعت از قوانین ندارد به این معنی اخلاق و حقوق جدا از هم نیستند و به عبارت بهتر، اخلاقی وجود ندارد (ص ۲۰). به عبارت دیگر اطاعت از قانون به عنوان غایت برنامه درسی اخلاق پزشکی مبتنی بر رویکرد مادی است. نتایج این مطالعه، حکایت از فقدان یک نظام اخلاقی مبتنی بر رویکرد اسلامی دارد و این موجب یک خلاء در تبیین مفاهیم و اصول اخلاق پزشکی اسلامی و در نتیجه مانع شکل‌گیری برنامه درسی با هویت اسلامی می‌شود. این در حالی است که محققین اسلامی معتقدند در مکتب اسلام، اخلاق پاره‌ای ناگسستنی از دین است که بایدها و نبایدهای ارزشی حاکم بر رفتار آدمی را، از نظام اعتقادی و ارزشی اسلام کسب می‌نماید، از این‌رو سخن گفتن از اخلاق منسوب به اسلام سخنی بجا و بحث درباره نظام اخلاقی اسلام امری موجه و ضروری است و گفت‌وگو درباره ساختار کلی حاکم بر این نظام امری درخور تأمل و اندیشه است (شیروانی، ۱۳۷۸، ص ۱۸). در راستای نتایج این مطالعه پورمحمدی (۱۳۸۷) می‌نویسد: مباحث عمده اخلاق پزشکی که امروزه در

دانشکده‌های پزشکی آموزش داده می‌شود، حول محور اصول و استدلال‌های اخلاقی سکولار شکل گرفته است. این در حالی است که اصول اخلاق پزشکی در غرب منطبق بر دیدگاه اسلام نیست. همچنین نتایج این مطالعه از نامشخص و مبهم بودن قلمرو و حدود و ثغور مباحث اخلاق پزشکی حکایت دارد. خلط مباحث اخلاقی با مباحث حقوقی و فقهی در آموزش‌های اخلاق پزشکی دلالت بر این مسأله دارد، به طوری که در مواردی مباحث فقهی و حقوقی به جای اخلاق ارائه می‌شود. در این زمینه شادی (۱۳۸۵) می‌نویسد: یکی از سؤالات اخلاق پزشکی جامعه ایرانی تعیین نسبت اخلاق دینی و اخلاق سکولار در اخلاق پزشکی است و اهمیت این مسأله وقتی روشن می‌شود که متوجه فربهی فقه در سنت اسلامی باشیم (ص ۹۸).

نداشتن الگوی مشخصی برای پاسخگویی به مسائل مستحدثه در اخلاق پزشکی مبتنی بر رویکرد اسلامی از دیگر یافته‌های این تحقیق است. به گونه‌ای که منبع مشخصی برای پاسخگویی به این گونه مسائل در دسترس دانشجویان نیست. در این خصوص ساشادینا (۲۰۰۹) می‌نویسد: فقه اسلامی، استنباط احکام فقهی است که صرفاً به جواز یا حرمت فرآیند یا رویه خاص پزشکی می‌پردازد. لیکن تدوین مبانی اخلاقی یک عمل، قبل از تجویز یا منع آن نیز ضروری است. نهاد فقهی از ضابطه‌مند کردن ارزش‌های اخلاقی و توجیهاتی که به منظور شناخت مسائل پیچیده اخلاقی پیش روی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، بیماران و خانواده‌های آنان وجود دارد، طفره رفته‌اند و فتاوا به منظور ارائه توجیه اخلاقی و هدایت افراد جامعه به سمت بروز رفتار اخلاقی هنگام مواجه شدن با موارد پزشکی نوظهور ناکافی می‌باشد. امروزه، مسائل اخلاقی نیازمند اعمال دقیق استدلال عقلی مبتنی بر اصول و ارزش‌های پذیرفته شده جامعه برای نیل به راه حلی واقع‌بینانه‌اند (ص ۲۵).

## نتیجه

تفسیر و تعبیری که مشارکت کنندگان در این مطالعه از هویت برنامه درسی اخلاق پزشکی موجود دارند، از فقدان برنامه درسی اخلاق پزشکی با هویت بومی و اسلامی حکایت دارد. با وجود آن که ارزش‌های اخلاقی جهانی هستند و در تمامی فرهنگ‌ها به چشم می‌خورند، لیکن شرایط انسانی در فرهنگ‌های سیاسی و اجتماعی خاص، اقتضا می‌کند که اصول و قواعدی متناسب با مبانی اعتقادی و ارزشی خود داشته باشند. برنامه درسی اخلاق پزشکی، باید دانش، نگرش و مهارت‌های اخلاقی دانشجویان را براساس جهان‌بینی و مبانی فلسفی و ارزشی جامعه شکل دهد و با توجه به پیچیدگی و سرعت تغییرات در جوامع بشری، نهادهای موجود در هر جامعه‌ای از جمله نظام دانشگاهی، برای بقای پویا و مداوم، بایستی خود را در تعامل با این تغییرات و تحولات قرار دهند، لیکن این تعاملات باید مبتنی بر مبانی اعتقادی، فرهنگی و ارزشی جامعه باشد. در غیر این صورت با بهره‌گیری از پیشرفت‌ها، دستاوردهای علمی و زیست فناوری در حوزه اخلاق پزشکی، بدون توجه به چالش‌های حاصل از تضاد میان مبانی اخلاق پزشکی غرب و مبانی اعتقادی و ارزشی خودمان، زمینه اعوجاج در آموزش اخلاق پزشکی فراهم می‌شود و در واقع حلقه مفقوده برنامه درسی اخلاق پزشکی ضعف و چالش‌های موجود در مبانی و هویت اخلاق پزشکی است و به همین دلیل است که همچون دانه‌های تسبیح که فاقد نخ تسبیح است، مباحث اخلاق پزشکی به‌طور پراکنده و بدون مبنای مشخصی در برنامه درسی اخلاق پزشکی گنجانده شده است و این موجب سردرگمی و عدم درک صحیح و جامع از مباحث اخلاق پزشکی مبتنی بر رویکرد اسلامی شده است. بنابراین با افزایش توجه جهانی به اخلاق زیست پزشکی، اکنون زمان آن فرارسیده است که برنامه درسی اخلاق پزشکی

اسلامی که متناسب با بسترهای اجتماعی، فرهنگی و ارزشی جامعه‌مان باشند، تدوین شود. این امر، وظیفه خطیر فلاسفه و اخلاقیون شیعه و فقهای مذهبی به همراه دانشمندان علوم پزشکی است که مباحث و موضوعات مختلف طرح شده را مورد بررسی قرار داده و چارچوبی جامع، قابل قبول و مشترک در جوامع اسلامی طرح‌ریزی نمایند. در این خصوص ساشادینا (۲۰۰۹) می‌نویسد: بسیاری از اختلاف‌نظرها در خصوص اخلاق زیست‌پزشکی در غرب، از اختلاف پیرامون این موضوع نشأت می‌گیرد که اصول هنجاری در این حوزه، تا چه اندازه می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف عمومیت پیدا کند به نحوی که برخی اعمال خاص، در سطح جهانی به عنوان اعمالی، واجب، حرام و یا مجاز تلقی گردند (ص ۲۵). به طور خلاصه برنامه درسی اخلاق پزشکی موجود متناسب با نیاز فرهنگی و بومی و مبانی اعتقادی و ارزشی جامعه ما و انتظاری که حاصل از افزایش توجه به مقوله اخلاق و رشد و افزایش مسائل اخلاقی است، نمی‌باشد. و آنچه آموزش داده می‌شود نیز متناسب با ویژگی‌های فرهنگی، مذهبی ما نمی‌باشد. زیرا مباحث اخلاق پزشکی با مبانی اعتقادی، ارزشی و فرهنگی جامعه گره خورده است و آنچه تحت عنوان اخلاق پزشکی به زبان فارسی ترجمه شده است نمی‌تواند واجد خصوصیت هویتی مناسبی برای برنامه درسی اخلاق پزشکی ما باشد.

## فهرست منابع

- Bauer M. and Gaskell G. (2005). *Qualitative researching with text, image and sound: a practical handbook*, Sage Publications Ltd.
- Corbin J, Strauss AL. (2007). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*: SAGE Publications Ltd;
- Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M and Helft PR. (2005). *Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Be Going? A Review*. *Academic Medicine*; 80(12).
- elvakumar D, Joseph L. (2004) *The importance of including bio-medical ethics in the curriculum of health education institutes*. *Education for Health*; 17(1).
- Gillon R. (1985). *Philosophical medical ethics. Rights*. *British medical journal*; 290 (6485).
- Kuhse H, Singer P. (2009). *A companion to bioethics*: Wiley-Blackwell.
- Mayring, P. (2002). *Qualitative content analysis—research instrument or mode of interpretation. The role of the researcher in qualitative psychology 2*.
- Murray J. (2003). *Development of a medical humanities program at Dalhousie University Faculty of Medicine, Nova Scotia, Canada, 1992-2003*. *Acad Med*; 78 .
- Sachedina A. (2009). *Islamic biomedical ethics: principles and application*: Oxford University Press, USA.
- Steinberg A. (1995). *Safety and home care nurses: a study*. *Concern (Regina, Sask)*; 24(5).
- Thulesius H, Sallin K, Lynoe N, Lofmark R. (2007). *Proximity morality in medical school-medical students forming physician morality "on the job": Grounded theory analysis of a student survey*. *BMC Medical Education*; 7(1).
- Ypinazar V, Margolis S. (2004). *Western medical ethics taught to junior medical students can cross cultural and linguistic boundaries*. *BMC Medical Ethics*.; 5(1).
- اتکینسون، آر اف. (۱۳۷۰). *درآمدی بر فلسفه اخلاق*. (ترجمه سهراب علوی نیا). نشر کتاب.
- پورمحمدی، علی. (۱۳۸۷). *مبانی فلسفی اخلاق زیستی*. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- جلیلی، هادی. (۱۳۸۸). *درآمدی بر تحقیق کیفی*. چ دوم. نشر نی.
- حسینی، محمد. (۱۳۸۳). *بررسی دیدگاه ارزش‌شناسی علامه طباطبایی و دلالت‌های آن در تربیت اخلاقی*. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*. سال سی و چهارم. ش ۱۹۹: ۲۰-۲۲۴.

ساشادینا، عبدالعزیز. (۱۳۸۷). آموزش اخلاق زیستی در برنامه‌های آموزش پزشکی در ایران. چکیده مقالات دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران. تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی.

سریخشی، محمد. (۱۳۸۸). اخلاق سکولار مفاهیم، مبانی، ادله، نقدها. چ اول. انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).

شادی حیدر. (۱۳۸۵). درآمدی بر دانش و حرفه اخلاق زیست - پزشکی. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری. ویژه نامه اخلاق پزشکی پیوست ش ۱: ۹۸-۹۱.

شیروانی، علی. (۱۳۷۸). اخلاق هنجاری: پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.

عباسی، محمود. (۱۳۸۷). در جستجوی حکمت، حلقه مفقوده طبابت امروز. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال دوم. ش سوم: ۷۱-۴۹.

فتحی واجارگاه، کورش. (۱۳۸۶). برنامه درسی به سوس هویت جدید. تهران: انتشارات آبیژ.

لاریجانی، باقر. (۱۳۸۳). نگرشی بر اخلاق نوین پزشکی. فصلنامه پژوهش و حوزه. ۱۷-۴۷: ۱۸-۵۹.

#### یادداشت شناسه مؤلف

مرتضی خاقانی زاده؛ دانشجوی دکتری مطالعات برنامه درسی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی و عضو هیات علمی مرکز تحقیقات طب و دین پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج).

نشانی الکترونیکی: khaghanizade11@yahoo.com

حسن ملکی؛ دانشیار، دکترای مطالعات برنامه درسی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

محمود عباسی؛ استادیار، دکترای حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عباس عباس‌پور؛ استادیار، دکترای مدیریت آموزش، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۳/۲۹