

# پیامدهای یادگیری آموزش اخلاق به دانشجویان پزشکی بر اساس الگوهای استدلال اخلاقی

اطهر امید، نیکو یمانی\*، پیمان ادیبی

## چکیده

**مقدمه:** اهمیت آموزش اخلاق پزشکی سال‌هاست که در دانشکده‌های پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است اما هنوز توافقی بر روی اهداف یادگیری آن به وجود نیامده است. این مطالعه با هدف بررسی پیامدهای یادگیری آموزش اخلاق پزشکی بر اساس الگوهای رشد اخلاقی انجام پذیرفت.

**روش‌ها:** این مطالعه از نوع مروری است که با استفاده از کلید واژه‌های مناسب در پایگاه اطلاعاتی Medline, Web of Science, Scopus, Eric و با محدود کردن زمان مقالات به ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ مورد جستجو قرار گرفت. ۷ مقاله در ارتباط با اهداف یادگیری و ۱۲ مقاله در ارتباط با مدل از بین ۶۱ مقاله مورد بررسی قرار گرفت.

**نتایج:** محققان در مورد اهداف یادگیری آموزش اخلاق پزشکی دیدگاه‌های متفاوت دارند. بعضی از محققان هدف آموزش اخلاق را تربیت پزشکی با فضیلت می‌دانند و بعضی دیگر هدف کاربردی‌تر و قابل اندازه‌گیری برای یادگیری دانشجویان را مهارت استدلال اخلاقی می‌دانند. اما مدل Rest که اجزای شناختی و نگرشی یک رفتار اخلاقی را نشان می‌دهد چهار جزء را برای بروز رفتار اخلاقی لازم می‌داند.

**نتیجه‌گیری:** برای آموزش رفتار اخلاقی علاوه بر آموزش اصول اخلاقی لازم است مهارت‌هایی مانند کنترل هیجان‌ها، تحمل ابهام برای داشتن دیدگاه‌های چندگانه و مهارت هم‌دلی برای تشخیص موقعیت دشوار اخلاقی آموزش داده شود. به علاوه باید محیط‌های مناسب از نظر الگوی نقش و مشوق ارزش‌های اخلاقی برای فراگیران فراهم آورد. همچنین ایجاد فرصت‌های بازاندیشی باعث کسب بینش نسبت به کدهای اخلاقی خواهد شد و احتمالاً تعهد اخلاقی را افزایش خواهد داد.

**واژه‌های کلیدی:** اخلاق پزشکی، مدل Rest، تئوری کهلبرگ، برنامه درسی، پیامدهای یادگیری، استدلال اخلاقی، دانشجویان پزشکی  
مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / اسفند ۱۳۹۲؛ ۱۳(۱۲): ۱۰۹۹ تا ۱۱۱۳

## مقدمه

تصمیم‌گیری برای بیماران با موقعیت‌های پیچیده‌ای از نظر اخلاقی مواجه می‌شود. اکنون تصمیم‌های تشخیصی و درمانی پزشکان با احترام به اعتقادات و هنجارهای فرهنگی بیماران و نظر موافق آنان اتخاذ می‌گردد. در این روند تصمیم‌گیری مشترک، ممکن است پزشک و بیمار نتوانند در مورد بهترین انتخاب به توافق برسند (۱).

تعارض بین استدلال بالینی و اخلاقی موقعیت‌های تصمیم‌گیری برای درمان بیمار را پیچیده‌تر می‌کند. ارائه بهترین مراقبت درمانی به بیمار یکی از اهداف تصمیم‌گیری است اما اغلب به سادگی نمی‌توان گفت که درمان بیمار

اخلاق پزشکی تاریخچه ۲۵۰۰ ساله در آموزش پزشکی دارد، اما در دهه‌های اخیر با وجود پیشرفت‌های سریع در علوم پزشکی و فناوری‌های زیستی جدید، تیم درمان در

\* نویسنده مسؤؤل: دکتر نیکو یمانی (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، (yamani@edc.mui.ac.ir)

دکتر اطهر امید، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش، علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (athar\_omid@yahoo.com)، دکتر پیمان ادیبی (استاد)، بخش گوارش، گروه بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات جامع‌نگر عملکرد گوارش، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، خیابان هزار جریب، اصفهان، ایران. adibi@med.mui.ac.ir  
تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۲۲، تاریخ اصلاحیه: ۹۲/۱۱/۱۷، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۹

آموزشی با هدف کسب یک سطح استاندارد از مسئولیت‌پذیری و توانمندی اخلاقی در تیم مراقبت بیمار جهت ارتقاء توانمندی فراگیران برای تصمیم‌گیری صحیح در هنگام مواجهه با بیماران می‌تواند مؤثر باشد؛ لذا پس از یک برنامه‌ریزی مناسب و تعیین اهداف یادگیری باید آموزش در این فرصت‌ها مورد توجه اساتید بالینی قرار گیرد.

از طرف دیگر مطالعات مرتبط با اخلاق و تصمیم‌گیری اخلاقی در مجلات حرفه‌ای حیطه‌های مختلف از جمله مجلات فلسفه، آموزش پزشکی، روانشناسی، پزشکی، پرستاری و اخلاق پزشکی منتشر شده است. این مطالعات به دلیل رویکردهای مختلفی که برای پژوهش در آن به کار گرفته شده است و همچنین به دلیل استفاده از واژه‌های مختلف برای مفاهیم یکسان، به سختی قابل استفاده است (۹). به علاوه هنوز اختلاف نظرهای زیادی در بین محققین در مورد این که در تدریس اخلاق بر روی چه اهداف یادگیری باید تأکید شود، چه پیامدهای یادگیری باید در ارزشیابی دانشجویان مدنظر قرار گیرد (۹ و ۱۰) و جایگاه استدلال اخلاقی در بین آنها کجاست، وجود دارد. بنابراین اساتید برای تعیین اهداف یادگیری و متدهای تدریس و ارزشیابی اخلاق با مشکل مواجه می‌شوند و تمایل دارند براساس دیدگاه‌های حرفه‌ای خود تدریس کنند.

برای ارتقای آموزش اخلاق استفاده از یک مدل که اجزاء لازم و مراحل شناختی که افراد متخصص برای حل مشکلات اخلاقی طی می‌کنند و منجر به یک تصمیم و سپس رفتار اخلاقی موفق خواهد شد، کمک‌کننده است. لذا در این مطالعه ما با هدف بررسی پیامدهای یادگیری آموزش اخلاق بر اساس الگوهای رشد اخلاقی به مرور پژوهش‌های موجود در این زمینه پرداخته‌ایم تا در زمینه ارتقا آموزش اخلاق منبعی کارآمد به اساتید معرفی کنیم.

### روش‌ها

این مطالعه مروری از نوع narrative review است که با

مناسب‌ترین انتخاب است (۱). گاهی بیماران قطع درمان را برای پایان دادن به درد و رنج بیماری ترجیح می‌دهند و یا عوارض و خطرات ناشی از درمان، پزشک را نگران غیراخلاقی بودن تصمیم‌گیری خود می‌کند. در واقع تعداد زیادی از مسأله‌ها که با استدلال بالینی حل می‌شود در وهله اول به صورت یک مسأله در زمینه اخلاقی ظاهر می‌شود (۲)؛ در این موقعیت‌های تصمیم‌گیری، پزشک و بیمار باید با ارزیابی گزینه‌های مختلف درمانی، علاوه بر انتخاب بهترین مراقبت پزشکی به مراقبت اخلاقی نیز توجه کنند تا به یک تصمیم‌گیری اخلاقی بالینی منجر شود (۳). بنابراین تصمیم‌گیری اخلاقی یکی از مهارت‌های مورد انتظار از فراگیران پزشکی است که بر آموزش آن امروزه بسیار تأکید می‌شود.

اساتید پزشکی در سراسر دنیا به خوبی واقف هستند که باید زمان و منابع لازم را برای یادگیری اخلاق و استدلال اخلاقی اختصاص دهند (۱ و ۵). این احساس نیاز دانشکده‌های پزشکی را به سمت ارتقای کیفیت آموزش اخلاق و مراقبت برای رشد اخلاقی فراگیران سوق داده است.

اما علی‌رغم وجود چنین حساسیت‌هایی در دانشکده‌های پزشکی و در بین اساتید بالینی، پژوهش‌ها نشان داده که آموزش در دانشکده‌های پزشکی منجر به اضمحلال اخلاقی در دانشجویان می‌شود. پتتود (Patenaude) در یک مطالعه کوهورت در طی سه سال نشان داد که استدلال اخلاقی در دانشجویان پزشکی در طی تحصیل آنها کاهش پیدا می‌کند (۶) و مورتون (Morton) نشان داد که استدلال اخلاقی در دانشجویان پزشکی در طی تحصیل آنها تغییری نمی‌کند و علت آن را اثرات محیط آموزشی ذکر کرد (۷). گلودی (Goldie) از جمله محققینی بود که اعتقاد داشت برای مقابله با اضمحلال اخلاقی در دانشجویان پزشکی، آموزش اخلاق لازم است و اساتید برای پیشگیری از افت استدلال اخلاقی باید پزشکانی اخلاقی تربیت کنند (۸). بنابراین استفاده از فرصت‌های

- مجهز کردن پزشکان به اصول دانش اجتماعی، فلسفه و قانون

- توانمند کردن پزشکان برای به کارگیری این دانش در استدلال بالینی

- مجهز کردن پزشکان با مهارت تعامل مورد نیاز برای به کارگیری نگرش، دانش و استدلال در مراقبت بیمار(۱۱) در حالی که مرور Miles اساساً بر روی مقالات آمریکای شمالی انجام شد اما توافقی مشابه بر روی اهداف آموزش اخلاق در انگلستان نیز اتفاق افتاد. انجمن پزشکان عمومی (GMC) در پزیشک فردا (Tomorrow's Doctors) بیان کرد که دانشجویان باید در انتهای دوره، دانش و فهمی از جنبه‌های اخلاقی و قانونی مرتبط با حرفه پزشکی کسب کنند و توانایی برای فهم و آنالیز مسایل اخلاقی بیمار، فامیل بیمار و جامعه، پزشک را برای یک تصمیم‌گیری صحیح توانمندتر می‌کند(۵).

گروس(GROSS) اهداف آموزش اخلاق را در یک طیف ارائه داد. در یک سمت طیف یک سری اهداف اولیه و وظایف قانونی از جمله کسب رضایت آگاهانه از بیمار، گفتن حقیقت و حفظ اسرار وجود دارد؛ در سوی دیگر طیف، اهداف عالی نگرشی و شناختی از جمله حساسیت اخلاقی و توجه به ارزش‌ها و اعتقادات دیگران، مهارت استدلال در یک موقعیت دشوار اخلاقی و توانمندی برای بحث‌ها و گفتگوهای اخلاقی است؛ وی سرانجام در این طیف اهداف رفتاری را قرار داده است که در آموزش اخلاق برای این اهداف چالش بزرگی وجود دارد، در این قسمت هدف تربیت یک پزشک با رفتار و ویژگی‌های یک انسان نوع دوست و با فضیلت است، این پزشک با بیماران خود هم‌مدلی می‌کند و به تعهدات خود در قبال جامعه پای‌بند است. زمانی که آموزش اخلاق در این سطح موفق باشد پزشکی را تربیت می‌کند که با علاقه به درمان بیماران ایدزی می‌پردازد، با معتادان به خوبی تعامل می‌کند و یا ممکن است تنها مهارت ارتباط با بیمار

هدف بررسی متون در ارتباط با تعیین پیامدهای آموزش اخلاق و بررسی مدل‌های موجود برای استدلال اخلاقی انجام پذیرفت. برای بررسی متون در ارتباط با اهداف آموزش اخلاق از کلید واژه‌های moral, ethical, judgment, reasoning, decision making, medical ethics, curriculum, teaching, education, outcomes, objectives استفاده شد که ۷ مقاله مرتبط به دست آمد که به مرور اهداف و برنامه درسی آموزش اخلاق پرداخته بودند. برای جستجوی منابع در ارتباط با مدل‌های استدلال اخلاقی از کلید واژه‌های moral, ethical, judgment, reasoning, decision making, model, strategies and steps استفاده شد. پایگاه‌های اطلاعاتی Medline, Web of Science, Scopus, Eric با محدود کردن زمان مطالعات از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ مورد جستجو قرار گرفت. در جستجوی انجام شده ۶۱ مقاله به دست آمد که با خارج کردن مقالاتی که مدلی ارائه نشده بود و همچنین مطالعاتی که در رشته‌های غیر از پزشکی انجام شده بود جمعاً ۱۲ مقاله به دست آمد.

## نتایج

نتایج این مطالعه در دو قسمت ارائه شده است. در ابتدا مروری بر نتایج بررسی مطالعات در زمینه اهداف آموزش اخلاق و برنامه درسی اخلاق انجام شده و سپس مدل‌های استدلال بالینی ارائه گردیده است.

## اهداف آموزش اخلاق

اهداف یادگیری آموزش اخلاق پزشکی کاملاً شفاف نیست و توافق کاملی برای آن در بین محققان وجود ندارد. Miles در سال ۱۹۸۹ با مرور منابع، اهداف زیر را برای آموزش اخلاق تعیین کرد:

- شناخت جنبه‌های بشردوستانه و اخلاقی مراقبت پزشکی
- توانمند کردن پزشکان در زمینه پای‌بندی به تعهدات اخلاقی حرفه‌ای و شخصی

در این پزشک ارتقا یابد (۱۰).

اکلز (Eckles) و همکارانش در مرور مطالعات نشان دادند که در ارتباط با اهداف آموزش اخلاق دو دیدگاه وجود دارد. بعضی از محققین اعتقاد دارند که مهم‌ترین هدف تدریس اخلاق، تربیت پزشکانی با فضیلت است. از طرف دیگر، دیدگاه بعضی دیگر از محققین این است که تدریس اخلاق وسیله‌ای است که پزشکانی با توانایی تحلیل و حل موقعیت‌های مشکل اخلاقی تربیت کند (۴).

فریمن و ویلسون (Freeman & Wilson) که موافق دیدگاه اول بودند، فضیلت را که شامل ویژگی‌هایی ذاتی مانند راستی، صداقت و فداکاری می‌دانستند از اهداف آموزش اخلاق ذکر و بیان کردند که باید آموزش اخلاق پزشکی این ویژگی‌ها را در پزشکان تقویت کند (۱۲). اکلز (Eckles) و همکارانش در مرور مطالعات دریافتند که بعضی از محققان اگرچه به ارزش هر دو دیدگاه اعتقاد دارند اما مهم‌ترین هدف آموزش اخلاق را تربیت پزشکان با فضیلت می‌دانند. موافقان این دیدگاه، پزشکی را یک حرفه اخلاقی می‌دانند و صفاتی مانند احترام، دلسوزی و صداقت را اساسی‌ترین ویژگی‌های یک فرد اخلاقی در حرفه مراقبت بیمار ذکر می‌کنند (۴). هافرتی و فرانکز (Hafferty & Franks) اعتقاد داشتند در حالی که تقوی برای تصمیم‌گیری اخلاقی کافی نیست اما برای اخلاق پزشکی لازم است. آنها بیان کردند که تدریس رسمی اخلاق فقط قسمت کوچکی از آموزش اخلاق است و به منظور پرورش اخلاق در فراگیران هم آموزش رسمی و هم غیر رسمی باید توسط برنامه‌ریزان مورد توجه قرار گیرد (۱۳).

برخلاف آن Miles و همکارانش بیان کردند که این یک تصور غیر واقعی است که انتظار داشته باشیم با آموزش اخلاق، پزشکانی با تقوی تربیت کنیم و به جای آن باید بر روی تربیت پزشکانی با مهارت‌های کافی برای مدیریت موقعیت‌های اخلاقی دشوار، تمرکز کنیم (۱۱). اکلز (Eckles) و همکاران نیز در مقاله مروری خود بیان

کردند که تربیت پزشکان با فضیلت یک هدف پسندیده برای اخلاق پزشکی است اما اساتید، برنامه درسی مبتنی بر آموزش مهارت‌های اخلاقی را به برنامه درسی که برای تربیت پزشک با فضیلت طراحی شده است ترجیح می‌دهند. آنها اعتقاد دارند که هدف کاربردی‌تر و قابل اندازه‌گیری برای یادگیری دانشجویان، مهارتهایی برای استدلال اخلاقی است که به آنان توانایی تشخیص موقعیت دشوار اخلاقی و توانمندی رسیدن به راه حل‌هایی عملی و اخلاقی برای آن وضعیت را می‌دهد (۴).

اما گلیک (Glick) برخلاف محققین قبلی حتی هدف اولیه از آموزش اخلاق را فراهم کردن ابزارهای ذهنی و مهارت‌های تعامل با موقعیت‌های دشوار نمی‌دانست بلکه وی باور داشت که باید حساسیت اخلاقی (Ethical sensitivity) فراگیران را افزایش دهیم تا عملکرد اخلاقی آنها بهتر شود و یا حداقل از کاهش این حساسیت که به درجاتی در دانشکده‌های پزشکی اتفاق می‌افتد جلوگیری کنیم (۱۴).

#### مدل‌های استدلال بالینی

برای تعیین اهداف یادگیری لازم است که اجزای ضروری و مراحل شناختی که یک فرد متخصص برای حل یک مشکل اخلاقی طی می‌کند، مشخص کنیم. برخی محققین اعتقاد دارند که اتخاذ یک تصمیم اخلاقی یک فرایند پیچیده است که از اجزا و مراحل شناختی زیادی تشکیل شده است (۱۵) و پزشکان به سختی می‌توانند برای موقعیت‌های دشوار اخلاقی راه حلی پیدا کنند. به علاوه مطالعات و گزارشات محدودی وجود دارد که در آن یک روش ساختارمند برای آموزش استدلال اخلاقی به کار گرفته‌اند (۴). به همین منظور در طی دهه‌های اخیر محققین سعی کرده‌اند که ساختاری برای فکر کردن در مورد مسایل اخلاقی معرفی کنند (۱۶ تا ۱۹)؛ این در حالی است که اکثر تئوری‌هایی که برای استدلال اخلاقی معرفی شده‌اند توصیف ناقصی از این فرایند ارائه داده‌اند، به همین دلیل

در اواخر ۱۹۵۰ ارائه شد. کهلبرگ اعتقاد داشت که قضاوت اخلاقی در طی ۶ مرحله توسعه می‌یابد و این مراحل ساختار شناختی تفکر اخلاقی را نشان می‌دهد (۳۳). کهلبرگ بر نقش شناخت در توسعه اخلاق تأکید داشت و نقش بقیه جنبه‌های اخلاقی را در آن نادیده گرفت. در سال‌های بعد ژیلیگان بیان کرد که در تئوری رشد اخلاقی کهلبرگ تفاوت اخلاق در بین زنان و مردان نادیده گرفته شده است که در سال ۲۰۱۱ یو (You) بیان ژیلیگان (Gilligan) را تأیید کرد و در یک متاآنالیز نشان داد که زنان از نظر حساسیت اخلاقی بالاتر از مردان هستند (۳۴).

عدم توانایی تئوری کهلبرگ برای توضیح کامل رفتار اخلاقی توسط هافمن Hoffman در سال ۱۹۸۴ مورد انتقاد قرار گرفت و بیان کرد که انگیزه و نگرش در این رویکرد مورد غفلت قرار گرفته (۳۵) و سپس والکر و پیترز Walker & Pitts معنویت (spirituality) (۳۶) و بوید (Boyd) خصلت (character) را در مدل رشد اخلاقی وارد کردند (۳۷).

بلاسی (Blasi) دلیل وجود شکاف بین قضاوت اخلاقی و رفتار واقعی فرد را مورد توجه قرار داد و سؤالاتی را مطرح کرد از جمله وی پرسید که آیا تفاوتی بین آمادگی افراد برای تفسیر موقعیت‌ها از نظر اخلاقی وجود دارد؟ آیا بعضی افراد تنها تعداد محدودی از موقعیت‌ها را اخلاقی در نظر می‌گیرند و بعضی دیگر تعداد بیشتری را؟ به علاوه چه چیزی به فرد انگیزه می‌دهد تا بر اساس قضاوت‌های خود عمل کند؟ چرا بعضی از افراد می‌توانند در مقابل وسوسه‌ها مقابله کنند و بعضی از افراد نمی‌توانند؟ و سرانجام افراد چه نوع راهبرد دفاعی برای خودداری از انجام یک تصمیم ناخوشایند که به دنبال یک قضاوت اخلاقی گرفته می‌شود به کار می‌گیرند؟ یا چه راهبردی به کار می‌گیرند تا مطابق با قضاوت‌های خود عمل کنند؟ (۳۸). این سؤالات باعث شد که رست (Rest) که شاگرد کهلبرگ بود مدل چهار قسمتی رفتار اخلاقی را

برای تهیه یک ابزار که اساتید را در تدریس راهنمایی کند موفق نبوده‌اند (۲۰).

تعدادی از رویکردهای استدلال اخلاقی اختصاصاً در حوزه پزشکی ارائه شده است و به بررسی عوامل تأثیرگذار در فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی در موقعیت‌های دشواری مانند مواجهه با بیماران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، بیماران سرطانی و انجام احیاء قلبی عروقی در بیماران غیرقابل علاج پرداخته و یا مراحل که باید یک پزشک برای تصمیم‌گیری اخلاقی طی کند را در قالب مدل، الگوریتم و راهنما معرفی کرده (۹ و ۲۱ تا ۳۱). تسای (Tsai) مدلهایی که برای استدلال اخلاقی در مقالات معرفی شده را به دو قسمت تقسیم نموده، یک دسته از مدل‌ها ارزش‌ها و اعتقاداتی که در بین یک مجموعه از ارزش‌ها برای تصمیم‌گیری تأثیرگذاری بیشتری دارند را مد نظر قرار می‌دهد؛ دسته دیگر از مدل‌ها بر روی فرایند شناختی در تصمیم‌گیری تمرکز دارد (۹). هر یک از این دسته مدل‌ها با معرفی ارزش‌ها و اعتقادات تأثیرگذار و همچنین تعیین فرایند شناختی تصمیم‌گیری، می‌تواند راهنمایی در برنامه‌ریزی آموزش اخلاق برای اساتید باشد.

اما تعدادی از مدل‌ها در حیطه‌های مختلف مورد بررسی و استفاده قرار گرفته است و مختص رشته پزشکی نمی‌باشد. از جمله این مدل‌ها، مدل رشد اخلاقی کهلبرگ و مدل چهار مرحله‌ای رست (Rest) فرایند شناختی رفتار اخلاقی است که در حوزه پزشکی نیز در مطالعات انجام شده در استدلال اخلاقی به عنوان تئوری‌های پایه‌ای مورد پذیرش اکثر محققان است (۳۲). در این قسمت سعی می‌شود بر این دو مدل معروف استدلال اخلاقی یعنی مدل رست (Rest) که به معرفی فرایند شناختی در تصمیم‌گیری اخلاقی پرداخته و مدل کهلبرگ که بر ارزش‌ها و اعتقادات تأثیرگذار بر استدلال اخلاقی تأکید کرده است، مروری انجام شود.

مدل رشد اخلاقی برای اولین بار توسط لورنس کهلبرگ

ارائه دهد.

مدل چهار قسمتی برای اولین بار توسط رست (Rest) در کتاب روانشناسی کودکان در سال ۱۹۸۳ معرفی شد (۳۹). رست (Rest) فرایند روانشناختی که افراد برای بروز یک رفتار اخلاقی طی می‌کنند را در نظر گرفت. در مدل وی چهار مرحله روانشناسی برای رفتار اخلاقی توضیح داده شده است که شامل اجزا شناختی و نگرشی است و در رفتار قابل مشاهده اخلاقی تأثیرگذار هستند. یک رفتار هم براساس فرایند روانشناختی مرتبط با آن و هم رفتار قابل مشاهده، از نظر اخلاقی بودن مورد قضاوت می‌گیرد (۳۹). چهار جزء روانشناسی مدل رست (Rest)، حساسیت اخلاقی، قضاوت اخلاقی، انگیزه اخلاقی و شجاعت اخلاقی توسط محققان دیگر نام‌گذاری شد (در بین نویسندگان اختلاف نظر برای نام‌گذاری هر جزء آن وجود دارد) (۴۰). این چهار جزء یک سیستم ایجاد می‌کند که به صورت پویا بر روی یکدیگر اثر کرده و یک رفتار اخلاقی را موجب می‌شود (۴۱). اگرچه بسیاری از تحقیقات بر روی استدلال اخلاقی انجام شده اما استدلال اخلاقی به تنهایی ۱۰ تا ۲۰ درصد واریانس رفتار اخلاقی را پیش‌بینی می‌کند (۴۲). رست (Rest) سه جزء دیگر علاوه بر استدلال اخلاقی، برای پیش‌بینی بهتر رفتار اخلاقی مطرح نمود و بدین ترتیب وی چهار جزء برای پیش‌بینی رفتار اخلاقی ارائه نمود:

۱- حساسیت اخلاقی ((Moral sensitivity): در یک رفتار اخلاقی باید ابتدا نوعی از تفسیر موقعیت، آگاهی از جنبه‌ها و فاکتورهای اخلاقی آن موقعیت و تعیین مناسب بودن پاسخ اخلاقی وجود داشته باشد. این جزء ابتدا توسط رست (Rest) معرفی و سپس به نام حساسیت اخلاقی نام‌گذاری شد. حساسیت اخلاقی، آگاهی از چگونگی تأثیر عملکرد ما بر دیگران، همدردی، درک هیجان‌های دیگران و بینش نسبت به خود است (۳۹ و ۴۰). بیبو (Bebeue) آن را به عنوان یک فرایند نگرشی می‌داند و مهارت همدلی را برای تفسیر موقعیت لازم می‌داند (۴۳).

بیش‌تر تحقیقات بر روی حساسیت اخلاقی به مهارت‌های هیجانی مورد نیاز برای آگاهی در موقعیت دشوار پرداخته‌اند. به طور کلی حساسیت اخلاقی در ابتدا به واکنش‌های هیجانی نیاز دارد تا فرد بر روی موقعیت تمرکز کند و سپس باید آن موقعیت از دیدگاه‌های متعدد بررسی شود (۴۴). لابوی-ویف (Labouvie-vief) و همکارانش بر روی رشد شناختی تحقیق نموده و بیان کردند که بلوغ شناختی با ادغام هیجان و شناخت اتفاق می‌افتد و هیجان‌ها برای شناخت و حل مسأله، هوشیاری لازم را ایجاد می‌کند. وقتی که مدیریت هیجان‌ها در فرد پیشرفت می‌کند تحمل ابهام و مهارت بررسی موقعیت از دیدگاه‌های متفاوت افزایش می‌یابد. بلوغ شناختی همچنین باعث حرکت فرد از سمت علائق خود به طرف نیازهای جامعه می‌شود که برای مرحله فوق قراردادی (post-conventional) رشد اخلاقی کهلبرگ لازم است (۴۵). بدون این مهارت‌ها فرد با وجود فشار هیجانی ناشی از آن موقعیت، از موقعیت دشوار اخلاقی چشم پوشی کرده و از آن فرار می‌کند و به این ترتیب استدلال اخلاقی را به انحراف می‌کشاند (۳۹).

مورتون (Morton) در پژوهش خود کیفیت هیجانی و شناختی لازم برای یک قضاوت اخلاقی کامل را این‌گونه بیان می‌کند که فرد باید ظرفیت کافی برای تنظیم هیجان‌هایش داشته باشد تا بتواند هوشیاری نسبت به مشکل اخلاقی کسب کند. به علاوه لازم است تحمل ابهام را داشته باشد تا بتواند نتایج عملکرد اخلاقی خود را از دیدگاه‌های مختلف به طور هم‌زمان ارزیابی کند. در این حالت قبل از آن که استدلال در مورد بهترین عمل در مواجهه با آن موقعیت انجام شود فرایند مناسب طی می‌شود (۴۱).

۲- استدلال اخلاقی (moral reasoning): استدلال اخلاقی در مقالات مترادف با قضاوت اخلاقی (ethical judgment) و رشد اخلاقی (Ethical development) به کار برده می‌شود. برای انجام یک رفتار اخلاقی در مرحله

معیارهای اخلاقی در فرد درونی می‌گردد و فرد پس از تجسم خواسته‌های والدین، همسالان و دیگر افراد اجتماع خود به دنبال جلب رضایت آنان است (۴۷). مثلاً فرد به دلیل این که مسئولان دانشکده رفتاری را ترجیح می‌دهند آن رفتار را انجام می‌دهد (۴۰). در مرحله چهارم از این سطح فرد نه تنها خود را با نظم اجتماعی هماهنگ می‌کند بلکه از آن حمایت نیز می‌کند (۴۷).

۳- سطح اخلاق فوق قراردادی یا خود پیروی یا پس عرفی (post-conventional) این سطح نیز شامل مرحله پنجم و ششم رشد اخلاقی است. در مرحله پنجم اخلاق مبتنی بر پیمان و میثاق اولویت دارد. یعنی فرد بر اساس قراردادهای اخلاقی که آنها را نوعی هماهنگی متقابل بین افراد می‌داند تصمیم می‌گیرد. مرحله ششم که بالاترین مرحله رشد اخلاقی از نظر کهلبرگ است و در این حالت اصول انتزاعی اخلاق در اولویت قرار می‌گیرد. در این مرحله بر اساس اصول اخلاقی که درونی شده و با حالت ارادی و اختیار نه به علت الزام به اطاعت از قدرت، تصمیم‌گیری انجام می‌گیرد. در این سطح پزشک راحتی بیمار را بر حقوق خود ترجیح می‌دهد (۴۰ و ۴۷).

مرز بین سطح‌های رشد اخلاقی کهلبرگ در تفاوت بین افراد از نظر ساختار اخلاقی است که برای خود ایجاد کرده‌اند. واژه قراردادی یا Convention به معنای قوانین و هنجارهای جامعه است. افرادی که در سطح پیش‌قراردادی هستند واقعا قوانین جامعه و انتظارات آن را درک و تأیید نکرده‌اند. در مقابل افرادی که در سطح فوق قراردادی هستند قوانین جامعه را فهمیده و اساساً پذیرفته‌اند؛ اما پذیرش آنها بر پایه پذیرش اصول اخلاقی است که پشتوانه این قوانین می‌باشد. وقتی که قوانین جامعه با اصول اخلاقی با هم در تضاد قرار گیرند در این صورت فرد در این سطح رشد اخلاقی بر اساس اصول اخلاقی، نه بر اساس قوانین جامعه قضاوت می‌کند (۴۸).

۳- کمال اخلاقی (moral integrity): جز سوم پیش‌بینی بهتر رفتار اخلاقی رست است، در این مرحله است که فرد

بعد فرد باید قضاوتی در مورد درست بودن یا نادرست بودن یک رفتار از نظر اخلاقی داشته باشد و به دنبال آن یک دسته فعالیت ترجیحی که باید در آن موقعیت انجام شود را مشخص می‌کند (۴۰ و ۴۶). استدلال اخلاقی تنها به معنای تطابق با چالش اخلاقی بر اساس قوانین یا تئوری‌هایی که بهترین راه حل را انتخاب می‌کند، نیست (۴۰ و ۴۶) بلکه استدلال بر اساس استانداردهای شخصی یا اجتماعی از حق و باطل است (۴۶).

استدلال اخلاقی توسط محققین بیش‌تر از اجزاء دیگر مورد توجه قرار گرفته است. Rest علاوه بر ارائه مدل چهار مرحله‌ای بر اساس تئوری کهلبرگ ابزاری برای اندازه‌گیری استدلال اخلاقی (Defining Issues Test (DIT)) ارائه داد (۴۰). در تئوری رشد اخلاقی کهلبرگ سه سطح بلوغ که در ۶ مرحله طی می‌شود برای استدلال اخلاقی بیان شده است به صورتی که سه سطح هر یک به دو مرحله متوالی تقسیم می‌شود:

۱- سطح اخلاق پیش‌قراردادی یا پیش‌عرفی (Pre-conventional): در پایین‌ترین سطح استدلال اخلاقی نتایج قضاوت بر روی خود فرد در اولویت قرار می‌گیرد. این سطح خود شامل دو مرحله است؛ در مرحله اول فرد بر اساس ترس‌های شخصی و میل به اجتناب از مجازات تصمیم می‌گیرد. در این مرحله قضاوت‌هایی مانند "من اگر این کار را انجام دهم مورد تعقیب قرار می‌گیرم" و "من پاداش دریافت نمی‌کنم اگر ..." در تصمیم‌گیری فرد ارزش بالایی دارد (۴۰). در مرحله دوم این سطح فرد به دنبال کسب نیازهایش است و اخلاق مبتنی بر پاداش و کسب لذت حاکم است (۴۷).

۲- سطح اخلاق قراردادی یا عرفی (conventional) در این سطح هنجارهای گروه و جامعه مورد توجه فرد قرار می‌گیرد و برقراری نظم اجتماعی و سازگاری با محیط اجتماعی اهمیت پیدا می‌کند. این سطح شامل مرحله سوم و چهارم رشد اخلاقی است. در مرحله سوم که به عنوان مرحله "پسر خوب" و "دختر خوب" شناخته می‌شود

اخلاقی و مذهب بیان کرد که دیدگاه‌های پیشرفته اعتقادات مذهبی و معنویت باعث تسهیل پیشرفت به مرحله ۵ و ۶ رشد اخلاقی (مرحله فوق قراردادی) می‌شود (۴۹).

مورتون (Morton) به نقل از کهلبرگ و فولر (Fowler) بیان کرده که بلوغ نگرشی و شناختی هر دو بر روی رشد اخلاقی و مذهبی اثرات اساسی دارند، اما مشخص نیست که رشد مذهبی چگونه باید ارزشیابی شود (۴۱). اعتقادات مذهبی و معنوی ممکن است بر روی اولویت دادن ارزش‌های اخلاقی بر علائق شخصی اثر داشته باشد یا بر روی نوع ارزش اخلاقی که اولویت بالا کسب می‌کند تأثیرگذار؛ برای مثال ارزش‌های مذهبی باعث می‌شود که در هنگام استدلال در یک موقعیت دشوار اخلاقی به دلسوزی، هم‌دلی و شناخت نیازهای دیگران اولویت داده شود و رفتار نوع دوستانه و ارتباطات اجتماعی تحریک گردد (۴۱). در یک جامعه مذهبی هنجارهای اجتماعی حاکم است که رفتارهای ضد اجتماعی را مانع می‌شود و رفتارهای نوع دوستانه را تحریک می‌کند. بنابراین ارزش‌های مذهبی ممکن است با القای احساس شرمندگی در افراد، آزار به دیگران را پیشگیری کند. در حقیقت هم مذهب و هم معنویت می‌تواند باعث تشویق فرد شود تا ابتدا ارزش‌های اخلاقی را تشخیص داده و سپس به این ارزش‌ها در مقابل علائق خود اولویت بالاتری بدهد (۴۱).

۴- شجاعت اخلاقی (moral courage): این جزء توسط Rest به عنوان استحکام نفس (ego strength)، استقامت (perseverance, toughness) و قدرت عقیده (strength of conviction) نام‌گذاری شد (۴۰). یک شخص ممکن است حساسیت اخلاقی کافی داشته باشد، بتواند خوب قضاوت اخلاقی بکند و حتی ممکن است به ارزش‌های اخلاقی اولویت دهد؛ اما اگر تحت فشار باشد به راحتی از انجام فعل اخلاقی خودداری کند. در این حالت این فرد فاقد جزء شجاعت اخلاقی می‌باشد. شجاعت اخلاقی

باید به ارزش‌های اخلاقی اولویت بیشتری بدهد و مسئولیت پیامدهای اخلاقی را به عهده بگیرد. برای مثال اگر یک دستیار پزشکی متوجه شد که اقدامات تشخیصی که برای بیماران انجام شده صحیح نیست و برای خود استدلال کرد که این اقدامات مطابق اصول قانونی نیست اما این موضوع برای وی نگرانی ایجاد نکرد در این صورت این فرد در سطح پایین کمال اخلاقی قرار می‌گیرد (۴۰). بنابراین شکست در انجام یک فعل اخلاقی ممکن است به دلیل عدم آگاهی فرد از آنچه در آن موقعیت اتفاق می‌افتد نباشد (جزء اول مدل Rest یعنی حساسیت اخلاقی) و یا حتی به این دلیل که نمی‌داند چه عملی صحیح است، نیست (جزء دوم مدل Rest یعنی استدلال اخلاقی) بلکه به این دلیل است که فرد ملاحظات اخلاقی را در مقابل سایر ارزش‌های حرفه خود، کنار می‌گذارد (۳۲).

کمال اخلاقی توسط بیبو (Bebeau) بیشتر توضیح داده شد و بیان کرد که در این مرحله ارزش‌های اخلاقی جزء شخصیت فرد می‌شود و اغلب این مورد به عنوان حرفه‌ای‌گری یا باتوجه به کدهای اخلاقی هر حرفه، به عنوان هویت حرفه‌ای (professional identity) یا شکل‌گیری هویت حرفه‌ای (identity formation) شناخته می‌شود (۴۳). این جزء مدل اغلب به عنوان انگیزه (motivation) یا خصلت (character) و یا حتی به عنوان تعهد (commitment) نام‌گذاری می‌شود (۴۰). فقدان این جزء وقتی اتفاق می‌افتد که فرد انگیزه کافی برای اولویت دادن به ارزش‌های اخلاقی در مقابل سایر ارزش‌ها از جمله منافع شخصی در سازمان نداشته باشد (۳۲).

مذهب و اعتقادات معنوی که به ارزش‌های اخلاقی اولویت بالائی می‌دهد می‌تواند به عنوان یک فرایند سایکولوژیک زمینه‌ای برای تحریک هویت‌یابی حرفه‌ای مؤثر باشد (۴۱). والکر و پیترز (Walker & Pitts) مطرح کردند که افراد مذهبی و معنوی به انتخاب‌ها و رفتار اخلاقی تعهد بیشتری دارند (۳۶). رست (Rest) در مروری از استدلال



مشخص شد در تعیین پیامدهای آموزش اخلاق پزشکی محققان هریک بر یک یا چند جزء این مدل تأکید دارند. به علاوه احتمالاً به دلیل مشکلات سنجش این اجزاء، در اکثر مطالعات تنها به سنجش قضاوت اخلاقی پرداخته شده است (۴۳). بنابراین در برنامه درسی بسیاری از دانشگاه‌ها این مراحل نادیده گرفته می‌شود و برنامه‌ای برای توانمند کردن فراگیران برای هر یک از چهار جزء وجود ندارد.

یکی از اجزاء مدل که در مطالعات به دلیل وجود ابزاری برای اندازه‌گیری آن بسیار به آن پرداخته شده است استدلال اخلاقی است. مطالعات نشان داده که دانشجویان پزشکی و دستیارانی که سطح بالاتری از استدلال اخلاقی دارند مراقبت بهتری برای بیمار ارائه می‌کنند (۵۰ تا ۵۲)، اما سلف (Self) در مطالعات خود نشان داد که دانشجویان پزشکی در طی دوره پزشکی آموزش کافی در مورد استدلال اخلاقی دریافت نمی‌کنند (۵۳ تا ۵۶) و برانچ (Branch) نیز در مقاله‌ای با عنوان حمایت از توسعه اخلاقی دانشجویان پزشکی بیان می‌کند که دانشجویان زیادی که باید در اوایل بزرگسالی وارد مرحله قراردادی (conventional) می‌شدند، تغییرات اندکی در توسعه اخلاقی شان اتفاق افتاده است که علت آن را فشارهای دریافت شده برای تطابق با فرهنگ غیررسمی حاکم بر بخش‌های پزشکی بیان کرد (۵۷). این در حالی است که محققان زیادی با ارائه مداخلاتی آموزشی مانند دادن فرصت برای بحث در گروه‌های کوچک بر روی مسایل دشوار اخلاقی توانستند استدلال اخلاقی را در بین دانشجویان افزایش دهند (۵۴ و ۵۸ تا ۶۰). بنابراین نیاز است که مسئولان آموزش پزشکی از چگونگی و کیفیت توسعه استدلال اخلاقی با برنامه‌ریزی مناسب برای این روشهای آموزشی اطمینان کسب کنند.

اما حمایت از دانشجویان پزشکی برای رشد اخلاقی آن‌ها تنها با تشویق آنها برای تفکر بر روی مسایل دشوار اخلاقی حاصل نمی‌شود. دانشجویان پزشکی در درس

نمی‌تواند ضمانت کند که فرد بقیه اجزا را به اندازه کافی داشته باشد؛ اما میزان خاصی از هر یک از این اجزاء برای انجام یک عمل اخلاقی لازم است (۳۲).

بیبو (Bebeau) این جزء را خصلت و توانمندی (character and competence) و همچنین به عنوان اجرایی کردن (implementation) نام‌گذاری نمود تا تأکید کند که در این حالت فرد بر موقعیت کنترل جامع دارد (۴۳). ممکن است یک فراگیر در برخورد با موقعیتی که از بیمار سوء استفاده می‌شود عکس‌العمل مؤثر داشته باشد و یا ممکن است فراگیر دیگری که به این سطح رشد اخلاقی نرسیده باشد هیچ عکس‌العملی نشان ندهد و یا قیافه مشکوک به خود بگیرد. فردی که از نظر این جزء در سطح بالا باشد مهارت لازم برای انجام رفتارهای اخلاقی در حرفه خود دارد (۴۰).

## بحث

به طور خلاصه بر اساس نتایج این مرور می‌توان گفت شکست در انجام فعل اخلاقی می‌تواند به دلیل فقدان هر یک از اجزاء مدل Rest باشد و هرچهار جزء، تعیین‌کننده رفتار اخلاقی هستند. بنابراین به کارگیری هر چهار جزء مدل می‌تواند در موفقیت برنامه‌های آموزشی مؤثر باشد. بر اساس تئوری پایه‌ای مدل رست (Rest)، فرایندهای سایکولوژیک متعددی باعث بروز یک رفتار اخلاقی قابل مشاهده خواهد شد؛ همچنین بین این اجزا تعاملات پیچیده‌ای وجود دارد و بر روی یکدیگر اثر می‌گذارند. رست (Rest) و همکارانش اعتقاد داشتند که ترکیب اطلاعات مربوط به کلیه اجزاء در پیش‌بینی صحیح‌تر رفتار اخلاقی کمک می‌کند و رشد اخلاقی با درگیری هر چهار جزء اتفاق می‌افتد. برای رشد اخلاقی به نظر می‌رسد که این اجزاء باید به ترتیب در فرد رشد کند یعنی ابتدا حساسیت اخلاقی، سپس استدلال اخلاقی و کمال اخلاقی و سرانجام شجاعت اخلاقی باید در فرد بروز کند (۳۲).

اما همان‌طور که در مرور اهداف برنامه درسی اخلاق نیز

حرفه‌ای یا انگیزه اخلاقی است. مورتون و بیبو (Morton & Bebeau) اعتقاد داشتند که دانشجویان در ابتدا هویت حرفه‌ای را کسب نکرده‌اند و یا حتی هنوز قالبی برای این فرایند ندارند (۴۱ و ۴۳) و هویت‌یابی حرفه‌ای باید به عنوان یک پروسه‌ای که در تمام طول عمر نیاز به توسعه دارد در نظر گرفته شود. اگر استانداردهای حرفه‌ای در دانشجویان درونی نشود کدهای اخلاقی به عنوان یک راهنما توسط فراگیران درک می‌شود و آنها تنها به خاطر جلوگیری از تنبیه و یا کسب پاداش از آن تبعیت می‌کنند. بنابراین تا زمانی که محیط آموزشی باعث توسعه هویت‌یابی حرفه‌ای نشود، برنامه‌های آموزشی در القا کردن ارزش‌ها ناموفق خواهد بود. Bebeau نشان داد که بعضی از دانشجویان در بدو ورود به حرفه نمی‌توانند مفاهیم حرفه خود را بپذیرند. حتی بعد از آموزش در دانشگاه نیز بعضی از دانشجویان قادر به پذیرش نیستند بنابراین قالب مفهومی کدهای حرفه‌ای نمی‌تواند به خودی خود قابل فهم باشد بلکه باید به طور مکرر در طول آموزش حرفه مورد بازبینی قرار گیرد تا هویت حرفه‌ای در دانشجویان توسعه پیدا کند (۵۷). به همین منظور یادگیری همراه با بازاندیشی به عنوان کلید اصلی کسب مهارت اخلاقی پیشنهاد شده است. در حقیقت اگر یادگیری کدهای اخلاقی با تمرین بدون بازاندیشی اتفاق افتد نمی‌تواند باعث رشد تعهد اخلاقی شود. بنابراین باید دانشجویان بتوانند به راحتی احساسات و اعتقادات خود را تحت حمایت اساتید و هم گروه‌های خود بیان کنند تا بینش نسبت به کدهای اخلاقی حرفه خود کسب کنند و در نتیجه تعهدات اخلاقی نسبت به آن کدها تقویت شود (۵۷).

مورتون (Morton) در بررسی ارتباط بین سه جزء از چهار جزء مدل رست (Rest) یعنی استدلال بالینی، حساسیت اخلاقی و انگیزه اخلاقی در هنگام تصمیم‌گیری اخلاقی نشان داد که اگر فرد مهارت نگرشی و شناختی کامل داشته باشد در این حالت معنویت و مذهب برای

اخلاق که با روش سخنرانی و شاید تنها با ارائه موردهایی که به وضوح مسأله اخلاقی آن بیان می‌شود فرصتی برای بررسی و تشخیص موقعیت از نظر اخلاقی ندارند (۴۰). هبرت (Hebert) با این اعتقاد که حساسیت اخلاقی برای قضاوت اخلاقی اساسی می‌باشد با طراحی یک ابزار به اندازه‌گیری میزان حساسیت اخلاقی دانشجویان پزشکی پرداخت و نتیجه گرفت که حساسیت اخلاقی دانشجویان در سال اول تحصیل افزایش می‌یابد و پس از آن تا اتمام طول تحصیل کاهش می‌یابد (۶۱). این در حالی است که تحقیقات نشان داده که مهارت استدلال اخلاقی در محیطی پرورش می‌یابد که پیچیدگی‌های شناختی دارد و برای مواجهه با آن نیاز به توانایی هم‌دلی و مدیریت هیجان‌ها است (۴۵ و ۵۱). دانشجویان پزشکی در بخش‌های بالینی به صورت عملی با موقعیت‌های دشوار اخلاقی مواجه می‌شوند. این موقعیت فرصت ادغام مهارت حساسیت اخلاقی، استدلال اخلاقی، تعهد اخلاقی و شجاعت اخلاقی را فراهم می‌کند. بنابراین می‌توان از این فرصت‌ها برای آموزش یکی دیگر از اجزاء مهم این مدل که در برنامه‌های درسی اخلاق پزشکی به آن به خوبی پرداخته نشده است یعنی مهارت حساسیت اخلاقی استفاده کرد. محیط بالینی دانشکده‌های پزشکی فرصت استدلال در مورد موقعیت‌های پیچیده و همراه با چالش‌های هیجانی فراهم می‌کند. اما مطالعات نشان داده که یک محیط امن همراه با توجه به دیدگاه‌های بیمار و قبول نقش هیجان‌ها در مواجهه با بیماران در حال حاضر در دانشگاه‌ها برای فراگیران وجود ندارد. این محیط‌ها از نظر الگوی نقش اخلاقی، رشد مهارت مدیریت هیجان‌ها و استدلال همراه با هم‌دلی کاملاً مناسب نیست. بنابراین چنین محیط‌هایی از حمایت فراگیران برای ادغام شناخت و مهارت هیجانی که برای توسعه استدلال اخلاقی و تفکر سطوح بالا نیاز است، ناموفق خواهد بود (۴۱).

جزء دیگر مدل Rest که باید در ادامه حمایت دانشجویان برای رشد اخلاقی مورد توجه قرار گیرد هویت‌یابی

موقعیت‌هایی در دوره علوم پایه نیز که می‌تواند برای آموزش این مهارت‌ها کاربرد داشته باشد باید مورد توجه محققان قرار گیرد.

مطالعات بیش‌تر برای تعیین روش‌ها و الگوهای تدریس و همچنین روش‌های ارزشیابی هر یک از این مهارت‌ها توصیه می‌شود. به علاوه باید محققان در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران به بررسی بیش‌تر نقش مذهب و اعتقادات اسلامی در بین دانشجویان و اساتید در هر یک از این چهار جزء بپردازند.

### نتیجه‌گیری

مدل‌های رشد شناختی در توسعه اخلاق به اساتید کمک می‌کند تا بتوانند برای آموزش اخلاق برنامه‌ریزی و اقدام کنند. باید توجه داشت که برپایه مدل رست (Rest)، آموزش اخلاق تنها آموزش قضاوت اخلاقی یا اصول اخلاقی نیست. بلکه برای آموزش رفتار اخلاقی نیاز است که بر یادگیری حساسیت اخلاقی یعنی کنترل هیجان‌ها، تحمل ابهام برای داشتن دیدگاه‌های چندگانه در موقعیت دشوار و هم‌دلی و همچنین هویت یابی حرفه‌ای نیز تأکید شود. باید یادگیرندگان را با موقعیت‌های دشوار اخلاقی مواجه کرده و برای آنها فرصت تشخیص موقعیت و آشنایی با انواع حقایق و دیدگاه‌های موجود در مورد دنیای واقعی را فراهم نمود. در این موقعیت یک استاد با ارائه نقش الگویی خود و با ایجاد فضایی که مشوق ارزش‌های اخلاقی است می‌تواند در آموزش بهتر دانشجویان نقش به‌سزایی داشته باشد. به علاوه دادن فرصت به فراگیران برای بحث در مورد کدهای اخلاقی باعث کسب بینش نسبت به آنها و تقویت تعهد اخلاقی خواهد شد. این آموزش‌ها نباید محدود به بخش یا دوره خاصی باشد و باید در تمامی سطوح انجام پذیرد.

استدلال اخلاقی مفید است. یعنی مذهب و معنویت زمانی برای استدلال اخلاقی کارآمد است که مهارت هم‌دلی و مهارت ادغام شناخت و هیجان و کنترل هیجان‌ها در فرد توسعه کامل یافته باشد. این مهارت‌های شناختی-نگرشی برای استفاده اعتقادات مذهبی در موقعیت‌های اخلاقی لازم است؛ به علاوه وی نشان داد که ارزش‌های اخلاقی که به دنبال تکامل معنویت در فرد جزء خصلت فرد خواهد شد باعث تحریک استدلال اخلاقی خواهد شد اما این اثر محدود است و تا زمانی که فرد مهارت‌های بین فردی برای به کارگیری ارزش‌ها در موقعیت‌های چالش برانگیز هیجانی نداشته باشد، اثربخش نخواهد بود (۴۱).

تکامل معنوی فرد و بلوغ شناختی و هیجانی هر یک بر دیگری می‌تواند اثرگذار باشد و هر یک رشد دیگری را موجب شود. زمانی که تکامل مذهبی و معنوی با توانایی شناختی و نگرشی هم‌زمان شود در این صورت استدلال اخلاقی در فرد پیشرفت می‌کند (۴۱). بنابراین یک دانشجوی پزشکی که آموزش در دانشکده پزشکی را با حساسیت و انگیزه اخلاقی کافی شروع می‌کند، در طول تمام دوره آموزش پزشکی، استدلال اخلاقی وی رشد و توسعه کافی پیدا می‌کند. اما دانشجویی که تکامل ناکافی در زمینه مهارت بین فردی دارد و ارزش‌ها برای وی کم‌تر درونی شده است در این صورت استدلال اخلاقی در وی کم‌تر رشد می‌کند. بنابراین آموزش دانشجویان باید هم‌زمان با توسعه ویژگی‌های حرفه‌ای باعث افزایش مهارت‌های بین فردی، مهارت مدیریت هیجان‌ها، توانایی تحمل ابهام و ساخت دیدگاه‌های مختلف باشد.

اما نباید فراموش کرد همان‌طور که هافرتی و فرانکز (Hafferty & Franks) مطرح کردند در تمام جنبه‌های آموزش پزشکی ارزش‌ها و اخلاق به طور عمقی نهفته است و باید در تمامی سطوح حتی در دوره علوم پایه آموزش اخلاق داده شود (۱۳)؛ بنابراین تعیین

### منابع

1. Devettere RJ. Practical decision making in health care ethics: Cases and concepts. Washington DC:

- Georgetown Univ Pr; 2009.
2. Kaldjian LC, Weir RF, Duffy TP. A clinician's approach to clinical ethical reasoning 6. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(3): 306-11.
  3. Kim S. Development and Initial Psychometric Evaluation of Nurses' Ethical Decision Making Around End-of-Life-Care Scale in Korea. *J Hosp Palliat Nurs.* 2011; 13(2): 97-105.
  4. 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.
  5. Goldie J. Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2000; 34(2): 108-19.
  6. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ.* 2003; 168(7): 840-4.
  7. Morton KR, Lamberton HH, Testerman JK, Worthley JS, Loo LK. Why does moral reasoning plateau during medical school?. *Acad Med.* 1996;71(1):5.
  8. Goldie JG. The detrimental ethical shift towards cynicism: can medical educators help prevent it?. *Med Educ.* 2004; 38(3): 232-4.
  9. Tsai TC, Harasym PH. A medical ethical reasoning model and its contributions to medical education. *Med Educ.* 2010; 44(9): 864-73.
  10. Gross ML. Medical ethics education: to what ends?. *J Eval Clin Pract.* 2001; 7(4): 387-97.
  11. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM. Medical ethics education: Coming of age. *Acad Med.* 1989 ; 64(12): 705-14.
  12. Freeman JW, Wilson AL. Virtue and longitudinal ethics education in medical school. *S D J Med.* 1994; 47(12): 427-30.
  13. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine.* *Acad Med.* 1994; 69(11): 861-71
  14. Glick SM. The teaching of medical ethics to medical students. *J Med Ethics.* 1994; 20(4): 239-243.
  15. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine.* New York: McGraw Hill; 2006.
  16. Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2004; 140(1): 54-9.
  17. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ.* 1994; 309(6948):184-8.
  18. Drane JF. Methodologies for clinical ethics. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1990;24(4):394-404.
  19. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* 5<sup>th</sup> ed. Oxford :Oxford university press; 2001.
  20. Alfandre D, Rhodes R. Improving ethics education during residency training. *Med Teach.* 2009; 31(6): 513-7.
  21. Barnitt R, Partridge C. Ethical reasoning in physical therapy and occupational therapy. *Physiother Res Int.* 1997; 2(3): 178-94.
  22. Baumann-Hölzle R1, Maffezzoni M, Bucher HU. A framework for ethical decision making in neonatal intensive care. *Acta Paediatr.* 2005; 94(12): 1777-83.
  23. Buchanan D. Moral reasoning as a model for health promotion. *Soc Sci Med.* 2006; 63(10): 2715-26.
  24. Greipp ME. Undermedication for pain: an ethical model. *ANS Adv Nurs Sci.* 1992; 15(1): 44-53.
  25. Grundstein-Amado R. Ethical decision-making processes used by health care providers. *J Adv Nurs.* 1993; 18(11): 1701-9.
  26. Haddad AM. The Anatomy and Physiology of Ethical Decision Making in Oncology. *Journal of Psychosocial Oncology.* 1993; 11(1): 69-82.
  27. Hayes B. A model for ethical CPR decision-making. *BMJ Support Palliat Care.* 2011;1(1):83.
  28. Iserson KV. Ethical dilemmas in hematologic/oncologic emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 1993; 11(2): 531-43.
  29. Kenny B, Lincoln M ,Balandin S. A dynamic model of ethical reasoning in speech pathology. *J Med*

- Ethics. 2007; 33(9): 508-13.
30. Marco CA, Shriner C. The ABC framework for ethical decision making. *Med Educ.* 2010; 44(5): 502.
- Miller PL. Application of a Model to Guide Ethical Decision Making in Burn Treatment. *J Burn 31. Care Rehabil.* 2000; 21(5): 433-8.
32. Rest JR. *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics.* United Kingdom: Taylor & Francis; 1994.
33. Myyry L. Components of morality. University of Helsinki; 2003. [cited 2014 Feb 23]. available from: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosps/vk/myyry/componen.pdf>
34. You D, Maeda Y, Bebeau MJ. Gender differences in moral sensitivity: a meta-analysis. *Ethics & Behavior.* 2011; 21(4): 263-82.
35. Hoffman ML. Empathy, its limitations, and its role in a comprehensive moral theory. In *Morality, moral behavior, and moral development.* 1984: 283-302.
36. Walker LJ, Pitts RC. Naturalistic conceptions of moral maturity. *Dev Psychol.* 1998; 34(3):403-19.
37. Boyd D. The character of moral development. In: Puka B, editors. *Moral Development: Caring voices and women's moral frames.* New York: Garland Publishing Inc; 1994: 449-77.
38. Blasi A. Bridging moral cognition and moral action: A critical review of the literature. *Psychological Bulletin.* 1980;88(1):1-45.
39. Walker LJ. The model and the measure: An appraisal of the Minnesota approach to moral development. *Journal of Moral Education.* 2002; 31(3): 353-67.
40. Chambers DW. Developing a self-scoring comprehensive instrument to measure rest's four-component model of moral behavior: The moral skills inventory. *J Dent Educ.* 2011; 75(1): 23-35.
41. Morton KR, Worthley JS, Testerman JK, Mahoney ML. Defining features of moral sensitivity and moral motivation: pathways to moral reasoning in medical students 1. *Journal of Moral Education.* 2006; 35(3): 387-406.
42. Thoma S. Moral judgments and moral action. In: Rest JR, Narvaez D, editors. *Moral development in the professions.* UK: Psychology Press; 1994: 199-211.
43. Bebeau MJ. The defining issues test and the four component model: Contributions to professional education. *J Moral Educ.* 2002; 31(3): 271-95.
44. Pizarro D. Nothing more than feelings? The role of emotions in moral judgment. *Journal for the Theory of Social Behaviour.* 2000; 30(4): 355-75.
45. Labouvie-Vief G, Diehl M. Cognitive complexity and cognitive-affective integration: Related or separate domains of adult development?. *Psychol Aging.* 2000; 15(3): 490-504.
46. Ham K. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. *J Contin Educ Nurs.* 2004; 35(3): 66-73.
47. Rahnema A. [Introduction to Moral Education]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Aeizh; 2009. [persian]
48. Dierckx de Casterlé B1, Roelens A, Gastmans C. An adjusted version of Kohlberg's moral theory: Discussion of its validity for research in nursing ethics. *J Adv Nurs.* 1998; 27(4): 829-35.
49. Rest JR, Bebeau MJ, Thoma SJ. *Postconventional moral thinking: A neo-Kohlbergian approach.* United Kingdom: Taylor & Francis; 1999.
50. Sheehan TJ, Candee D, Willms J, Donnelly JC, Husted SDR. Structural equation models of moral reasoning and physician performance. *Eval Health Prof.* 1985; 8(4): 379-400.
51. Morton KR, Worthley JS, Nitch SR, Lamberton HH, Loo LK, Testerman JK. Integration of cognition and emotion: A postformal operations model of physician-patient interaction. *Journal of Adult Development.* 2000; 7(3): 151-60.
52. Candee D, Sheehan TJ, Cook CD, Husted SD, Bargen M. Moral reasoning and decisions in dilemmas of neonatal care. *Pediatr Res.* 1982; 16(10): 846-50.
53. Self DJ, Skeel JD, Jecker NS. A comparison of the moral reasoning of physicians and clinical medical ethicists. *Acad Med.* 1993; 68(11): 852-5.

54. Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC Jr. Clarifying the relationship of medical education and moral development. *Acad Med.* 1998; 73(5): 517-20.
55. Self DJ, Olivarez M. Retention of moral reasoning skills over the four years of medical education. *Teach Learn Med.* 1996; 8(4): 195-9.
56. Self DJ, Baldwin DC. Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study. *Acad Med.* 1998;73(10 Suppl):S91-3.
57. Branch JW. Supporting the moral development of medical students. *J Gen Intern Med.* 2000; 15(7): 503–508.
58. Asghari F, Samadi A, Dormohammadi T. Effectiveness of the Course of Medical Ethics for Undergraduate Medical Students. *J Med Ethics Hist Med.* 2009; 2: 7.
59. Self DJ, Baldwin DC, Olivarez M. Teaching medical ethics to first-year students by using film discussion to develop their moral reasoning. *Acad Med.* 1993; 68(5): 383-5.
60. Al-Jalahma M, Fakhroo E. Teaching medical ethics: Implementation and evaluation of a new course during residency training in Bahrain. *Educ Health (Abingdon).* 2004; 17(1): 62-72.
61. Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics.* 1992; 18(3): 142-7.

# The Outcomes of Ethics Education to Medical Students Based on Moral Reasoning Models

Athar Omid<sup>1</sup>, Nikoo Yamani<sup>2</sup>, Peyman Adibi<sup>3</sup>

## Abstract

**Introduction:** For years, the importance of medical ethics education in medical schools has been emphasized but there is no consensus over learning goals yet. This study aimed to investigate the learning outcomes of medical ethics education based on models of moral reasoning.

**Methods:** This study is a review using proper keywords in databases such as Medline, Web of Science, Scopus, and Eric limiting the results to papers published from 1990 to 2012 which resulted in finding 61 articles. Seven articles related to learning objectives and 12 articles related to the model were investigated.

**Results:** Researchers have different views on learning objectives of medical ethics education. Some believe that the goal of ethics education is to train virtuous physicians. Others believe that the more practical and measurable goal is moral reasoning skills. Showing the cognitive and attitudinal elements of an ethical behavior, however, Rest Model postulates the four components for ethical behavior to flourish.

**Conclusion:** For teaching ethics education, skills such as emotional control, tolerance of ambiguity for multiple perspectives, and empathy in difficult situations should be taught in addition to teaching ethical principles. Moreover, appropriate environments regarding role modeling and encouraging ethical values must be provided for learners. Providing reflective opportunities also will bring insight on ethical codes that results in increasing moral commitment.

**Keywords:** medical ethics, Rest model, Kohlberg's theory, curriculum, learning outcomes, medical students, moral reasoning

## Addresses:

<sup>1</sup> Ph.D. Candidate, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: athar\_omid@yahoo.com

<sup>2</sup> (✉) Assistant Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: yamani@edc.mui.ac.ir

<sup>3</sup> Professor, Medicine, Integrative Functional Gastroenterology Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: adibi@med.mui.ac.ir