

عناصر و ساختار برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی

^۱ مرتضی خاقانی زاده

^۲ حسن ملکی

^۳ محمود عباسی

^۴ عباس عباس پور

^۵ فاطمه حشمتی نبوی

^۶ عباس عبادی

^۷ مهدی مصری

چکیده

برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی یک حوزه‌ی معرفتی و حرفه‌ای میان رشته‌ای است که تمام مؤلفه‌های لازم برای کسب مهارت‌ها و صلاحیت‌های اخلاقی دانشجویان را تبیین می‌کند. هدف از این مطالعه انجام یک مرور نظامند در مورد عناصر و ساختار برنامه درسی اخلاق پزشکی مبتنی بر تجارب بین‌المللی است. در این مطالعه با روشی نظامند براساس یک پروتکل جستجوی چندمرحله‌ای به ارزشیابی مقالات مرتبط با برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی در مطالعات بین‌المللی پرداخته شده است. در تلخیص و ترکیب داده‌های استخراج شده از مقالات، ۶ مضمون شناسایی گردید؛ این مضامین عبارتند از:

۱. تلفیق رویکرد آموزش نظری و کاربردی

۲. اهداف آموزشی چند بعدی

۳. انتخاب محتوایی فراگیر

۴. سازمان‌دهی ترکیبی

۱. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دکترای مطالعات برنامه‌ی درسی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات طب و دین پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و دانشکده‌ی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) (نویسنده مسؤل).

۲. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی

۳. رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی

۵. استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده‌ی پرستاری

۶. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده‌ی پرستاری، گروه آموزش دکترای پرستاری

۷. استادیار دکترای پزشکی قانونی، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات طب و دین

۵. راهبرد آموزش ترکیبی

۶. ارزشیابی جامع. براساس

یافته‌های این مطالعه، یک رویکرد تلفیقی برای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی پیشنهاد می‌شود. در این رویکرد ضمن آن‌که به همه‌ی ابعاد و عناصر برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی توجه می‌شود بر ارتباط دوطرفه‌ای بین تمامی عناصر آن تأکید می‌شود.

واژگان کلیدی

برنامه‌ی درسی؛ اخلاق پزشکی؛ رویکرد تلفیقی؛ آموزش اخلاق پزشکی

عناصر و ساختار برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی، دانشی میان‌رشته‌ای است که جنبه‌های اخلاقی و ارزشی حرفه‌ی پزشکی و علوم پزشکی را مورد بررسی قرار می‌دهد. (بلاکورن، ۲۰۰۵م). اخلاق پزشکی سابقه‌ای ۲۵۰۰ ساله دارد اما فقط در ۳۰ سال اخیر به صورت رسمی و به شکل امروزی در دوره‌های آموزش پزشکی گنجانیده شده است و به سرعت به بخشی عادی از برنامه‌ی درسی دانشجویان در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی تبدیل شده است. (مورای، ۲۰۰۳م، اکلز و همکاران، ۲۰۰۵م). علی‌رغم تحقیقات گسترده در برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی و انتشار نقدها و بازبینی‌های مفید و متعدد درباره‌ی آن، هنوز سؤالات زیادی درباره‌ی ماهیت، اهداف و نتایج این برنامه‌ها باقی مانده است؛ سؤالاتی از قبیل اینکه: هدف از آموزش اخلاق پزشکی چیست؟ محتوای آن چه باید باشد؟ چه نتایجی در آموزش اخلاق پزشکی باید مورد ارزیابی قرار بگیرد؟ آن‌ها چگونه باید ارزیابی شوند؟ بهترین شیوه برای تدریس اخلاق پزشکی چیست؟ عدم پاسخ‌گویی روشن و شفاف به این‌گونه سؤالات، موجب می‌شود بسیاری از ویژگی‌ها، مهارت‌ها و توانایی‌هایی که باید در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی لحاظ شود مورد غفلت قرار گیرد. (فاکس و همکاران ۱۹۹۵م، اکلز و همکاران، ۲۰۰۵م). در همین راستا دی کاسترل (۲۰۰۴م) بیان می‌کند:

«امروزه دانش پزشکی به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است و تأکید زیادی نیز بر صلاحیت‌های فنی پزشکان شده است اما موضوع صلاحیت اخلاقی بعضاً مورد غفلت قرار گرفته است. اهمیت صلاحیت اخلاقی به حدی است که گاهی بر جنبه‌های فنی پزشکان برتری می‌یابد. این نکته فقط یک برداشت و احساس نیست که ناشی از طبع انسان و گرایش او به حسن خلق باشد بلکه موضوعی منطقی است زیرا توجه به اخلاقیات در مراقبت، به دنبال خود الزام به

یادگیری مداوم و انجام کار صحیح را خواهد داشت. به عبارت دیگر اگر صلاحیت‌های فنی و مهارت‌های پزشکی را شرط لازم برای ورود به عرصه‌ی حرفه پزشکی بدانیم - که باید چنین باشد - صلاحیت‌های اخلاقی ورود به این عرصه چه باید باشد؟ و در پی آن این صلاحیت‌ها چگونه در پزشکان، پرستاران و سایر پرسنل درمانی نهادینه می‌شود؟» (ص ۳۱)

به این سؤالات باید در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی پاسخ داده شود، زیرا هر جا از صلاحیت‌های حرفه‌ای سخن به میان آید نظام تعلیم و تربیت مورد خطاب قرار می‌گیرد. به همین دلیل، موضوع صلاحیت‌های اخلاقی در حرفه‌های پزشکی به برنامه‌ی درسی مربوط می‌شود. صاحب‌نظران این حوزه اعتراف می‌کنند که در برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی توجه کافی به صلاحیت‌های اخلاقی دانشجویان نمی‌شود و وضعیت کنونی آموزش اخلاق پزشکی به نحوی نیست که بتوان از فارغ‌التحصیلان انتظار رعایت کامل اخلاق پزشکی را داشت. در همین باره گولدی (۲۰۰۰م، ص ۱۱۹) بیان می‌کند: «علی‌رغم وجود کتاب، مجلات و منابع متعدد در زمینه‌ی اخلاق حرفه‌ای، برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی به صورتی نیست که دانشجویان تصویر مناسبی از موضوعات اخلاقی به دست آورند در این زمینه به صلاحیت کافی دست یابند.» وودز (۲۰۰۵م، ص ۵) می‌نویسد: «تحقیقات نشان داده است که بعضی از درس‌ها که به‌عنوان اخلاق پزشکی در برنامه‌ی درسی وارد شده، نتوانسته است واقعاً به افزایش مهارت‌های اخلاقی پزشکان کمک کند. سؤال اساسی این است که چگونه درس‌های مرتبط با اخلاق پزشکی سازمان‌دهی شوند که در نظام مراقبت سلامت مدرن و پیشرفته امروزی جوابگوی نیازها باشد؟» پارسونز و همکاران (۲۰۰۱م، ص ۵۶) اظهار کرده‌اند: «از بررسی مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی اخلاق پزشکی می‌توان به نقص در برنامه‌ی درسی، ساعات و

محتوای مورد نیاز و روش آموزش مناسب برای اخلاق اشاره کرد.» هر چند در ایران گسترش وسیع ظرفیت پذیرش دانشگاه‌ها در رشته‌ی پزشکی، کمبود پزشکان را از نظر کمی مرتفع کرده و بهبود کیفیت آموزش نیز از سال‌های دهه هفتاد مورد عنایت قرار گرفته است اما در زمینه‌ی آموزش اخلاق پزشکی هنوز اصلاحات مؤثری صورت نگرفته است. در همین رابطه لاریجانی (۱۳۸۷-ش، ص ۱) اظهار می‌کند:

«غفلت از آموزش‌های پایه‌ی لازم و عدم توجه به برخی ضرورت‌ها و عینیات جامعه، نگرانی‌هایی را در جامعه ایجاد کرده است که عدم توجه به موقع به این موضوع می‌تواند با از بین رفتن قبح اخلاقی برخی اعمال و متداول شدن آن‌ها شرافت حرفه‌ی پزشکی را خدشه‌دار نموده از اعتماد جامعه به لیاقت و امانت‌داری پزشکان بکاهد. مواردی چون سهم‌خواهی در درمان، ارجاع بیماران، جراحی‌های غیرضروری و... توجه به آموزش‌های اخلاق پزشکی و تغییر در برنامه‌های آموزشی پزشکان را الزامی می‌نماید.»

لذا هدف از این مطالعه یک مرور نظام‌مند از عناصر و ساختار برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی مبتنی بر تجارب بین‌المللی است. امید است نتایج این مطالعه و پیشنهادهای ارائه شده، رهگشایی برای بازنگری برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی کشور باشد.

روش بررسی

در این مطالعه از روش مرور نظام‌مدار متون، جهت جمع‌آوری گزارش‌ها و مقالات مرتبط با برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی در مطالعات بین‌المللی استفاده شده است؛ بدین‌منظور به‌صورت هدف‌دار و با تمرکز بر سؤالات مطرح شده در پژوهش،

جستجوی اطلاعات مورد نیاز، بازیابی، ارزشیابی، یکپارچه‌سازی و گزارش شواهد مرتبط با برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی در متون علمی معتبر انجام شد. سؤالاتی که این مرور در جستجوی پاسخ به آن بوده است عبارتند از: اهداف برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی دارای چه ویژگی‌هایی است؟ محتوای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی چیست؟ سازمان‌دهی محتوا چگونه است؟ از چه نوع راهبردهای آموزشی استفاده می‌شود؟ و ارزشیابی چگونه صورت می‌گیرد؟ در پایان این مرحله، عناصر و ساختار برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی، مبتنی بر تجارب بین‌المللی تبیین می‌گردد.

مراحل جستجو، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها شامل مراحل تدوین سؤال‌های آغازگر جستجو، استراتژی جستجو، معیارهای انتخاب مطالعات، ابزارهای بررسی کیفیت و ارزشیابی مطالعات و سنتز داده‌ها بود. مراحل اصلی استراتژی این جستجو به شرح زیر است: در مرحله‌ی اول به شناسایی منابع در پایگاه‌های اطلاعاتی پرداخته شد؛ در این مرحله، یک جستجوی الکترونیک جهت شناسایی مقالات انتشار یافته از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱م. در پایگاه‌های اطلاعاتی وب آو انجام شد. در ساینس، مدلاین، سینال، اریک، پاب مد، پروکویست بلاک ول مرحله‌ی اول جستجو ابتدا واژه‌های زیر به صورت جداگانه و سپس ترکیبی برای انجام جستجوی آزاد در پایگاه‌های اطلاعاتی و مجلات الکترونیک به کار برده شد: Moral, Ethics, curriculum, Education, Medical, Professionalism, Teaching. در این مرحله ۱۴۰ مقاله شناسایی گردید که عنوان مقالات از نظر مطابقت با معیارهای ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای مورد نظر برای انتخاب مقالات عبارت بودند از مطالعات تجربی و مطالعات مروری که تأکیدشان بر عناصر برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی بود و مطالعاتی هم که از این بررسی خارج شدند شامل مقالات بی‌نام، مقالات تاریخی، مقالات غیرعلمی و مقالاتی که

به غیر از زبان انگلیسی نگارش شده است بود. در مرحله‌ی دوم؛ عنوان، چکیده و واژه‌های کلیدی مطالعات بازبایی شده از نظر ارتباط با سؤالات تحقیق و انطباق با معیارهای ورود و خروج مطالعات مورد بررسی قرار گرفت و پس از حذف مقالاتی که معیارهای ورود را نداشتند، تعداد مقالات به ۵۵ مورد رسید. در مرحله‌ی سوم؛ متن کامل مقالات انتخاب شده از نظر ارتباط با سؤالات تحقیق و انطباق با معیارهای ورود و خروج مطالعات بررسی شد و براساس آن تعداد دیگری مقاله از مطالعه حذف شدند و سرانجام ۱۸ مقاله شرایط ورود به مطالعه را پیدا کردند و در نهایت متن کامل این مقالات ترجمه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، با توجه به ماهیت سؤال این پژوهش، انجام آنالیز آماری داده‌ها موضوعیت نداشت و از آنجا که یافته‌هایی که به این مطالعه راه پیدا کرده بودند به صورت داده‌های متنی استخراج شده بود برای سنتز این داده‌های متنی و ترکیب معنای این داده‌ها از روش آنالیز تماتیک استفاده شد. تماتیک آنالیز امکان توسعه و پالایش مضامین برآمده از متن مقالات را فراهم می‌کند. (شروود، ۱۹۹۹م). بدین منظور محقق با استفاده از نرم‌افزار «مکس کیودی‌ای» یافته‌های کلیدی مقالات را خلاصه‌سازی کرده شواهد را تفسیر نمود. در مرحله‌ی اول، متن مقالات بارها و بارها خوانده شد و استعاره‌های تفسیری شناسایی شد و مضامین و طبقات به دست آمد. این مرحله در تمام مدت سنتز داده‌ها ادامه پیدا کرد.

یافته‌ها

براساس داده‌های استخراج شده از مقالات، اهداف، روش‌ها، الگوها، رویکردهای مختلف و متنوعی شناسایی گردید و از تلخیص و ترکیب این داده‌ها ۶ مضمون شناسایی گردید که بیانگر ویژگی‌های برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی در تجارب بین‌المللی است؛ این مضامین عبارتند از: ۱. تلفیق آموزش نظری و کاربردی ۲. اهداف آموزشی چندبعدی ۳. انتخاب محتوایی فراگیر ۴. سازمان‌دهی ترکیبی ۵. راهبرد آموزش ترکیبی ۶. ارزشیابی جامع

۱. تلفیق رویکرد آموزش نظری و کاربردی: داده‌های استخراج شده از مقالات ضمن آن که رویکرد نظری در آموزش اخلاق پزشکی را ضروری می‌شمارند آن را ناکافی می‌دانند و بر رویکردهای کاربردی القایی نیز تأکید می‌کنند. (لاولور، ۲۰۰۷م. / جاگسی و لهمان، ۲۰۰۴م. / مانیون واسچوپنهور، ۲۰۰۳م.) در این باره جاگسی و لهمان (۲۰۰۴م.، ص ۳۳۲) می‌نویسند: «بسیاری از دانشجویان پزشکی و پزشکان از عدم تعادل در روش‌های آموزش و رویکردهای کاملاً نظری در برنامه‌های آموزش سنتی به اخلاق پزشکی اظهار رنجش نموده‌اند».

لاولور (۲۰۰۷م.) در تأیید این مسأله می‌نویسد:

«البته پیشنهاد نمی‌شود که از آموزش تئوری‌های اخلاقی اجتناب شود. دانشجویان نیاز خواهند داشت با اصطلاحات سودگرایی و وظیفه‌گرایی آشنا شوند؛ بدین دلیل که آن‌ها برای مطالعه در این حوزه به آشنایی با این اصطلاحات نیاز دارند اما ما پیشنهاد می‌کنیم این اصطلاحات به جای اینکه به‌عنوان نظریه ارائه شوند به‌صورت مباحثه‌ای آموزش داده شوند و ارائه‌ی تئوریک آن به‌صورت حداقل باشد. بدین منظور وی دو رویکرد را برای آموزش اخلاق پزشکی پیشنهاد می‌کند: ۱. رویکرد تلفیقی و یکپارچه ۲. رویکرد تدریجی

مطابق رویکرد تلفیقی ابتدا ما یک نظریه‌ی اخلاقی را اتخاذ و از آن حمایت می‌کنیم و سپس کاربرد آن را در موارد خاص ارائه می‌کنیم. اساساً این یک ادعا در مورد چگونگی آموزش اخلاق نیست بلکه بیشتر ادعایی است که شامل چگونگی اجرایی کردن اخلاق کاربردی که برای حل مسایل اخلاقی مناسب است. در شیوه‌ی تدریجی، مسایل خاص به‌طور مستقیم مورد توجه قرار می‌گیرند؛ مثلاً مسأله‌ی دفاع از سقط جنین را مطرح می‌کند و به‌طور مستقیم ابعاد مختلف آن را بحث می‌کند و به یک نتیجه‌ی کلی دست می‌یابد. (ص ۳۷۰)

۲. اهداف آموزشی چندبعدی: براساس داده‌های استخراج شده از مقالات، دامنه‌ی وسیع و متنوعی از اهداف آموزشی در حیطه‌های مختلف اخلاق پزشکی در تجارب بین‌المللی شناسایی گردید. نتایج مطالعات حاکی از آن است که یک عدم توافق نظر درباره اهداف آموزش اخلاق پزشکی وجود دارد. تحقیقات دو دیدگاه درباره‌ی این اهداف را مطرح می‌کند: در اولین دیدگاه، هدف آموزش اخلاق پزشکی را تربیت دانشجویانی با فضیلت می‌شمارد و در دیدگاه دوم، هدف آن را مجهز کردن دانشجویان به مجموعه‌ای از مهارت‌های تحلیل و حل تنگناهای اخلاقی می‌داند. این دوگانگی به‌عنوان دوگانگی فضیلت - مهارت در ادبیات آموزش اخلاق پزشکی همواره وجود داشته است. (اکلز و همکاران، ۲۰۰۵م، میلز و همکاران، ۱۹۸۹م. / سینگر ۲۰۰۰م). اکلز و همکاران (۲۰۰۵م). سه مقاله را معرفی می‌کنند که به‌طور مشخص، هدف آموزش اخلاق پزشکی را تربیت پزشکانی با فضیلت معرفی کرده‌اند و در این مقالات نتیجه‌گیری شده است که بارزترین هدف آموزش اخلاق پزشکی، تربیت پزشکان با فضیلت است و یک پزشک خوب دارای فضایی نظیر احترام، دلسوزی و صداقت است. این خصوصیات، پایه و اساس اخلاق است و از همه‌ی افراد دخیل پزشکی انتظار می‌رود که از این

ویژگی‌ها برخوردار باشند. (فری من و ویلسون ۱۹۹۴م. / پلگرینو و توماسما، ۱۹۹۳م. / شلتون ۱۹۹۹م.) در تأکید بر بعد تربیتی اهداف اخلاق پزشکی، گلدی (۲۰۰۴م.، ص ۲۳۲) اظهار می‌کند: «وظیفه‌ی استادان پزشکی، تنها به تربیت دانشجویانی با توانایی درک و تشخیص پزشکی و تصمیم‌گیری‌های بالینی محدود نمی‌شود بلکه باید پزشکانی تربیت کنند که نه تنها اخلاقی رفتار می‌کنند بلکه آراسته به فضایل اخلاقی هستند. مطابق الگوی گلدی، استادان پزشکی با تأکید بر تربیت اخلاقی می‌توانند مانع ایجاد بدبینی در دانشجویان پزشکی نسبت به حرفه‌شان شوند.» همچنین اکلز و همکاران (۲۰۰۵م.) ده مقاله را شناسایی کرده‌اند که در همه‌ی آن‌ها هدف آموزش اخلاق پزشکی را فراهم کردن مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای تحلیل، استدلال و تصمیم‌گیری اخلاقی دانسته‌اند. در این تحقیقات، هدف نهایی از آموزش اخلاق پزشکی را برخورداری از عقل و خرد عملی می‌دانند و انتظار تربیت پزشکان اخلاق‌مدار را از برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی یک امر نامعقول و غیرواقع‌بینانه دانسته‌اند و در عوض بر فراهم کردن مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای برخورد با تنگناهای اخلاقی در اهداف آموزش اخلاق پزشکی تأکید کرده‌اند. (میلز و همکاران، ۱۹۸۹م. / گلدی، ۲۰۰۴م. / وونگ و چونگ، ۲۰۰۳م. / کلاور و همکاران، ۱۹۸۵م. / رست، ۱۹۸۸م. / هافرتی و فرانک، ۱۹۹۴م. / آلس و همکاران، ۱۹۹۲م.).

۳. انتخاب محتوایی جامع: براساس داده‌های استخراج شده از مقالات، دامنه‌ی وسیع و متنوعی از موضوعات مختلف در تجربه‌های بین‌المللی شناسایی گردید که محتوای اخلاق پزشکی را تشکیل می‌داد و هر کدام از آن‌ها از اهمیت و جایگاه خاصی در اخلاق پزشکی برخوردارند. به‌منظور پوشش دادن به همه‌ی موضوعات مرتبط با اخلاق پزشکی و فراهم آوردن دانشی جامع و فراگیر در دانشجویان، مناسب‌ترین شرایط در انتخاب محتوای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی، ترکیبی از

همه‌ی این موضوعات است. عناوینی که در این مقالات، محتوای اخلاق پزشکی را تشکیل می‌دهند شامل این موارد می‌شود: مفاهیم و مبانی اخلاق پزشکی، تعهد و رفتار حرفه‌ای، وظیفه‌شناسی، سوگندنامه‌های پزشکی، اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی، استدلال و تجزیه و تحلیل اخلاقی، تصمیم‌گیری اخلاقی، ارتباط پزشک و بیمار، ارتباط پزشک و همکار، رازداری و حقیقت‌گویی، رضایت آگاهانه، حقوق بیمار، کدهای اخلاقی، اخلاق در آموزش، اخلاق در پژوهش، تعارض منافع، تخصیص منابع، خطاهای پزشکی، مسئولیت پزشک، ملاحظات اخلاقی در پایان حیات، ملاحظات اخلاقی در آغاز حیات، فناوری نوین و مسایل جدید در پزشکی، تئوری‌های اخلاقی، مباحث مذهبی، فلسفه‌ی اخلاق، اخلاق زیستی، حقوق پزشکی (راف و پریس، ۲۰۰۴م. / آرتبوردر ۲۰۰۶م. / لاپید، ۲۰۰۹م. / آل جلاهما و فاکرو، ۲۰۰۴م. / رامشکومار، ۲۰۰۹م. / کلادوت، ۲۰۰۷م.). در بیان تنوع موضوعاتی که محتوای برنامه درسی اخلاق پزشکی را تشکیل می‌دهد فقط به نتایج مطالعه‌ی کلادوت و همکاران (۲۰۰۷م.) اشاره می‌شود. آن‌ها در تحقیقی به بررسی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی در کشورهای اروپایی پرداختند و به دنبال پاسخ این پرسش بودند که: آموزش اخلاق در این دانشکده‌ها شامل چه چیزهایی می‌شود؟ در میان پاسخ‌های ارائه شده، ۲۴ مورد اخلاق حرفه‌ای، ۲۲ مورد مفاهیم اخلاق و اخلاقیات پزشکی، ۲۲ مورد اصول اخلاق زیستی، ۲۰ مورد حقوق بیمار، ۱۹ مورد حقوق انسان، ۱۸ مورد اخلاقیات، ۲۰ مورد وظیفه‌شناسی، ۱۶ مورد فلسفه و ۸ مورد مباحث مذهبی را شامل می‌شد. (ص ۴۹۵-۴۹۱)

۴. سازمان‌دهی ترکیبی: داده‌های استخراج شده از مقالات، حکایت از وجود یک اتفاق نظر در ادبیات آموزش اخلاق پزشکی دارد که این آموزش‌ها باید به صورت تلفیقی و توأم با آموزش‌های پزشکی و در طول تمام دوره‌ی تحصیلی

آموزش پزشکی و به صورت برنامه‌ی آموزشی مستمر و کاربردی باشد. (سراگو و همکاران ۲۰۱۰م. / ماتیک و بلیق ۲۰۰۶م. / گولدی و همکاران ۲۰۰۶م. / تولیسوس و همکاران ۲۰۰۷م. / بویگس ۲۰۰۸م. / جوهانستون و هاکتون ۲۰۰۷م.) هدف از رویکرد ترکیبی و ادغامی در سازمان‌دهی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی، برقراری ارتباط نزدیک مفهومی یا نظری بین مباحث اخلاقی و مباحث پزشکی است تا امکان تحلیل مسایل اخلاقی در حوزه‌ی پزشکی از ابعاد مختلف فراهم شود و به یادگیرندگان کمک شود با دید وسیعی به مسایل اخلاق پزشکی بنگرند. سازمان‌دهی ترکیبی شامل ترکیب مدل‌های مختلف آموزش اخلاق پزشکی، ادغام اخلاق در متن برنامه‌های آموزشی و سازمان‌دهی عمودی و افقی و برنامه‌ی آموزشی مستمر می‌شود. تجارب بین‌المللی حکایت از آن دارد که دانشکده‌های پزشکی، مدل‌های آموزش اخلاق پزشکی مختلفی را به کار می‌برند از قبیل الگوی واحدی، الگوی عرضی، الگوی واحدی و عرضی، الگوی ساختارمند، الگوی تلفیقی، مدل‌های سنتی، برگزاری سمینار و مدل اینترنتی. (سولیمانی لهما و همکاران، ۲۰۰۴م. / اکلز و همکاران ۲۰۰۵م. / سیلوربرگ ۲۰۰۰م.). هر کدام از این مدل‌ها نقاط ضعف و قوتی دارند، اما با ترکیب این مدل‌ها در آموزش اخلاق پزشکی می‌توان نقاط ضعف آن‌ها را به قوت تبدیل کرد. هر چند در تجربه‌های بین‌المللی، الگوهای متفاوتی از سازمان‌دهی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی مشاهده می‌شود اما این تفاوت بیانگر این مطلب است که آموزش اخلاق پزشکی رسمی، دامنه‌ی وسیعی از برنامه‌های درسی پزشکی را دربر می‌گیرد و براساس نتایج تحقیقات در این باره و طبق نظر متخصصان، دانشمندان و صاحب‌نظران، سازمان‌دهی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی باید هم به صورت افقی، هم عمودی و هم ادغام در سراسر دوره‌های آموزش پیش‌بالینی و بالینی باشد. در این باره سراگو (۲۰۱۰م.) می‌نویسد:

«یک دوره‌ی آموزش اخلاق می‌تواند دارای مدل‌های متنوعی باشد. برگزاری دوره‌های آموزش سنتی در کلاس درس، یکی از گزینه‌های احتمالی است؛ در حالی که برگزاری مجموعه‌ای از سمینارها برای برخی از برنامه‌های اخلاقی، می‌تواند مناسب‌تر باشد. مدل‌های اینترنتی نیز از دیگر گزینه‌های آموزش اخلاق است. برنامه‌های آموزش اخلاق پزشکی ممکن است در بخش‌های مختلفی تحت عنوان برنامه درسی اخلاق پوشش داده شود یا به‌صورت پراکنده در دوره‌های جداگانه‌ای و همراه دروس دیگر که ضرورتاً اخلاق نامیده نمی‌شوند ارائه شود؛ با این حال انتظار می‌رود که موضوعات مرتبط با اخلاق به‌صورت واضح در برنامه‌ی درسی اخلاق مورد توجه قرار گیرد. برنامه‌ی درسی اخلاق باید از انعطاف‌پذیری زیادی برخوردار باشد تا بتوان آن‌را به‌صورت رضایت‌بخشی در برنامه‌های دیگر ادغام کرد.» (ص ۴۴۹۵)

یکی دیگر از ابعاد سازمان‌دهی ترکیبی، ادغام آموزش اخلاق پزشکی در متن برنامه‌های رسمی آموزش پزشکی است. داده‌های استخراج شده از مقالات بیانگر این حقیقت است که آموزش‌های اخلاقی باید در مجاورت آموزش‌های پزشکی صورت گیرد و بر ادغام مباحث اخلاقی، قانونی، مسایل بالینی و همچنین بر کاربردی کردن تئوری‌های اخلاقی تأکید دارند. (ماتیک و بلیق، ۲۰۰۶م. / گولدی و همکاران، ۲۰۰۶م. / تویسوس و همکاران، ۲۰۰۷م. / بویگس، ۲۰۰۸م.). مارتینز (۲۰۰۲م.) معتقد است: «هر دانشجوی پزشکی صرف‌نظر از مطالب تخصصی که در دانشکده‌های پزشکی ارائه می‌شود باید مجموعه‌ای از اصول اخلاق پزشکی را تجربه کند و یک توافق عمومی وجود دارد که توسعه‌ی اخلاقی در دانشجویان باید به‌صورت یک فرایند مستمر در طی کل دوره‌ی آموزش پزشکی صورت گیرد.» (ص ۴۵۲)

۵. راهبرد آموزش ترکیبی: براساس داده‌های استخراج شده از مقالات، دامنه وسیع و متنوعی از روش‌های آموزشی، از روش‌های سنتی گرفته تا روش نوین و فعال آموزش در تجربه‌های بین‌المللی شناسایی گردید. به‌طور خلاصه در مقالات به روش‌های آموزش زیر اشاره شده است: سخنرانی، حل مسأله، یادگیری مبتنی بر مسأله، قصه‌گویی، نمایش فیلم، گروه‌های کوچک، مباحثه، تمرینات بالینی، مطالعه کیس‌های بالینی، آموزش به کمک رایانه، راندهای بالینی، ایفای نقش، برگزاری سمینار و روش الگویی. (گولدی و همکاران ۲۰۰۲م. / سلواکومار، ۲۰۰۴م. / تولیوس و همکاران، ۲۰۰۷م. / بویگس، ۲۰۰۸م. / جانستون و هاکتون، ۲۰۰۷م.). در بیشتر مطالعات، بر راهبردهای آموزش فعال، تأکید شده است که در این‌باره راهبرد دانشجو محوری و راهبرد مسأله محوری بیشتر مورد توجه قرار گرفته شده است. در راهبرد دانشجو محوری، تأکید بر مشارکت دادن دانشجویان در آموزش، سخنرانی‌های تعاملی، بحث در گروه‌های کوچک، مباحثه، ایفای نقش و تفکر انتقادی شده است و در راهبرد مسأله محوری؛ تأکید بر روش حل مسأله، بحث در مورد کیس‌های بالینی، استفاده از بیماران استاندارد شده، کنفرانس بالینی، ارائه سناریوهای اخلاقی، مواجهه با موقعیت‌های واقعی شده است. به‌طور خلاصه تجربه‌های بین‌المللی در آموزش اخلاق پزشکی بر راهبردهای یادگیرنده محور، یادگیری مبتنی بر مشکل بیش از روش‌های مبتنی بر نظریه‌ی محوری تأکید می‌کنند. (گولدی و همکاران، ۲۰۰۱م. / راجرز، ۲۰۰۵م.). رامشکومار (۲۰۰۹م.) در این‌باره می‌نویسد:

«تدریس اخلاق پزشکی شامل استفاده از روش‌های متنوع و گوناگونی می‌شود که از روش‌های سنتی سخنرانی تا بحث‌های گروهی بر روی کیس‌های بالینی، قصه‌گویی، یادگیری مبتنی بر مسأله، همچنین استفاده از وسایل سمعی و بصری و

فیلم‌ها می‌شود. جلسات تدریس اخلاق باید تا حد امکان به گونه‌ای طراحی شود که حداکثر تعامل و مشارکت دانشجویان را فراهم کند. استفاده از روش‌های شبیه‌سازی فیلم‌ها می‌تواند زمینه‌ای را فراهم کند که دانشجویان را به واکنش برانگیزد تا با برجسته کردن اصول اخلاقی بتوانند دیدگاه‌های مختلف را مقایسه کنند.» (ص ۳۳۷)

در بسیاری از مطالعات، تأکید بر استفاده از روش الگویی در آموزش اخلاق پزشکی شده است و در اهمیت این روش ذکر شده است: دانشجویان پزشکی بخش بزرگی از رفتار اخلاقی‌شان را با انجام دادن وظایف حرفه‌ای‌شان و در مواجهه با مسایل اخلاقی به‌طور سنتی، در بالین بیمار با الگوبرداری از نقش سایر متخصصان می‌آموزند و در ادبیات آموزش اخلاق پزشکی، استفاده از نقش الگویی پزشکان به‌عنوان یک روش تدریس محسوب می‌شود؛ هر چند در برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی دوره‌ی پزشکی عمومی نادیده گرفته می‌شود. (آرتبور، ۲۰۰۶م. / اکلز و همکاران، ۲۰۰۵م.) در همین باره لاپید (۲۰۰۹م، ص ۴۶۱) در گزارش مطالعه‌ی خود می‌نویسد: «شرکت‌کنندگان در تحقیق بر نقش مثبت مدل‌های رفتار حرفه‌ای و اخلاقی برای آموزش دانشجویان پزشکی و دستیاران تأکید کردند و اظهار کردند در حین آموزش پزشکی، رفتار حرفه‌ای و اخلاقی آنان به‌وسیله‌ی دستیاران ارشد و استادان در خطر است.»

۶. **ارزشیابی جامع:** براساس داده‌های استخراج شده از مقالات، دامنه وسیع و متنوعی از روش‌های ارزشیابی در حیطه‌های مختلف اخلاق پزشکی در تجارب بین‌المللی شناسایی گردید. همچنین بر ارزشیابی اخلاقی در مراحل مختلف آموزش تأکید شده است. از ویژگی‌های روش‌ها و ابزار ارزشیابی این است که به ارزشیابی اخلاقی در حیطه‌ی نگرشی و مهارتی بیش از حیطه‌ی دانشی توجه شده است.

روش‌هایی که در ارزشیابی اخلاق پزشکی شناسایی گردید شامل: آزمون‌های عینی و کتبی، ارزیابی تکالیف، آزمون شفاهی، بیمار استاندارد شده، توصیف شایستگی‌های اخلاقی، تحلیل موقعیت‌های بالینی، کارپوشه، شبیه‌سازی، آزمون بالینی ساختارمند عینی (آسکی)، آزمون‌های استاندارد شده، ارزیابی میزان مشارکت در بحث‌های گروهی (راجرز، ۲۰۰۵م. / اکلز و همکاران ۲۰۰۵م. / گولدی و همکاران، ۲۰۰۴م. / کلادوت، ۲۰۰۷م. / آرتبور، ۲۰۰۶م.) ویژگی بارز بیشتر این روش‌ها این است که عملکرد اخلاقی را ارزیابی می‌کنند. در این نوع ارزیابی، عملکرد دانشجو در به‌کارگیری آنچه به او آموزش داده شده است و اینکه چگونه اطلاعات فرا گرفته شده را با یکدیگر ترکیب کند و آن‌ها را برای مراقبت از بیماران به کار گیرد ارزیابی می‌شود. در واقع ارزیابی عملکرد اخلاقی، نقش اخلاق را در آموزش پزشکی تقویت می‌کند. (سلواکومار و جوزف، ۲۰۰۴م. / سینگر، ۲۰۰۳م.) نتایج تجربه‌های بین‌المللی، بر ارزشیابی اخلاقی در تمامی مراحل آموزش پزشکی، به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دوره‌ی پیش‌بالینی، دوره‌ی بالینی و ادغام آزمون‌های اخلاقی با آزمون‌های دروس پزشکی، تأکید شده است. (راف و پریس، ۲۰۰۴م. / آرتبور، ۲۰۰۶م. / آل جلاهما و فاکهرو، ۲۰۰۴م.). درباره‌ی ادغام ارزشیابی اخلاقی با سایر آزمون‌های پزشکی، گولدی و همکاران (۲۰۰۴م.) می‌نویسند:

«به استناد شورای پزشکی عمومی انگلستان، اخلاق و قانون باید به‌طور رسمی همراه با همه موضوعات اصلی دیگر در درون برنامه‌ی درسی پزشکی مورد ارزیابی قرار بگیرند و این تغییرات می‌تواند تغییراتی را در یادگیری دانشجو ایجاد کند زیرا ادغام کامل، نیازمند ارزیابی یادگیری اخلاق در همه امتحانات پزشکی است. در این مقاله پیشنهاد شده است که ادغام کامل اخلاق و قانون با سایر برنامه‌های درسی پزشکی خصوصاً در سال‌های تدریس درس‌های بالینی نیز باید

وجود داشته باشد و این برنامه باید به استادان پزشکی آموزش داده شود و از آنها خواسته شود که ارزیابی اخلاق را در همه آزمون‌های پزشکی به کار ببرند و ادغام اخلاق باید به‌عنوان بخشی از رویکرد گسترده از حرفه‌گرایی ترویج شود.» (ص ۹۴۲)

بحث

یافته‌های این پژوهش که مبتنی بر تجارب بین‌المللی است، بیانگر نوعی ترکیب در ابعاد و عناصر مختلف برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی است. در اولین یافته این مطالعه، با توجه به پیوستگی بین آموزش مفاهیم نظری و عملی اخلاق پزشکی، رویکرد ترکیبی در آموزش اخلاق پزشکی پیشنهاد می‌شود، بدین‌گونه که در سطح مقدماتی آموزش اخلاق پزشکی بر یک رویکرد نظری تمرکز داشته باشد زیرا دانشجویان نیازمند حداقل سطح دانش و آشنایی با مفاهیم و نظریه‌های اخلاقی هستند اما در دوره‌های بالینی و دوره‌های تحصیلات تکمیلی، باید در سطح پیچیده‌تری نظریه‌ها را برای حل مسایل ارائه کرد به‌گونه‌ای که دانشجویان مهارت‌های استدلالی و تحلیلی را برای حل یک مسأله‌ی اخلاقی فرا بگیرند و با توجه به این نکته که آموزش کاربردی نظریه‌ها به سادگی آموزش نظری آنها نیست لذا توصیه می‌شود از هر سه رویکرد (نظری، القایی و کاربردی) در آموزش اخلاق پزشکی استفاده شود. لاولور (۲۰۰۷م.) سه رویکرد به آموزش اخلاق کاربردی در برنامه‌ی درسی آموزش عالی معرفی کرده است: رویکردهای کاربردی، القایی و نظری. رویکرد کاربردی مبتنی بر آموزش و یادگیری رفتارهای منظم و رفتارهای کدگذاری شده است. رویکرد القایی مبتنی بر آموزش از طریق نمایش‌نامه، ایفای نقش و قصه‌گویی است و رویکرد نظری شامل شناخت

و درک نظریه‌های اخلاقی است. این سه رویکرد، متن آموزش و یادگیری اخلاق را تشکیل می‌دهد. (ص ۳۷۰-۳۷۲)

در دومین یافته، پژوهش بر تدوین اهدافی جامع و چندبعدی تأکید دارد. اهداف برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی نه تنها باید به دنبال فراهم کردن توانایی‌های شناختی و عقلانی باشد بلکه باید شخصیت اخلاقی پزشکان آینده را نیز بهبود بخشد. در همین باره، گروس (۲۰۰۱م.) در مقاله‌ای در پاسخ به این سؤال که: آموزش اخلاق پزشکی باید با چه هدفی انجام شود؟ تأکید کرده است که اهداف آموزش اخلاق پزشکی شامل ابعاد متعدد و متنوعی است. دامنه‌ی وسیع اهداف آموزش اخلاق پزشکی از یک سو دانشجویان را قادر می‌سازد تا در تنگناهای بالینی، مغایرت‌های ارزشی را تشخیص دهند و تصمیم اخلاقی بگیرند و از سوی دیگر نه تنها باید شناخت کافی از اصول اخلاقی داشته باشند بلکه باید از نگرش انسانی برخوردار باشند و رفتار انسانی از آنها سر بزند. (ص ۳۸۷) همچنین لاولور (۲۰۰۷م.) معتقد است که اهداف آموزش اخلاق کاربردی، نباید محدود به یادگیری نظریه‌های اخلاقی شود بلکه دانشجویان باید کاربرد نظریه‌های اخلاقی در موارد خاص را یاد بگیرند و مهارت‌های استدلالی و تحلیلی را برای حل یک مسأله‌ی اخلاقی کسب نمایند. (ص ۳۷۲)

سومین یافته‌ی پژوهش، بر انتخاب محتوای فراگیر تأکید دارد. نخستین گام در تحقق اهداف، انتخاب محتوای آموزشی مناسب و جامع است. با توجه به اهمیتی که محتوا و تصمیمات مربوط به آن در برنامه‌های درسی دارد ضروری است که برای انتخاب محتوا، معیارها و ملاک‌های ویژه‌ای در دسترس باشد تا براساس آن بتوان محتوایی مناسب را برگزید. (ملکی، ۱۳۸۶هـ.ش./ فتحي و اجارگاه، ۱۳۸۶ هـ.ش.). آل - جالماها و فاکهرو (۲۰۰۴م.) در این خصوص اظهار می‌کنند: با توجه به

افزایش دانش و آگاهی ما از بیماری‌ها، اتیولوژی، درمان و عوامل اجتماعی و روان‌شناختی مرتبط با آن‌ها، موجب افزایش نیاز پزشکان به دانش و آگاهی وسیعی از مسایل اخلاقی در حرفه‌ی پزشکی و اصولی که راهنمای حل این مسایل هستند شده است لذا لازم است که دانشجویان پزشکی با ابعاد مختلف موضوعات مرتبط با اخلاق پزشکی آشنا شوند. (ص ۷۲)

در چهارمین یافته‌ی این مطالعه، «سازماندهی ترکیبی» پیشنهاد شده است. نتایج، حاکی از این بود که شیوه‌ی مطلوب سازمان‌دهی در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی این است که مباحث اخلاق پزشکی در ارتباط با یکدیگر و در ارتباط با سایر درس‌ها و فعالیت‌های بالینی و به‌صورت میان‌رشته‌ای سازمان‌دهی شود. اکلز و همکاران (۲۰۰۵م.) در بررسی مجموعه تحقیقاتی که در زمینه‌ی آموزش اخلاق پزشکی انجام شده است به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش اخلاق پزشکی باید در کل برنامه‌های درسی دانشجویان پزشکی تلفیق شود و به‌صورت یک فرایند مستمر به آموزش اخلاق پزشکی نگاه شود. (ص ۱۱۴۳) در همین راستا، لوفارو (۱۹۹۴م.) می‌نویسد: الگوی معمول آموزش اخلاق پزشکی به‌صورت یک برنامه‌ی جداگانه در برنامه‌ی آموزش پزشکی است اما شواهد و مستندات، دلالت بر مؤثرتر بودن الگوی تلفیق آموزش اخلاق پزشکی در درس‌های بالینی و علوم پایه دارد زیرا این الگو تجربه‌های بالینی مناسبی را برای دانشجویان فراهم می‌کند. (ص ۲۴۱) تلفیق برنامه‌های درسی باعث رفع بسیاری از مشکلات یادگیری می‌شود. امتیاز اساسی این شیوه کمک به یاد دادن مفاهیم است؛ به این معنی که امکان تحلیل مسایل جدید را فراهم می‌کند؛ به یادگیرنده دید وسیعی می‌دهد؛ از نگرستن در یک دایره‌ی محدود جلوگیری می‌کند و در کارهای عملی از قبیل آزمایش‌ها و تحلیل‌های تجربی، شرایط موفقیت یادگیرنده را فراهم می‌کند. (ملکی، ۱۳۸۶م.)

براساس شواهد بسیاری این کار باعث افزایش طرز تلقی و نگرش صحیحی در دانشجویان نسبت به بیماران می‌شود. ساختاری که آموزش اخلاق پزشکی را در دوره‌های بالینی ادغام می‌کند منجر به آماده‌سازی بهتر دانشجویان برای دوره‌ی بالینی می‌شود.

در پنجمین یافته‌ی این مطالعه، راهبردهای آموزش ترکیبی پیشنهاد شده است. در همین راستا آشکروف (۱۹۹۸م) می‌نویسد: برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده‌ی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی، مناسب‌ترین شیوه‌ی تدریس، ترکیبی از شیوه‌های مختلف تدریس است و شیوه‌ی پسندیده‌ی تدریس، ترکیبی میان گروه‌های بزرگ و کوچک و استفاده از روش‌های تدریس متناسب با موضوعات براساس مورد است. (ص ۱۸۸) همچنین نتایج این مطالعه بر استفاده از راهبردهای فعال یاددهی و یادگیری در آموزش اخلاق پزشکی تأکید کرده است. در همین راستا داویس (۱۹۹۶م) نیز اظهار می‌کند: آموزش اخلاق پزشکی در تمام جنبه‌های عملی و نظری نباید محدود به چند سخنرانی شود و باید به‌صورت عمیق در برنامه‌ی درسی دانشجویان پزشکی لحاظ شود. (ص ۱۷۲) اسمیت (۲۰۰۴م) و همکارانش در بررسی استراتژی‌های مؤثر در تدریس اخلاق پزشکی به این نتیجه رسیده‌اند که دانشجویانی که در گروه‌های مباحثه شرکت داشته‌اند نسبت به آن‌هایی که در برنامه‌های آموزش صرفاً نوشتاری و نظری حضور داشته‌اند رضایت و موفقیت بیشتری از آموزش اخلاق پزشکی داشته‌اند. (ص ۲۶۵) در تحقیق دیگری از دانشجویان پزشکی پرسیده شد که: چگونه دانشجویان می‌توانند در تفکر و رفتار اخلاقی بیشترین پیشرفت را داشته باشند؟ یک‌صد دانشجو به این سؤال پاسخ دادند؛ بیشتر دانشجویان با روش تدریس اخلاق به‌صورت کنفرانس و سخنرانی به‌عنوان روش اصلی مخالف بودند و معتقد بودند بحث و گفتگو بر روی مسایل

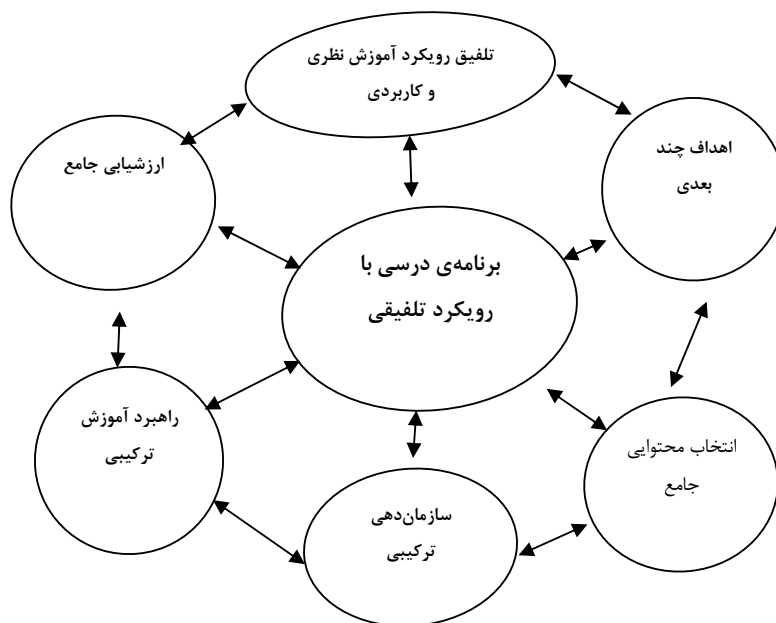
اخلاقی در گروه‌های کوچک بیشترین تأثیر را در رشد اخلاقی آنان دارد. (چارون، ۱۹۹۵م، ص ۷۶۷) در تأیید اثربخشی روش‌های فعال تدریس اخلاق پزشکی شاهی در تحقیقی (۱۳۸۷ ه.ش.) به بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی بعد از بازنگری سرفصل‌ها و اعمال تغییرات در نحوه‌ی ارائه‌ی واحد اخلاق پزشکی در دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران کرده است و نتایج حاکی از رضایت نسبی دانشجویان از برنامه‌ی آموزشی و روش تدریس ارائه شده (روش بحث گروهی) در طول دوره اخلاق پزشکی بوده است. (ص ۵۵)

ششمین یافته‌ی این مطالعه حاکی از آن است که ارزشیابی در حوزه‌ی اخلاق پزشکی علاوه بر این که باید سه حیطة دانش، نگرش و مهارت را پوشش دهد باید در سراسر دوره‌ی آموزش پزشکی و همراه سایر آزمون‌های پزشکی انجام شود؛ به عبارت دیگر یک نظام ارزشیابی جامع پیشنهاد می‌شود. در این خصوص ساوالسکو و همکاران (۱۹۹۹م.) در مطالعه‌ای تحت عنوان «ارزیابی شایستگی‌های اخلاقی در آموزش پزشکی» بیان می‌کنند: تا وقتی نتوانید مؤثر بودن برنامه‌ی آموزش اخلاق پزشکی را ارزیابی کنید نمی‌توانید در آموزش اخلاق موفق باشید و توانایی ارزیابی اخلاق، نشان‌دهنده‌ی این است که اخلاق، موضوعی قابل آموزش است که می‌شود آن را ارزیابی کرد و ارزیابی اهداف اخلاق پزشکی، دانشجویان را ترغیب می‌کند که اصول اخلاق پزشکی را مثل اصول پزشکی مهم بدانند و این کار ضمانت می‌کند که سرمایه‌گذاری منابع آموزشی به نتایج پرثمری خواهد رسید. در مطالعه‌ی مذکور در بررسی ابزارهای ارزیابی اخلاق پزشکی به این نتیجه رسیده‌اند که ابزار ارزیابی اخلاق پزشکی در مسایل روش‌شناسی دچار مشکلند، و تأکید کرده‌اند ابزاری که برای ارزیابی دانش و مهارت‌های اخلاق پزشکی به کار می‌رود باید از معیار آماری معتبر برخوردار باشد و باید قابلیت معتبر بودن را با

درجه‌بندی‌های مختلف داشته باشد و این وسیله باید مرتبط با فعالیت‌های بالینی باشد و اینکه ساختار وسیله، باید قابل تأیید و بحث باشد. (ص ۳۶۷) در سال ۱۹۸۷م. کالمن و دونی تجربه‌ها و نتایج کارشان را در توسعه‌ی برنامه‌های اخلاق کاربردی در دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه گلاسکو توصیف کردند. آن‌ها در تحقیق خود نتیجه گرفتند که برای دستیابی به اعتبار برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی به استفاده از اشکال مختلف ارزشیابی یا امتحانات نیاز است. (ص ۱۵۳)

نتیجه

به طور خلاصه براساس یافته‌های این مطالعه، یک رویکرد تلفیقی برای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی پیشنهاد می‌شود. بویگس (۲۰۰۸م.) در بررسی چالش‌های آموزش حرفه‌گرایی پزشکی، نتیجه‌گیری کرده است که نگاه تلفیقی برای بحث حرفه‌گرایی در اخلاق پزشکی ضروری است و بدین منظور باید به این درک و دریافت رسید که رشد و توسعه‌ی اخلاق حرفه‌ای، یک پروژه‌ی آموزشی بین رشته‌ای است که شامل آموزش پزشکی، اخلاق پزشکی و موضوعاتی است که در فرایند جامعه‌پذیری حرفه‌ای نقش دارند. (ص ۷۵۸) در این رویکرد ضمن آنکه به همه‌ی ابعاد و عناصر برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی توجه می‌شود تأکید بر ارتباط دوطرفه‌ای بین تمامی عناصر شده است. ارتباط بین عناصر برنامه‌ی درسی تلفیقی اخلاق پزشکی در نمودار شمار ۱ نشان داده شده است و همان‌گونه که مشاهده می‌شود هرگونه تغییری در هر کدام از عناصر، مستلزم آن خواهد بود که با سایر عناصر برنامه‌ی درسی هماهنگ شود. طراحی و تدوین برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی با رویکرد تلفیقی به معنای برخورداری از یک برنامه‌ی درسی جامع است که در آن هم به صلاحیت‌های اخلاقی و هم به مهارت‌های اخلاقی، هم به بعد نظری و هم به بعد کاربردی اخلاق پزشکی در سراسر دوره‌ی آموزش پزشکی توجه شده است. هر چند طراحی، تدوین و از همه مهم‌تر اجرای چنین برنامه‌ای نیز به مشارکت، تفاهم، هماهنگی و نگاه بین رشته‌ای بین تمامی استادان، صاحب‌نظران و متخصصان در رشته‌های مختلف و مرتبط با اخلاق پزشکی نیازمند است.



نمودار شماره‌ی ۱: برنامه‌ی درسی با رویکرد تلفیقی

فهرست منابع

- AL-JALAHMA, M. & FAKHROO, E. (2004). Teaching medical ethics: Implementation and evaluation of a new course during residency training in Bahrain. *Education for Health*, 17, 62-72.
- ALES, K. L., CHARLSON, M. E., WILLIAMS-RUSSO, P. & ALLEGRANTE, J.(1992). Using faculty consensus to develop and implement a medical ethics course. *Academic Medicine*, 67, 406.
- ARTBUR, R. D.(2006). The evolution of medical ethics education at the medical college of Wisconsin. *Wisconsin medical journal*, volume105,no:4, 18-20.
- ASHCROFT ,R., BARON, D., BENSTAR, S., BEWLEY, S., BOYD, K., CADDICK, J., CAMPBELL, A., CATTAN, A., CLADEN, G. & DAY, A. (1998). Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools. *Journal of Medical Ethics*, 24, 188-192.
- BLACKBURN, S. (2005). *The Oxford dictionary of philosophy*, Oxford University Press, USA.
- BUYX, A. M., MAXWELL, B. & SCHÖNE SEIFERT, B.(2008). Challenges of educating for medical professionalism: who should step up to the line? *Medical Education*, 42, 758-764.
- CALMAN, K. C. & DOWNIE, R. S. (1987). Practical problems in the teaching of ethics to medical students. *Journal of Medical Ethics*, 13, 153-156.
- CHARON, R. & FOX, R. C. (1995). Critiques and remedies: medical students call for change in ethics teaching. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 274, 767, 771.
- CLAUDOT, F., ALLA, F., DUCROCQ, X. & COUDANE, H.(2007). Teaching ethics in Europe. *Journal of Medical Ethics*, 33, 4,495-91
- CULVER, C. M., CLOUSER, K. D., GERT, B., BRODY, H., FLETCHER, J., JONSEN, A., KOPELMAN, L., LYNN, J., SIEGLER, M. & WIKLER, D.(1985). Basic Curricular Goals in Medical Ethics. *New England journal of medicine*, 312, 253-256.
- DAVIES, D. P., EVANS, I ,LLOYD-RICHARDS, R. & VERRIER JONES, E. R. (1996). Improving awareness of ethical issues . *Archives of disease in childhood*, 74, 172-175.
- DE CASTERLE, B., GRYPDONCK, M., CANNAERTS, N. & STEEMAN, E. (2004). Empirical ethics in action: lessons from two empirical studies in nursing ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, 31-39.
- ECKLES, R., MESLIN, E., GAFFNEY, M. & HELFT, P. (2005). Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Academic Medicine*, 80, 1143.
- ECKLES, R. E., MESLIN, E. M., GAFFNEY, M. & HELFT, P. R. (2005). Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Be Going? A Review. *Academic Medicine*, 80, 1143-1152.

- FOX, E., ARNOLD, R. M. & BRODY, B. (1995). Medical ethics education: past, present, and future. *Academic Medicine*, 70, 761-9.
- FREEMAN, J. & WILSON, A. (1994). Virtue and longitudinal ethics education in medical school. *South Dakota journal of medicine*, 47, 427.
- GOLDIE, J.(2000). Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 34, 108-119.
- GOLDIE, J., SCHWARTZ, L., MCCONNACHIE, A. & MORRISON, J. (2001). Impact of a new course on students' potential behaviour on encountering ethical dilemmas. *Medical Education*, 35, 295-302.
- GOLDIE, J., SCHWARTZ, L., MCCONNACHIE, A. & MORRISON, J. (2002). The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, 36, 489-497.
- GOLDIE, J., SCHWARTZ, L., MCCONNACHIE, A. & MORRISON, J. (2004). The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, 38, 942-949.
- GOLDIE, J., SCHWARTZ, L. & MORRISON, J. (2000). A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *MEDICAL EDUCATION*, 34, 468-473.
- GOLDIE, J. G. S.(2004). The detrimental ethical shift towards cynicism: can medical educators help prevent it? *Medical Education*, 38, 232-234.
- GROSS, M. L. (2001). Medical ethics education: to what ends? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7, 387-397.
- HAFFERTY, F. W. & FRANKS, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*.
- JAGSI, R. & LEHMANN, L. S.(2004). The ethics of medical education. *BMJ*, 329, 332.
- JOHNSTON, C. & HAUGHTON, P. (2007). Medical students' perceptions of their ethics teaching. *Journal of Medical Ethics*, 33, 418.
- LAPID, M., MOUTIER, C., DUNN, L., HAMMOND, K. G. & ROBERTS, L. W. (2009). Professionalism and ethics education on relationships and boundaries: psychiatric residents' training preferences. *Academic Psychiatry*, 33, 461.
- LAWLOR, R.(2007). Moral theories in teaching applied ethics. *Journal of Medical Ethics*, 33, 370-372.
- LOFARO, M. J. & ABERNATHY, C. M. (1994). An innovative course in surgical critical care for second-year medical students. *Academic Medicine*, 69, 241-3.
- MANNION, G. (2003). *Schopenhauer, religion and morality: the humble path to ethics*, Ashgate Pub Ltd.
- MARTINEZ, S. A.(2002). Currents in contemporary ethics. *JL Med. & Ethics*, 30, 452.
- MATTICK, K. & BLIGH, J.(2006). Undergraduate ethics teaching: revisiting the Consensus Statement. *Medical Education*, 40, 329-332.
- MILES, S. H., LANE, L. W., BICKEL, J. & WALKER, R. M. (1989). Medical ethics education: coming of age. *Academic Medicine*.

- MURRAY, J. (2003). Development of a Medical Humanities Program at Dalhousie University Faculty of Medicine, Nova Scotia, Canada, 1992-2003. *Academic Medicine*, 78, 1020-1023.
- PARSONS, S., BARKER, P. J. & ARMSTRONG, A. E. (2001). The Teaching of Health Care Ethics to Students of Nursing in the UK: a pilot study. *Nursing ethics*, 8, 45-56.
- PELLEGRINO, E. D. & THOMASMA, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, USA.
- RAMESHKUMAR, K.(2009). Ethics in medical curriculum; Ethics by the teachers for students and society. *Indian Journal of Urology: IJU: Journal of the Urological Society of India*, 25, 337.
- REST, J. R. (1988). Can ethics be taught in professional schools. *The psychological research. Ethics: Easier Said Than Done*, 1, 22-26.
- ROFF, S. & PREECE, P. (2004). Helping medical students to find their moral compasses: ethics teaching for second and third year undergraduates. *Journal of Medical Ethics*, 30, 487-489.
- ROGERS, J. 2005. Competency based assessment and cultural compression in medical education: lessons from educational anthropology. *Medical Education*, 39, 1110-1117.
- SAVULESCU, J., CRISP, R., FULFORD, K. W. & HOPE, T.(1999). Evaluating ethics competence in medical education. *Journal of Medical Ethics*, 25, 367-374.
- SELVAKUMAR ,D. & JOSEPH, L. (2004). The importance of including bio-medical ethics in the curriculum of health education institutes. *Education for Health*, 17, 93-96.
- SERAGO, C. F., BURMEISTER, J. W., DUNSCOMBE, P. B., GALE, A. A., HENDEE, W. R., KRY, S. F. & WUU, C. S . (2010). Recommended ethics curriculum for medical physics graduate and residency programs: Report of Task Group 159. *Medical physics*, 37, 4495.
- SHELTON, W. (1999). Can virtue be taught? *Academic Medicine*, 74, 671-4.
- SHERWOOD, G. (1999). Meta-synthesis: merging qualitative studies to develop nursing knowledge. . *International Journal of Human Caring*, 3 37-42.
- SILVERBERG, L. I. (2000). Survey of medical ethics in US medical schools: a descriptive study. *JAOA: Journal of the American Osteopathic Association*, 100, 3.73.
- SINGER, P. A.(2000). Recent advances: Medical ethics. *BMJ: British Medical Journal*, 321, 282.
- SINGER, P. A.(2003). Strengthening the role of ethics in medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 854.
- SMITH, S., FRYER-EDWARDS, K., DIEKEMA, D. S. & BRADDOCK III, C. H.(2004). Finding effective strategies for teaching ethics: a comparison trial of two interventions. *Academic Medicine*, 79, 265.
- SOLEYMANI LEHMANN, L., KASOFF, W., KOCH, P. & FEDERMAN, D. (2004). A survey of medical ethics education at US and Canadian medical schools. *Academic Medicine*, 79, 682.

- THULESIUS, H., SALLIN, K., LYNÖE, 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, 27.
- WONG, J. & CHEUNG, E. (2003). Ethics assessment in medical students. *Medical Teacher*, 25, 5.
- WOODS, M. (2005). Nursing Ethics Education: are we really delivering the good(s)? *Nursing ethics*, 12, 5-18.

شاهی، فرهاد - (۱۳۸۷)، بررسی دیدگاه دانشجویان پزشکی بعد از بازنگری سر فصل‌ها و اعمال تغییرات در نحوه‌ی ارائه‌ی واحد اخلاق پزشکی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از پرسشنامه‌ی DREEM، پایان‌نامه‌ی دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده‌ی پزشکی

لاریجانی، باقر - (۱۳۸۷ ه.ش.)، سرمقاله، *مجله‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی*، سال دوم، دوره‌ی ۲، ش ۱ ملکی، حسن - (۱۳۸۶ ه.ش.). برنامه‌ریزی درسی (*راهنمای عمل*)، چاپ هشتم، تهران، نشر پیام اندیشه فتیحی و اجارگاه، کورش - (۱۳۸۶ ه.ش.)، *اصول برنامه‌ریزی درسی*، چاپ پنجم، تهران، نشر ایران زمین

یادداشت شناسه‌ی مؤلف

مرتضی خاقانی‌زاده: پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دکترای مطالعات برنامه‌ی درسی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات طب و دین پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و دانشکده‌ی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)
نشانی الکترونیکی: khaghanizade@bmsu.ac.ir

حسن ملکی: دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی
محمود عباسی: رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

عباس عباس پور: استادیار دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی
فاطمه حشمتی نبوی: استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده‌ی پرستاری
عباس عبادی: استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده‌ی پرستاری، گروه آموزش دکترای پرستاری

مهدی مصری: استادیار دکترای پزشکی قانونی، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات طب و دین

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱/۱۸