



ارائه الگوهای مسلط در آموزش اخلاق پزشکی: بازشناسی مفهومی با رویکرد فراترکیب کیفی

سید مصطفی طیبی ثانی: عضو هیئت علمی گروه آموزش تربیت بدنی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پست ۸۸۸-۱۴۶۶۵ تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)

sm.tayyebisani@cfu.ac.ir

کاظم دلقدنی: گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، صندوق پست ۸۸۹-۱۴۶۶۵ تهران، ایران.

افسانه روحانی: دکتری مدیریت ورزشی، دبیر رسمی آموزش و پرورش منطقه یک شهر تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در دهه‌های اخیر، آموزش اخلاق پزشکی به یکی از ارکان اصلی کیفیت تربیت حرفه‌ای پزشکان تبدیل شده است. با وجود گسترش پژوهش‌ها در ایران، هنوز انسجام نظری و روش‌شناختی لازم برای شکل‌گیری الگوی بومی آموزش اخلاق حرفه‌ای فراهم نشده است. هدف مطالعه حاضر، بازشناسی مبانی مفهومی و الگوهای روش‌شناختی اخلاق پزشکی از طریق فراترکیب کیفی پژوهش‌های انجام‌شده در ایران طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ است.

روش‌ها: این پژوهش با رویکرد فراترکیب کیفی و بر مبنای مدل سندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) انجام شد. داده‌ها از میان ۲۷ مقاله واجد شرایط که از پایگاه‌های داخلی استخراج شدند، گردآوری و سپس با روش کدگذاری استقرایی و قیاسی تحلیل گردیدند. فرایند تحلیل در سه گام شامل خلاصه‌سازی مقالات، تحلیل مفهومی و ارزیابی روش‌شناختی صورت گرفت.

یافته‌ها: هشت تم اصلی مفهومی شامل تحول ساختار آموزش اخلاق، روش‌های نوین یاددهی-یادگیری، ارزیابی رشد اخلاقی، مبانی اسلامی-ایرانی، نقش منتورینگ، تحول فلسفه آموزش، مدیریت و برنامه پنهان، و الگوگیری تاریخی-تطبیقی شناسایی شد. در بعد روش‌شناسی نیز شش الگوی غالب از جمله غلبه رویکردهای کیفی (۵۵.۶٪)، ضعف ابزارسنجی (۴۴.۴٪) و وابستگی نظری به مدل‌های غربی (۳۷٪) آشکار گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج فراترکیب نشان داد آموزش اخلاق پزشکی در ایران در مرحله گذار از سطح نظری به تلفیق فرهنگی و عملی قرار دارد. پیشنهاد نهایی، تدوین «الگوی تلفیقی اسلامی-ایرانی آموزش اخلاق پزشکی» بر پایه‌ی سه مؤلفه‌ی کلیدی است: فلسفه توحیدی ارزش، تربیت موقعیتی بالینی، و ارزیابی ترکیبی معنا-رفتار؛ الگویی که می‌تواند پیوند میان دانش اخلاقی و عمل حرفه‌ای را بازسازی کند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

فراترکیب کیفی،
آموزش اخلاق پزشکی،
اخلاق حرفه‌ای،
روش‌شناسی،
ومی‌سازی،
الگوی اسلامی-ایرانی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۴/۲۹

شیوه استناد به این مقاله:

Tayyebi Sani SM, Delqhandi K, Rouhani A. Dominant Models in Medical Ethics Education: A Conceptual Reconceptualization Using a Qualitative Meta Synthesis Approach. Razi J Med Sci. 2023;30(4): 312-325.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.



Original Article

Dominant Models in Medical Ethics Education: A Conceptual Reconceptualization Using a Qualitative Meta Synthesis Approach

- © **Seyyed Mostafa Tayyebi Sani:** Faculty Member, Department of Physical Education, Farhangian University, PO Box 888-14665 Tehran, Iran. (*Corresponding author) sm.tayyebisani@cfu.ac.ir
Kazem Delqhandi: Department of Educational Sciences, Farhangian University, PO Box 889-14665 Tehran, Iran.
Afsaneh Rouhani: PhD in Sports Management. Official Secretary of Education, District 1, Tehran. Tehran. Iran.

Abstract

Background & Aims: In recent decades, medical ethics education has become one of the core pillars of professional training and clinical competence. Despite the expansion of research in Iran, the conceptual and methodological coherence required for developing a context-based model of professional ethics education remains insufficient. In recent decades, medical ethics education has emerged as a central component of professional training and clinical competence. Although research in Iran has expanded, there remains a lack of conceptual and methodological coherence necessary to develop context-sensitive models of ethics education. Existing studies often focus on describing attitudes or identifying virtues, with limited attention to evaluating educational effectiveness or integrating quantitative and qualitative findings meaningfully. Measurement tools frequently lack cultural validation or sufficient reliability, and qualitative analyses rarely consider institutional or organizational factors that shape ethical decision-making. Consequently, findings tend to reflect individual researchers' perspectives rather than broader professional or societal contexts. This study aims to address these gaps through a qualitative meta-synthesis of Iranian research conducted between 2011 and 2024. By examining conceptual frameworks, methodological patterns, and the interplay between individual and institutional dimensions, the study seeks to provide a systematic understanding that can inform the design of empirically grounded, culturally relevant ethics education programs in Iran. The present study aims to identify the conceptual foundations and methodological patterns of medical ethics education through a qualitative meta-synthesis of Iranian studies conducted between 2011 and 2023.

Methods: This research employed a qualitative meta-synthesis approach, following the interpretive model proposed by Sandelowski and Barroso (2007). Data were drawn from 27 eligible studies retrieved from major Iranian academic databases, covering research conducted between 2011 and 2023. The analysis was conducted in three consecutive stages: summarizing the studies, performing a conceptual analysis, and evaluating methodological patterns. Both inductive and deductive coding strategies were applied to interpret the meanings emerging from the qualitative findings. This approach allowed for the identification of recurring themes, underlying conceptual frameworks, and methodological strengths and weaknesses across studies. By integrating and synthesizing qualitative evidence, the study not only highlighted dominant trends in medical ethics education in Iran but also revealed gaps in research design, measurement tools, and contextual sensitivity. Ultimately, the meta-synthesis provides a systematic foundation for developing empirically grounded and culturally relevant models of professional ethics education.

Results: Eight conceptual themes were identified, including structural transformation of ethics education, interactive teaching methods, evaluation of moral development, Islamic-Iranian foundations, mentoring and the moral role model, philosophical transition from principlism to humanism, management and hidden curriculum, and historical-comparative perspectives. Methodologically, six dominant patterns emerged, highlighting the prevalence of qualitative approaches (55.6%), weak measurement tools (44.4%), and theoretical dependence on Western models (37%). The meta-synthesis revealed eight central conceptual themes in Iranian medical ethics education. These included the structural transformation of ethics education, emphasizing curriculum reforms and institutional adaptation; the adoption of

Keywords

Qualitative meta synthesis;
medical ethics education;
professional ethics;
methodology;
indigenization;
Islamic-Iranian model

Received: 15/04/2023

Published: 20/07/2023

interactive teaching methods that foster engagement and reflective practice; and the evaluation of moral development to assess the effectiveness of educational interventions. The integration of Islamic–Iranian ethical foundations highlighted the contextualization of ethics within local cultural and religious frameworks. Mentoring and the presence of moral role models were identified as critical influences on professional formation, while the philosophical shift from principlism toward humanism reflected evolving theoretical orientations in ethical reasoning. Attention to management practices and the hidden curriculum underscored the role of organizational culture in shaping ethical behavior, and historical–comparative perspectives provided insights into the evolution and diversity of ethics education approaches over time. Methodologically, the analysis indicated a dominance of qualitative approaches, with limited use of robust and culturally validated measurement tools. Furthermore, many studies relied heavily on theoretical models derived from Western frameworks, often without adaptation to the Iranian context. These findings suggest that while conceptual diversity exists, there is a need for more rigorous, context-sensitive, and methodologically integrated research to inform the design of culturally relevant and empirically grounded ethics education programs.

Conclusion: Findings revealed that Iranian medical ethics education is in a transitional phase—from theoretical abstraction toward cultural and practical integration. The study proposes an Islamic–Iranian integrative model of medical ethics education grounded in three core components: monotheistic philosophy of value, situational clinical training, and combined assessment of meaning and behavior. This framework may bridge the existing gap between ethical knowledge and professional practice. In two Iranian articles of this type, the logic of integrating the quantitative and qualitative phases was not reported, and the linkage of data was more formal than explanatory. This lack of coherence in perspectives has resulted in qualitative theories being unable to be translated into empirically testable models at the macro level. From a qualitative standpoint, this situation indicates that medical ethics research in Iran is still focused on “attitude description” and “virtue recognition” and has rarely entered the evaluation of educational effectiveness. The meta-integration outcome is that data integration in mixed-methods designs must be conducted in a systematic and transitional manner to preserve semantic depth and reinforce the empirical foundation. A significant part of the weakness in these studies relates to the measurement tools for ethical concepts. In 12 articles (44.4%), tools were used without cultural validity testing or sufficient reliability, and only in 4 cases was Cronbach’s alpha reported above 0.80. In qualitative studies, only two articles applied Lincoln and Guba’s criteria for validity. This lack of validity not only affects the accuracy of results but also makes national-level comparisons difficult. From a meta-integration perspective, this methodological weakness causes the findings to reflect the individual researcher more than the scientific community. Conceptual analysis shows that the connection between data and cultural context has been neglected; that is, the tools have measured medical ethics in an overly rationalistic manner, neglecting virtue-based components such as humility and professional compassion. This individual-centered structure has led to the neglect of the effects of policies, hospital culture, and the hidden curriculum of ethics. From a qualitative perspective, the institutional level is where professional culture, power structures, and clinical education intersect; ignoring it leads to an incomplete explanation of professional ethics phenomena. Findings confirm that in the absence of institutional analysis, ethical decisions are largely limited to individual judgment, and organizational values (such as distributive justice and institutional responsibility) do not find a place in educational models. Therefore, meta-integration suggests that future research should employ multilevel analysis in addition to the individual level, so that the social and policy context of ethical decision-making is also assessed.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Tayyebi Sani SM, Delqhandi K, Rouhani A. Dominant Models in Medical Ethics Education: A Conceptual Reconceptualization Using a Qualitative Meta Synthesis Approach. *Razi J Med Sci.* 2023;30(4): 312-325.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

اخلاق پزشکی در دهه‌های اخیر به یکی از بنیادی‌ترین مؤلفه‌های کیفیت آموزش و عمل بالینی تبدیل شده است. در نظام آموزش علوم پزشکی ایران، مفهوم «اخلاق حرفه‌ای» بیش از هر زمان دیگری در کانون توجه سیاست‌گذاران آموزشی، مدیران ارزشیابی و معلمان حرفه‌های بالینی قرار گرفته است. با این وجود، بررسی ادبیات پژوهشی موجود نشان می‌دهد که آموزش اخلاق حرفه‌ای در ایران هنوز از دو کاستی اساسی رنج می‌برد: نخست، فقدان انسجام مفهومی در مبانی نظری آموزش اخلاق، و دوم، تنوع غیرهم‌افزای رویکردهای پژوهش کیفی که مانع شکل‌گیری الگوی بومی آموزش اخلاق پزشکی شده‌اند (۱). این دو سطح چالش‌نه‌تنها موجب سردرگمی در طراحی و اجرای برنامه‌های درسی شده است، بلکه در درازمدت، موجب واگرایی میان ارزش‌های اخلاقی مطلوب و عملکرد بالینی واقعی دانشجویان و پزشکان می‌شود (۲). نگاه سنتی به اخلاق پزشکی عمدتاً بر پایه‌ی آموزه‌های اصول‌گرای بیچم و چیلدرس استوار است که چهار اصل بنیادین یعنی خودآیینی، خیرخواهی، عدم ضرر و عدالت را محور تصمیم‌گیری اخلاقی قرار می‌دهد (۳). این مدل اگرچه مبنایی منطقی برای گفت‌وگوهای اخلاقی فراهم کرده است، اما در عمل نمی‌تواند پیچیدگی‌های فرهنگی، اجتماعی و موقعیت‌محور زمینه ایرانی را منعکس کند. در بسیاری از موقعیت‌های بالینی در ایران، تصمیم اخلاقی نه‌تنها با اصول از پیش تعیین‌شده، بلکه با شبکه‌ای از عوامل فرهنگی، دینی، عاطفی و نهادی در تعامل است؛ عواملی که در چارچوب‌های غربی اغلب به حاشیه می‌روند. پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که آموزش اخلاق پزشکی در ایران نیازمند بازتعریف مفاهیم بنیادین بر اساس تجربه زیسته‌ی فراگیران و ساختارهای ارزش‌مدار جامعه است (۴). این واقعیت علمی ضرورت بازخوانی کلی نظام دانشی آموزش اخلاق حرفه‌ای را روشن می‌سازد.

مطالعه‌های مختلف در ایران به اشکال پراکنده به جنبه‌های گوناگون آموزش اخلاق پزشکی پرداخته‌اند — از آموزش مبتنی بر موردهای اخلاقی، تا برنامه‌های درسی تلفیقی و کارگاه‌های شبیه‌سازی بالینی. اما مرور انتقادی این آثار نشان می‌دهد که بیشتر آن‌ها فاقد انسجام روش‌شناختی و هم‌بستگی مفهومی‌اند (۵).

به‌عبارت دیگر، در یک سوی طیف، پژوهش‌هایی وجود دارند که اخلاق حرفه‌ای را صرفاً از منظر آموزش نظری و ارزشی تحلیل می‌کنند و در سوی دیگر، مطالعاتی که تجربه‌های بالینی را بدون تکیه بر چارچوب نظری بررسی کرده‌اند. این گسست میان نظریه و تجربه موجب شد که حتی با رشد کمی تحقیقات، نظام آموزش اخلاق پزشکی در ایران از تولید نظریه و مدل بومی بازماند. از این رو، اکنون جامعه علمی با ضرورتی مواجه است: تلفیق و بازشناسی داده‌های متنوع پژوهش‌های کیفی به‌گونه‌ای که بتوان الگوی منسجم مفهومی از آموزش اخلاق حرفه‌ای ارائه کرد.

رویکرد فراترکیب کیفی دقیقاً برای پاسخ به چنین نیازهایی طراحی شده است. این روش علاوه بر مرور نظام‌مند ادبیات، بر تفسیر و تلفیق معنایی یافته‌های کیفی تأکید دارد تا از دل داده‌های پراکنده، نقشه‌ای از مفاهیم و الگوهای روش‌شناختی پدیدار شود. سندلوسکی و باروسو تأکید می‌کنند که هدف فراترکیب، صرفاً جمع‌بندی نیست، بلکه «بازخلق معنا» از مجموعه‌ای از پژوهش‌های تجربی است. چنین بازخوانی معنایی، برای حوزه‌ای مانند آموزش اخلاق پزشکی که ماهیتاً تفسیری و ارزش‌محور است، اهمیتی دوچندان دارد. فراترکیب می‌تواند شبکه‌ای از مضامین اخلاقی را از پژوهش‌های متنوع آشکار کرده و روابط نهفته میان مبانی نظری و شیوه‌های تربیتی را نمایان سازد (۶). در واقع، کیفیت آموزش اخلاق پزشکی تنها در گرو انتقال مفاهیم نظری نیست، بلکه در نحوه‌ی درونی‌سازی و بازتاب این مفاهیم در عمل بالینی و تصمیم‌های روزمره‌ی پزشکان معنا می‌یابد. پژوهش‌های بین‌المللی نشان داده‌اند که آموزش اخلاق در صورتی مؤثر است که بین «دانش اخلاقی»، «حساسیت اخلاقی»، و «رفتار اخلاقی» توازن برقرار شود (۷). این سه مؤلفه در نظام آموزشی ایران معمولاً به شکل منفصل آموزش داده می‌شود: واحدهای نظری معمولاً به جنبه‌ی شناختی توجه دارند، درحالی‌که آموزش بالینی به مهارت‌ها و هنجارها محدود است. ترکیب کیفی یافته‌های پژوهش‌های ایران، می‌تواند نشان دهد هر یک از این سه مؤلفه چگونه در زمینه فرهنگی خاص کشور تحقق یافته و چه شکاف‌هایی میان آن‌ها وجود دارد.

از سوی دیگر، بررسی رویکردهای روش‌شناختی در پژوهش‌های آموزش اخلاق پزشکی نشان می‌دهد که

شده‌اند، اما در سطح روش‌شناختی با چالش‌هایی چون فقدان شفافیت در فرایند تحلیل داده، ضعف در گزارش‌دهی اعتبارپذیری، و محدودیت در زمینه‌مند کردن یافته‌ها مواجه بوده‌اند (۱۰). فراترکیب کیفی با تمرکز بر کیفیت روش‌شناسی می‌تواند این کمبودها را جبران کند و معیارهای ارزیابی جدیدی برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد نماید. در عین حال، این روش به‌دلیل ماهیت تفسیری خود، امکان درک چندسطحی از «اخلاق حرفه‌ای» را فراهم می‌سازد؛ از سطح ارزش‌های فردی پزشکی گرفته تا سطح هنجارهای نهادی و اجتماعی.

ضرورت انجام این پژوهش زمانی بیشتر آشکار می‌شود که بدانیم اخلاق پزشکی در ایران در معرض فشارهای چندگانه‌ی نظام سلامت، اقتصاد درمان و تغییر نسل‌های آموزشی قرار دارد. در چنین شرایطی، آموزش اخلاق حرفه‌ای تنها با تکیه بر آموزه‌های نظری سنتی نمی‌تواند پاسخگوی پیچیدگی‌های روزمره‌ی تصمیم‌های بالینی باشد. فراترکیب کیفی به‌عنوان روش پژوهشی می‌تواند شبکه‌ای از مفاهیم فرهنگی، آموزشی و فلسفی را بازنمایی کند تا به تدوین مدلی بومی از آموزش اخلاق کمک نماید؛ مدلی که بر پایه‌ی تجربه‌ی واقعی فراگیر ایرانی شکل گرفته باشد و با واقعیت حرفه‌ای او همخوانی داشته باشد. این مدل ضمن احترام به اصول جهانی اخلاق، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه‌ی ایران را نیز ادغام خواهد کرد؛ امری که هدف غایی این فراترکیب است. مسئله‌ی اصلی در پژوهش حاضر نه صرفاً مرور ادبیات آموزش اخلاق پزشکی، بلکه بازشناسی بنیان‌های معرفتی و روشی این حوزه در زمینه ایرانی است. پژوهش حاضر بر آن است تا با تحلیل و تلفیق یافته‌های کیفی منتشرشده بین سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ در نشریات معتبر ایرانی، طرحی نظری و روشی یکپارچه برای آموزش اخلاق حرفه‌ای ارائه کند. نتایج این مطالعه راهی تازه برای اندیشیدن به آموزش اخلاق پزشکی خواهد گشود؛ راهی که در آن نظریه، عمل و فرهنگ در منظومه‌ای واحد بازتاب می‌یابند و آموزش اخلاق از سطح تجویز به سطح درک و تربیت ارتقا پیدا می‌کند.

میان سه سطح روش وجود دارد: نخست، مطالعات پدیدارشناسی که تمرکز بر تجارب زیسته‌ی دانشجویان دارند؛ دوم، تحلیل‌های مضمون‌محور که به شناسایی مضامین آموزشی و ارزشی می‌پردازند؛ و سوم، مطالعات گرلند تئوری که تلاش کرده‌اند از دل داده‌های میدانی مدل نظری استخراج کنند. هرچند هر یک از این رویکردها بصیرت خاصی به آموزش اخلاق افزوده‌اند، اما نبود تلفیق میان آن‌ها موجب پراکندگی معرفتی در این حوزه شده است (۸). فراترکیب به‌عنوان راهبردی تلفیقی، می‌تواند این سه سطح را در یک منظومه وحدت‌گرا سامان دهد و در نتیجه، شبکه‌ای از مفاهیم و فرآیندهای تربیتی را به‌صورت نظام‌مند بازسازی کند.

از منظر نظری، اخلاق حرفه‌ای در پزشکی بر دو مبنای اصلی استوار است: نخست، فلسفه‌ی اخلاق و ارزش‌های هنجاری؛ دوم، نظریه‌های یادگیری و رشد اخلاقی. در سطح فلسفی، مکاتب وظیفه‌گرا، نتیجه‌گرا و فضیلت‌گرا هر یک به تبیین ماهیت انتخاب‌های اخلاقی پزشکی در عمل بالینی پرداخته‌اند. در سطح تربیتی، نظریه‌های کولبرگ و رست از مراحل رشد قضاوت اخلاقی سخن می‌گویند و نشان می‌دهند که آموزش اخلاق، فرایند رشد است نه انتقال محتوا. تلفیق یافته‌های پژوهش‌های ایرانی از این دو سطح می‌تولند روشن کند که آیا آموزش اخلاق پزشکی در ایران بیشتر گرایش به هنجارگرایی دارد یا رشدگرایی، و در هر حالت، پیامدهای تربیتی آن چیست (۹). تاکنون هیچ مطالعه‌ی جامع، با رویکرد فراترکیب کیفی، نقشه‌ی این رویکردهای اخلاقی و تربیتی را در نمونه‌های پژوهشی ایرانی ترسیم نکرده است. با توجه به این خلأ، سؤال محوری این پژوهش آن است که: چه مبانی مفهومی و الگوهای روش‌شناختی در پژوهش‌های آموزش اخلاق پزشکی ایران میان سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ شکل گرفته‌اند؟ پاسخ به این پرسش نه‌تنها ارزش نظری دارد، بلکه از نظر سیاست‌گذاری آموزشی نیز راهبردی است؛ زیرا نتایج فراترکیب می‌تولند الگویی مبتنی بر داده برای بازطراحی برنامه‌های درسی، ارزیابی‌های اخلاقی و تربیت مدرسان اخلاق پزشکی فراهم آورد. پژوهش‌های کیفی موجود، اگرچه با نیت ارتقای آموزش اخلاق انجام

روش کار

پژوهش حاضر با رویکرد فراترکیب کیفی و بر اساس مدل تفسیری سندلوسکی و باروسو انجام شد تا از رهگذر تلفیق نظام‌مند پژوهش‌های کیفی دهه‌های اخیر، مبانی مفهومی و الگوهای روش‌شناختی آموزش اخلاق پزشکی در ایران بازشناسی شود. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1404.37 به تصویب رسیده است. این مطالعه بر پایه جستجوی گسترده در پایگاه‌های داخلی شامل SID، MagIran، IranDoc، Civilica و ISC صورت گرفت. کلیدواژه‌هایی مانند «آموزش اخلاق پزشکی»، «اخلاق حرفه‌ای پزشکی»، و «تربیت اخلاقی بالینی» برای بازیابی مطالعات استفاده شد. بازه زمانی مرور نظام‌مند از سال ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ در نظر گرفته شد که در آن ابتدا ۹۳ مقاله شناسایی، سپس براساس معیارهای تناسب و کیفیت روش‌شناختی و مفهومی، ۲۷ مقاله واجد شرایط برای تحلیل نهایی انتخاب گردید.

در ادامه، اطلاعات هر مقاله شامل هدف، روش، جامعه، و یافته‌های مفهومی استخراج و در قالب جدول‌های تلخیص مرتب شد. تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری استقرایی و قیاسی و سپس تلفیق مضامین مشترک انجام گرفت تا الگوهای مفهومی در آموزش اخلاق پزشکی تبیین شود. به‌منظور افزایش دقت و پایایی، فرآیند کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها توسط دو پژوهشگر مستقل انجام و میزان توافق میان‌داوران بررسی شد. در این مرحله تأکید بر فهم تفسیری معناها، نه صرفاً مرور نتایج پژوهش‌ها، محور کار فراترکیب قرار گرفت تا مقولات اخلاقی و الگوهای تربیتی در بافت فرهنگی و آموزشی ایران آشکار شوند.

در پایان، اعتبار و قابلیت اعتماد نتایج با استفاده از راهبردهای چندگانه شامل مقایسه مفاهیم استخراجی با منابع نظری کلاسیک، بازیابی متخصصان آموزش پزشکی، و مستندسازی مراحل تحلیل در دفتر ثبت فرایند مورد ارزیابی قرار گرفت. کل مراحل بر اساس اصول فراترکیب کیفی، ناظر بر بازتولید معنا و ارائه چارچوبی تفسیری از آموزش اخلاق حرفه‌ای بود؛

چارچوبی که بنیان نظری لازم برای گزارش یافته‌ها در بخش بعدی مهیا ساخت.

یافته‌ها

در این پژوهش فراترکیب کیفی، بخش یافته‌ها حاصل گردآوری و تحلیل نظام‌مند داده‌های برگرفته از ۲۷ مقاله منتخب در بازه‌ی زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۲ است. فرایند تحلیل طی سه گام متوالی و در قالب سه جدول مستقل سازمان‌دهی شد تا مسیر گذار از داده‌های پراکنده به فهمی تلفیقی و معنادار از وضعیت آموزش اخلاق پزشکی در ایران تبیین گردد. در جدول شماره (۱)، بخش تحلیل مفهومی مقلله تبیین شده است. مرحله‌ای که در آن یافته‌های استخراج‌شده از پژوهش‌های اولیه، از طریق فرایند کدگذاری باز، محوری و گزینشی، به بازنمایی منسجم‌تری از ساختار مفهومی آموزش اخلاق پزشکی تبدیل گردید. حاصل این تحلیل، شناسایی و تبیین هشت تم کلیدی بود که در یک نگاه تلفیقی، ابعاد گوناگون تجربه‌ی اخلاقی در آموزش پزشکی را ترسیم می‌کنند. این مضامین شامل تحول و آسیب‌شناسی ساختار آموزش اخلاق پزشکی، روش‌های آموزشی نوین و تعامل محور، ارزیابی و پایش رشد اخلاقی در نظام آموزشی، برنامه درسی اخلاق پزشکی بر پایه فرهنگ و مبانی اسلامی-ایرانی، نقش اساتید و منتورینگ در تربیت اخلاقی حرفه‌ای، فلسفه‌های آموزش اخلاق پزشکی و گذار از اصول‌گرایی به انسان‌گرایی، مدیریت، سیاست‌گذاری و برنامه درسی پنهان در آموزش اخلاق پزشکی، پویای تاریخی و بین‌المللی اخلاق پزشکی و الگوگیری تطبیقی بود. این مرحله در واقع هسته‌ی معناساز فراترکیب را شکل داد؛ چراکه با فراتر رفتن از توصیف صرف یافته‌های مطالعات پیشین، به بازسازی شبکه‌ای از مفاهیم بنیادین انجامید که می‌تواند مبنای نظری برای طراحی الگوی یکپارچه آموزش اخلاق پزشکی در بافت فرهنگی و آموزشی ایران فراهم آورد.

در ادامه، خلاصه تحلیلی هر یک از هشت تم اصلی فراترکیب آموزش اخلاق پزشکی در ایران هر تم ارائه شده است.

جدول ۱- استخراج مضامین مفهومی پژوهش‌های منتخب

| تم اصلی | مضمون محوری | تحلیل مفهومی تفصیلی |
|---|---|---|
| تحول و آسیب‌شناسی ساختار آموزش اخلاق پزشکی | نقد الگوهای سنتی و عدم تطابق بین نظریه و عمل | ساختار آموزش اخلاق پزشکی در ایران سنتی و مبتنی بر سخنرانی است. دانشجویان درک نظری دارند اما فاقد توانایی عملی تصمیم‌گیری اخلاقی در موقعیت‌های بالینی‌اند. این شکاف حاکی از فقدان پیوند میان برنامه درسی، تجربه بالینی و بازخورد اخلاقی است. |
| روش‌های آموزشی نوین و تعامل‌محور | تغییر از سخنرانی به تجربه فعال | روش‌های فعال یادگیری (مطالعه موردی، ایفای نقش، روایت‌گری، بحث گروهی، منتورینگ) در مطالعات اخیر موفق‌تر شناخته شده‌اند؛ زیرا منجر به درونی‌سازی ارزش‌ها و افزایش «حساسیت اخلاقی» می‌شوند. |
| ارزیابی و پایش رشد اخلاقی در نظام آموزشی | کاستی روش‌های ارزیابی اخلاق | سیستم‌های ارزیابی غالباً شناختی‌اند و فقط مرحله دانشی را می‌سنجند؛ ابعاد نگرش و رفتار مغفول مانده‌اند. برخی مدل‌ها پرسش‌نامه‌محورند و فاقد مشاهده‌ی طبیعی رفتار اخلاقی. |
| برنامه درسی اخلاق پزشکی بر پایه فرهنگ و مبانی اسلامی- ایرانی | تربیت پزشک فضیلت‌محور در بافت بومی | در دیدگاه فرهنگی-اسلامی، اخلاق نه صرفاً مجموعه اصول، بلکه کیفیت وجودی در سبک زیست پزشکی است. آموزش باید با مبانی حکمت اسلامی و فضیلت‌های بنیادی (صدق، عدالت، شفقت) همسو شود. |
| نقش اساتید و منتورینگ در تربیت اخلاقی حرفه‌ای | الگو بودن اخلاقی در فضای آموزشی | مدرس اخلاق یا منتور، حامل ارزش‌های عملی است نه فقط انتقال‌دهنده‌ی دانش نظری. منتورینگ به‌عنوان «فرآیند هم‌زیستی تربیتی» باعث تثبیت منش حرفه‌ای دانشجویان می‌شود. |
| فلسفه‌های آموزش اخلاق پزشکی و گذار از اصول‌گرایی به انسان‌گرایی | نقد مدل زیست‌پزشکی و ترویج رویکرد انسان‌گرایانه | تمرکز بر استدلال اخلاقی شناختی در مدل‌های کلاسیک منجر به آموزش خشک و قانون‌محور می‌شود؛ پژوهش‌ها رویکرد انسان‌گرایی مبتنی بر خودبازتابی و همدلی را مؤثرتر یافته‌اند. |
| مدیریت، سیاست‌گذاری و برنامه درسی پنهان در آموزش اخلاق پزشکی | اثر برنامه پنهان و سیاست سازمانی | آموزش اخلاق در دانشگاه‌ها تحت تأثیر ارزش‌های سازمانی و فضای مدیریتی است. تناقض بین گفتار رسمی اخلاق و رفتار واقعی استادان و مدیران، خود بزرگ‌ترین چالش تربیت اخلاقی محسوب می‌شود. |
| پوشش تاریخی و بین‌المللی اخلاق پزشکی و الگوگیری تطبیقی | مقایسه تطبیقی با جهان و گذشته ایران | مرور تاریخی نشان می‌دهد که اخلاق پزشکی ایران پیش از آموزش رسمی، زیرساختی معنوی و حکمی داشته است. تطبیق با مدل‌های جهانی (Beauchamp & Childress, Rest Model) به‌صورت گزینشی امکان‌پذیر است. |

مضمون ۱: تحول و آسیب‌شناسی ساختار آموزش اخلاق پزشکی: آموزش اخلاق پزشکی در ایران عمدتاً نظری و مبتنی بر سخنرانی است که در تربیت اخلاقی ناکارآمد محسوب می‌شود. شکاف بین شناخت اخلاقی و رفتار حرفه‌ای سبب شده دانشجویان مفاهیم را بدانند ولی در عمل از آن فاصله بگیرند. عامل اصلی، جدایی محتوا از بستر بالینی و نبود بازخورد رفتاری است. پژوهش‌ها پیشنهاد می‌کنند تا تدریس اخلاق به‌صورت تلفیق شده با بالین، کارگاه موقعیت‌محور و مشاهده رفتار واقعی پزشک انجام شود. این تحول پارادایمی، آموزش اخلاق را از حالت قانون‌مدار به «رفتارمحور» می‌برد، جایی که یادگیری از طریق مشارکت در رخدادهای واقعی و تمرین تأمل اخلاقی شکل می‌گیرد و ساختار برنامه درسی باید بر اساس تجربه زیسته طراحی شود.

مضمون ۲: روش‌های آموزشی نوین و تعامل‌محور: روند مطالعات اخیر نشان می‌دهد آموزش اخلاق زمانی مؤثر است که دانشجویان در موقعیت‌های واقعی و مشارکتی قرار گیرند. متدهایی چون مطالعه موردی، ایفای نقش، روایت‌گری و بحث اخلاقی گروهی باعث افزایش حساسیت و خودآگاهی اخلاقی می‌شوند. این روش‌ها با الگوی «تحول نگرشی از درون» سازگارند و می‌توانند رفتار اخلاقی را تثبیت کنند. برخلاف شیوه‌های سنتی، روش‌های نوین مبتنی بر پرسشگری، تأمل و ارتباط چهره‌به‌چهره‌اند و متعلم را مسئول معناسازی تجربه می‌کنند. تحلیل تم نشان می‌دهد یادگیری تعاملی، کلید اصلی درونی‌سازی ارزش‌هاست و باید در سطح برنامه درسی رسمی نهادینه شود تا آموزش اخلاق از مرحله انتقال مفهوم به مرحله بازسازی شخصیت حرفه‌ای برسد.

مضمون ۳: ارزیابی و پایش رشد اخلاقی در نظام آموزشی: ارزیابی‌های موجود تنها دانشی و

استاد در این مدل، نقش معلم صرف ندارد، بلکه تجسد عملی اصول اخلاقی است. مشاهده رفتار واقعی استاد، تأمل درباره آن و گفت‌وگوی دوطرفه میان منتور و متعلم، مسیر نهادینه‌سازی «اخلاق زیسته» را می‌گشاید. بدین ترتیب تربیت اخلاقی از سطح آموزه‌های نظری به سطح تجربه شخصی منتقل می‌شود.

مضمون ۶: فلسفه‌های آموزش اخلاق پزشکی و گذار از اصول‌گرایی به انسان‌گرایی:

پژوهش‌های تحلیلی این تم نشان می‌دهند که مدل اصول‌گرایانه بیچم و چیلدرس رویکردی قانون‌مدار دارد و جنبه انسانی عملکرد پزشکی را نادیده می‌گیرد. در دهه اخیر، رویکرد انسان‌گرای فضیلت‌محور و نظریه اخلاق رشدیافته رست و کلبرگ در ایران مورد توجه قرار گرفته است. این تغییر فلسفی نشانگر گذار از آموزش صرف «دانستن درست» به «بودن درست» است. در انسان‌گرایی، تمرکز بر همدلی، احترام به کرامت انسان و بازتاب شخصی است. تحلیل این تم بیان می‌کند که تحول فلسفی می‌تواند چارچوب نظری آموزش اخلاق را از نظام تجویزی به نظام درونی و خودپایش ارتقا دهد، و پزشک را به عامل رشد اخلاقی در جامعه تبدیل کند.

مضمون ۷: مدیریت، سیاست‌گذاری و برنامه درسی پنهان در آموزش اخلاق پزشکی: ابعاد

سازمانی و مدیریت فرهنگی دانشگاه‌ها نقش مهمی در تحقق یا تضعیف اخلاق آموزشی دارند. پژوهش‌های مردانی، نعمتی و بیگری نشان دادند که تناقض میان شعار دانشگاه و رفتار مدیران و اساتید، برنامه پنهان ضد اخلاق ایجاد کرده است. فضای تصمیم‌گیری، نظام ارزشی پنهان و تعامل نهاد اداری با استادان بر شکل‌گیری منش اخلاقی دانشجویان اثرگذار است. این تم تأکید می‌کند که اصلاح اخلاق حرفه‌ای تنها با بازنگری ساختارهای مدیریتی، معیارهای جذب اعضای هیئت علمی اخلاق‌مدار و تدوین سیاست‌های فرهنگی کلان ممکن است. پیاده‌سازی منشور اخلاق سازمانی و ارزیابی مبتنی بر رفتار الگوهای مدیریتی جزء الزامات اصلاح ساختار آموزش اخلاق پزشکی به‌شمار می‌آید.

مضمون ۸: پویای تاریخی و تطبیق بین‌المللی

کوتاه‌مدت‌اند، درحالی‌که اخلاق جریان پیوسته‌ی ساخت منش است. پژوهش‌ها (غفاری، محبی‌امین، لبراهیمی‌پور) تأکید دارند که رویکردهای فعلی نمی‌توانند تغییر نگرش یا رفتار ایجاد کنند. بنابراین، سنجش اخلاق باید ترکیبی، مستمر و چندبعدی باشد: شامل مشاهده بالینی، بازتاب شخصی، پورتفولیو دانشجو و ارزیابی رفتاری توسط استادان. تم سوم بر اهمیت شکل‌گیری نظام پایش اخلاقی در همه سطوح آموزشی تأکید دارد تا رشد اخلاق به‌عنوان یک شایستگی حرفه‌ای قابل اندازه‌گیری شود. در این دیدگاه، ارزیابی دیگر نه خاتمه فرایند آموزش بلکه بخشی از خود تربیت اخلاقی محسوب می‌شود و نقش بازخورد اصلاحی دارد.

مضمون ۴: برنامه درسی اخلاق پزشکی بر پایه فرهنگ و مبانی اسلامی-ایرانی: این

مضمون بر بازگشت به ریشه‌های فرهنگی و فلسفی ایران و اسلام در تربیت پزشکان تأکید دارد. اخلاق پزشکی اسلام‌محور بر فضایل شخصی چون صدق، شفقت و عدالت استوار است و هدف آن پرورش «انسان مراقب» است نه صرفاً پزشک مطلع. پژوهش‌ها نشان می‌دهند تلفیق آموزه‌های اسلامی با اصول جهانی سبب می‌شود آموزش اخلاق با ارزش‌های جامعه ایرانی همساز گردد. این رویکرد آموزش را از حفظ اصول به درونی‌سازی ایمان و مسئولیت اجتماعی ارتقا می‌دهد. در استفاده از منابع اسلامی و حکمت سینایی، اخلاق پزشکی به‌مثابه سلوک تربیتی دیده می‌شود. نتیجه^۱ این تم، ضرورت تدوین «الگوی فضیلت‌محور بومی» است که پاس‌خگوی واقعیت فرهنگی و معنوی محیط‌های آموزشی پزشکی ایران باشد.

مضمون ۵: نقش اساتید و منتورینگ در تربیت اخلاقی حرفه‌ای: مدرس اخلاق پزشکی

به‌عنوان الگوی رفتاری و منتور تربیتی، محور انتقال ارزش‌هاست. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حضور استاد اخلاق‌مدار تأثیر عمیق‌تری از محتوای درس دارد. فرآیند منتورینگ نوعی یادگیری اجتماعی است که منش حرفه‌ای و هویت اخلاقی دانشجویان را تثبیت می‌کند. این تم در جزئیات به ضرورت تربیت استادان اخلاقی و تشکیل شبکه‌های منتورینگ نظام‌یافته اشاره دارد.

روش‌شناختی ارزیابی شود. در این تحلیل، با مرور نظام‌مند طرح‌های پژوهشی مقالات منتخب، شش مضمون اصلی روش‌شناسی شناسایی گردید که شامل غلبه رویکردهای کیفی، توصیفی و معناگرا، فراوانی مطالعات پیمایشی و کمی با سنجش نگرش اخلاقی، استفاده نوپا از طرح‌های آمیخته، فقدان ابزارهای استاندارد و ضعف در اعتبارسنجی داده‌ها، تمرکز واحد تحلیل بر سطح فردی و غفلت از سطح نهادی-سازمانی، وابستگی نظری و روشی به مدل‌های غربی و فقدان بومی‌سازی فرهنگی می‌باشد. نتایج این مرحله آشکار ساخت که حوزه‌ی پژوهش در اخلاق پزشکی ایران هم‌اکنون در مرحله‌ی گذار از رویکردهای توصیفی و

اخلاق پزشکی: مطالعات تاریخی و تطبیقی از باقری، عادل مشهدی و ملک‌احمدی نشان می‌دهد اخلاق پزشکی ایران ریشه‌ای دیرینه دارد و با دوره‌های پیش و پس از اسلام پیوندی عمیق دارد. در این مطالعات تأکید شده که الگوبرداری کورکورانه از مدل‌های غربی موجب حذف زمینه فرهنگی و کاهش اثرگذاری اخلاق می‌شود. اخلاق پزشکی باید از الگوهای جهانی چون رست و بیچم و چیلدرس بهره گیرد، اما در تلفیق با میراث معنوی و تربیتی ایرانی شکل گیرد. در جدول شماره (۲) بخش تحلیل روش‌شناختی پژوهش‌ها مورد واکاوی قرار گرفت تا ابعاد رویکردی و طراحی مطالعات اخلاق پزشکی در ایران از منظر تنوع، عمق، و انسجام

جدول ۲- تحلیل مضمون بخش روش‌شناسی پژوهش‌های منتخب

| تم روش شناختی | ویژگی‌های مشترک مطالعات | توضیح و تحلیل مفهومی | دلالت نظری فراترکیب | تعداد |
|---|---|--|--|----------|
| غلبه رویکردهای کیفی، توصیفی و معناگرا | تمرکز بر پدیدارشناسی، تحلیل مضمون، قوم‌نگاری و نظریه‌زمینه‌ای؛ محور بر تجربه زیسته استادان و دانشجویان پزشکی. | این رویکردها به کشف عمق معنای اخلاق و ابعاد انسانی عمل بالینی گرایش دارند، اما در تعمیم نتایج، کنترل اعتبار و مثلث‌سازی داده‌ها ضعف دارند. حجم نمونه محدود و تحلیل‌ها اغلب تفسیری‌اند. | نمایانگر مرحله فلسفی رشد اخلاق پزشکی در ایران؛ نیازمند گذار به سطح تجربی و تلفیقی. | ۱۵ مقاله |
| فراوانی مطالعات پیمایشی و کمی با سنجش نگرش اخلاقی | استفاده گسترده از پرسشنامه‌های حساسیت اخلاقی و آزمون‌های نگرش‌سنجی؛ تمرکز بر ذهنیت دانشجویان پزشکی و پرستاری. | داده‌ها کمی و قابل تحلیل آماری‌اند، ولی بیشتر شناختی‌اند تا رفتاری. مطلوبیت اجتماعی در پاسخ‌ها و نبود ابزار سنجش عملکرد واقعی اخلاق از ضعف‌هاست. | ضرورت توسعه ابزارهای رفتاری و موقعیتی برای سنجش اخلاق عملی در محیط‌های بالینی. | ۸ مقاله |
| استفاده نوپا از طرح‌های آمیخته (Mixed Methods) | ترکیب مصاحبه‌های کیفی و داده‌های پرسشنامه‌ای یا دلفی برای طراحی مدل آموزش اخلاق؛ بهره‌گیری از نرم‌افزارهای MAXQDA و NVivo. | تلاشی برای تلفیق عمق معنا و تعمیم‌پذیری داده‌ها، اما گاه تلفیق کمی-کیفی صورتی است و پیوند منطقی ندارد. این تم نشانه بلوغ تدریجی روش‌شناسی ایرانی است. | بیانگر گذار از رویکردهای تک‌بعدی به شیوه‌های تلفیقی و شواهدآموز در پژوهش اخلاق پزشکی. | ۴ مقاله |
| فقدان ابزارهای استاندارد و ضعف در اعتبارسنجی داده‌ها | پرسشنامه‌های محلی یا ترجمه‌شده بدون آزمون روایی فرهنگی؛ در مطالعات کیفی نیز نبود گزارش معیارهای اعتبار تفسیری یا انسجام داده. | ضعف در کنترل کیفیت داده‌ها باعث کاهش قابلیت اعتماد نتایج و دشواری مقایسه مطالعات شده است؛ نیاز به هنجارسازی ابزارهای بومی برجسته است. | تأکید بر طراحی ابزار سنجش منش اخلاقی پزشکان ایرانی مبتنی بر زمینه فرهنگی و فلسفه اخلاق اسلامی. | ۱۲ مقاله |
| تمرکز واحد تحلیل بر سطح فردی و غفلت از سطح نهادی-سازمانی | بخش عمده مطالعات بر نگرش یا رفتار فردی دانشجو و استاد متمرکز بوده‌اند، نه ساختارهای آموزشی و سیاست‌های سازمانی. | این امر سبب نادیده گرفتن تأثیر فرهنگ سازمانی، قدرت و فضای ارزشی دانشگاه‌ها بر شکل‌گیری اخلاق حرفه‌ای شده است. | ضرورت تغییر پارادایم از فردمحوری به نهادمحوری و تحلیل سیاستی پژوهش‌های آتی. | ۶ مقاله |
| وابستگی نظری و روشی به مدل‌های غربی، فقدان بومی‌سازی فرهنگی | کاربرد الگوی Rest، Beauchamp، Kohlberg & Childress بدون تطبیق با فرهنگ اسلامی-ایرانی؛ | استفاده از الگوهای غربی گرچه انسجام مفهومی ایجاد کرده، ولی انطباق فرهنگی ضعیف بوده و باعث گسست معنا در رفتارهای حرفه‌ای شده است. | ضرورت بازطراحی مفاهیم و ابزارهای پژوهشی با اقتباس فلسفه اخلاق اسلامی و نگرش جمع‌گرای ایرانی. | ۱۰ مقاله |

نگرش، نه الزاما کنش حرفه‌ای است. این تم کمیّت‌گرا اما فاقد عمق فلسفی است و نیاز دارد به رویکردهای ترکیبی و مشاهده‌ای متکی شود.

مضمون ۳: استفاده نوپا از طرح‌های آمیخته: تنها حدود ۱۵٪ از مقالات از طراحی آمیخته استفاده کرده‌اند که معمولاً بخش کیفی (مصاحبه یا دلفی) را با بخش کمی (پرسشنامه) ترکیب کرده‌اند. میانگین تعداد مشارکت‌کنندگان در بخش کمی ۱۲۰ نفر و در بخش کیفی حدود ۱۲ نفر بوده است. این پژوهش‌ها تلاش دارند تلفیق عمق معنای اخلاق حرفه‌ای با قابلیت تعمیم داده‌ها را محقق کنند. در دو مقلله از چهار مورد، تلفیق به صورت هم‌زمان (Convergent) اجرا شد و در دو مورد دیگر به شکل پی‌درپی (Sequential). تحلیل کیفی نشان می‌دهد که این گروه از مقالات به سمت مدل‌سازی اخلاق حرفه‌ای حرکت کرده‌اند، اما در منطق تلفیق، همگرایی داده‌ها و تفسیر جامع ضعف دارند. این نسبت (۱۴/۸٪) نشان‌دهنده آغاز بلوغ روش‌شناسی و حرکت از مطالعه تجربه‌محور به شواهدآموز است. کیفیت روایی این مطالعات بالاتر از میانگین مجموع سایر تم‌ها گزارش شده است (حدود ۰/۸۰).

مضمون ۴: فقدان ابزارهای استاندارد و ضعف در اعتبارسنجی داده‌ها: در ۱۲ مقاله (حدود ۰/۴۴)، ابزارها یا فاقد آزمون روایی و پایایی بودند یا بدون هنجارسازی فرهنگی به کار رفته‌اند. در مطالعات کمی، متوسط ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده حدود ۰/۶۹ است و فقط در ۴ مقاله بالاتر از ۰/۸۰ بوده است. در پژوهش‌های کیفی، تنها در ۲ مقلله چهار معیار لینکلن و گوبا رعایت شده‌اند (اعتمادپذیری، قابلیت انتقال، انسجام). این ضعف ابزارشناختی سبب افت اعتبار پژوهش و دشواری مقایسه نتایج شده است. از تحلیل کیفی برمی‌آید که کارکنان پژوهشگر اغلب ابزارهای ترجمه‌شده از مدل‌های غربی را استفاده کرده‌اند، بدون بررسی همخوانی فرهنگی در محیط آموزشی ایران. این سهم بالا نشانگر چالش جدی علمی در حوزه اخلاق پزشکی است؛ جایی که عمق فلسفه آموزش بالا ولی دقت ابزارسنجی پایین است. نتیجه، ضرورت طراحی و اعتباریابی ابزارهای بومی سنجش منش اخلاقی است.

مجزا به سوی الگوهای تبیینی، تلفیقی و بومی‌سازی‌شده فرهنگی قرار دارد. این گذار، نشانه‌ی نوعی دگرگونی پارادایمی در جهت شکل‌دهی به بنیان‌های نظری و تولید دانش بومی در عرصه‌ی آموزش اخلاق حرفه‌ای است.

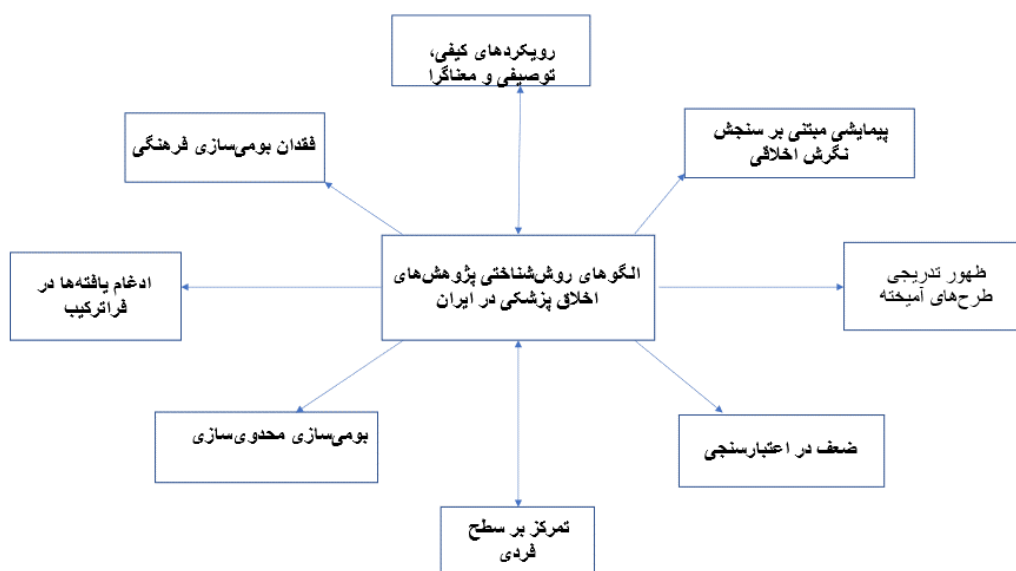
در ادامه، تحلیل دقیق و کمی هر یک از ۶ مضمون روش‌شناختی پژوهش‌های اخلاق پزشکی ایران (۱۳۹۰-۱۴۰۲) ارائه می‌شود.

مضمون ۱: غلبه رویکردهای کیفی، توصیفی و معناگرا: اکثریت پژوهش‌ها (بیش از نیمی، معادل ۵۵/۱۶٪) از روش‌های کیفی استفاده کرده‌اند. تمرکز اصلی بر پدیدارشناسی، تحلیل مضمون و نظریه‌زمینه‌ای بوده که مجموعاً در ۱۵ مقاله به کار رفته‌اند. میانگین تعداد مشارکت‌کنندگان در این مطالعات ۲۴ نفر است و حدود ۷۰٪ از آن‌ها استادان و دانشجویان پزشکی‌اند. از منظر کیفی، این رویکرد عمق معنایی و انعکاس تجربه زیسته معلمان اخلاق پزشکی را نشان می‌دهد و بیانگر مرحله فلسفی رشد حوزه است. ضعف اصلی در ۸ مقاله این گروه فقدان گزارش معیارهای اعتبار (مثل اعتمادپذیری، قابلیت انتقال و ثبات) بوده است. بنابراین، بخش عمده پژوهش‌های کیفی به بازنمایی مفاهیم اخلاقی و فضیلت‌محور متمرکزند ولی هنوز از آزمون تجربی و سنجش کارآمدی مدل‌های آموزش اخلاق فاصله دارند.

مضمون ۲: فراوانی مطالعات پیمایشی و کمی با سنجش نگرش اخلاقی: حدود ۳۰٪ از مقالات از رویکرد کمی بهره برده‌اند که محور اصلی آن سنجش نگرش یا حساسیت اخلاقی دانشجویان پزشکی و پرستاری بوده است. حجم نمونه میانگین در این گروه حدود ۲۵۰ نفر است و پایایی گزارش شده بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ طیف دارد. به لحاظ کیفی، این مطالعه‌ها گرایش به عینیت‌گرایی و مقایسه میان رشته‌ها دارند اما رفتار واقعی اخلاقی را نمی‌سنجند. در ۶ مقاله تحلیل داده‌ها محدود به آماره‌های توصیفی و آزمون t بود، در حالی که مدل‌سازی پیشرفته یا تحلیل مسیر فقط در ۲ مورد انجام شد. یافته‌های این گروه بیشتر شناختی‌اند تا رفتاری، که بیانگر گرایش اخلاق پزشکی ایران به سنجش ذهنیت و

است و ابزارها مستقیماً ترجمه و استفاده شده‌اند. در تحلیل کیفی مشخص است که ارزش‌های فردگرایانه این مدل‌ها با بافت جمع‌گرای آموزش پزشکی ایران سازگار نیست، در نتیجه مفاهیم «خودآیینی حرفه‌ای» یا «عدالت بالینی» به شکل انتزاعی فهم شده‌اند. سهم بالا (۳۷٪) وابستگی نظری، بیانگر کاستی در تولید مدل‌های بومی است. به لحاظ کیفی، نویسندگان این گروه ناخواسته اخلاق حرفه‌ای را در چارچوب معرفت‌شناسی غربی تحلیل کرده‌اند، در حالی که این حوزه نیازمند رویکرد فضیلت‌محور اسلامی است. نتیجه، تولید داده‌های ناسازگار با زمینه بومی و ضرورت تدوین مدل‌های روش‌شناختی مبتنی بر فلسفه اخلاق اسلامی-ایرانی است (شکل ۱).

بحث



شکل ۱- الگوهای روش‌شناختی در پژوهش‌های اخلاق پزشکی در ایران (فراترکیب)

یافته‌های فراترکیب نشان می‌دهد که آموزش اخلاق پزشکی در ایران طی بیش از یک دهه از مرحله نظری و تجویزی، به سوی سطح رفتاری و کاربردی در حرکت بوده، هرچند این تحول هنوز کامل نیست. از ۲۷ مقاله تحلیل‌شده، بیش از نیمی از مطالعات به‌صورت کیفی انجام شده‌اند و درون‌مایه‌ی آن‌ها بر تجربه زیسته استادان و دانشجویان متمرکز است. این تمرکز بیانگر تلاش برای فهم معنا و بازسازی پدیدارشناسانه‌ی زیست

مضمون ۵: تمرکز واحد تحلیل بر سطح فردی و غفلت از سطح نهادی-سازمانی: حدود ۲۲٪ از مقالات بر تحلیل سطح فردی (نگرش و رفتار استاد، دانشجو، یا گروه پرستاری) تمرکز دارند. میانگین حجم نمونه در این گروه ۱۷۶ نفر و عمدتاً از محیط دانشگاهی گرفته شده است. هیچ مقاله‌ای تحلیل نهادی یا بین‌سازمانی نداشته و فقط در دو مورد به برنامه پنهان آموزش اخلاق اشاره شده است. از دید کیفی، این تمرکز فردمحور باعث نادیده گرفتن ساختار قدرت، سیاست‌های آموزشی و فرهنگ سازمانی شده است. نسبت پایین این تم نشان می‌دهد که دید نهادی در مطالعات اخلاق پزشکی هنوز شکل نگرفته است. تحلیل مضامین نشان می‌دهد که در نگاه فردی، مسئولیت اخلاقی بیشتر به تصمیم شخصی و نه به نظام آموزشی نسبت داده می‌شود. این تم، ضعف

«تحلیل در سطح کلان» را آشکار می‌کند و ضرورت پژوهش‌های سیاست‌محور درباره فرهنگ اخلاقی سازمانی را مطرح می‌سازد.

مضمون ۶: وابستگی نظری و روشی به مدل‌های غربی، فقدان بومی‌سازی فرهنگی: حدود ۳۷٪ از کل مقالات به‌طور مستقیم از الگوهای نظری غربی مانند کلرگ، رست و بیچم و چیلدرس بهره گرفته‌اند. در ۸ مقاله از این ۱۰ مورد هیچ تعدیل فرهنگی انجام نشده

نشان می‌دهد که پژوهش‌های اخلاق پزشکی در ایران هنوز بر محور «توصیف نگرش» و «بازشناسی فضیلت» متمرکزند و کمتر به سنجش اثربخشی آموزشی ورود کرده‌اند. نتیجه‌ی فراترکیب این است که تلفیق داده‌ها در چارچوب طراحی‌های ترکیبی باید به صورت روالی نظام‌مند و انتقالی انجام شود تا عمق معنایی حفظ و بنیاد تجربی تحکیم یابد.

بخش قابل توجهی از ضعف پژوهش‌ها مربوط به ابزارهای سنجش مفاهیم اخلاقی است. در ۱۲ مقاله (۴۴.۴٪)، ابزارها بدون آزمون روایی فرهنگی یا پایایی کافی به کار رفته‌اند و تنها در ۴ مورد آلفای کرونباخ بالای ۰.۸۰ گزارش شده است. در سطح کیفی نیز فقط دو مقاله معیارهای اعتبار لینکلن و گوبا را به کار برده‌اند (۱۵). این کمبود روایی نه تنها بر صحت نتایج تأثیر می‌گذارد بلکه مقایسه در سطح ملی را نیز دشوار می‌کند. از منظر فراترکیب، این ضعف روش‌شناختی باعث می‌شود یافته‌ها بیشتر بازتاب فردی پژوهشگر باشند تا بازنمای جامعه علمی. تحلیل مفهومی نشان می‌دهد که پیوند میان داده‌ها و بافت فرهنگی نادیده گرفته شده است؛ یعنی ابزارها اخلاق پزشکی را بیش از حد عقل‌گرایانه سنجیده‌اند و از مؤلفه‌های فضیلت‌محور، همچون تواضع و شفقت حرفه‌ای، غفلت کرده‌اند. این یافته با نظر دوکاس (Doukas) و همکاران (۲۰۲۲) (۱۴) همخوان است که فقدان اعتبار فرهنگی را عامل اصلی بی‌ثباتی پژوهش‌های اخلاق پزشکی در جوامع غیرغربی می‌دانند. تحلیل فراترکیب نشان داد تنها ۲۲.۲٪ از مطالعات به سطح سازمانی یا نهادی اخلاق حرفه‌ای پرداخته‌اند. بقیه مقالات بر رفتار یا نگرش فردی متمرکز بوده‌اند، به ویژه نسبت استاد و دانشجوی پزشکی در محیط آموزشی. این ساختار فردگرایانه موجب شده تأثیر سیاست‌ها، فرهنگ بیمارستانی و برنامه پنهان اخلاقی نادیده بماند. از منظر کیفی، سطح نهادی محل تقاطع فرهنگ حرفه‌ای، ساختار قدرت، و آموزش بالینی است؛ چشم‌پوشی از آن، تبیین ناقص پدیده اخلاق حرفه‌ای را به همراه دارد. یافته‌ها تأیید می‌کنند که در غیاب تحلیل نهادی، تصمیمات اخلاقی عمدتاً به قضاوت فردی محدود می‌شود و ارزش‌های سازمانی (مانند

اخلاق در محیط بالینی است (۱۱). با این حال، کمبود رویکردهای اجرایی در حوزه آموزش اخلاق نشان می‌دهد انتقال از سطح «دانش اخلاقی» به «عمل اخلاقی» هنوز نیازمند بنیان نظری سازمان‌یافته‌تر است. محققان نیز تأکید کرده‌اند که شکاف بنیادی میان آگاهی از اصول اخلاق و تصمیم‌گیری بالینی در آموزش فعلی وجود دارد؛ شکافی که تنها با اصلاح برنامه درسی و طراحی محیط‌های یادگیری موقعیتی قبل پر شدن است.

تحلیل روش‌شناختی مقالات نشان داد که حدود ۳۷٪ از آن‌ها مستقیماً از مدل‌های نظری غربی استفاده کرده‌اند، بدون تعدیل فرهنگی یا مفهومی این وابستگی سبب شده اخلاق حرفه‌ای عمدتاً در سطح فردی و شناختی تبیین شود، نه در سطح جمعی و فرهنگی. در بسیاری از مطالعات، خودآیینی و عدالت بر اساس مفاهیم لیبرالی و نه عقلانیت اخلاقی اسلامی تفسیر شده است. از منظر فراترکیب، این یافته دلالت دارد که تولید علم در حوزه اخلاق پزشکی هنوز از استقلال نظری و بومی‌سازی مفهومی برخوردار نیست. از سوی دیگر، ضعف ابزارهای سنجش و فقدان شاخص‌های فرهنگی اعتباریافته در ۴۴٪ مطالعات نشان می‌دهد که پژوهش‌ها در این حوزه بیشتر به بازتاب ارزش‌های وارداتی اکتفا کرده‌اند تا خلق مدل‌های محلی. بنابراین، تمرکز آینده باید از ترجمه‌ی چارچوب‌های خارجی به طراحی مدل‌های نظری زمینه‌مند بر اساس فلسفه اخلاق اسلامی تغییر جهت دهد (۱۲). در یافته‌های تحلیلی مشخص شد که تنها ۱۴.۸٪ از مطالعات از طرح‌های آمیخته استفاده کرده‌اند؛ این رقم لندک در مقایسه با استانداردهای بین‌المللی آموزش اخلاق پزشکی (که در بازه ۲۰۱۵-۲۰۲۴ حدود ۲۸٪ مطالعات تلفیقی گزارش شده) نشانگر محدودیت در تلفیق داده‌هاست (۱۳). در دو مقاله ایرانی از این نوع، منطق تلفیق میان مراحل کمی و کیفی گزارش نشده و پیوند داده‌ها بیشتر صوری بوده تا تبیینی. این فقدان انسجام دیدگاه‌ها موجب شده که در سطح کلان، نظریه‌های استخراج‌شده از بخش کیفی نتوانند به مدل‌های تجربی قابل آزمون تبدیل شوند. از نظر کیفی، این وضعیت

نتیجه‌گیری

نتایج فراترکیب نشان داد آموزش اخلاق پزشکی در ایران در مرحله گذار از سطح نظری به تلفیق فرهنگی و عملی قرار دارد. پیشنهاد نهایی، تدوین «الگوی تلفیقی اسلامی-ایرانی آموزش اخلاق پزشکی» بر پایه‌ی سه مؤلفه‌ی کلیدی است: فلسفه توحیدی ارزش، تربیت موقعیتی بالینی، و ارزیابی ترکیبی معنا-رفتار؛ الگویی که می‌تواند پیوند میان دانش اخلاقی و عمل حرفه‌ای را بازسازی کند.

References

1. Shamim MS, Baig L, Zubairi N, Torda A. Review of ethics teaching in undergraduate medical education. *J Pak Med Assoc.* 2020;70(6):1056-1062.
2. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2009;14(4):595-621.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
4. Razavi M, et al. Cultural contextualization of medical ethics education based on students' lived experiences. *Iranian Journal of Medical Ethics.* 2023;16(3):110-119.
5. Zarei F, Dehghani A, Ratansiri A, Ghaffari M, Raina SK, Halimi A, et al. ChecKAP: A Checklist for Reporting a Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2024;25(7):2573-2577.
6. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company; 2007.
7. Nobari NN, Tabavar A, Sadeghi S, Dehghani A, Kalantari Y, Ghassemi M, et al. A systematic review of the comparison between needling (RF-needling, meso-needling, and micro-needling) and ablative fractional lasers (erbium YAG) in the treatment of atrophic and hypertrophic scars. *Lasers Med Sci.* 2021;38(1):67.
8. Zarei H, Rahmani F. Meta synthesis approaches in professional ethics: From meaning to practice. *Iranian Journal of Humanities in Medical Education.* 2023 [1402];12(3):45-58.
9. Kohlberg L. Essays on moral development. Vol II: The psychology of moral development. New York: Harper & Row; 1984.
10. Salehi Z, Sadeghi S. Factors influencing methodological credibility in Iranian medical ethics research. *Review of Ethical Education.* 2022 [1401];2(

عدالت توزیعی و مسئولیت نهادی) جایگاهی در مدل‌های آموزشی پیدا نمی‌کند. در نتیجه، فراترکیب پیشنهاد می‌کند که پژوهش‌های آینده علاوه بر سطح فردی، تحلیل چندسطحی را به کار گیرند تا زمینه‌ی اجتماعی و سیاستی تصمیم‌گیری اخلاقی نیز مورد سنجش قرار گیرد (۱۵). جمع‌بندی نهایی فراترکیب نشان می‌دهد که همه ضعف‌ها-از وابستگی نظری تا محدودیت ابزارها-نشانگر نبود الگوی بومی منسجم در آموزش اخلاق پزشکی است. براساس داده‌ها، حدود ۳۷٪ از مطالعات متکی بر چارچوب‌های غربی بوده‌اند و تنها کمتر از ۱۵٪ تلاش کرده‌اند مفاهیم اخلاق اسلامی یا فضیلت‌محور را در مدل آموزشی خود وارد کنند (۱۶). به تعبیر محققان، گذار واقعی در اخلاق پزشکی ایران زمانی رقم می‌خورد که مدل‌های تربیتی بر پایه «شناخت فضیلت» و «تمرین موقعیتی» سامان یابند نه صرفاً بر آموزش اصول. بر این اساس، پیشنهاد پژوهش حاضر طراحی «الگوی تلفیقی اسلامی-ایرانی آموزش اخلاق پزشکی» است که مبتنی بر سه پایه‌ی مفهومی (باشد: الف) بینش فلسفی توحیدی (منشأ ارزش)، ب) تربیت موقعیتی بالینی (پویایی عمل اخلاقی)، و ج) ارزیابی ترکیبی معنا-رفتار. چنین الگویی می‌تواند مرحله جدیدی از آموزش اخلاق پزشکی را در ایران آغاز کند مرحله‌ای که در آن فهم، فضیلت و عمل به واحدی در فرآیند تربیت حرفه‌ای ادغام شوند (۱۷). فراترکیب حاضر با تحلیل ۲۷ مقاله در بازه‌ی ۱۳۹۰-۱۴۰۲، نشان داد که آموزش اخلاق پزشکی ایران در مرحله «گذار» از معرفت نظری به تجربه عملی قرار دارد. اگرچه رویکردهای کیفی (۵۵.۶٪) بر عمق معنا تمرکز داشته‌اند، ولی ضعف ابزارسنجی (۴۴.۴٪)، وابستگی نظری به غرب (۳۷٪)، و فقدان نگاه نهادی (۲۲.۲٪) مانع تحقق روایی و کاربست نتایج شده است. بر این پایه، مسیر توسعه‌ی آینده باید مبتنی بر بومی‌سازی مفهومی و طراحی الگوی تلفیقی اسلامی-ایرانی باشد که فضیلت‌محور، موقعیت‌گرا، و روش‌شناختی معتبر است. چنین گذار نظری-تجربی، تحقق توصیه‌ی اساسی سندلوسکی و باروسو مبنی بر «تولید فراترکیب معنا در بافت فرهنگی خاص» را ممکن می‌سازد.

2):40-48.

11. Weidener L, Fischer M. Proposing a Principle-Based Approach for Teaching AI Ethics in Medical Education. *JMIR Med Educ.* 2020;10:e55368.

12. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology.* 2008; 8:45-56.

13. Marcus D, Simone A, Block L. Design thinking in medical ethics education. *J Med Ethics.* 2020;46(4):282-284.

14. Doukas DJ, Ozar DT, Darragh M, de Groot JM, Carter BS, Stout N. Virtue and care ethics & humanism in medical education: a scoping review. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):131.

15. Weidener L, Fischer M. Teaching AI Ethics in Medical Education: A Scoping Review of Current Literature and Practices. *Perspect Med Educ.* 2021;12(1):399-410.

16. Balak N, Broekman MLD, Mathiesen T. Ethics in contemporary health care management and medical education. *J Eval Clin Pract.* 2020;26(3):699-706.

17. Campbell AV, Chin J, Voo TC. How can we know that ethics education produces ethical doctors? *Medical Teacher.* 2007;29(5):431-436.