

ارایه، ارزیابی و مقایسه‌ی مدل‌های رایج تصمیم‌سازی اخلاقی در پزشکی

منصوره مدنی^۱، سعیده سعیدی تهرانی^{۲*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۵

تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۲/۲۵

مقاله‌ی مروری

چکیده

دوره‌های اخلاقی یکی از مهم‌ترین مسائل اخلاقی پزشکان است که در طی فعالیت حرفه‌ای آنان، به کرات رخ می‌دهد و در صورتی که پزشک، توانایی و مهارت کافی برای مواجهه با آن را کسب نکرده باشد، ممکن است به سمت رفتارهای غیراخلاقی سوق داده شود. متخصصان اخلاق زیستی، همواره دغدغه‌ی حل دوره‌های اخلاقی، در عرصه‌ی فعالیت‌های حرفه‌ای پزشکان و تسهیل در امر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را داشته‌اند. از این‌رو، آنان در اغلب موارد تلاش کرده‌اند تا با تلفیق مناسبی از مکاتب اخلاقی گوناگون، به یک راه‌حل کاربردی و مفید دست یابند. ارائه‌ی مدل‌های تصمیم‌گیری، بخشی از این تلاش برای کاربردی کردن اخلاق در پزشکی است. حل دوره‌های اخلاقی پزشکان، بدون کسب مهارت، امکان‌پذیر نیست و تسلط در به‌کارگیری یک مدل تصمیم‌گیری، می‌تواند جزئی از این مهارت‌آموزی باشد.

این مدل‌ها با نشان دادن چارچوب‌های مختلف درصدد کمک به تصمیم‌سازی اخلاقی در عرصه‌ی سلامت هستند. این مقاله درصدد معرفی، ارزیابی و مقایسه‌ی مدل‌های رایج تصمیم‌سازی اخلاقی پزشکی است تا با معرفی این رویکرد، به یافتن راه‌حل‌های مناسب در زمان مواجهه با چالش‌ها و دوره‌های اخلاقی کمک کند. از این‌رو، مقاله با برشمردن مزایای استفاده از مدل و معرفی اجمالی مدل‌های طرفدار، پیشنهاد می‌کند که در تصمیم‌گیری‌ها، حل مسائل اخلاقی و تحلیل موارد اخلاقی، رویکرد استفاده از مدل مدنظر قرار گیرد. اگرچه هر مدل معایب و مزایایی دارد، ولی کسب مهارت در کاربرد هر یک از این مدل‌ها، تصمیم‌گیری را تسهیل خواهد کرد.

واژگان کلیدی: تصمیم‌سازی اخلاقی، چالش اخلاقی، دوره‌های اخلاقی، مدل‌های تصمیم‌سازی اخلاقی

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران،

Email: mansuremadani@gmail.com

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: s.saeeditehrani@yahoo.com

* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۶۶۱.

Email: s.saeeditehrani@yahoo.com

مقدمه

دوراهی اخلاقی، یک بلا تکلیفی عملی است که در آن فاعل ناچار است که یکی از دو یا چند بدیل و گزینه را جداگانه اختیار کند. بنابراین، فرد در موقعیتی قرار می‌گیرد که ناچار به انجام یک کار غیر اخلاقی یا ترک یک وظیفه‌ی اخلاقی است (۱). بدین معنا که بر سر راه انجام وظیفه‌ی فرد، مانعی قرار گرفته است. دوراهی‌های اخلاقی یکی از مهم‌ترین مسائل اخلاقی پزشکان هستند که در طی فعالیت حرفه‌ای آنان، به کرات رخ می‌دهند و آن‌ها را در وضعیت بلا تکلیفی عملی قرار می‌دهند. در صورتی که پزشک، توانایی و مهارت کافی برای مواجهه با آن را کسب نکرده باشد، ممکن است به سمت رفتارهای غیر اخلاقی سوق داده شود (۲، ۳). هم‌چنین، ابهام موجود در یک دوراهی اخلاقی، راه را برای سوء استفاده یا خود فریبی پزشکان بی‌تعهد فراهم می‌سازد. حل دوراهی اخلاقی یکی از مشکلات بزرگ هم در سطح فلسفه‌ی اخلاق و هم در سطح اخلاق کاربردی بوده است.

مکاتب اخلاقی مختلف، به شیوه‌های گوناگونی با دوراهی اخلاقی مواجه شده‌اند. ساختار برخی از نظریه‌های اخلاقی به گونه‌ای است که با مشکل دوراهی اخلاقی مواجه نمی‌شوند یا به سادگی آن را رفع می‌کنند، مانند نظریه‌ی سودگرایی که قائل به یک اصل منفرد است. ولی نظریه‌هایی که قائل به اصول اخلاقی متعدد هستند، به طور جدی با مشکل دوراهی اخلاقی روبه‌رو هستند. این نظریه‌ها که اکثریت مکاتب اخلاقی را شامل می‌شوند، از راه‌های گوناگونی مانند رتبه‌بندی اصول، قائل شدن به استثناء، تکیه بر شهود و حتی انکار امکان وجود دوراهی، در صدد توجیه مسأله برآمده‌اند (۴).

اما رویکرد متخصصان اخلاق زیستی متفاوت است؛ آن‌ها در پی ارائه یا دفاع از یک نظریه‌ی خاص نیستند، بلکه دغدغه‌ی اصلی آنان، حل دوراهی اخلاقی در عرصه‌ی

فعالیت‌های حرفه‌ای پزشکی و تسهیل در امر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی آن‌ها است. از این‌رو، آنان در اغلب موارد، تلاش کرده‌اند تا با تلفیق مناسبی از مکاتب اخلاقی گوناگون به یک راه‌حل کاربردی و مفید دست یابند. یکی از این راه‌کارهای عملیاتی طراحی مدل‌های تصمیم‌گیری متعدد بوده است.

حل دوراهی‌های اخلاقی جزو دغدغه‌های بزرگ اخلاق پزشکی است. پزشکان گاهی دوراهی را به طور فردی حل کرده و گاهی با استفاده از مشاوران و به شکل تیمی به حل آن می‌پردازند (۵). مطالعات نشان داده‌اند که مشاوره‌های سازنده و حل دوراهی، اثرات ملموس و کاربردی بسیاری در نظام سلامت خواهند داشت؛ از جمله افزایش رضایت‌مندی بیماران، کاهش بار تصمیم‌گیری، کاهش طول مدت بستری و استفاده از درمان‌های نجات‌بخش در شرایط حساس (۶، ۷).

حل دوراهی اخلاقی پزشکان بدون کسب مهارت در حل این دوراهی، امکان‌پذیر نیست (۸). به منظور افزایش مهارت پزشکان و مشاوران اخلاقی در حل دوراهی اخلاقی، باید بر عواملی تمرکز کرد که قابل اکتساب و آموزش باشند تا بتوان از طریق کسب و آموختن آن، به تأثیرات عملی قابل توجهی دست یافت (۹). یکی از آن مهارت‌ها، آشنایی با مدل‌های تصمیم‌سازی اخلاقی است که تسلط در به‌کارگیری یک مدل تصمیم‌گیری، می‌تواند جزئی از این مهارت‌آموزی باشد. این مدل‌ها با نشان دادن چارچوب‌های مختلف در صدد کمک به تصمیم‌سازی اخلاقی هستند. هیچ یک از این مدل‌ها به تنهایی پاسخ‌گوی همه‌ی مشکلات اخلاقی پزشکان نیستند، ولی هر کدام می‌توانند برای حل بسیاری از دوراهی‌ها راه‌گشا باشند (۱۱، ۱۰). این مقاله ضمن برشمردن مزایای استفاده از مدل، مشهورترین مدل‌های تصمیم‌گیری را که دارای بیش‌ترین استناد و استفاده در نظام سلامت هستند، ارائه، ارزیابی و مقایسه کرده است تا انتخاب یک مدل تصمیم‌گیری را تسهیل

پزشکان قرار می‌دهند و با پررنگ کردن ملاحظات خاص، پزشک و ارائه‌دهنده‌ی خدمت را به سمت بهترین و عملی‌ترین تصمیم سوق می‌دهند (۱۴)؛

(ج) مدل‌ها قابلیت آموزش به فراگیران را دارند. در اخلاقی‌سازی تصمیم‌گیری، آموزش نقش به‌سزایی دارد. دادن راه‌کاری که قابلیت آموزش به فراگیران را داشته باشد، بسیار با اهمیت است. مدل‌ها به‌سادگی قابل یادگیری هستند و مهارت تصمیم‌گیری افراد را افزایش می‌دهند؛

(د) مدل‌ها امکان ارزیابی و مقایسه‌ی تصمیمات گرفته شده با هم را نیز ایجاد می‌کنند (۱۵)؛

(و) مدل‌ها باعث می‌شوند که ملاحظات و نکات پیش‌رو، یک‌جا و سریع‌تر و عملی‌تر در دسترس باشند. آن‌ها از یک‌سو قاعده و نظریه‌ی مبنای مدل را نشان می‌دهند و از سوی دیگر، غالباً عملیاتی طراحی شده‌اند و راه را برای آنالیز و ارزیابی مسأله، آسان می‌کنند (۱۰).

انواع کلی مدل‌های تصمیم‌گیری

مدل‌های فراوانی برای تصمیم‌گیری اخلاقی پزشکان و سایر حرفه‌های مرتبط با حوزه‌ی درمان و سلامت ارائه شده است (۱۷، ۱۶). در این مقاله، از بین این مدل‌ها، مدل‌هایی شرح داده شده است که بیش از سایر مدل‌ها در مباحث تصمیم‌گیری اخلاقی به‌کار گرفته شده‌اند و از شهرت بیشتری برخوردار هستند. این مدل‌ها عمدتاً در چند سال اخیر، طراحی شده‌اند و ارائه‌کنندگان آن‌ها مدعی‌اند که به‌وسیله‌ی آن‌ها، می‌توان بخش بزرگی از مشکلات اخلاقی پزشکان را حل و فصل کرد. هیچ‌یک از این مدل‌ها، نمی‌توانند در مورد همه‌ی دوره‌های اخلاقی اجرا شوند، ولی در طراحی هر مدل تلاش شده است تا طیف گسترده‌تری از دوره‌های اخلاقی را شامل شود. هر یک از این مدل‌ها، از سوی سایرین با نقدهایی روبه‌رو شده است، ولی به‌نظر می‌رسد که به‌طور کلی، انتخاب یک مدل و کسب مهارت در به‌کارگیری آن،

کرده باشد و از این طریق به حل دوره‌های اخلاقی و مسائل اخلاقی کمکی کرده باشد.

روش کار

این مطالعه بر اساس جست‌وجو در منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی با استفاده از پایگاه‌های معتبر google scholar, pubmed, ovid, springer, ethical decision making model framework, dilemma ethical challenge, در سال ۱۳۹۴ نگاشته شد. در مجموع، مقالات ۳۰ سال گذشته مورد بازبینی قرار گرفتند و سعی شد از مقالاتی که از نظر زمانی نزدیک‌تر بودند بیش‌تر استفاده شود. معیار ما برای معرفی، بررسی و مقایسه‌ی مدل‌ها در این نوشتار، میزان استناد و ارجاع و استفاده از آن‌ها در مقالات و گزارشات علمی بوده است. مثلاً مشهورترین مدل، مدل جانسون است که دارای ۸۷۴ بار استناد در مقالات رسمی و مطرح دنیا است. در این مقاله هم‌چنین، از کتاب‌های الکترونیک در دسترس و مقالات فارسی بهره‌گرفته شده است.

مزایای کاربرد مدل در تصمیم‌گیری

به‌وجود آمدن دوره‌ی و چالش‌های اخلاقی در زمینه‌ی طبابت، امری‌گریزناپذیر است و حل این دوره‌های اخلاقی و ایجاد تصمیم‌سازی اخلاقی در ارائه‌ی خدمات سلامت، اهمیت ویژه‌ای دارد (۸). یکی از روش‌های کمک‌کننده برای حل این چالش‌ها و دوره‌های اخلاقی، استفاده از مدل‌های تصمیم‌سازی اخلاقی است. این مدل‌ها هم در روشن شدن و حل شدن چالش بسیار کمک‌کننده هستند و هم آموزش مهارت تصمیم‌سازی و تحلیل چالش‌های اخلاقی به فراگیران و پزشکان را تسهیل می‌کنند. برای مدل‌ها فواید متعددی می‌توان برشمرد، از جمله:

(الف) مدل‌ها چارچوب و دسته‌بندی منظم و طبقه‌بندی شده‌ای را در اختیار فرد تصمیم‌گیرنده قرار می‌دهند (۱۳، ۱۲)؛

(ب) نکاتی که در هر مورد باید ارزیابی شود را در اختیار

به‌عنوان مثال، Steadtler معتقد است که ارزش‌های فرد تصمیم‌گیرنده، به‌ویژه ارزش‌های غیراخلاقی مانند منافع مالی، باید تا حد امکان محدود شود. او برای ارزیابی کلیت، عمومیت و عدالت رویه‌ی پیشنهادی، یک تست اخلاقی به صورت زیر طراحی می‌کند: ۱- آیا این عمل منصفانه است؟ ۲- آیا آن را به نزدیکانم توصیه می‌کنم؟ ۳- آیا مایلم که رفتارم عمومیت پیدا کند؟.

اغلب مدل‌هایی که در اخلاق پزشکی مطرح شده است عمل محور هستند، مثلاً مدل معروف Kitchener و مدل چهار اصلی اخلاق زیستی که توسط Beauchamp و Childress طراحی شدند (۱۹)، در این دسته قابل طبقه‌بندی هستند.

ج: جست‌وجوی فرایندی برای تصمیم‌گیری

گروه سوم محققانی هستند که بدون ارائه‌ی یک مدل تصمیم‌گیری خاص، به ارائه‌ی فرایندی برای تصمیم‌گیری پرداخته‌اند. از این گروه می‌توان به راه‌کار Handert که در همین مقاله به آن پرداخته خواهد شد، اشاره کرد (۲۰).

مدل‌های متداول تصمیم‌گیری اخلاقی در پزشکی

در ادامه، تعدادی از این مدل‌ها که کارآمدترین و مشهورترین هستند، به ترتیب اشاره شده و تلاش می‌شود که از تکرار بخش‌های مشابه پرهیز شود. از این‌رو، مدل اول با تفصیل بیش‌تری ذکر شده است و در مدل‌های بعد به اشاره‌ای اجمالی و توضیح وجوه تمایز اکتفا شده است.

مدل چهارجزئی Jonsen، Mark Siegler، William J.

Winslade

این مدل، معروف‌ترین مدل تصمیم‌گیری اخلاقی پزشکان است که در بسیاری از تالیفات اخلاق پزشکی، به‌عنوان روشی برای تصمیم‌گیری به آن اشاره شده است. ارائه‌کنندگان این مدل، در کتابی به‌نام «رویکردی عملی به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب بالینی»، به تفصیل در باب مدل پیشنهادی خود به بحث پرداخته‌اند و از مثال‌های گوناگونی بهره

عاملی برای تسهیل و تسریع در تصمیم‌گیری بوده و توانایی حل دوراهی را افزایش می‌دهد و در صورتی که به خوبی فراگرفته شود و مهارت کافی در به‌کارگیری آن‌ها کسب گردد، می‌تواند پزشکان را در حل دوراهی اخلاقی یاری دهد.

اگر در آثاری که در باب تصمیم‌گیری اخلاقی به نگارش درآمده است بازبینی جامعی به‌عمل‌آید، از بررسی مدل‌های ارائه شده برای تصمیم‌گیری اخلاقی، خواهیم دید که سه نوع رویکرد نسبت به تصمیم‌گیری اخلاقی صورت گرفته است. این رویکردها شامل مدل‌های فلسفه‌محور و مدل‌های تجربی یا عمل‌محور، و بالاخره رویکردهایی است که بدون ارائه‌ی یک مدل خاص، به تبیین فرایندی برای تصمیم‌گیری پرداخته‌اند.

الف: مدل‌های تصمیم‌گیری فلسفه‌محور

گروهی از مؤلفان تلاش کرده‌اند که تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را بر نوعی نظر یا فلسفه مبتنی کنند. از این گروه می‌توان به مدل Hare اشاره کرد. از نظر او، تکیه بر شهود صرف، برای حل مسائل کافی نیست و ما برای حل مسائل اخلاقی، نیازمند نوعی تفکر پیشرفته‌تر و غیرشهودی هستیم. دیدگاه فلسفی Hare، بعدها مبنای مدل تجربی و معروف Philip Kitchener و سپس محققان دیگر قرار گرفت. نمونه‌ی دیگر، Gottlieb و همکارانش بودند که به فرآیند تحلیل مرحله‌به‌مرحله‌ی تصمیم، توجه نشان دادند که طی آن، یک تصمیم به اجزایش تجزیه می‌شود و از این طریق صحت آن ارزیابی می‌شود (۱۸).

ب: مدل‌های عمل‌محور تصمیم‌گیری

این مدل‌ها از جهت نظری تحلیل کم‌تری دارند یا از نظر فلسفی از وضوح و شفافیت کمتری برخوردارند. در این مدل‌ها تلاش می‌شود تا عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری، تا حد ممکن شناخته شود و در مدل تصمیم‌گیری لحاظ شود. از این عوامل به‌ویژه می‌توان به ارزش‌ها و خصوصیات شخصی تصمیم‌گیرنده، آموزش‌ها و میزان تجربه‌ی او اشاره کرد.

اخلاقی پزشکی»، مدعی شده است که در اخلاق پزشکی، چهارچوب نظری‌ای که مشکلات اخلاقی در آن مفهوم‌سازی شوند، وجود ندارد و لذا او تلاش کرده است تا مدلی را معرفی کند که این نقص را، اولاً از طریق بهبود درک مفهومی ماهیت دوره‌های اخلاقی برطرف کند، ثانیاً از طریق ارائه‌ی چهارچوبی نظری در حل مسائل عملی اخلاق پزشکی نیز کاربرد داشته باشد. او در اولین قدم، بین اصول اخلاقی و رفتار اخلاقی تمایز قائل می‌شود. به عقیده‌ی او در دوره‌های اخلاقی، آنچه اهمیت دارد این است که دوره‌های‌ای در سطح اصول وجود نداشته باشد، والا وجود دوره‌ای در سطح افعال، مسأله‌ی با اهمیتی نیست و حتی هرگونه تلاشی برای یافتن سازگاری در سطح افعال اخلاقی، تلقی ساده‌انگارانه‌ای است که ما را به سمت رفتارهای غیراخلاقی سوق خواهد داد. آنچه که عملاً مشاهده می‌شود، این است که اصول اخلاقی و تجارب اخلاقی دائماً مانند دو کفه‌ی ترازو، در حال موازنه هستند. وجدان ما تعیین می‌کند که چقدر از ارزش‌های ما بر حسب ارزش‌های تعارض دیگر، هم‌چنان ارزش‌مند باقی می‌مانند. در واقع، اصول اخلاقی ما حاصل یک موازنه‌ی متفکرانه‌ی فعال با تجربه‌های ما هستند و افعال اخلاقی‌ای که انجام می‌دهیم، از طریق تعادل نهایی بین ارزش‌های ما ایجاد می‌شود و ممکن است با هر دوره‌ای جدید، تغییر کند.

او می‌گوید که دانشجویان پزشکی تا زمانی که وارد عرصه‌ی عمل نشده‌اند، تنها به اصول مطلق اخلاقی فکر می‌کنند. زمانی که وارد فعالیت‌های عملی می‌شوند، در ابتدا فکر می‌کنند که می‌توانند با استثناء زدن به اصول اخلاقی، مشکل تزاحم و دوره‌های عملی اصول را حل کنند. مثلاً «تمام حقیقت را به بیمار بگو، مگر این‌که با منافع او در تضاد باشد» یا «مادر حق دارد تقاضای سقط جنین کند، مگر این‌که این تقاضا به‌خاطر جنسیت جنین باشد». ولی با افزایش تجربیات، مشاهده می‌شود که تعداد این استثناها به مرور بیش‌تر و

گرفته‌اند. آن‌ها در این کتاب، روشی را پیشنهاد می‌کنند که معتقدند رویکردی سیستماتیک در جهت تشخیص، تحلیل و حل مشکلات اخلاقی در پزشکی بالینی است. این مدل در چارچوب اخلاق وضعیتی^۱ تبیین شده و بر همین اساس، مولفان ضمن اذعان به اهمیت اصول اخلاقی در حل مسائل پزشکان، بر این باورند که پزشک نیاز به روشی دارد که با واقعیت‌های عینی یک موقعیت خاص متناسب باشد. روش روشنی که واقعیت‌ها و ارزش‌ها را در یک الگوی منظم سامان دهد و به این وسیله، تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پزشکان را تسهیل کند.

روش پیشنهادی آنان این است که در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی، چهار موضوع باید مورد توجه قرار گیرد و پس از روشن شدن این چهار مسأله، تصمیم نهایی اتخاذ شود. ممکن است در یک موضوع خاص، یکی از آن‌ها مهم‌تر باشد، ولی پزشک باید در هر موردی، همه‌ی چهار موضوع را تحلیل کند تا دریابد که اصول اخلاقی در کجا با شرایط یک مورد بالینی منطبق می‌شود. این چهار موضوع، که هر یک فصلی از کتاب را به خود اختصاص داده‌اند، عبارت‌اند از: اندیکاسیون‌های طبی، کیفیت زندگی، خصوصیات زمینه‌ای، ترجیحات بیمار. یک قضاوت درست مستلزم آن است که بتوانیم برای حل یک مسأله‌ی اخلاقی که ترکیب پیچیده‌ای از عوامل مختلف است، چند اصل اخلاقی را در یک موقعیت خاص به‌کار بگیریم. در نظر گرفتن این چهار موضوع، به پزشک کمک می‌کند که بتواند اصول را در پرتو موارد خاص، ارزیابی و تفسیر کند (۲۱).

دستورالعمل Handert, Edward M

Handert در مقاله‌ای تحت عنوان «مدلی برای حل مسائل

^۱ اخلاق وضعیتی (casuistry ethics) شکل تعدیل یافته‌ای از خاص‌گرایی و جزئی‌گرایی و حد وسطی از اخلاق موقعیت‌گرا و اخلاق اصل‌گرا است و تلاش می‌کند اصول عام اخلاقی را با ویژگی‌های یک موقعیت خاص ترکیب کند.

Handert هم‌چنین، یک راه‌حل شهودی ارائه می‌دهد و این است که ما از روی میزان اضطرابی که در انتخاب هر یک از راه‌ها احساس می‌کنیم، می‌توانیم به اخلاقی‌تر بودن یک انتخاب پی‌بریم؛ بدین ترتیب که انتخاب گزینه‌ی اخلاقی‌تر، ما را به اضطراب کم‌تری مبتلا می‌کند (۲۳).

مدل Philip Kitchener

Hare، در ۱۹۹۱، در مقاله‌ای تحت عنوان مبانی فلسفی اخلاق روان‌پزشکی قائل می‌شود که در زمان مواجهه با دوراهی‌های اخلاقی، استدلال اخلاقی ما می‌تواند در دو سطح شهودی و انتقادی به‌کار گرفته شود. به‌نظر Hare، سطح شهودی، که از طریق وظایف و اصول در نگاه نخست، عمل می‌کند، نقش اصلی را در تصمیم‌گیری‌های روزمره‌ی ما ایفاء می‌کند، ولی این کافی نیست، بلکه باید سطح انتقادی (سودگرایانه) و متفکرانه‌ی استدلال به‌کار گرفته شود.

Kitchener ۱۹۸۴، اظهارنظرهای اولیه‌ی Hare در سال ۱۹۸۱ را، سرمشق خود قرار داده و به تبعیت از او، اظهار می‌دارد که قضاوت‌های اخلاقی، اغلب به‌طور خودبه‌خودی انجام شده و به‌وسیله‌ی عواملی برانگیخته می‌شود که در شعور آگاه جایگاه روشنی ندارد و به‌وسیله‌ی شهودهای اخلاقی مردم صورت می‌گیرد و در بهترین شکل خود، غیرقابل پیش‌بینی و موقت است. در حالی که در مشاغل پزشکی، شایسته است که تصمیمات اخلاقی بر اساس قضاوت‌های ثابت و پایدار و با تکیه بر اصول اخلاقی و نه قضاوت شهودی (فردی) صورت بگیرد.

او روشی را توصیه می‌کند که بر اساس آن، موضوعات اخلاقی، آگاهانه، با تعمق و سنجیده مورد تحلیل قرار گیرند و این روش را قضاوت انتقادی-سنجشی در توجیه هر تصمیم اخلاقی، نام‌گذاری می‌کند. او برای دستیابی به این نوع قضاوت، ۹ مرحله قائل است تا به این وسیله، تصمیم‌گیری اخلاقی متخصصان را از شهود اخلاقی غیرمتعارف و فردی

بیش‌تر می‌شود و با هر تجربه، ارزش‌های جدیدی خودنمایی می‌کنند که با ارزش اولی در دوراهی است و ما مدام مجبور به توازن بین آن‌ها هستیم. در واقع، هربار که با دوراهی جدیدی روبه‌رو می‌شویم، تقسیم‌بندی جدیدی از ارزش‌های تعارض شکل می‌گیرد که نظام ارزیابی ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است موازنه‌ی قبلی را تغییر دهد و ما را به سمت سازماندهی دوباره‌ی تجربیات اخلاقی خود، سوق دهد. می‌توان برقرار کردن تعادل، بین اصول اخلاقی و رفتار اخلاقی به این نحو را، صورتی از نظریه‌ی John Rawls موسوم به موازنه‌ی متفکرانه^۱ دانست (۲۲).

به این ترتیب، ما در اثر روبه‌رو شدن با هر دوراهی جدید، به درک جدیدی از اصول خود دست می‌یابیم و این ادراک جدید را مبنای تصمیم‌گیری‌های بعدی خود قرار می‌دهیم؛ به طوری که با هر مسأله، تجربه‌ی اخلاقی متفاوتی خواهیم داشت. این ادراک جدید، معمولاً در زمان بحران به‌دست نمی‌آید، بلکه در زمانی آن را درک می‌کنیم که بحران پایان می‌یابد و آرامش و سکون دوباره برقرار می‌شود، و از همین‌رو است که می‌توان آن را موازنه‌ای متفکرانه نامید.

یک راه مناسب برای اجرای این پروسه، این است که در یک مورد خاص، لیستی از ارزش‌های دوراهی تهیه کنیم. با افزایش تجربیات ما ارزش‌های جدیدی شناخته می‌شوند و تعادل قبلی ما را تغییر می‌دهند. بهترین وسیله برای رشد درک اخلاقی فرد، نگهداری این لیست و مشاهده‌ی تغییرات آن در طی زمان است. بدین ترتیب با هر دوراهی اخلاقی، تجربیات اخلاقی ما تکامل می‌یابد و اصول ما، با ظاهر شدن یک ارزش جدید ممکن است تغییر کند.

^۱ نظریه‌ی موازنه متفکرانه (reflective equilibrium)، که ابداع جان راولز است، شیوه‌ای است، نه کاملاً اسقرایی و نه کاملاً قیاسی، که تلفیقی منسجم و متوازن، میان اصول عام و احکام خاص برقرار می‌کند.

نظر گرفتن ماهیت اخلاقی تصمیم‌گیری و به‌کارگیری تئوری‌های اخلاقی در دسترس است.

او در تبیین مدل تصمیم‌گیری خود، در ابتدا به منظور روشن شدن ابعاد یک دوراهی اخلاقی، به تشریح تعدادی از مفاهیم کلیدی دوراهی اخلاقی و کاربرد آن‌ها می‌پردازد. این مفاهیم عبارت‌اند از رفاه، تمایلات بیمار، تبیین جایگاه فرد از نظر اخلاقی و الزامات اجتماعی. روشن شدن این مفاهیم ممکن است باعث برطرف شدن دوراهی شود یا در حل آن، کمک‌کننده باشد.

رفاه^۱، به معنای وجود شرایط رضایت‌بخش برای افراد است. این شرایط، اجزای گوناگونی دارد که با یکدیگر در ارتباط متقابل بوده و باید بعنوان مجموعه مورد بررسی قرار گیرند. گاهی با ارائه‌ی یک معیار روشن برای رفاه دوراهی اخلاقی حل می‌شود.

خواسته‌ی بیمار^۲ ممکن است در افراد مختلف، متغیر باشد. این عامل خود موجب به‌وجود آمدن دوراهی بسیاری می‌گردد و در عین حال، ممکن است موجب برطرف شدن یک دوراهی شود.

تبیین جایگاه فرد از نظر اخلاقی^۳، به‌ویژه از این منظر که آیا فرد از نظر اخلاقی، یک انسان و فردی از یک گونه‌ی بیولوژیک است یا منظور، یک شخص با توانایی‌های فکری و اهداف مشخص است. با تشریح دقیق این مسأله، می‌توان در مورد جنین یا بیماران مرگ مغزی، بهتر تصمیم‌گیری کرد.

الزامات اجتماعی^۴، عمدتاً شامل قواعد اخلاقی و منش افراد می‌شود. مهم‌ترین قواعد اخلاقی، قواعدی هستند که یا بر انجام وظیفه یا بر نتیجه‌ی یک عمل تأکید می‌کنند. در مقابل، برخی از دیدگاه‌های اخلاقی بر منش و انگیزه‌های

مصون دارد و به سطح انتقادی استدلال هدایت کند. این ۹ مرحله عبارتند از:

- مرحله‌ی ۱: حساسیت اخلاقی ایجاد کرده و آن را توسعه دهید؛
- مرحله‌ی ۲: معماها و سؤالات اخلاقی را تعریف کنید؛
- مرحله‌ی ۳: به استانداردهای حرفه‌ای قوانین و مقررات موجود مراجعه کنید؛
- مرحله‌ی ۴: از آراء و تالیفات صاحب‌نظران اخلاق استفاده کنید؛
- مرحله‌ی ۵: اصول اخلاقی را نسبت به هر موقعیت به‌کار گیرید؛
- مرحله‌ی ۶: با استاد راهنما یا همکاران خود مشورت کنید؛
- مرحله‌ی ۷: دقت و تفکر نموده و تصمیم‌گیری کنید؛
- مرحله‌ی ۸: تصمیمات را به اجرا درآورده و مستند کنید؛
- مرحله‌ی ۹: این تجربه را جمع‌بندی کرده، دستاوردهای آن را مرور و تحلیل کنید (۲۴).

مدل Edmond L Erde

Edmond L Erde، در مطلبی تحت عنوان مدلی برای تصمیم‌گیری اخلاقی، راه‌کاری برای حل دوراهی اخلاقی در پزشکی ارائه می‌دهد که عمدتاً بر چگونگی طرح صحیح پرسش و روشن شدن ابعاد دوراهی تمرکز دارد تا بر ترسیم شیوه‌ای برای حل دوراهی. به نظر او با روشن شدن برخی از مفاهیم کلیدی مرتبط با تصمیم‌گیری اخلاقی، بسیاری از دوراهی‌ها خودبه‌خود حل می‌شوند. او ادعا نمی‌کند که با این روش بتوان همه‌ی دوراهی‌ها را حل کرد، ولی آن را بسیار مفید می‌داند و معتقد است برای حل دوراهی نمی‌توان از یک مدل مکانیکی بهره گرفت.

به‌طور کلی، در مدل او اولین قدم در حل دوراهی، صورت‌بندی آن است. این صورت‌بندی، شامل تحلیل قضیه، همراه با جمع‌آوری تمام اطلاعات مربوطه و معین کردن عقاید و ارزش‌هایی است که در دوراهی با یکدیگر قرار گرفته‌اند. مرحله‌ی بعد، حذف گرایش‌های شخصی و پیش‌داوری‌ها و در

¹ Welfare

² Patient interests

³ The moral status of patient

⁴ Social ties

فاعل تأکید دارند. با این تفصیل، متد مورد نظر، دارای مراحل زیر خواهد بود.

تا جایی که می‌توانیم دوراهی را با کمک مفاهیم کلیدی یادشده، توضیح دهیم؛ ارزیابی کنیم که ایجاد دوراهی تا چه حدی ناشی از تعصبات شغلی یا شخصی درمان‌گر است؛ به‌جز منافع بیمار، همه‌ی خواست‌ها و تمایلات دیگر را نادیده بگیریم، گزینه‌های پیش‌رو را با توجه به تئوری‌های اخلاقی بررسی و گزینه‌ی مناسب‌تر را انتخاب کنیم. اگر دو گزینه به هم نزدیک بود، با دیگران مشورت کنیم و اگر باز هم نتوانستیم گزینه‌ای را انتخاب کنیم، از قرعه استفاده کنیم (۲۵).

دستورالعمل Bernard Lo

Bernard Lo در کتاب راه‌کارهایی در حل دوراهی اخلاقی در پزشکی، دستورالعملی را تحت عنوان رویکرد سیستمیک برای حل دوراهی اخلاقی پزشکان توصیه می‌کند. به نظر او این کار موجب می‌شود تا هیچ نکته‌ای مورد غفلت واقع نشود و در مورد بیماران مشابه، تصمیمات یکسانی اتخاذ شود. رویکرد او شامل مراحل زیر است:

- به‌دست آوردن اطلاعات درباره‌ی بیمار و موقعیت او؛ اطلاعاتی مثل وضعیت بیمار از نظر درمانی، این‌که تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی چه کسی است و او چه ترجیحات و ارزش‌هایی دارد.

- تحلیل ابعاد اخلاقی مربوطه و راه‌کارهای ممکن برای کمک به حل مسأله.

- در نظر گرفتن ابعاد روانی و اجتماعی، مانند عواملی که موجب بروز اشکالاتی در اجرای تصمیمات اخلاقی ما می‌شود و برای برطرف کردن آن‌ها، اغلب نیاز به مشورت با همکاران و نیز گفتگو با بیمار و همراهان او داریم.

-تلاش برای رسیدن به توافق.

-کمک گرفتن از دیگران در صورت نیاز (۲۶).

مدل Jonathan Kvanig موسوم به Resolvedd

در این مدل ۹ مرحله‌ای، ابتدا به جزئیات مسأله و حقایق مربوط به مورد و نیز مشکلات و ابهامات اخلاقی موجود پرداخته می‌شود. سپس در مرحله‌ی سوم راه‌حل‌های ممکن لیست می‌شود و در مراحل بعد، این راه‌حل‌ها ارزیابی می‌شود. هم از نظر تبعاتی که هر یک از این‌ها ممکن است به‌دنبال داشته باشند، هم از نظر ارزش‌ها و اصول اخلاقی که در هر یک رعایت شده یا نادیده گرفته شده است. در رابطه با تبعات هر راه حل، نگارنده به ابعاد وسیعی توجه کرده است. تأثیرات این راه‌حل‌ها در زندگی انسان‌ها (سازمان‌ها، ارگان‌ها، دولت و ایالت) و چه بسا تأثیرات آن روی غیرانسان و حتی محیط زیست حائز اهمیت شمرده شده است. هم‌چنین، اصول اخلاقی و حقوق افرادی که از این تصمیمات تأثیر می‌گیرند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و براساس این ارزیابی‌ها، یک راه حل انتخاب شده، توجیه می‌شود و از نقطه ضعف‌های آن دفاع می‌شود. در این مدل برای تسهیل در به‌خاطر سپردن مراحل، کدهایی تنظیم شده است که در کنار هم عبارت متناسب Resolvedd^۱ را تشکیل داده است (۲۷).

مدل Michael Davis

این مدل توسط Davis در سال ۱۹۹۷ نگاشته شد و مرکز اخلاق دانشگاه الینوس در سال ۲۰۰۸ فرم بازبینی شده و مدل نهایی را برای فراگیران انتخاب و ارایه کرد. در این مدل نیز مانند مدل قبلی در ابتدا به تشریح موقعیت و تعیین دقیق حقایق مربوطه و نیز ویژگی‌های خاص یک موقعیت پرداخته

^۱در این مدل برای تسهیل در بخاطر سپردن مراحل، کدهایی تنظیم شده است که در کنار هم عبارت متناسب RESOLVEDD را تشکیل داده است. این کلمه مرکب از حرف اول کلمات زیر است:

Review .Estimate .Solutions .Outcomes. Likely Impact. Values. Evaluate. Decide. Defend .

مدل دانشگاه *British Columbia*

دانشگاه بریتیش کلمبیا به همراه دانشکده‌ی پرستاری مدلی برای تصمیم‌سازی اخلاقی در ارائه‌ی خدمات سلامت ارائه می‌دهد؛ ویرایش ششم که آخرین و کامل‌ترین است این‌گونه است. این مدل، ۵ مرحله‌ی اصلی دارد و ساختار اصلی آن شبیه سایر مدل‌های قبلی است. در این مدل، در مرحله‌ی اول، اطلاعات مختلف درباره‌ی مسأله گردآوری می‌شود و ابعاد مختلف مسأله شناسایی می‌شود. در مرحله دوم، راه‌حل‌های ممکن لیست می‌شود. در مرحله سوم، هریک از این راه‌حل‌ها با استفاده از اصول و ضوابط اخلاقی و منابع اخلاقی موجود و حتی قضاوت‌های فردی، ابعاد سؤالات اخلاقی‌ای که ممکن است درباره‌ی این موقعیت خاص مطرح باشد، مشخص می‌شود. در مرحله‌ی بعد، هریک از راه‌حل‌ها با توجه به جنبه‌های اخلاقی قابل طرح ارزیابی می‌شود و نهایتاً در مرحله‌ی آخر تصمیم نهایی گرفته می‌شود (۲۹).

مدل دانشگاه *Santa Clara*

این مدل توسط ۱۰ تن از اساتید مرکز اخلاق دانشگاه سانتا کلارا طراحی گردید و پس از بازمی‌بینی‌های مکرر در سایت دانشگاه برای استفاده قرار گرفت. این مدل پس از تبیین شرایط از تصمیم‌گیرنده می‌خواهد که موضع اخلاقی خود را برای تصمیم‌سازی مشخص کند. وجه تمایز این مدل این است که تصمیم‌گیری را به دیدگاه و نظریه‌ی اخلاقی مورد قبول تصمیم‌گیرنده مبتنی کرده است و تلاش کرده است که برای طرف‌داران هر نظریه‌ی اخلاقی، یک سؤال کاربردی طرح کند تا با پاسخ دادن به آن تصمیمی متناسب با دیدگاه اخلاقی خود اتخاذ کنند. اگر تصمیم‌سازی بر مبنای رویکرد فایده‌گرایی^۱ است (رویکرد فایده‌گرایی: عملی اخلاقی است که بیش‌ترین سود را برای بیش‌ترین افراد دارد) در این تصمیم‌سازی ارزیابی سود و زیانی که به هر فرد یا افراد

می‌شود و حداقل پنج راه‌حل انتخاب و ارزیابی می‌شوند و بالاخره یکی از آن‌ها انتخاب می‌شوند. ولی این مدل، به مرحله‌ی اتخاذ یک تصمیم اکتفاء نکرده و به ارزیابی درستی تصمیم اتخاذ شده از منظرهای مختلف، بهای بسیاری داده است. این مدل آزمونی ارائه می‌دهد که حاوی ۹ گزینه است که باید روشن و واضح اعلام شود تا نهایتاً تصمیم اخلاقی بر شمرده شود. این آزمون‌ها شامل:

- آزمون آسیب: آیا انتخاب من کم‌ترین آسیب را ایجاد می‌کند؟
 - آزمون انتشار نتایج: آیا مایلیم که انتخاب من در جراید منتشر شود؟
 - آزمون دفاع: آیا می‌توانم در میان همکاران و نزدیکانم از این انتخابم دفاع کنم؟
 - آزمون ملاحظه‌ی معکوس: اگر من جای یکی از افراد آسیب‌دیده از این تصمیم بودم، باز هم این انتخاب را بهترین می‌دانستم؟
 - آزمون فضیلت: اگر من غالباً به همین منوال تصمیم‌گیری کنم، چگونه انسانی خواهم شد؟
 - آزمون حرفه‌ای: کمیته‌ی اخلاق حرفه‌ای ما درباره‌ی انتخاب من چه خواهند گفت؟
 - آزمون همکاران: عرف رایج همکاران این حیطه چگونه آن را ارزیابی می‌کند؟
 - آزمون سازمانی: متخصصان اخلاق یا مشاوران حقوقی سازمان، تصمیم مرا چگونه ارزیابی می‌کنند؟
- وجه تمایز دیگر این مدل این است که بعد از مرحله‌ی اتخاذ یک تصمیم، پزشک با یک نگاه کل‌نگر، ابعاد دور و نزدیک مسأله را در نظر می‌گیرد و از خود می‌پرسد که تا چه حد ممکن است تصمیمش را دوباره تکرار کند؟ آیا بهتر از این هم می‌شد عمل کرد؟ آیا می‌توان با رعایت موارد احتیاطی بیش‌تر، یا تلاش برای تغییر وضعیت جامعه یا سازمان یا تغییر قوانین و سیاست‌گذاری‌ها به نتیجه‌ی بهتری دست یافت؟ (۲۸).

¹ Utilitarian

می‌رسد بسیار مهم است. سؤالی که فرد تصمیم‌گیرنده‌ی سودگرا باید از خود بپرسد، این است که کدام راه‌حل بیش‌ترین منافع و کم‌ترین مضرات را ایجاد می‌کند؟ در رویکرد اخلاق مبتنی بر حقوق، عملی اخلاقی است که بیش‌ترین احترام را به حقوق افراد درگیر می‌گذارد. در رویکرد انصاف یا عدالت، عملی اخلاقی است که به طور

مساوی با مردم رفتار کند و یا اگر نابرابر رفتار می‌شود، با مردم درست و منصفانه رفتار کند و در رویکرد فضیلت‌گرایی، عملی اخلاقی است که انسان را در بهترین حالت خود قرار می‌دهد (۳۰). جدول شماره‌ی یک به مقایسه‌ی نکات مطرح شده در این مدل‌ها پرداخته است.

جدول شماره‌ی ۱ - ارزیابی و مقایسه‌ی ۱۰ مدل ارائه شده

اولویت‌های نادیده گرفته یا کم رنگ	اولویت‌های پررنگ شده	رویکرد اخلاقی	مراحل ارزیابی
		اخلاق وضعیتی	۱- مدل چهار جزئی Jonsen, Siegler, Winslade در نظر گرفتن چهار فاکتور اندیکاسیون های طبی، کیفیت زندگی، خصوصیات زمینه ای، ترجیحات بیمار
راه حل مشخصی برای عملیاتی شدن ارائه نداده است.	ایجاد تمایز بین اصول و رفتار اخلاقی	موازنه متفکرانه جان رالز	۲- دستورالعمل Handert تهیه لیست ارزش های متعارض و اضافه کردن ارزش‌های جدید، نگهداری این لیست و مشاهده‌ی تغییرات آن در طی زمان مرحله ۱: حساسیت اخلاقی ایجاد کرده و آن را توسعه دهید. مرحله ۲: معماها و سوالات اخلاقی را تعریف کنید. مرحله ۳: به استانداردهای حرفه‌ای قوانین و مقررات موجود مراجعه کنید. مرحله ۴: از آراء و تالیفات صاحب نظران اخلاق استفاده کنید. مرحله ۵: اصول اخلاقی را نسبت به هر موقعیت به کار بگیرید. مرحله ۶: با استاد راهنما و/یا همکاران خود مشورت کنید. مرحله ۷: دقت و تفکر نموده و تصمیم گیری کنید. مرحله ۸: تصمیمات را به اجرا در آورده و مستند کنید. مرحله ۹: این تجربه را جمع‌بندی نموده، دستاوردهای آن را مرور و تحلیل کنید.
ابعاد نظری مطرح نشده	اهمیت قائل شدن برای استدلال اخلاقی و ناکافی دانستن شهود اخلاقی، ارزش ویژه به عقل جمعی (مشورت) اهمیت دادن به مستندسازی	شهودگرایی راس با تکیه بر اصول چهارگانه اخلاق زیستی، ضمن قائل شدن به اهمیت مضاعف برای استدلال اخلاقی	۳- مدل Kitchener ابتدا به منظور روشن شدن ابعاد یک دوراهی اخلاقی، به تشریح مفاهیم رفاه، تمایلات بیمار، تبیین جایگاه فرد از نظر اخلاقی و الزامات اجتماعی می‌پردازیم. روشن شدن این مفاهیم باعث برطرف شدن دوراهی می‌گردد یا در حل آن، کمک‌کننده است.
ابهام دارد و راه حل عملیاتی مشخصی ارائه نداده است.	تأکید بر روشن شدن ابعاد دوراهی، داشتن نگاه اجتماعی	تصمیم‌گیری به‌وسیله‌ی وضوح ابعاد دوراهی (رفاه/ خواسته بیمار/ تبیین جایگاه اخلاقی فرد/ الزامات اجتماعی)	۴- مدل Edmond L Erde

	<p>ارزش ویژه به عقل جمعی (مشورت) در نظر گرفتن ابعاد روانی</p>	<p>اصول چهارگانه اخلاق زیستی و ملاحظات تصمیم گیری عمل محور</p>	<p>- به دست آوردن اطلاعات درباره بیمار و موقعیت او، مثل وضعیت تصمیم گیرنده و ترجیحات و ارزش های بیمار. - تحلیل ابعاد اخلاقی مربوطه و راهکارهای ممکن برای کمک به حل مسأله. - در نظر گرفتن ابعاد روانی و اجتماعی که برای برطرف کردن آنها، اغلب نیاز به مشورت با همکاران و نیز گفتگو با بیمار و همراهان است و تلاش برای رسیدن به توافق. - کمک گرفتن از دیگران در صورت نیاز.</p>	<p>۵- دستورالعمل Bernard Lo</p>
	<p>جامع نگری و بررسی تأثیرات به شکل کلان</p>	<p>تصمیم گیری مبتنی بر اصول اخلاقی مرتبط با اتونومی، سودرسانی، رازداری، مسائل قانونی، عدالت</p>	<p>روشن شدن مسأله /فهرست راه حل های اصلی و فرعی/ بررسی تأثیرات این راه حل ها در زندگی انسان ها، سازمان وارگان محیط زیست ارزیابی سود و زیان.</p>	<p>۶-مدل RESOLVEDD</p>
<p>ممکن است دخالت دادن عرف رایج همکاران تصمیم را به اشتباه بکشد.</p>	<p>ارزیابی جامع تصمیم اتخاذ شده، اهمیت دادن به نگرش جامعه نگاه ویژه به مسأله ای اخلاق حرفه ای</p>	<p>رعایت اصول چهارگانه به انضمام در نظر گرفتن مسایل قانونی/ عرف رایج</p>	<p>تشریح موقعیت و تعیین دقیق ویژگیهای خاص یک موقعیت و تعیین چند راه حل و انتخاب از بین آنها. سپس ارزیابی تصمیم اتخاذ شده با ۹ آزمون شامل: آزمون آسیب، آزمون انتشار، آزمون ملاحظه ای معکوس، آزمون دفاع، آزمون فضیلت، آزمون اخلاق حرفه ای، آزمون عرف رایج همکاران، آزمون قانون، آزمون سازمان</p>	<p>۷- مدل Davis</p>
<p>احترام به مقررات و قوانین به طور ویژه دیده نشده</p>	<p>تصمیم گیری جمعی (تیم، کمیته) مسأله ای رسمی و مستند شدن تصمیمات، پیشگیری از چالش</p>	<p>تصمیم سازی بر مبنای اصول (احترام به اتونومی، سودرسانی، عدم اضرار، عدالت، وفاداری)</p>	<p>مدل ۵ مرحله ای اصلی : مرحله ۱، اطلاعات مختلف درباره ی مسأله گردآوری می شود و ابعاد مختلف مسأله شناسایی می شود. مرحله ۲ راه حل های ممکن لیست می شود. مرحله ۳ هر یک از این راه حل ها با استفاده از اصول و ضوابط اخلاقی و منابع اخلاقی موجود و حتی قضاوت های فردی، ابعاد سوالات اخلاقی ای که ممکن است درباره ی این موقعیت خاص مطرح باشد مشخص می گردد. در مرحله ۴، هر یک از راه حل ها با توجه به جنبه های اخلاقی قابل طرح ارزیابی می شود و در مرحله ۵ آخر تصمیم نهایی گرفته می شود.</p>	<p>۸- مدل دانشگاه British Columbia</p>
<p>راهکار عملیاتی و چارچوب عملی را ارائه نداده و بیش تر به جنبه های نظری پرداخته تصمیم سازی خیلی نسبی خواهد شد.</p>	<p>نگاه جامع دارد به لحاظ نظری شرایط مختلف را در نظر گرفته</p>	<p>تصمیم سازی بسته به دیدگاه اخلاقی تصمیم گیرنده</p>	<p>تصمیم سازی بر مبنای رویکرد اخلاقی تصمیم گیرنده است و برای طرفداران هر مکتب اخلاقی، یک سؤال کلیدی در همان گفتمان مطرح کرده که پاسخ دادن به آن، به حل مسأله در درون همان گفتمان منتهی می شود. مثال: اگر رویکرد فایده گرایی است بیش ترین سود و فایده برای بیش ترین افراد خوب و اخلاقی خواهد بود.</p>	<p>۹- مدل دانشگاه Santa Clara</p>

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به حیاتی بودن تصمیمات اخلاقی در پزشکی، برخورداری از مهارت حل مسأله برای پزشکان ضروری است. مدل‌های اخلاقی، با نظام‌مند کردن فرایند تصمیم‌گیری، این امر را تسهیل می‌کنند. به‌کارگیری یک مدل، خود نیازمند مهارت است، ولی کار تصمیم‌گیری را بسیار ساده‌تر می‌کند. یک مدل تصمیم‌گیری نمی‌تواند مدعی حل تمام مشکلات اخلاقی باشد، ولی به‌رحال تعداد زیادی از مسائل را پوشش خواهد داد.

این مقاله مدل‌های اخلاقی رایج در دنیا را معرفی و مقایسه کرده است. در مجموع می‌توان گفت که تقریباً در ساختار کلی همه‌ی مدل‌ها، مراحل جمع‌آوری هرچه بیش‌تر اطلاعات، تعیین چند راه‌حل، ارزیابی راه‌حل‌های موجود، انتخاب یکی از راه‌حل‌ها و ارزیابی اخلاقی تصمیم اتخاذشده وجود دارد، ولی هر مدل به مولفه‌های خاصی توجه کرده و بر آن‌ها تأکید کرده است.

این‌که کدام‌یک از این مدل‌ها به تصمیمات اخلاقی‌تری منتج خواهد شد، نیاز به بررسی بسیار جامعی دارد که از حوصله‌ی این مقاله خارج است. یک راه برای ارزیابی مدل‌ها می‌تواند این باشد که تصمیماتی را که در زمینه‌ی مسائل مختلف پزشکی، براساس این مدل‌ها اتخاذ شده است از نظر مطابقت با شهود و تفکر اخلاقی متعارف با یکدیگر مقایسه کرده و احیاناً برتری یک مدل بر مدل دیگر را نشان دهیم.

تا جایی که می‌دانیم چنین مطالعه‌ای صورت نگرفته است و بنابراین، نمی‌توان درباره کارآمدی بیش‌تر یک مدل قضاوتی کرد. در این پژوهش ما مدل‌ها را بر اساس شهرت و میزان ارجاع آن‌ها انتخاب کرده‌ایم، ولی اقبال بیش‌تر به یک مدل، الزاماً دلیل کارآمدتر بودن مدل نیست. نکته‌ی دیگر این است که هرچه یک مدل ساده‌تر باشد، به‌خاطر سپردن و استفاده از آن آسان‌تر است؛ ولی سادگی منجر به نادیده شدن ابعادی از مسأله خواهد شد و بنابراین، لازم است که حد مناسبی از سادگی انتخاب شود.

آنچه که مسلم است، در دنیا اقبال گسترده‌ای به استفاده از مدل وجود داشته است. همین که استفاده از مدل [هریک از این مدل‌ها] برای حل موارد اخلاقی مورد توجه قرار گیرد، تأثیر به‌سزایی در تسهیل تصمیم‌گیری اخلاقی خواهد داشت و برتری یک مدل، در درجه‌ی بعدی اهمیت خواهد بود. این در حالی است که موضوع استفاده از مدل برای تصمیم‌گیری اخلاقی در ادبیات علمی ما مهجور واقع شده است. امیدواریم که با طرح این موضوع، مراکز دانشگاهی ما اقبال بیش‌تری به این رویکرد نشان داده و با تعیین یک مدل، آموزش و اتخاذ تصمیم‌گیری اخلاقی را تسهیل کنند.

منابع

- 1- Gharamaleki A. [Akhlaghe Herfeyei] 2nd edition. Tahren: Majnon; 2004, p. 295. [in Persian]
- 2- Orłowski JP, Hein S, Christensen JA, Meinke R, Sincich T. Why doctors use or do not use ethics consultation. *J Med Ethics* 2006; 32(9): 499-502.
- 3- Smetana GW. Principles of medical consultation: approach to medical consultation. In: Goldman L, Ausiello DA, eds. *Cecil Medicine: Expert Consult Online and Print*, 23rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2007, 2895-2897.
- 4- McNaughton D. *Moral Vision*. translated by Fathali M. Qom: Moaseseh Amozeshi va Pajoheshi Emam Khomeini; 2002, vol 1, p. 302-312.
- 5- Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *J Clin Ethics* 1996; 7(2): 122-126.
- 6- Schneiderman LJ. Effect of ethics consultations in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34(11, suppl): S359-S363.
- 7- Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290(9): 1166-1172.
- 8- Iyalomhe GB. Medical ethics and ethical dilemmas. *Niger J Med* 2009; 18(1): 8-16.
- 9- Devor M, Renvall M, Ramsdell J. Practice patterns and the adequacy of residency training in consultation medicine. *J Gen Intern Med* 1993; 8(10): 554-560.
- 10- Dormire SL. Ethical models: facilitating clinical practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993; 4(4): 526-32.
- 11- Cottone RR, Claus RE. Ethical decision-making models: a review of the literature. *J Couns Dev* 2000; 78(3): 275-83.
- 12- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27(10): 1361-7.
- 13- Enck G. Six-step framework for ethical decision making. *J Health Serv Res Policy* 2014; 19(1): 62-4.
- 14- McCullough LB. The professional medical ethics model of decision making under conditions of clinical uncertainty. *Med Care Res Rev* 2013; 70(1 Suppl): 141-58.
- 15- Hundert EM. A model for ethical problem solving in medicine, with practical applications. *Am J Psychiatry* 1987; 144(7): 839-46.
- 16- Dowdy DW. Partnership as an ethical model for medical research in developing countries: the example of the "implementation trial." *J Med Ethics* 2006; 32(6): 357-60.
- 17- Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 301-12.
- 18- Weber EU. Moral and ethical decision making. <file:///C:/Users/user/Downloads/ADA475312.pdf> (accessed in 2016)
- 19- Ten Have H. A helping and caring profession, medicine as a normative practice. In Viafora C, ed, *Clinical Bioethics: A Search For the Foundations*. Springer; 2006, vol26, p. 92.
- 20- Cottone RR, Claus RE. Ethical decision-making models: a review of the literature. *J Couns Dev* 2000; 78(3): 275-83.
- 21- Jonsen A, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach To Ethical Decisions In Clinical Medicine*, 6th edition. Mc Graw Hill; 2006, p. 1-10.
- 22- Islami M, Dabiri A, Alizadeh M. *Applied ethics: the new challenges and enquires in practical ethics*, 1st edition. Qom: Islamic Sciences and Culture Academy; 2007, p. 32. [in Persian]
- 23- Hundert EM. A model for ethical problem solving in medicine. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 839-46.
- 24- Farhadi Y. [Akhlaghe Herfeyie dar Behdasht Ravan], 1st edition. Tehran: Etelaat Publication, 2007, p. 35-37. [in Persian]
- 25- Erde EL. A method of ethical decision making. In: Monagle JF, Thomas DC. *Health Care Ethic: Critical Issues For The 21st Century*. Jones & Bartlett Learning; 2005, p. 534.
- 26- Loewy EH. *Text Book of Medical Ethics*. New York: Plenum Publishing Corporation; 1989, p. 7-8.

- 27- Kvanig JL. The RESOLVEDD Method by Jonathan L. Kvanig http://www.ryerson.ca/content/dam/ethicsnetwork/downloads/model_A.pdf (accessed in 2015)
- 28- Davis M. Developing and using cases to teach practical ethics. *Teaching Philosophy* 1997; 20(4): 353-85.
- 29- McDonald M. A Framework for Ethical Decision-Making. <http://www.ethics.ubc.ca/upload/A%20Framework%20for%20Ethical%20Decision-Making.pdf>; (accessed in 2016)
- 30- Anonymous. A Framework for Ethical Decision Making. <http://www.scu.edu/ethics/practicing/decision/framework.htm> (accessed in 2016)

Evaluation and comparison of conventional ethical decision-making models in medicine

Mansoure Madani¹, Saeedeh Saeedi Tehrani^{*1}

¹PhD Candidate in Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, and Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Moral dilemmas are among the most important challenges in medical ethics. Dilemmas can occur frequently during a physician's career and if physicians lack the ability and skills to solve them, they may be pushed to unethical behavior. Bioethics experts have always been concerned with solving ethical dilemmas in the medical profession and facilitating physicians' decision-making process. Therefore, they often try to find useful and practical solutions by combining the views of different schools of ethics. Designing decision-making models is part of their effort to apply ethics in medicine. It is impossible to solve dilemmas without acquiring the necessary skills, and the ability to apply a decision-making model can be part of the training process.

These models aim to facilitate ethical decision-making in the field of health care by providing various frameworks. This article aims to introduce and evaluate the popular models of ethical decision-making in medicine in the hope of helping physicians choose appropriate solutions when faced with moral challenges. By presenting the advantages of applying the model approach and offering a brief introduction to popular models, the article recommends applying the approach in analyzing and resolving ethical dilemmas. Although the models each have their advantages and disadvantages, becoming proficient in their application will facilitate ethical decision-making for physicians.

Keywords: ethical decision-making, ethical challenges, ethical dilemmas, ethical decision-making models

* Corresponding Author: Email: s.saeeditehrani@yahoo.com