

چالش‌های برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی مبتنی بر تجارب اساتید اخلاق پزشکی: مطالعه‌ی کیفی

مرتضی خاقانی‌زاده^۱، حسن ملکی^۲، محمود عباسی^۳، عباس عباس‌پور^۴، مهدی مصری^۵

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اخلاق پزشکی دانشی میان رشته‌ای است و طی ۳۰ سال اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است و امروزه به‌عنوان جزئی از برنامه‌های درسی دانشجویان در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی به شمار می‌رود. در ایران هرچند بهبود کیفیت آموزش پزشکی عمومی، مورد عنایت قرار گرفته است، در زمینه‌ی آموزش اخلاق پزشکی هنوز اصلاحات مؤثری صورت نگرفته است. به‌منظور شناخت عمیق‌تر و واقعی‌تر مشکلات و چالش‌های برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی، با اساتید اخلاق پزشکی مصاحبه شد و تجارب آنان در این زمینه تبیین گردید. این مطالعه یک پژوهش کیفی است که داده‌های آن از طریق مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند با ۱۴ نفر از اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹ جمع‌آوری و با رویکرد تحلیل محتوای Mayring، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج این تحقیق بیانگر ضعف‌ها و چالش‌هایی در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی است که تحت عنوان ۵ درون‌مایه معرفی گردید: جامعیت اهداف، سازماندهی تلفیقی، تناسب محتوا، روش تدریس فعال، و نظام جامع ارزشیابی. ضعف‌ها و چالش‌های موجود در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی می‌تواند یک مانع مهم در ارتقا و رشد اخلاقی دانشجویان محسوب شود که با ارائه‌ی راهکارها و مدل‌های مناسب و جدید می‌توان به توسعه‌ی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی و آموزش آن کمک کرد.

واژگان کلیدی: آموزش پزشکی، برنامه‌ی درسی، اخلاق پزشکی

^۱ استادیار، دانشکده‌ی پرستاری و مرکز تحقیقات طب و دین، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

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

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

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

^۵ دانشیار، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

* نشانی: تهران، خیابان شیخ بهایی جنوبی، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (ع). مرکز تحقیقات طب و دین، تلفن: ۰۹۱۲۳۹۰۶۲۲۳

Email: khaghanizade11@yahoo.com

مقدمه

اخلاق پزشکی دانشی میان رشته‌ای است که جنبه‌های اخلاقی و ارزشی حرفه‌ی پزشکی و علوم پزشکی را مورد بررسی قرار می‌دهد (۱). هرچند اخلاق پزشکی سابقه‌ای ۲۵۰۰ ساله دارد، فقط طی ۳۰ سال اخیر در اکثر دانشکده‌های پزشکی کشورهای مختلف جهان به صورت رسمی و به شکل امروزی، در دوره‌های آموزش پزشکی گنجانیده شده است و به سرعت به یک جزء معمول برنامه‌ی درسی دانشجویان در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی تبدیل شده است. در واقع، پیشرفت‌های گسترده در مراقبت‌های پزشکی و دانش پزشکی و تغییرات اخیر اجتماعی، اخلاق را به عنوان یک بخش ضروری در آموزش پزشکی امروزه مطرح کرده است (۲-۴).

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. عدم پاسخگویی روشن و شفاف به این سؤالات، موجب می‌شود بسیاری از ویژگی‌ها، مهارت‌ها و توانایی‌هایی که باید در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی لحاظ شود، مورد غفلت قرار گیرد (۳). تحقیقات نشان داده است که بعضی از دروسی که به عنوان اخلاق پزشکی در برنامه‌ی درسی وارد شده، نتوانسته است به افزایش مهارت‌های اخلاقی پزشکان کمک کند (۵).

در ایران مطالعات اندکی در ارتباط با برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی صورت گرفته است. آنچه مسلم است یکی از بهترین راه‌های بررسی یک برنامه، استفاده از تجارب افرادی است که این برنامه را اجرا کرده و با مشکلات و چالش‌های آن در فعالیت‌های روزمره مواجه بوده‌اند. مطالعه‌ی تجارب این افراد به شیوه‌ی کیفی می‌تواند به شناخت عمیق‌تر و واقعی‌تر وضعیت برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی کمک کند. لذا این مطالعه‌ی کیفی با هدف تبیین تجارب اساتید و صاحب‌نظران اخلاق پزشکی از چالش‌های موجود در برنامه‌ی

درسی اخلاق پزشکی انجام شده است و امید است رهگشایی برای ارتقای کیفیت برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی باشد.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش کیفی^۱ است که داده‌های آن از طریق «مصاحبه‌های انفرادی نیمه ساختارمند» با اساتید اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران به دست آمد. علت انتخاب این روش، این است که مصاحبه شوندگان در این مطالعه، مخزن پیچیده‌ای از دانش و تجربه درباره‌ی اخلاق پزشکی هستند. معیار ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در تحقیق، و دارا بودن حداقل سه سال سابقه‌ی فعالیت آموزشی و پژوهشی در زمینه‌ی 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 ساختار دادن به اظهارات مشارکت‌کنندگان، ابتدا سؤالاتی کلی و در راستای اهداف پژوهش مطرح می‌شد، نمونه سؤال راهنما برای مصاحبه شامل موارد زیر بود: چه تجربیاتی در زمینه‌ی آموزش اخلاق پزشکی دارید؟ عناصر برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی موجود دارای چه ویژگی‌هایی است؟ اهداف و محتوای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی با چه مسائل و چالش‌هایی روبه‌رو است؟ وضعیت آموزش اخلاق پزشکی کشور را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ در پایان این مرحله نقاط قوت و ضعف، عناصر، ساختار و وضعیت موجود برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی کشور مبتنی بر تجربه‌ی اساتید و صاحب‌نظران استخراج گردید. روش نمونه‌گیری در این مطالعات مبتنی بر هدف بود که نمونه‌گیری بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و به صورت تدریجی تا رسیدن داده‌ها به اشباع ادامه یافت. جهت جمع‌آوری داده‌ها، پس از انجام هر مصاحبه توسط یک نفر از پژوهشگران این مطالعه، متن گفت‌وگوها از روی نوار، نوشته و چندین بار مرور

¹ Qualitative Methods

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، گفت‌وگوهای نوشته شده از نوار و کدهای استخراج شده، ابتدا به صورت انفرادی توسط مشارکت‌کنندگان در صورت تمایل بررسی می‌شد و سپس به صورت گروهی توسط تیم پژوهش مورد بازخوانی و جمع‌بندی قرار می‌گرفت. هم‌چنین، در طی مراحل تحلیل داده‌ها از نظارت یک نفر متخصص روش تحقیق بهره گرفته شد.

جهت رعایت نکات اخلاقی، کوشش شد تا رازداری و آزادی مشارکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان توضیح داده شده و پس از کسب موافقت آن‌ها نسبت به ضبط مصاحبه اقدام می‌شد.

نتایج

تعداد ۱۴ نفر از اساتید اخلاق پزشکی در این پژوهش شرکت داشتند که ۱۳ نفر از آنان مرد و یک نفر زن بود. میانگین سن ۴۴ سال و میانگین سابقه‌ی کار آنان ۱۵ سال بود. نتایج این تحقیق بیانگر ضعف و چالش‌هایی در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی است. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با شرکت‌کنندگان منجر به استخراج ۸۷۱ کد اولیه گردید که پس از طبقه‌بندی داده‌ها، ۵ درون‌مایه به دست آمد که عبارتند از:

- ۱- جامعیت اهداف
- ۲- سازمان‌دهی تلفیقی
- ۳- تناسب محتوا
- ۴- روش تدریس فعال
- ۵- نظام جامع ارزشیابی.

یافته‌های مطالعه در قالب درون‌مایه‌های استخراج شده‌ی فوق، هر یک توسط گزیده‌ای از متن مصاحبه‌ها همراهی

می‌شد، ابتدا داده‌های حاصل از هر مصاحبه کدگذاری می‌شد و سپس مصاحبه‌ی بعدی انجام می‌گرفت، بعد از انجام چهارده مصاحبه، به دلیل اشباع داده‌ها و عدم استخراج کد جدید، جمع‌آوری داده‌ها خاتمه یافت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رویکرد تحلیل محتوای Mayring استفاده شد. این رویکرد به پیش‌زمینه‌ی نظری خاصی محدود نیست. عمدتاً برای تحلیل دیدگاه‌های شخصی که از طریق مصاحبه گردآوری شده‌اند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (۶). بدین منظور، متن مصاحبه‌های تایپ شده به نرم افزار MAXQDA انتقال یافت و کدگذاری داده‌ها با استفاده از این نرم‌افزار انجام شد.

مراحل تحلیل داده‌ها بدین نحو بود که گروه چهار نفره‌ی پژوهشگران هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها، گزاره‌هایی که معنادار و در ارتباط با سؤال پژوهش بودند کدگذاری می‌کردند (تلخیص اول). بعد از مرحله کدگذاری اولیه، داده‌ها سازماندهی می‌شدند، بدین نحو که کدهای مشابه دسته‌بندی و خلاصه شدند و در طبقات مشخصی قرار گرفتند (تلخیص دوم).

در نهایت، طبقات حاصل از مرحله‌ی 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^۱ به دست آمدند (تلخیص سوم). بدین معنا که داده‌ها در سطح انتزاعی‌تری تلخیص شدند. به عبارت دیگر، گروه پژوهشگران این مطالعه، درباره‌ی معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقات و درون‌مایه آن‌ها نمود یافت، به توافق رسیدند.

در این مطالعه به منظور تایید نتایج، از چهار معیار اعتبار^۲، تأییدپذیری^۳، قابلیت اعتماد^۴، و قابلیت انتقال^۵ برای صحت و استحکام داده‌ها استفاده گردید. بدین منظور از روش‌های

¹ Theme

² Credibility

³ Confirmability

⁴ Dependability

⁵ Transferability

شدند. طبقات تشکیل‌دهنده‌ی هر درون‌مایه در جدول شماره‌ی ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره‌ی ۱- درون‌مایه‌ها و زیر طبقات چالش‌های برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی

درون‌مایه	زیرطبقات	کدهای منتخب
جامعیت اهداف	مبتنی نبودن اهداف بر نیازسنجی	مبتنی نبودن اهداف بر نیازهای حرفه‌ای، مبتنی نبودن بر نیازهای دانشجویان، مبتنی نبودن بر نیازهای جامعه
	نداشتن نگاهی جامع در تدوین اهداف آموزشی	ابهام در اهداف، کلی بودن اهداف آموزشی، انتظارات نامشخص از دانشجویان، یک بعدی بودن اهداف، بی‌توجهی به رفتار حرفه‌ای
تناسب محتوا	عدم تناسب با نیازها	نداشتن تناسب کافی محتوا با مبانی ارزشی و فرهنگی جامعه، نداشتن تناسب کافی با مسائل مبتلابه جامعه، نداشتن تناسب کافی با نیازهای دانشجویان، عدم تناسب با نیازهای تربیتی
	عدم تعادل در محتوا	تأکید صرف به مباحث تئوری، عدم هماهنگی با اهداف، خلط مباحث اخلاقی با سایر مباحث
روش‌های تدریس فعال	ضعف ارتباط دو طرفه با دانشجویان	ضعف در تعامل با دانشجویان، ندادن بازخورد به دانشجویان، بی‌توجهی به علائق 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 دوره‌ی بالینی
سازماندهی تلفیقی	رویکرد سازماندهی مجزا	نداشتن شیوه‌ی تلفیقی در سازماندهی محتوا، عدم نگاه میان رشته‌ای به اخلاق پزشکی
	عدم وحدت و توالی محتوا	مجزا بودن مباحث اخلاقی از سایر دروس تخصصی، فاصله‌ی مباحث تئوری از مسائل اخلاقی در بالین، عدم استمرار آموزش اخلاق پزشکی در دوره‌ی آموزش پزشکی عمومی
نظام جامع ارزشیابی	ارزشیابی یک بعدی	عدم ارزشیابی مهارت‌های اخلاقی، عدم ارزشیابی در حیطه‌ی نگرشی، استفاده از روش‌های ارزشیابی غیر علمی، نداشتن شاخص‌های مشخص برای ارزشیابی اخلاقی
	ضعف در اجرای ارزشیابی	عدم توجه در ارزشیابی به رفتارهای غیر اخلاقی دانشجویان، ضعف در ارزشیابی اخلاق در بالین، نامناسب بودن شرایط اجرایی ارزشیابی، جدی نگرفتن ارزشیابی اخلاقی توسط اساتید، نداشتن نظام ارزشیابی مناسب

۱- جامعیت اهداف: این درون‌مایه بیانگر نارسایی‌های موجود در اهداف برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی است. تجارب مشارکت‌کنندگان در این مطالعه حاکی از آن است که اهداف برنامه‌ی درسی ما در جست‌وجوی حداقل‌های ممکن است و اهداف آموزش اخلاق پزشکی به مباحث تئوری محدود شده است، در این خصوص مشارکت‌کننده‌ای با ۲۳ سال سابقه‌ی فعالیت آموزشی و پژوهشی در زمینه اخلاق پزشکی اظهار کرده است:

[اهداف برنامه‌ی درسی موجود خیلی کلی است و فقط یک راهنمای کلی است. به همین دلیل هر دانشگاهی بر اساس امکانات و توانایی‌های خود و به صورت سلیقه‌ای عمل می‌کند؛ و مشخص نیست چگونه باید آموزش داد، چه چیزی را آموزش داد؛ و از همه مهم‌تر در قالب دو واحد درس اخلاق پزشکی نمی‌توان انتظار خاصی داشت.]

۲- تناسب محتوا: این درون‌مایه بیانگر نارسایی‌های موجود در محتوای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی است.

تجارب شرکت‌کنندگان در مطالعه بیانگر این موضوع است که آنچه به‌عنوان محتوای اخلاق پزشکی در برنامه‌ی درسی عرضه می‌شود، ترجمه‌ی کتب غربی است و غالباً مبتنی بر نیازها و مسائل فرهنگی و اجتماعی ما نیست، شرکت‌کننده‌ای با ۱۰ سال سابقه در این خصوص اشاره می‌کند:

[خیلی از چیزهایی که به‌عنوان اخلاق پزشکی ارائه می‌شود، متبالبه جامعه ما نیست.] و یا شرکت‌کننده‌ای با ۲۹ سال سابقه اشاره می‌کند: [یکی از مشکلات ما در محتوای اخلاق پزشکی آمیختگی است که بین فقه، حقوق و اخلاق داریم و این موجب می‌شود که کم‌تر به حوزه‌ی اخلاقی مسائل پزشکی بپردازیم.]

۳- سازماندهی تلفیقی: تجارب شرکت‌کنندگان در این مطالعه حاکی از آن است که شیوه‌ی سازماندهی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی مناسب نیست و مبتنی نبودن سازماندهی بر رویکرد تلفیقی و مجزا بودن مباحث اخلاقی از سایر دروس و عدم نگاه میان رشته‌ای به درس اخلاق پزشکی و ضعف در ارتباط مباحث تئوری اخلاق با مسائل بالینی از این ضعف حکایت دارد. مشارکت‌کننده‌ای با ۱۰ سال سابقه در این خصوص اظهار کرده است:

[در برنامه‌های درسی دوره‌ی آموزش پزشکی عمومی دانشگاه‌های ما، اخلاق پزشکی به‌صورت یک واحد جداگانه از سایر دروس تخصصی ارائه می‌شود و اگر به سرفصل‌های این برنامه‌ی درسی توجه کنید می‌بینید که هر جلسه به یک موضوع اختصاص داده شده است؛ مثلاً یک جلسه مختص به اتانازی است، یک جلسه بحث پیوند اعضا و مطالب مشابه دیگر. این‌گونه سازماندهی مطالب، تحت عنوان اخلاق پزشکی خطا است، زیرا این مطالب را با نگاه‌هایی مستقل ارائه می‌کنیم و در این صورت نمی‌توانیم با رویکرد میان رشته‌ای به مباحث اخلاق پزشکی بپردازیم.] مشارکت‌کننده‌ی دیگری با ۱۳ سال سابقه در این خصوص اظهار کرده است:

[مشکل دیگر این است که ما مهارت‌ها و صلاحیت‌های اخلاق پزشکی را محصور کرده‌ایم به درس اخلاق پزشکی و

از سایر دروس تئوری و عملی منفک شده است. در حالی که کسب این مهارت‌ها و صلاحیت‌ها در قالب دو واحد درسی امکان‌پذیر نیست.]

۴- روش تدریس فعال: این درون‌مایه‌ها بیانگر ضعف و نارسایی‌هایی در شیوه‌های آموزش و عدم به‌کارگیری صحیح فنون تدریس است. تجارب مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاکی از آن است که روش‌های تدریس که غالباً به‌کارگرفته می‌شود، یک‌طرفه است و دانشجویان را با مباحث اخلاق پزشکی درگیر نمی‌کند و بازخورد لازم به دانشجویان داده نمی‌شود. شرکت‌کننده‌ای با ۲۲ سال سابقه در این خصوص اشاره می‌کند:

[آموزش رو در رویمان خیلی کم است، ارتباط رو در روی دانشجویان با استاد کم است و غالباً ارتباط یک‌طرفه است.] همچنین، نتایج حاکی از آن است که در تدریس اخلاق پزشکی از روش‌های فنون تدریس فعال مانند حل مسأله و روش‌های گروهی استفاده نمی‌شود و بیش‌تر از روش‌های معلم‌محوری استفاده می‌شود.

همچنین، نتایج حاکی از آن است که روش‌های جاری آموزش اخلاق پزشکی در غالب دانشکده‌های پزشکی روش‌های سنتی است که متناسب با تنوع اهداف آموزش اخلاق پزشکی نیست و باید از روش‌های متنوع تدریس به‌خصوص روش‌های تدریس فعال استفاده شود. شرکت‌کننده‌ای با ۱۲ سال سابقه در این خصوص اظهار می‌کند:

[روش تدریس اخلاق پزشکی متناسب با اهداف آموزشی نیست. زیرا غالباً از روش‌های تدریس سنتی استفاده می‌شود، در حالی که اهداف آموزش اخلاق پزشکی متنوع است، بنابراین، بهترین روش، ترکیبی از روش‌های تدریس است یعنی در آموزش اخلاق پزشکی از روش‌های مختلف تدریس به‌صورت تلفیقی باید استفاده کرد؛ مثلاً سخنرانی، مباحثه، کار گروهی، مشکل‌مداری، از همه استفاده شود. بنابراین، هر روشی محدودیت و چالش‌هایی دارد و باید تعادلی بین استفاده از روش‌ها داشته باشیم و ارتباطی منطقی نیز بین

روش‌ها و اهداف در نظر بگیریم.]

۵- **نظام ارزشیابی جامع:** این درون‌مایه حکایت از بی‌توجهی به ارزشیابی حیطه‌های نگرشی و مهارتی و تأکید صرف به بعد دانشی و محدود شدن به امتحانات پایان ترم دارد. مشارکت‌کننده‌ای با ۱۳ سال سابقه، در این خصوص اظهار نمود:

[رویکرد ارزشیابی ما نواقص خاص خود را دارد و بیش‌تر متمرکز به مباحث تئوری است.]

هم‌چنین، نتایج بیانگر عدم ارزشیابی اخلاقی در دوره‌های بالینی است و این‌که شاخص‌های عینی و مشخصی برای ارزشیابی اخلاقی وجود ندارد. مشارکت‌کننده‌ای با ۸ سال سابقه، اظهار نموده است:

[ما نیاز به این داریم که یک‌سری شاخص‌ها و استانداردهای اخلاقی را تعریف کنیم و بر اساس این شاخص‌های اخلاقی، هم‌ی اساتید رفتار دانشجویان را در بالین ارزیابی کنند. ولی ابزار آن را نداریم.]

بحث

یافته‌های این پژوهش که مبتنی بر تجارب عینی شرکت‌کنندگان در مطالعه است، بیانگر نوعی ضعف و چالش در عناصر برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی است. مقایسه‌ی یافته‌های فوق با نتایج سایر مطالعات در زمینه‌ی آموزش اخلاق پزشکی، حاکی از آن است که چالش‌های مطرح شده در این مطالعه بسیار مهم و قابل تأمل است و برای توسعه‌ی ارتقای اخلاق پزشکی کشور باید به‌طور جدی مورد عنایت قرار گیرند.

در ارتباط با اولین درون‌مایه یعنی «جامعیت اهداف»، با توجه به یک بعدی بودن اهداف برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی و ابهام در آن‌ها، در این تحقیق بازنگری در اهداف برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی و تدوین اهدافی جامع را پیشنهاد می‌کند. در همین راستا Gross، Lawlor و Lapid و همکاران معتقد هستند که اهداف آموزش اخلاق پزشکی شامل ابعاد متعدد و متنوعی است و نباید محدود به یادگیری

نظریه‌های اخلاقی شوند و اولویت‌های آموزش اخلاقی و حرفه‌گری باید بیش‌تر شامل مسائلی شود که دانشجویان در فعالیت‌های بالینی با آن مواجه می‌شوند (۹ - ۷). به‌طور خلاصه، در نتایج تحقیقات آموزش اخلاق پزشکی مشخص شده است که یک عدم توافق نظر درباره‌ی اهداف آموزش اخلاق پزشکی وجود دارد و دو دیدگاه در خصوص اهداف آن مطرح است: در اولین دیدگاه، هدف آموزش اخلاق پزشکی را تربیت پزشکان با فضیلت می‌داند و در دیدگاه دوم، هدف آموزش اخلاق پزشکی را مجهز کردن پزشکان به مجموعه‌ای از مهارت‌های تحلیل و حل تنگناهای اخلاقی می‌داند. بی‌تردید، در اهداف آموزش اخلاق پزشکی باید هر دو دیدگاه فضیلت / مهارت را در نظر گرفت (۱۱، ۱۰، ۳).

در ارتباط با دومین درون‌مایه یعنی «تناسب محتوا»، نتایج این تحقیق بیانگر ضعف در تناسب محتوا با نیازهای جامعه، عدم تعادل و انسجام در انتخاب محتواست. 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 بر اساس آن بتوان محتوای مناسب را برگزید (۱۳، ۱۲). نتایج حاکی از این بود که محتوای اخلاق پزشکی غالباً مبتنی بر نیازها، مسائل فرهنگی و اجتماعی ما نیست. در خصوص ضرورت توجه به عوامل فرهنگی و مذهبی هرکشوری در تدوین برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی، Rameshkumar و Ypinazar و همکاران می‌نویسند که نمی‌توان برنامه‌ای یکسان برای آموزش اخلاق در همه‌ی دانشکده‌های پزشکی کشورهای مختلف به‌کار برد. به خصوص در کشورهای توسعه‌یافته‌ی غیر غربی که دارای ویژگی‌های فرهنگی، مذهبی و حرفه‌ای خاص خود هستند؛ لذا در تدوین محتوای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی باید به این مسأله حساس بود (۱۵، ۱۴).

در ارتباط با سومین درون‌مایه یعنی «سازماندهی تلفیقی»، نتایج حاکی از نامناسب بودن شیوه‌ی سازماندهی فعلی برنامه‌ی درسی است و این‌که مباحث اخلاق پزشکی

پزشکی، رفتار و نحوه‌ی برخورد اساتید، پزشکان و پرستاران با بیماران را مشاهده می‌کند. رفتارهایی که نشان‌دهنده‌ی نگرانی و عطوفت نسبت به بیماران است، سبب رشد دیدگاه‌های اخلاقی دانشجویان می‌شود (۲۰، ۱۹).

در ارتباط با پنجمین درون‌مایه یعنی «نظام جامع ارزشیابی»، نتایج حاکی از عدم ارزشیابی اخلاقی در حیطه‌ی رفتاری و نگرشی و بی‌توجهی در رفتارهای غیراخلاقی در ارزشیابی‌ها و ضعف در ارزشیابی اخلاقی در دوره‌های بالینی است. این در حالی است که در تجارب بین‌المللی بر استفاده از روش‌های ارزشیابی متعدد و متنوع تأکید شده است. در بررسی روش‌های ارزشیابی اخلاق پزشکی دانشگاه ویسکانسین گزارش می‌کند که مهم‌ترین روش‌های ارزشیابی که در آن دانشگاه استفاده می‌شود، عبارتند از: آزمون‌های بالینی ساختارمند عینی، روش ایفای نقش و ارزیابی میزان مشارکت در بحث‌ها و تعاملات گروهی (۲۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این تحقیق، مشخص گردید که ضعف‌های موجود در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی می‌تواند یک مانع مهم در ارتقا و رشد اخلاقی دانشجویان محسوب شود. در اولین درون‌مایه‌ی این مطالعه، مشخص شد که اهداف برنامه‌ی درسی از جامعیت لازم برخوردار نیست. برای این که این اهداف پاسخگوی نیازهای جامعه، حرفه‌ی پزشکی و علائق دانشجویان باشند، باید بر اساس یک نیازسنجی عمیق و متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و بومی جامعه، مورد بازنگری قرارگیرند و اهدافی برای برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی تدوین شود که هم توانمندی مهارت‌های استدلال اخلاقی و هم تربیت اخلاقی دانشجویان را در بر گیرد. با توجه به این که نخستین گام در تحقق این اهداف، انتخاب محتوای آموزش مناسب و مطلوب است، پیشنهاد می‌شود گروهی از متخصصان رشته‌های مختلف از قبیل متخصصان اخلاق پزشکی، صاحب‌نظران پزشکی، فلسفه و اخلاق و متخصصان آموزش و برنامه‌ی درسی به‌صورت تیمی، تحت

به‌صورت مباحثی مستقل ارائه می‌شود؛ در حالی که شیوه‌ی مطلوب این است که مباحث اخلاق پزشکی در ارتباط با یکدیگر و در ارتباط با سایر دروس و فعالیت‌های بالینی و به‌صورت میان رشته‌ای سازماندهی شود. Rachael و همکاران و هم‌چنین Goldie و همکاران در بررسی مجموعه‌ی 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 فرآیندی مستمر به آموزش اخلاق پزشکی نگاه شود (۱۶، ۳). در تایید این مطلب، Serago و همکاران می‌نویسند: با ادغام بخشی از مباحث اخلاق پزشکی در متن سایر برنامه‌های درسی، آموزش اخلاق پزشکی انسجام و هم از انعطاف‌پذیری زیادی برخوردار خواهد شد و در نتیجه رضایت‌بخشی و موفقیت زیادی را نیز به همراه خواهد داشت (۱۷).

در ارتباط با چهارمین درون‌مایه یعنی «فنون تدریس فعال»، نتایج حاکی از آن است که روش‌های آموزش جاری غالباً یک طرفه است و دانشجویان را با مباحث اخلاق پزشکی درگیر نمی‌کند و بازخورد لازم به دانشجویان داده نمی‌شود. در همین راستا Smith و همکارانش در بررسی استراتژی‌های مؤثر در تدریس اخلاق پزشکی به این نتیجه رسیده‌اند، دانشجویانی که در گروه‌های آموزشی 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 (۱۹). هم‌چنین، نتایج این تحقیق حاکی از ضعف در صلاحیت فردی و ضعف در صلاحیت حرفه‌ای برخی از اساتید است و این که با کمبود الگوی اخلاقی در بین اساتید پزشکی مواجه هستیم و بروز رفتارهای غیر اخلاقی از برخی اساتید می‌تواند اثرات منفی در رشد اخلاقی دانشجویان داشته باشد. در همین راستا Selvakumar و همکاران و هم‌چنین Lehmann و همکاران می‌نویسند: در زمان آموزش‌های بالینی، دانشجوی

در رابطه با پنجمین درون‌مایه، مبنی بر نظام ارزشیابی جامع، پیشنهاد می‌شود ارزشیابی اخلاق پزشکی جزء جدایی‌ناپذیر آموزش پزشکی عمومی شود و بخشی از ارزشیابی دروس در دوره‌های علوم پایه و بالینی به ارزشیابی اخلاقی اختصاص داده شود.

به هر حال، با اندیشیدن در خصوص چالش‌های موجود در برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی، می‌توان راهکارها و مدل‌های جدیدی را برای توسعه‌ی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی ارائه کرد و با توجه به این‌که یادگیری حرفه‌ی پزشکی، یک یادگیری مادام‌العمری است، آموزش اخلاق پزشکی نیز باید به‌صورت پیوسته و مستمر، در تمامی عمر حرفه‌ای پزشکان جاری و ساری شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه‌ی اساتید و صاحب‌نظرانی که در این تحقیق شرکت کرده‌اند، صمیمانه تشکر نموده و بر خود لازم می‌دانند از اساتید مراکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و مرکز تحقیقات طب و دین پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) که در تمام مراحل انجام تحقیق، محققان را یاری کردند تشکر و قدردانی کنند.

سرپرستی یکی از مراکز تحقیقات اخلاق پزشکی کشور به تولید این محتوا همت گمارند تا خلاء و ضعف‌های موجود در محتوای برنامه‌ی درسی برطرف گردد.

براساس نتایج این مطالعه، شیوه‌ی سازماندهی برنامه‌ی درسی اخلاق پزشکی به‌صورت مباحث مستقل از سایر دروس پزشکی صحیح نیست و اگر مباحث اخلاقی با دروس پزشکی تلفیق شود منجر به درک بهتر دانشجویان، یادگیری عمیق‌تر و کاربردی شدن مباحث اخلاقی می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود اخلاق در متن برنامه‌های آموزش پزشکی عمومی ادغام شود و بدین منظور از سازماندهی عمودی و افقی به‌صورت توأم با هم استفاده شود، به گونه‌ای که برنامه‌ی آموزش اخلاق پزشکی به‌طور مستمر در تمامی مراحل تحصیلی وجود داشته باشد.

در ارتباط با چهارمین درون‌مایه، مبنی بر استفاده از روش‌های فعال تدریس در آموزش اخلاق پزشکی، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌ها و دوره‌های کوتاه‌مدت آموزش در زمینه‌ی روش‌های تدریس فعال توسط مراکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه‌ها برای اساتید اخلاق پزشکی برگزار شود و با مشارکت متخصصان آموزش، مناسب‌ترین روش‌های آموزش اخلاق پزشکی در دوره‌های پایه و بالینی با توجه شرایط و امکانات موجود هر دانشگاه شناسایی و ارائه شود.

- students can cross cultural and linguistic boundaries. *BMC Med Ethics* 2004; 5: E4.
- 16- 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.
- 17- Serago CF, Burmeister JW, Dunscombe PB, et al. Recommended ethics curriculum for medical physics graduate and residency programs: report of Task Group 159. *Med phys* 2010; 37(8): 4495-500.
- 18- Smith S, Fryer-Edwards K, Diekema DS, Braddock CH 3rd. Finding effective strategies for teaching ethics: a comparison trial of two interventions. *Acad Med* 2004; 79(3): 265-71.
- 19- Selvakumar D, Joseph L. The importance of including bio-medical ethics in the curriculum of health education institutes. *Educ Health (Abingdon)* 2004; 17(1): 93-6.
- 20- Lehmann LS, 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.
- 21- Derse AR. The evolution of medical ethics education at the Medical College of Wisconsin. *WMJ* 2006; 105(4): 18-20.
- منابع
- 1- Blackburn S. *The Oxford Dictionary of Philosophy*. USA: Oxford University Press; 2005.
- 2- Murray J. Development of a Medical Humanities Program at Dalhousie University Faculty of Medicine, Nova Scotia, Canada, 1992-2003. *Acad Med* 2003; 78(10): 1020-3.
- 3- 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.
- 4- Claudot F, Alla F, Ducrocq X, Coudane H. Teaching ethics in Europe. *J Med Ethics* 2007; 33(8): 491-5.
- 5- Woods M. Nursing ethics education: are we really delivering the good(s)? *Nurs Ethics* 2005; 12(1): 5-18.
- ۶- جلیلی و. درآمدی بر تحقیق کیفی، چاپ دوم. تهران: نشر نی؛ ۱۳۸۸.
- 7- Gross ML. Medical ethics education: to what ends? *J Eval Clin Pract* 2001; 7(4): 387-97.
- 8- Lawlor R. Moral theories in teaching applied ethics. *J Med Ethics* 2007; 33(6): 370-2.
- 9- Lapid M, Moutier C, Dunn L, Hammond KG, Roberts LW. Professionalism and ethics education on relationships and boundaries: psychiatric residents' training preferences. *Acad Psychiatry* 2009; 33(6): 461-9.
- 10- Singer PA. Recent advances. *Medical ethics*. *BMJ* 2000; 321(7256): 282-5.
- 11- Shelton W. Can virtue be taught? *Acad Med* 1999; 74(6): 671-4.
- ۱۲- ملکی ح. برنامه ریزی درسی (راهنمای عمل)، چاپ یازدهم. تهران: انتشارات پیام اندیشه؛ ۱۳۸۸.
- ۱۳- فتحی واجارگاه ک. اصول برنامه ریزی درسی، چاپ هشتم. تهران: انتشارات ایران زمین؛ ۱۳۸۸.
- 14- Rameshkumar K. Ethics in medical curriculum; ethics by the teachers for students and society. *Indian J Urol* 2009; 25(3): 337-9.
- 15- Ypinazar VA, Margolis SA. Western medical ethics taught to junior medical

The challenges of medical ethics curriculum: a qualitative study of instructors view

Morteza Khaghanizadeh¹¹, Hassan Maleki², Mahmood Abbasi³, Abbas Abbaspoor⁴, Mehdi Mesri⁵

¹Assistant Professor, School of Nursing and Medicine and Religion Research Center, Baghiatallah Medical Sciences Research Institute, Tehran, Iran;

²Associate Professor, Department of Educational Planning and Management, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran;

³Assistant Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴Assistant Professor, Department of Educational Planning and Management, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran;

⁵Associate Professor, School of Medicine, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

Abstract

Medical ethics is an interdisciplinary knowledge which increasingly developed during the last 30 years, and nowadays it becomes a part of medical student's curriculum. Although, the quality of medical education has improved in Iran, but medical ethics teaching has not accomplished effective alteration yet. For deeper and more actual recognition of the challenges of medical ethics curriculum, we interviewed medical ethics instructors in a qualitative study. The data was collected by semi-structured interview with fourteen medical ethics instructors of Tehran University of Medical Sciences in 1389 and analyzed by Mairing content analyzing approach. Results of this study shows weaknesses and challenges in medical ethics curriculum which presented under five themes: comprehensiveness of goals, composing organization, proportion of content, active teaching method, and comprehensive system of evaluation. According to this the existing weaknesses and challenges of medical ethics curriculum can be considered as important obstacles in moral development of students. Considering those challenges, can develop medical ethics curriculum and introduce new models for medical ethics teaching.

Keywords: medical education, curriculum, medical ethics

¹ Email: khaghanizade11@yahoo.com