مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۹، ۲۰۹-۱۹۵

تدوین استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

حمید تابلی[۱]، محسن رضائیان[۲]

دریافت مقاله: ۸۸/۶/۱۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۸/۱۱/۲۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۹/۵/۱۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: اخلاق پزشکی، فعالیتی تحلیلی است که در طی آن ابعاد مختلف حیطه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پزشکی، مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این مطالعه، جهت شناسایی نقاط قوت، ضعف و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی، به طراحی استراتژی‌های اثربخش در جهت توسعه آموزش‌های نوین در حوزه اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی نظرات ۴۴ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۸۸ بررسی گردید. پس از شناسایی فهرستی از نقاط قوت، ضعف و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی، از طریق پرسش‌نامه و ضمن نظرخواهی از نمونه‌ها به وزن‌دهی و تعیین رتبه این عوامل پرداخته شد و سپس استراتژی‌ها در قالب مدل SWOT (Strength, Weakness, Opportunities, Threats) ارائه گردید.

یافته‌ها: در بررسی عوامل داخلی از بین نقاط قوت، بیشترین میزان اهمیت (وزن) مربوط به «وجود منابع اسلامی و تاریخی غنی در زمینه اخلاق پزشکی» با وزن ۰/۱ و رتبه ۲/۹ و بین نقاط ضعف بیشترین میزان اهمیت مربوط به «به کارگیری روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی» با وزن ۰/۱۲ و رتبه ۲/۷ بود. با توجه به مجموع امتیازها در جدول تجزیه و تحلیل عوامل داخلی (۲/۷۴) و خارجی (۲/۸۳)، می‌توان گفت واکنش اعضای هیئت علمی نسبت به نقاط قوت و ضعف و همچنین نسبت به فرصت‌ها و تهدیدها در آموزش اخلاق پزشکی کمتر از حد متوسط بوده است.

نتیجه‌گیری: در قالب مدل SWOT، مجموعاً ۱۷ استراتژی در قالب‌های تهاجمی، رقابتی، احتیاطی و تدافعی ارائه شد. اعتبار این استراتژی‌ها توسط جامعه مورد مطالعه سنجیده شده و میزان اعتبار، زیاد بوده است. پس از اولویت‌بندی استراتژی‌ها، اولویت اول به «آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی»، اولویت دوم به «آموزش اخلاق در بالین بیمار» و اولویت آخر به استراتژی «تربیت پزشکان پرسش‌گر» اختصاص یافت.

واژه‌های کلیدی: آموزش اخلاق پزشکی، مدل SWOT، برنامه‌ریزی راهبردی، راهبرد

۱- (نویسنده مسئول)، استادیار گروه اقتصاد، دانشگاه ولی عصر(عج) رفسنجان
تلفن: ۰۳۹۱-۳۲۰۲۰۰۶، دورنگار: ۰۳۹۱-۳۲۰۲۰۰۹، پست الکترونیکی: htaboli@yahoo.com
۲- دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

مقدمه

بدون شک آموزش پزشکی به تنهایی برای تربیت یک پزشک خوب و متعهد کافی نیست و به نظر می‌رسد باید جایگاهی برای اخلاق پزشکی در نظر گرفته شود. امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا در تمام سطوح تحصیل گروه‌های پزشکی، اعم از عمومی، تخصصی و حتی دوره‌های بازآموزی، آموزش اخلاق پزشکی به خصوص از طریق روش‌های نوین آموزشی صورت می‌گیرد [۱].

در سال‌های اخیر با افزایش موارد مشکل اخلاقی، ترویج اخلاق حرفه‌ای در میان دانشجویان پزشکی اهمیت خاصی یافته است [۱]. افزایش مشکلات اخلاقی ناشی از دلایل متعددی می‌باشد. یکی از این دلایل، مواجهه پزشکان با وسایل و ابزار جدید پزشکی بدون وجود راهنماهای اجتماعی مناسب جهت استفاده از آنهاست (مثل روش‌های جدید کمک باروری) [۲]. به علاوه، دانشجویان پس از گذراندن دوره تحصیل، دارای باورها و رفتارهای خاص حرفه‌ای می‌شوند که متأسفانه تا حدی حساسیت‌های اخلاقی آنها را کاهش می‌دهد و تصمیم‌گیری اخلاقی را برای آنها دشوار می‌سازد [۳]. از این رو، نیاز به داشتن پزشکان متعهد و آگاه به چگونگی برخورد با مشکلات اخلاقی، از محرک‌های اساسی تحول در آموزش اخلاق پزشکی بوده است.

مواجهه هر بیشتر با مسائل مشکل اخلاقی، موجب تمایل بیشتر دانشجویان به فراگیری رویکردهای اخلاقی ارتباط با بیمار شده است. استادان و برنامه‌ریزان آموزش اخلاق پزشکی در ژاپن توصیه می‌کنند که برنامه آموزشی مناسب‌تر و فراگیرتری جهت آگاهی پزشکان از مشکلات اخلاقی و نحوه تصمیم‌گیری مناسب آماده گردد. آنها همچنین تأکید می‌نمایند که آموزش بایستی به صورت بین‌گروهی و با همکاری متخصصین اخلاق پزشکی و اساتید فلسفه اخلاق صورت گیرد [۴]. میزان تأثیر آموزش بر درک اخلاقی دانشجویان نیز، در مطالعه‌ای توسط Holm و همکارانش مورد بررسی قرار گرفته است. آنها نشان دادند که دانشجویان پس از گذراندن دوره اخلاق پزشکی، مشخصاً به سطح بالاتری از توانایی استدلال‌های اخلاقی رسیده و درک بهتری نسبت به موارد مشکل اخلاقی پیدا می‌کنند [۵].

برای آموزش اخلاق پزشکی، اهداف متعددی ذکر شده است که در زیر به تعدادی از این موارد اشاره می‌شود:

توانایی درک اصول پایه اخلاقی، استدلال دقیق جهت مشخص ساختن بهترین روش برخورد با شرایط مشکل اخلاقی [۶]، آموزش نقش ارزش‌ها در رابطه پزشک با بیمار، همکارانش و جامعه [۷]، آگاه ساختن پزشکان به اصول فلسفی، اجتماعی و قانونی در استدلال‌های بالینی [۸]، آگاهی از نحوه مراقبت از بیمار بسیار بدحال و اطلاع وضعیت وی به خانواده [۹].

با توجه به اهداف یاد شده، اخلاق پزشکی علیرغم سابقه ۲۵۰۰ ساله‌ای که در آموزش پزشکی دارد، فقط در ۴۰ سال اخیر به صورت رسمی و به شکل امروزه، در دوره‌های آموزشی پزشکی گنجانده شده است. حکمای گذشته همراه با تدریس طب، مباحثی از اخلاق را نیز گوشزد می‌نمودند و از آنجا که به جز طب، حکمت به معنای خاص را نیز می‌دانستند، در حین آموزش طب به مباحث حکمت الهی اشاره می‌کردند. پس از این دوران، آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها شروع شد [۱۰].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

بقراط اولین شخصی بود که مبانی اخلاق را در قالب سوگندنامه، با طبابت در هم آمیخت و آن را به عنوان تعهدنامه اخلاقی در اختیار پزشکان گذاشت. سپس تمدن‌های مختلف، به ویژه تمدن اسلام و ایران توجه خاصی به اخلاق در طب نشان دادند. پندنامه اهوازی نیز در همین راستا به رشته تحریر درآمد. در تمدن‌های گذشته و به ویژه تمدن اسلامی، اخلاق یکی از پیش نیازهای طب بالینی محسوب می‌شد و دانش‌آموختگان پزشکی موظف به گذراندن اخلاق و حکمت بودند [۱۱].

امروزه منشأ اخلاق زیستی به سه حادثه مختلف اما مرتبط با یکدیگر برمی‌گردد: مجموعه‌ای از پژوهش‌های نفرت‌آور زیست‌پزشکی (از جمله آزمایشات نازی‌ها بر روی زندانیان)، پیشرفت در تکنولوژی‌ها و درمان‌های پزشکی و تغییرات پیچیده اجتماعی [۱۲].

با توجه به این که تصمیم‌گیری‌های عملی در حیطه اخلاق پزشکی نیازمند درک صحیح مباحث فلسفی مربوطه می‌باشد، باید با دقت تمام و بررسی جوانب امر، اصول و مبانی خاصی را تدوین نمود و به گونه‌ای آنها را به کار گرفت که همه انسان‌ها به ویژه افراد معتقد به اخلاقیات، آن را تأیید نمایند. کلیدهای اساسی که در حال حاضر در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مطرح است، اصول چهارگانه استقلال یا اتونومی، سودمندی، زیان نرساندن و عدالت می‌باشند [۱۳].

در ماده ۲۵ پیش‌نویس مقدماتی بیانیه هنجارهای جهانی دانش زیست‌پزشکی [۱۴] که در فوریه سال ۲۰۰۵ با عنوان آموزش، پرورش و انتشار دانش زیست‌پزشکی انتشار یافت، خاطر نشان شده است که به منظور عملی ساختن و ارتقای اصول این بیانیه و جهت دستیابی به دانش برتر در زمینه ملاحظات اخلاقی پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیک، دولت‌ها موظفند به آموزش و پرورش علم زیست‌پزشکی در همه سطوح و تشویق انتشار دانش و اطلاعات در این زمینه بپردازند.

با توجه به ضرورت و اهداف آموزش اخلاق پزشکی، تحقیق حاضر قصد دارد ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف (عوامل داخلی) و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی (عوامل خارجی)، در قالب مدل SWOT (strengths and weaknesses and opportunities and threats) به ارائه استراتژی‌های اثربخش جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بپردازد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی، ابتدا با بررسی متون برنامه‌ریزی استراتژیک و همچنین بررسی عوامل محیطی تأثیرگذار بر آموزش اخلاق پزشکی، فهرستی از نقاط قوت و ضعف و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی شناسایی شدند.

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های شماره ۱ و ۲ جمع‌آوری گردیدند.

پرسش‌نامه شماره ۱ در جهت شناسایی میزان اهمیت و رتبه هر کدام از عوامل داخلی تأثیرگذار بر آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان طراحی شده بود.

این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۲ سؤال بود و هر سؤال، وزن و رتبه یکی از عوامل داخلی را مورد سنجش قرار می‌داد. وزن‌ها و رتبه‌ها در پرسش‌نامه در یک طیف بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد مورد سنجش و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

نظرخواهی قرار گرفتند. مجموع وزن‌ها (میزان اهمیت) برابر با ۱ و معیار رتبه از ۱ تا ۵ بود.

وزن‌ها، میزان اهمیت هر کدام از شاخص‌های تأثیرگذار بر روند آموزش اخلاق پزشکی و رتبه‌ها، میزان واکنش اعضای هیئت علمی دانشگاه را نسبت به عامل مزبور نشان می‌دهد. پرسش‌نامه شماره ۲ در جهت شناسایی میزان اهمیت و رتبه هر کدام از عوامل خارجی تأثیرگذار بر آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان طراحی شده بود. این پرسش‌نامه نیز شامل ۱۲ سؤال بود که ۶ سؤال مربوط به اندازه‌گیری وزن و رتبه فرصت‌ها و ۶ سؤال مربوط به اندازه‌گیری وزن و رتبه تهدیدها می‌گردید.

ابتدا پرسش‌نامه‌های شماره ۱ و ۲ و سپس پرسش‌نامه شماره ۳ که بر اساس پرسش‌نامه‌های شماره ۱ و ۲ تدوین شده بود، جهت تعیین میزان اثربخشی و اعتبار استراتژی‌ها، در اختیار نمونه‌های مورد پژوهش قرار گرفت.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول شارپ کوکران استفاده شد [۱۵] که با استفاده از این فرمول تعداد نمونه مورد نیاز (n=۴۷/۹) برآورد گردید. تعداد ۴۸ پرسش‌نامه بین اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بر اساس جدول اعداد تصادفی توزیع شد که ۴۴ نفر پرسش‌نامه‌ها را عودت دادند و درصد پاسخگویی ۹۱/۶٪ بود. سپس ضمن نظرخواهی از ۴۸ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، به وزن‌دهی (میزان اهمیت) و رتبه‌بندی هر کدام از این عوامل پرداخته شد.

با توجه به این که سؤالات طبقه‌بندی شده بودند از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان پایایی پرسش‌نامه اول، ۰/۹۹۱ و پرسش‌نامه دوم ۰/۹۸۶ به دست آمد. برای بررسی روایی از روش روایی محتوایی استفاده شده و پرسش‌نامه به ۶ کارشناس خبره ارائه شده و روایی آن برابر ۰/۹۶۸محاسبه شد.

شاخص‌های پرسش‌نامه‌های شماره ۱ و ۲ از کتاب مدیریت استراتژیک تألیف Fred [۱۶] استخراج و بین نمونه‌های مورد پژوهش توزیع شد.

نتایج

از تعداد ۴۴ نمونه مورد بررسی، ۳۴/۶٪ زن و ۶۵/۴٪ مرد بودند. سن ۱۰/۴٪ از نمونه‌ها ۳۰ سال و کمتر، ۴۲/۸٪ بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۴۶/۸٪ از نمونه‌ها ۴۱ سال و بیشتر بوده است. همچنین ۸۸/۳٪ از نمونه‌های مورد بررسی متأهل و ۱۱/۷٪ مجرد بوده‌اند.

سنوات خدمتی ۴۲/۱٪ از نمونه‌ها ۱ تا ۱۰ سال و ۵۷/۹٪ بیش از ۱۰ سال بود. درجه علمی ۴٪ از افراد مورد بررسی دانشیار، ۷۸٪ استادیار و ۱۸٪ مربی و مربی آموزشیار گزارش شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل عوامل داخلی و خارجی در جدول ۱ و ۲ خلاصه شده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

جدول ۱- خلاصه تجزیه و تحلیل عوامل داخلی آموزش اخلاق پزشکی

	شاخص	وزن	رتبه	امتیاز (وزن×رتبه)
نقاط قوت	۱- توجه جامعه پزشکی و دانشجویان به اهمیت اخلاق پزشکی	۰/۰۷	۲/۵	۰/۱۷۵
	۲- تشکیل کمیته اخلاق در دانشگاه‌ها	۰/۰۶	۲/۴	۰/۱۴۴
	۳- کاربردی شدن اخلاق پزشکی	۰/۰۸	۳/۱	۰/۲۴۸
	۴- برقراری عدالت اجتماعی در سیستم خدمات بهداشتی و سلامت	۰/۰۸	۲/۸	۰/۲۲۴
	۵- وجود منابع اسلامی و تاریخی غنی در زمینه اخلاق پزشکی	۰/۱	۲/۹	۰/۲۹
	۶- آگاهی از چالش‌های پیش روی طب بالینی	۰/۰۹	۳	۰/۲۸۸
	۷- نقش اخلاق پزشکی در شکل‌گیری سرمایه اجتماعی	۰/۰۸	۳	۰/۲۴
نقاط ضعف	۱- کمبود تحقیقات علمی در زمینه آموزش اخلاق پزشکی	۰/۰۶	۲/۶	۰/۱۵۶
	۲- به کارگیری روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی	۰/۱۲	۲/۷	۰/۳۲۴
	۳- کمبود اساتید با تجربه و آموزش دیده در زمینه اخلاق پزشکی	۰/۰۹	۲/۶	۰/۲۳۴
	۴- نقص سرفصل‌های آموزشی و منابع درس غنی	۰/۰۹	۲/۵	۰/۲۲۵
	۵- فقدان جایگاه جدی آموزش اخلاق پزشکی در برنامه‌های آموزشی	۰/۰۸	۲/۴	۰/۱۹۲
	جمع	۱	-	۲/۷۴

با توجه به جدول ۱ از بین نقاط قوت، بیشترین میزان اهمیت (وزن) مربوط به «وجود منابع اسلامی و تاریخی غنی در زمینه اخلاق پزشکی» و کمترین میزان اهمیت مربوط به «تشکیل کمیته اخلاق در دانشگاه‌ها» می‌باشد. همچنین در بین نقاط ضعف، بیشترین میزان اهمیت مربوط به «به کارگیری روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی» و کمترین میزان اهمیت مربوط به «کمبود تحقیقات علمی در زمینه آموزش اخلاق پزشکی» می‌باشد. با توجه به مجموع امتیازها (۲/۷۴)، می‌توان گفت واکنش اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نسبت به نقاط قوت و ضعف در آموزش اخلاق پزشکی کمتر از متوسط بوده است و ضرورت دارد این نقاط قوت و ضعف در آموزش اخلاق پزشکی مورد توجه جدی‌تر قرار گیرند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

جدول ۲- خلاصه تجزیه و تحلیل عوامل خارجی آموزش اخلاق پزشکی

	شاخص	وزن	رتبه	امتیاز (وزن×رتبه)
فرصت‌ها	۱- افزایش عناوین و شمارگان نشریات اخلاق و اخلاق پزشکی	۰/۱	۲/۴	۰/۲۴
	۲- رشد فن‌آوری اطلاعات و ثبت الکترونیکی اطلاعات بیماران	۰/۰۸	۲/۳	۰/۱۶۴
	۳- توجه جامعه به اخلاق حرفه‌ای	۰/۰۸	۲/۵	۰/۲
	۴- تدوین برنامه استراتژیک توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور	۰/۰۹	۳/۲	۰/۲۸۸
	۵- افزایش میانگین سطح تحصیلات جامعه	۰/۰۶	۲/۵	۰/۱۵
	۶- توسعه مراکز آموزش پزشکی کشور	۰/۰۷	۳/۳	۰/۲۳۱
تهدیدها	۱- افزایش هزینه‌های درمانی	۰/۰۸	۳/۵	۰/۲۸
	۲- جایگزینی انگیزه‌های سرمایه‌داری به جای انگیزه‌های اخلاقی در جامعه	۰/۰۹	۳/۱	۰/۲۷۹
	۳- رقبای خارج کشور	۰/۰۸	۲/۸	۰/۲۲۴
	۴- بیکاری	۰/۰۶	۲/۳	۰/۱۳۸
	۵- تورم	۰/۱	۲/۹	۰/۲۹
	۶- مراقبت‌های جسورانه در مرحله نهایی بیماری‌ها	۰/۱۱	۳/۲	۰/۳۵۲
	جمع	۱	-	۲/۸۳

با توجه به امتیاز محاسبه شده در جدول ۲، از بین فرصت‌ها بیشترین میزان اهمیت مربوط به « تدوین برنامه استراتژیک توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور» و کمترین میزان اهمیت مربوط به «افزایش میانگین سطح تحصیلات جامعه» می‌باشد. همچنین در بین تهدیدها، بیشترین میزان اهمیت مربوط به «مراقبت‌های جسورانه در مرحله نهایی بیماری‌ها» و کمترین میزان اهمیت مربوط به «بیکاری» می‌باشد. با توجه به مجموع امتیازها (۲/۸۳) می‌توان گفت واکنش اعضای هیئت علمی دانشگاه نسبت به فرصت‌ها و تهدیدها در آموزش اخلاق پزشکی کمتر از متوسط بوده است (جدول ۲).

طراحی استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی با استفاده از مدل SWOT در ماتریس SWOT، بین عوامل داخلی و خارجی سازمان نوعی توازن و تعادل برقرار می‌کند (جدول ۳). استراتژیست‌ها می‌توانند با استفاده از این ماتریس چهار نوع استراتژی ارائه نمایند: استراتژی‌های SO، استراتژی‌های WO، استراتژی‌های ST و استراتژی‌های WT [۱۶].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

جدول ۳- ماتریس تجزیه و تحلیل SWOT برای آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

عوامل داخلی / عوامل خارجی	نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)
	۱. توجه جامعه پزشکان و دانشجویان به اهمیت اخلاق پزشکی ۲. تشکیل کمیته اخلاق در دانشگاه‌ها ۳.کاربردی شدن اخلاق پزشکی ۴.برقراری عدالت اجتماعی در نظام سلامت ۵.وجود منابع اسلامی و تاریخی غنی در اخلاق پزشکی ۶.آگاهی از چالش‌های طب بالینی ۷.نقش اخلاق پزشکی در شکل‌گیری سرمایه اجتماعی	۱.کمبود تحقیقات علمی در زمینه آموزش اخلاق پزشکی ۲.به کارگیری روش‌های سنتی در آموزش اخلاق پزشکی ۳.کمبود اساتید با تجربه در اخلاق پزشکی ۴. نقص سرفصل‌های آموزشی ۵.فقدان جایگاه جدی آموزش اخلاق پزشکی در برنامه‌های آموزشی
فرصت‌ها (O) ۱.افزایش عناوین نشریات اخلاق پزشکی ۲.رشد فن‌آوری اطلاعات و ثبت الکترونیکی اطلاعات ۳.توجه جامعه به اخلاق حرفه‌ای ۴.تدوین برنامه استراتژیک توسط دانشگاه‌ها ۵.افزایش میانگین سطح تحصیلات جامعه ۶.توسعه مراکز آموزش پزشکی کشور	**استراتژی‌های SO (تهاجمی)** •تدوین منشور اخلاقی پزشکی‌مبتنی بر آموزه‌های دینی S_1,S_3,S_6,O_1,O_2,O_6 •آموزش رسمی اخلاق پزشکی در تمامی مراحل (دانشکده پزشکی، دوره دستیاری، آموزش مدارم) S_1,S_3,S_5,O_1,O_6 •تدوین محتوای درسی اخلاق بالینی متناسب با نیازهای دانشجو S_1,S_6,O_1,O_6 •آموزش اخلاق در بالین بیمار S_1,S_3,O_2,O_3,O_6 •اختصاص بودجه تحقیقاتی مشخص در زمینه اخلاق پزشکی S_1,S_3,S_6,O_1,O_4,O_6	**استراتژی‌های WO(محافظه کارانه)** •به کارگیری روش‌های نوین آموزش اخلاق پزشکی W_1,W_2,W_5,O_1,O_2,O_4 •تربیت اساتید متخصص و با تجربه در زمینه آموزش اخلاق پزشکی W_1,W_3,W_5,O_2,O_4,O_6 •آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین رشته‌ای توسط اساتید فلسفه اخلاق و اساتید علوم بالینی W_2,W_3,O_3,O_6 •ارزیابی دانشجویان به صورت عملی و در مواجهه آنها با موارد مشکل اخلاقی W_2,W_3,W_5,O_3,O_6 •تهیه و تنظیم سرفصل آموزشی اخلاق پزشکی W_2,W_4,O_3,O_6
تهدیدها (T) ۱.افزایش هزینه‌های درمانی ۲.جایگزینی انگیزه‌های سرمایه‌داری به جای انگیزه‌های اخلاقی در جامعه ۳-رقبای خارج کشور ۴ .بیکاری ۵.تورم ۶.مراقبت‌های جسورانه در مرحله نهایی بیماری‌ها	**استراتژی‌های ST (رقابتی)** •تربیت پزشکان پرسش‌گر S_1,S_2,S_6,T_1,T_3,T_6 •آموزش پزشکان بر روی بیماران مرحله آخر حیات (مانند مبتلایان به سرطان) S_1,S_3,S_6,T_6 •تغییر رویکرد آموزش پزشکی از بیماری انسان به انسان بیمار S_1,S_3,S_6,T_2,T_6 •اجرای دوره‌های کوتاه مدت آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها S_1,S_3,S_6,T_2,T_6	**استراتژی‌های WT (تدافعی)** • استفاده مناسب از انواع روش‌ها و وسایل کمک آموزشی در آموزش اخلاق پزشکی W_1,W_2,T_2,T_3 • تغییر رویکرد فردنگری به جامعه‌نگری در آموزش پزشکی W_1,W_2,W_3,T_2,T_3 • تدوین برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی کشور W_1,W_2,W_3,T_2,T_6

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

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

با توجه به این که متغیر اثربخشی استراتژی‌های طراحی شده شامل ۱۷ شاخص است، میانه امتیاز این شاخص‌ها به عنوان مقدار متغیر محاسبه شده به نظر ۸ نفر (۱۸٪) متوسط، ۲۴ نفر (۵۵٪) زیاد، ۱۲ نفر (۲۷٪) بسیار زیاد بوده است. با توجه به میانگین محاسبه شده متغیر (۴/۰۸)، اعتبار استراتژی‌های طراحی شده جهت جامعه مورد پژوهش به میزان زیاد بوده است (جدول ۴).

- **اولویت استراتژی‌های طراحی شده جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی:**

با توجه به میانگین محاسبه شده، اولویت استراتژی‌های طراحی شده، توسط جامعه مورد پژوهش مشخص شده است که اولویت اول مربوط به استراتژی «آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی» و اولویت آخر مربوط به استراتژی «تربیت پزشکان پرسش‌گر» می‌باشد.

جدول ٤- میانگین امتیاز استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی

اولویت	استراتژی	میانگین امتیاز
۱	آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی	۴/۶۵
۲	آموزش اخلاق در بالین بیمار	۴/۶
۳	آموزش پزشکان بر روی بیماران مرحله آخر حیات (مانند مبتلایان به سرطان)	۴/۵۸
۴	تدوین محتوای درس اخلاق بالینی متناسب با نیازهای دانشجو	۴/۳
۵	به کارگیری روش‌های نوین آموزش اخلاق پزشکی	۴/۲۵
۶	تربیت اساتید متخصص و با تجربه در زمینه آموزش اخلاق پزشکی	۴/۲
۷	تدوین برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی کشور	۴/۱۲
۸	تغییر رویکرد فردنگری به جامعه‌نگری در آموزش پزشکی	۴/۱
۹	استفاده مناسب از انواع روش‌ها و وسایل کمک آموزشی در آموزش اخلاق پزشکی	۴/۰۸
۱۰	ارزیابی دانشجویان به صورت عملی و در مواجهه آنها با موارد مشکل اخلاقی	۴/۰۵
۱۱	اختصاص بودجه تحقیقاتی مشخص در زمینه اخلاق پزشکی	۳/۹
۱۲	آموزش رسمی اخلاق پزشکی در تمامی مراحل (دانشکده پزشکی، دوره دستیاری، آموزش مداوم)	۳/۸۵
۱۳	تغییر رویکرد آموزش پزشکی از بیماری انسان به انسان بیمار	۳/۸۴
۱۴	اجرای دوره‌های کوتاه مدت آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها	۳/۸
۱۵	تدوین منشور اخلاق پزشکی مبتنی بر آموزه‌های دینی	۳/۷۵
۱۶	تهیه و تنظیم سرفصل آموزشی اخلاق پزشکی	۳/۶
۱۷	تربیت پزشکان پرسش‌گر	۳/۵۵

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

بحث

با توجه به نتایج ماتریس SWOT، استراتژی‌های ارائه شده جهت توسعه آموزش اخلاق عبارتند از:

الف) استراتژی‌های تهاجمی (SO)

۱- آموزش رسمی اخلاق پزشکی در تمامی مراحل (دانشکده پزشکی، دوره دستیاری، آموزش مداوم):

آموزش اخلاق پزشکی تنها در یک دوره و آن هم در مرحله علوم پایه (قبل از ورود به مرحله بالینی)، نمی‌تواند دانشجویان را جهت رویارویی با مشکلات اخلاقی آماده سازد. هر چند که وجود یک دوره تئوری آموزش اخلاق پزشکی در دوره علوم پایه، دانشجویان را با مباحث اصولی اخلاق پزشکی آشنا می‌سازد اما، دانشجویان هنگام ورود به مرحله بالینی درمی‌یابند که تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی و پایبندی به اصول اعتقادی و اخلاقی دشوار بوده و آشنایی کلی با اخلاق پزشکی، نیازهای آنان را برای رویارویی با بیماران واقعی مرتفع نساخته است. به هر حال، آموزش اخلاق پزشکی به طور دائم و در تمام دوره‌های تحصیل پزشکی همگام با آموزش بالینی و حتی بعد از فارغ‌التحصیلی ضروری به نظر می‌رسد [۱۷].

۲- تدوین محتوای درس اخلاق بالینی متناسب با نیازهای دانشجو:

به منظور انجام مراقبت‌های پزشکی به شیوه اخلاقی و انسانی، لازم است پزشکان جنبه‌های خاص اخلاق پزشکی را بهتر بیاموزند و یاد بگیرند که قاطعانه درباره پیچیدگی‌های فزآینده جهان پزشکی تفکر کنند. آموزش‌های متداول برای دانشجویان، دستیاران و آموزش‌های مداوم برای پزشکان، بهترین روش نیل به این هدف می‌باشد. امروزه، لزوم تنظیم محتوای درس اخلاق بالینی مطابق با نیازهای دانشجو مشخص شده است. برای مثال دانشجویان پزشکی تمایل دارند این درس بر مشکلات واقعی که به صورت روزمره با آن مواجهند متمرکز گردد و لذا باید به شکل اختصاصی برای هر تخصص اصلی تهیه شود [۱۸].

۳- آموزش اخلاق در بالین بیمار:

اخلاق زیستی باید به طور ایده‌آل در کنار بستر بیمار یا در بالین آموخته شود. مدل‌های آموزش این دانش در بالین و ارزیابی سیستماتیک کارآیی آن، هنوز مورد بحث است. برگزاری کنفرانس‌های بیمارنگر، روشی است که از نزدیک با مراقبت‌های بالینی ارتباط دارد. پزشکان هنگامی که به طور فعال در این قبیل بحث‌ها مشارکت نمایند، مطالب را به خوبی فرا خواهند گرفت و جنبه‌های نظری و عملی دانش زیست‌پزشکی را خواهند آموخت. یک موقعیت مشکل‌آفرین، توجه شنونده را به خود جلب می‌نماید. به دنبال مطرح کردن مشکل، بحث‌هایی در می‌گیرد و راه حل‌هایی با توجه به اصول و تعاریف اخلاقی برای مدیریت آن مشکل، شرح داده می‌شود. استفاده از بیماران استاندارد شده (Standardized Patients) و الگوسازی از نقش‌ها (Role-Modeling)، تجربه دانشجویان را افزایش می‌دهد. استفاده از مدل‌های اخلاقی موجود در اینترنت، بستر ثابتی برای مباحث اخلاقی فراهم می‌کند [۱۸]. همچنین برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند که آموزش اخلاق بالینی باید در قالب یک برنامه درسی پنهان (hidden curriculum) درون آموزش پزشکی بالینی لحاظ شود [۱۷].

۴- اختصاص بودجه تحقیقاتی مشخص در زمینه اخلاق پزشکی:

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

به منظور دستیابی به دانش برتر در زمینه ملاحظات اخلاقی پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیک، دولت‌ها موظفند به آموزش و پرورش علم زیست‌پزشکی بپردازند. بنابراین، اختصاص بودجه تحقیقاتی جهت توسعه آموزش اخلاق پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

۵- تدوین منشور اخلاق پزشکی مبتنی بر آموزه‌های دینی:

با توجه به تفاوت‌های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق غربی، پایه‌گذاری اصولی یک نظام اخلاق پزشکی مبتنی بر چارچوب‌های اسلامی جهت جلوگیری از نفوذ فرهنگ غرب در کشورهای اسلامی یک ضرورت اساسی است [۱۶].

ب) استراتژی‌های ST (رقابتی)

۱- تربیت پزشکان پرسش‌گر:

دانشجویان پزشکی باید در طول برنامه آموزشی با وسعت و نتایج پژوهش‌های بالینی، چالش‌های معاصر در طب بالینی و پرسش‌های مهمی که نیاز به پاسخ دارند آشنا شوند.

۲- آموزش پزشکان بر روی بیماران مرحله آخر حیات (مانند مبتلایان به سرطان):

در حال حاضر نحوه برخورد با بیماران در مرحله آخر حیات (مانند مبتلایان به سرطان) در آموزش پزشکی جایگاهی ندارد. این موضوع به خصوص از این به بعد حائز اهمیت است که باید در آموزش پزشکی علاوه بر جنبه‌های پزشکی و درمانی، به جنبه‌های انسانی نیز اهمیت داده شود [۱۹]. باید توجه کرد که پزشکی فقط یک علم بیولوژیک نیست بلکه هنر برخورد با ابعاد انسانی و معنوی را نیز شامل می‌شود.

۳- تغییر رویکرد آموزش پزشکی از بیماری انسان به انسان بیمار:

پزشک باید بیمار را در دو بعد مورد بررسی قرار دهد. اول، ویژگی‌های فردی و انسانی بیمار است که در اشخاص مختلف متفاوت است و دوم، ویژگی‌های مربوط به بیماری فرد است که در مورد بیماری خاص مثل دیابت در افراد مختلف یکسان است [۲۰].

۴- اجرای دوره‌های کوتاه مدت آموزش اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها:

از آن جا که امروزه آموزش اخلاق پزشکی اهمیت زیادی در دانشگاه‌های پزشکی دنیا دارد و روش‌های آموزشی نوینی در این رشته معرفی شده‌اند، بنابراین دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های آموزشی اخلاق پزشکی به معرفی تکنیک‌های جدید آموزشی در این رشته بپردازند.

ج) استراتژی‌های WO (محافظه کارانه)

۱- به کارگیری روش‌های نوین آموزش اخلاق پزشکی:

یکی از ضعف‌های آموزش سنتی، عدم توجه آن به شاخص‌های اخلاقی همچون ادب، تواضع، همدردی و دلسوزی است. در واقع، آموزش نمی‌تواند فرد را در مسیر رشد روحی و رفتاری قرار دهد [۲]. اخلاق پزشکی بیشتر یک علم بالینی است و مجموعه‌ای از رفتارهاست که در آنها ضرورت توجه به موارد اخلاقی، قانونی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی لحاظ شده است [۲۱] و روش سنتی آموزشی نمی‌تواند این موارد را به طور هماهنگ و در جهت بهبود روابط بین فردی پزشک و بیمار به کار گیرد. دشواری در آموزش، اغلب ناشی از تنوع دیدگاه‌های پزشکان و جامعه‌ای است که با موارد مشکل اخلاقی مواجه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

می‌شوند. در واقع استادان باید به نحوی به دانشجویان آموزش دهند که بتوانند همراه با تعهد علمی و پایبندی به عقاید اخلاقی و مسئولیت‌های حرفه‌ای خود، تصمیم‌گیری درستی انجام دهند [۲]. اغلب پزشکان و دانشجویان پزشکی از ناتوانی روش سنتی در جهت دستیابی به این اهداف، نگران بوده‌اند [۲۲]. باید توجه داشت که هزینه مالی اصلاح روش آموزش بالا نیست و تحول ساختاری در این زمینه می‌تواند هم به سود حرفه پزشکی و هم به سود بیمارانی باشد که جهت درمان به این گروه مراجعه می‌نمایند [۲۱]. در این راستا، در کشورهای مختلف روش‌های متفاوتی به کار گرفته شده که اغلب شامل روش یادگیری مبتنی بر مسئله، روش داستانی، روش کارگاهی و روش آموزش در راندهای بالینی است.

۲- تربیت اساتید متخصص و با تجربه و آموزش دیده:

در زمینه آموزش اخلاق پزشکی هدف اصلی آموزش اخلاق بالینی ارتقای کیفیت زندگی بیمار است. همچنین به نظر می‌رسد آموزش باید بر ارتقای مهارت‌های شناختی، رفتاری و شخصیتی متمرکز شود. به این منظور، آموزش باید در تمامی مراحل آموزش پزشکان لحاظ شود. آموزش اخلاق پزشکی به صورت رسمی مزایای زیادی دارد و نیازمند پزشکان بالینی تربیت شده جهت آموزش آن می‌باشد. امروزه، آموزش اخلاق پزشکی در برنامه‌های دستیاری از شرایط اعتباربخشی برای دستیاران است [۱].

۳- آموزش اخلاق پزشکی به صورت بین رشته‌ای توسط اساتید اخلاق و اساتید علوم بالینی:

اخلاق پزشکی یک علم بین رشته‌ای تلقی می‌شود و بیشتر یک علم بالینی و مجموعه‌ای از رفتارهاست که در آنها ضرورت توجه به موارد اخلاقی، حقوقی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی لحاظ شده است [۲۱]. بنابراین برنامه‌های آموزش پزشکی باید ابعاد اجتماعی و رفتاری سلامت و بیماری را در برگیرد [۲۳].

۴- ارزیابی دانشجویان به صورت عملی و در مواجهه آنها با موارد مشکل اخلاقی:

نتیجه عملی آموزش اخلاق پزشکی، در مواجهه دانشجویان با مشکل اخلاقی و شیوه حل و فصل آن، مشخص می‌شود. حل و فصل مؤثر یک مسئله اخلاقی به عوامل: شناخت موضوع اخلاقی، به کارگیری دانش مناسب با موضوع، تجزیه و تحلیل مسئله، تصمیم‌گیری در مورد روند اقدامات و انجام اقدامات ضروری برای حل مسئله بستگی دارد [۲۴].

۵- تهیه و تنظیم سرفصل آموزش اخلاقی پزشکی با توجه به نیازها و مشکلات اخلاقی روز:

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

د) استراتژی‌های WT (تدافعی)

۱- استفاده مناسب از انواع روش ها و وسایل کمک آموزشی در آموزش اخلاق پزشکی:

استفاده مناسب از انواع وسایل کمک آموزشی نظیر سخنرانی، کار گروهی، رایانه و نرم‌افزارهای آموزشی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

می‌تواند نقش مهمی را در آموزش اخلاق پزشکی ایفا کند [۱۶].

۲- تغییر رویکرد فردنگری به جامعه‌نگری در آموزش پزشکی:

تاریخچه آموزش پزشکی در قرن بیستم، شاهد نوسانات مکرر در بینش دست اندرکاران آموزش پزشکی است به نحوی که در مقطعی تمرکز مباحث آموزشی بر سلول و مولکول، در مقطعی تمرکز بر بافت‌ها و ارگان‌ها، در برهه‌ای تمرکز بر خانواده، مدتی تمرکز بر جامعه و در سال‌های پایانی قرن بیستم، تمرکز بر فرد بیمار است.

اگر رسالت آموزش پزشکی، سلامت به مفهوم کلان آن است، باید اهداف و محتوای آموزش پزشکی از تمرکز بر فرد به تمرکز بر جامعیت سلامت اعم از ژن، فرد، خانواده و جامعه تغییر کند [۲۵].

۳- تدوین برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی کشور:

متولیان آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه‌های کشور می‌توانند با توجه به نیازها و مشکلات اخلاق پزشکی، علاوه بر تعیین اهداف بلند مدت، به تدوین چشم‌انداز و مأموریت سازمانی پرداخته و همچنین با توجه به عوامل داخلی و خارجی تأثیرگذار بر روند آموزش اخلاق پزشکی کشور به تدوین استراتژی‌هایی برای رسیدن به این اهداف، در قالب برنامه استراتژیک اخلاق پزشکی بپردازند.

نتیجه‌گیری

جدول خلاصه تجزیه و تحلیل عوامل داخلی و خارجی آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که به بررسی نقاط قوت، ضعف و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش اخلاق پزشکی می‌پردازد، نشان می‌دهد واکنش اعضای هیئت علمی دانشگاه نسبت به موارد فوق، کمتر از متوسط بوده است. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، اعتبار استراتژی‌های توسعه آموزش اخلاق پزشکی با استفاده از مدل SWOT، به میزان زیاد بوده است که این استراتژی‌ها می‌توانند نقش بسیار مؤثری در طراحی برنامه استراتژیک آموزش اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارشناسان و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که در انجام این مطالعه یاری نموده‌اند، صمیمانه قدردانی می‌گردد.

References

[1] Loveh LM, Seed house D. An innovation in teaching ethics to medical Students. *Medical Education* 1990; 24(1): 37-41.

[2] Scaneide Gregor W, Snell L. C.A.R.E an approach for teaching ethics medicine. *Soc Sci Med* 2000; 51(10): 1563.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

[3] Charon R, Fox Renee C. Critiques and Remedies Medical Students call for change in Ethics Teaching. *JAMA* 1995; 274(9): 767.

[4] Asai Atsushi, Minaco Kishino, Tsuguya. Postgraduate education in medical ethics in Japan. *Medical Education* 1998; 32(1): 100.

[5] Holm S, Nielsen G, Norup M. Changes in moral reasoning and the teaching of medical ethics. *Medical Education* 1995; 24: 420-3.

[6] Fisher GS, Arnold RM. Measuring the effectiveness of ethics education. *J General Int Med* 1994; 11: 655-6.

[7] Miles SH, Lane LW, Bickel J, Welker RM. Medical ethics education: Coming of age. *Acad Med* 1998; 64(12): 705-14.

[8] Swenson Sara L. Rotestin Julie A. Navigating the wards: teaching Medical Students to use their moral compasses. *Acad Med* 1996; 71(6): 510-25.

[9] Fox Ellen, Arnold RM, Brody B. Medical Ethics Education: past, present and Future. *Acad Med* 1995; 70(9): 716-69.

[10] Larijani MB. Doctor and ethical considerations, 1 th volume Bahrami Fard Publication. 2005; p: 127. [Farsi].

[11] Zali AR. The survey of change of medical ethics training, Quarterly Journal of Medical Ethics 2008; 35. [Farsi].

[12] Carrese JA, Sugarman J. The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician. *Chest* 2006; 130: 1864-72.

[13] Zali AR. The modern basis of the Relationship of Doctor and patient, 2 nd ed, the center for ethics researches and medical law. 2000; p: 140 [Farsi].

[14] Preliminary Draft Declaration on universal norms and Bioethics, *Paris* 2005.

[15] Walpole R. Probability and statistics for engineers and scientists, 2th ed. 1978; p: 78.

[16] Fred RD. Strategic Management, Translated by A. Parsaian, cultural research bureau, 11th ed. 2008; pp: 142-8. [Farsi]

[17] Singer Al, Pellegrino DE, Siegler M. Clinical ethics revisited. *BMC Med Ethics* 2001; 2: 1.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

[18] Mckneally FM, singer AP. Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical Setting. *CMAJ* 2001; 164(8): 1163-7.

[19] Coha F, Harrold J, Lynn J. Medical education Must deal with end of Life care. *Chronicle of Higher Education* 1997; 5(6): 38-43.

[20] Stewart M, Belle B. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. 1995; pp: 5-15.

[21] Martinez Serge A. Currents in contemporary ethics: Reforming Medical ethics education. *Law Medicine Ethics* 2002; 30(3): 426-6 .

[22] Singer peter A. Recent Advances in Medical Ethics. *BMJ* 2000; 321(29): 282-5.

[23] Okasha A. The future of medical education and teaching: A Psychiatric Perspective, S77-S85. *Am J Psychiatry* 1997; 154-6.

[24] Jonsen AR, Siegler M, Wins lade WJ. Introduction, in: clinical ethics. 4th ed, *New* York: McGraw-Hill; 1998; pp: 1-12.

[25] Jamshidi HR. Medical Training at 21th century. Iranian Medicine Train 2002; 2: p: 114. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]

Development of Medical Ethics Strategies in Rafsanjan University of Medical Sciences

H. Taboli[1], M. Rezaeian[2]

Received: 05/09/09 Sent for Revision: 09/02/10 Received Revised Manuscript: 07/08/10 Accepted: 14/08/10

Background and Objectives: Considering the increase of ethical problem cases in recent years' promoting professional ethics among medical students is important. In order to identify the strengths and weaknesses, as well as opportunities and threats of medical ethics training these effective strategies have been designed. Using these strategies can make medical ethics training in Rafsanjan University of Medical Sciences (RUMS) more effective and more efficient.

Materials and Methods: In this cross sectional study, after identifying a list of strengths and weaknesses as well as opportunities and threats of medical ethics training, a questionnaire was used to obtain the opinions of the faculty members of (RUMS), and then the strategies were presented in the model of SWOT.

Results: According to the internal factors analysis table, among the strengths, the most important rate of significance (weight) was given to the existence of rich Islamic and historical sources in the field of medical ethics with the weight of 0.10 and the grade of 2.9. Further more, among the weaknesses the most important rate of significance was given to using traditional methods in the medical ethics training with the weight of 0.12 and the grade of 2.7. Regarding the sum of points in the analysis table, internal factors (2.74) and external factors (2.83) we can generally say that the reaction of the faculty members of RUMS to the strengths and weaknesses and also to the opportunities and threats in the medical ethics training is less than average.

Conclusion: Considering the findings of this research, using the method of SWOT, on the whole, 17 strategies in the forms of competitive, defensive, conservative and aggressive are presented. The validity of these strategies was measured by the study group and its credit rate was high. After prioritizing strategies, the first priority belonged to medical ethics training in the form of interdisciplinary by professors of ethics and clinical sciences. The second priority belonged to medical training in patients' bedside, and the last priority belonged to the strategy of training curious doctors.

Key words: Training, SWOT Model, Strategy, Strategic Planning

Funding: This research was funded by Vali-E-Asr University Research Center.

Conflict of interest : None declared.

Ethical approval : The Ethics Committee of Vali-E-Asr University approved the study.

1- Assistant Prof, Dept. of Economics, Vali-E-Asr University, Rafsanjan,Iran
(Corresponding Author) Tel: (0391) 3202006, Fax: (0391) 3202009, E-mail: htaboli@yahoo.com
2- Associate Prof, Dept. of Social Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.3.9.6]