

Occupational therapists' perception of unethical practice in adults' physical dysfunction field

Hassan Vahidi¹, Narges Shafaroodi^{2*}, Soodabeh Joolae³

1. MSc student of Occupational therapy, Rehabilitation Faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran. Iran
2. Assistant Professor of Iran University of Medical Sciences, Rehabilitation Faculty, Tehran. Iran (Corresponding author) Shafarodi.n@iums.ac.ir
3. Associate Professor of Iran University of Medical Sciences, Nursing Faculty, Tehran. Iran.

Article Received on: 2015.1.23

Article Accepted on: 2015.5.22

ABSTRACT

Background and Aim: Occupational therapists may be encountered in their clinical practice with a variety of unethical issues. The aim of this study was to explore unethical issues of occupational therapists practice in adult physical dysfunction field.

Materials and Methods: 10 graduated Occupational therapists with at least two years experience were selected by targeted sampling method. Data were gathered by semi-structured interview in private clinics and Occupational therapy clinics.

Results: Data analyses showed that unethical practice of occupational therapists in the physical dysfunction field categorized in four categories. These categories include: deviation of the treatment, neglect of clients benefit, disregarding of communication principles and emphasis on financial benefits.

Conclusion: The findings of this study show that occupational therapists have various ethical problems related to client's rights in addition to their clinical practice, that according to the participants in this study, lack of awareness about professional ethics related to the occupational therapy and also lack of comprehensive rules in this field are the major causes of unethical practices that the necessity for further research has raised in this area.

Keywords: Unethical practices, occupational therapy, adult physical dysfunction

Cite this article as: Hassan Vahidi, Narges Shafaroodi, Soodabeh Joolae. Occupational therapists' perception of unethical practice in adults' physical dysfunction field. J Rehab Med. 2015; 4(2): 70-78.

درک کاردرمانگرها از عملکردهای بالینی غیر اخلاقی در حیطه اختلال عملکرد جسمی بزرگسالان

حسن وحیدی^۱، نرگس شفارودی*^۲، سودابه جولایی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. استادیار و عضو هیئت علمی گروه کاردرمانی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. دانشیار و عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه و اهداف

کاردرمانگران ممکن است در کار بالینی خود با موارد غیر اخلاقی متعددی مواجه شوند. هدف از این مطالعه شناخت موارد غیر اخلاقی در کار بالینی کاردرمانگران در حیطه ی اختلالات جسمی بزرگسالان بود.

مواد و روش ها

در این مطالعه از روش کیفی آنالیز محتوا استفاده شده است. ۱۰ کاردرمانگر فارغ التحصیل در مقطع کارشناسی، با حداقل دوسال سابقه کاری به صورت هدفمند انتخاب شدند. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند در کلینیک های خصوصی و بخش های کاردرمانی بیمارستان ها انجام شد.

یافته ها

تجزیه و تحلیل داده ها در نهایت منجر به پیدایش چهار طبقه شده است که همگی آن ها بیان کننده عملکردهای غیر اخلاقی کاردرمانگران در حیطه ی جسمی بزرگسالان می باشد. این طبقات شامل، انحراف در مسیر درمان، غفلت از منفعت مراجع، بی توجهی به اصول ارتباطات و تاکید بر کسب منفعت مالی می باشد.

نتیجه گیری

یافته های این تحقیق نشان می دهد که کاردرمانگران در ضمن کار بالینی خود دچار مشکلات اخلاقی متعددی در ارتباط با حقوق مراجعان می گردند که به اعتقاد شرکت کنندگان در این مطالعه، عدم آگاهی از اصول اخلاق حرفه ای مرتبط با رشته ی کاردرمانی و نبود قوانین جامع در این زمینه از علل مهم عملکردهای غیر اخلاقی درمانگران است که ضرورت تحقیقات بیشتری را در این زمینه مطرح می نماید.

واژه های کلیدی

عملکردهای غیر اخلاقی، کاردرمانی، اختلال عملکرد جسمی بزرگسالان، تحقیق کیفی

* پذیرش مقاله ۱۳۹۴/۳/۱

* دریافت مقاله ۱۳۹۳/۱۰/۳

نویسنده مسئول: دکتر نرگس شفارودی، تهران، میرداماد، میدان محسنی، خیابان شهید شاه نظری، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه کاردرمانی

آدرس الکترونیکی: Shafarodi.n@iums.ac.ir

مقدمه و اهداف

ویژگی حرفه‌ی کاردرمانی و امور بالینی نیازمند آن است که کاردرمانگران وظایف و مسئولیت‌های خود را در تمامی اوقات به شیوه‌ای تخصصی و با توجه به مصلحت‌های اخلاقی در رابطه با افرادی که در تماس با تخصص آن‌ها می‌باشند، ارائه نمایند. حرفه‌ی کاردرمانی بر پایه‌ی هفت مفهوم اصلی بنا شده است که شامل نوع دوستی، برابری، آزادی، عدالت، منزلت، صداقت و دقت نظر در تصمیم‌گیری می‌باشد. این مفاهیم راهنمایی برای تعامل با افراد (دانشجویان، مراجعین، همکاران، شرکت‌کنندگان در تحقیق و جامعه) و همچنین شکل دهنده‌ی اصول اخلاقی است که حرفه‌ی کاردرمانی به آن متعهد است [۱].

با توجه به اینکه اشخاصی که به کاردرمانی مراجعه می‌کنند، از لحاظ استقلال در زندگی روزمره و همچنین کیفیت زندگی دچار مشکل می‌باشند، لذا اعمال حرفه‌ی کاردرمانی و وظایفی که کاردرمانگران بر عهده گرفته‌اند باعث کمک به آن‌ها در رسیدن به حداکثر توانایی و همچنین افزایش استقلال در زندگی روزمره و کیفیت زندگی آنان می‌شود. این عمل مهم شامل برخورد‌های شخصی و حرفه‌ای می‌باشد که ممکن است با موقعیت‌های دشواری همراه باشد که نظام ارزشی درمانگران و جامعه را به مخاطره بیندازد. بنابراین رعایت اصول اخلاقی و اجرای بهترین استدلال بالینی در ارتباط تنگاتنگ با یکدیگر می‌باشند [۲].

سیستم‌های مراقبت بهداشتی به دلیل پیدایش تکنولوژی‌های جدید روز به روز پیچیده‌تر می‌شوند که می‌تواند سبب بروز یکسری معضلات اخلاقی مرتبط با زمینه شود. در این رابطه بهبود کیفیت و سبک زندگی، مدیریت مراقبتی و تغییر در قوانین مراقبتی در سیستم‌های بهداشتی، اعمال حرفه‌ای کاردرمانی را دشوارتر و پیچیده‌تر ساخته و باعث افزایش چالش کاردرمانگرها با مسائل اخلاقی می‌شود [۳]. مقالاتی که از سال ۱۹۶۰ در رابطه با اخلاق پزشکی نوشته شده‌اند؛ بسیار غنی بوده و عمدتاً در ارتباط با تصمیمات بالینی و درمانی، شرایط پزشکی حاد، پیوند اعضا، تصمیمات تخصیص منابع کمیاب هستند. اما مقالات معدودی در رابطه با مسائل اخلاقی که درمانگران با آن‌ها روبرو هستند؛ نوشته شده است [۴]. در سال ۱۹۸۷ مرکز هیستینگ^{۱۶} مقاله‌ای در ارتباط با چشم‌اندازهای مسائل اخلاقی در توانبخشی منتشر کرد. مواردی که به عنوان چالش‌های اخلاقی در این مطالعه شناسایی شده‌اند شامل: نقش خانواده در تصمیم‌گیری و مراقبت، مسائل محرمانه در تیم مراقبت، تعیین اهداف و تصمیم‌گیری در شرایط جدید و فرهنگ‌های خاص و دسترسی به خدمات توان بخشی بودند [۵].

Hansen در سال ۱۹۸۴، اولین مطالعه را در رابطه با وسعت و تناوب مسائل اخلاقی در کار بالینی کاردرمانگران انجام داد. وی با ۲۲ کاردرمانگر باتجربه مصاحبه نمود و از آنها خواست آزمون معضلات اخلاقی کاردرمانی^{۱۷} را انجام دهند. این آزمون برای ارزیابی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی کاردرمانگران طراحی شده بود. هانسن دریافت که مهمترین مسائل اخلاقی که در این زمینه وجود دارند و باید از شدت و تناوب آن‌ها کاسته شوند عبارتند از:

۱- انتخاب درمان مناسب بر پایه‌ی قضاوت در مورد سودمندی و تاثیر آن ۲- ارجاع برای درمانی که اعتقاد بر سودمندی آن وجود ندارد ۳- درمان نامناسب به دلیل محدودیت‌های درمانگران ۴- تضادهای تیم در مورد اهداف مراجع [۶].

Barnitt در سال ۱۹۹۸، مطالعه‌ای با عنوان "معضلات اخلاقی در کاردرمانی و فیزیوتراپی با استفاده از روش تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوا" را در انگلستان انجام داد. هدف از این مطالعه شناسایی معضلات اخلاقی تجربه شده توسط کاردرمانگران و فیزیوتراپیست‌ها و همچنین مقایسه زمینه‌های اخلاقی، مضمونها و اصولی که در بین این دو گروه وجود دارند؛ بود. در این مطالعه از یک پرسشنامه طراحی شده و ساختارمند بر پایه نتایج یک مطالعه دیگر استفاده شد. مضمونهایی که در زمینه کاردرمانی استخراج شد عبارتند از: ۱- رفتارهای خطرناک و یا دشوار در بیماران؛ ۲- کارکنان غیر حرفه‌ای و بدون صلاحیت لازم؛ ۳- کمبود توجه به بیماران آسیب‌پذیر؛ ۴- تصمیمات مشکل و یا خطرناک در مورد ترخیص بیماران؛ ۵- کمبود منابع و یا توزیع نا عادلانه‌ی آنها؛ ۶- مشکل و نقص در رازداری برای مراجعان؛ ۷- کمبود ارزش و احترام برای عقاید درمانگران [۷].

Foye در سال ۲۰۰۲ مطالعه‌ای با عنوان "شناسایی معضلات اخلاقی در کاردرمانی با استفاده از روش تحقیق کیفی" انجام داد که هدف از این مطالعه شناسایی دامنه‌ی مسائل اخلاقی که کاردرمانگران در کار بالینی با آنها مواجه هستند، بود. مضامین بدست آمده از این مطالعه عبارت‌اند از: ۱- مسائل مربوط به فشارهای بازپرداختی؛ ۲- تضادهایی در مورد تنظیم اهداف درمانی؛ ۳- رد پیشنهادات تیم درمانی از جانب خانواده و بیمار [۸].

¹⁶. Histing center

¹⁷. Occupational therapy dilemmas test

رضایی در سال ۲۰۱۴ در مطالعه ای تحت عنوان مسائل اخلاقی کاردرمانگران در حیطه ی سلامت روان با استفاده از روش تحقیق کیفی آنالیز محتوا به نتایج زیر دست یافت که هدف از این مطالعه تبیین تجربیات کاردرمانگرانی است که با مسائل اخلاقی در توانبخشی روانی- اجتماعی روبرو هستند. مهمترین یافته ی این مطالعه مشکل مربوط به رعایت ضوابط اخلاقی در زمینه کار با بیمار روانی ناشی از فقدان دانش کافی کاردرمانگران در حوزه ارتباط و به کارگیری خدمات درمانی مناسب بود. مضمون های استخراجی از مطالعه حاضر در چهار طبقه ی تناسب درمان با ویژگی های بیمار، رفاه بیماران و کیفیت خدمات، تناسب برنامه ها با وضعیت و انتخاب بیماران، قرار گرفته اند. این مطالعه را می توان اولین مطالعه ی حال حاضر در کشور ایران تلقی کرد که به بررسی مسائل اخلاقی کاردرمانی می پردازد^[۹]. با توجه به اینکه رشته ی کاردرمانی از زمینه های تخصصی متفاوتی تشکیل شده است و در هر کدام از این زمینه ها، کاردرمانگران به طبع با افراد مختلف و با نیاز های مختلفی روبرو هستند، لذا مسائل اخلاقی که در هر تخصص روی می دهد ممکن است با دیگر تخصص ها متفاوت به نظر برسد چه بسا مسائلی که در ارتباط با مراجعان کودک رخ می دهد با مراجعان بزرگسال و یا دیگر حیطه های سنی متفاوت باشد، به همین جهت برای تخصصی کردن این مطالعه سعی شده است کاردرمانگرانی که در حیطه ی جسمی حرکتی بزرگسالان مشغول به فعالیت می باشند؛ مورد مطالعه قرار گیرند تا بتوانیم مسائل اخلاقی که درمانگران این بخش اعم از ارتوپدی، نورولوژی و دیگر اختلالات جسمانی با آن مواجه هستند را شناسایی کرده و نگرش این درمانگران را راجع به مفهوم اخلاق حرفه ای درک نماییم.

مواد و روش ها

از آنجایی که هدف مطالعه ی حاضر بررسی تجارب و افکار و دیدگاه های درمانگران در ارتباط با مسائل اخلاقی می باشد، لذا از پژوهش کیفی استفاده شده است. رویکرد های کیفی برای بدست آوردن جزئیات دقیق پدیده هایی از قبیل احساسات، تجارب و افکار و عواطف مناسب می باشند^[۱۰]. در این مطالعه از روش کیفی آنالیز محتوا استفاده شده است. آنالیز محتوا یک روش تحقیقی برای بوجود آوردن استنتاجهای معتبر و قابل تکرار از داده ها در مورد زمینه ای خاص با هدف بوجود آوردن دانش، بینش جدید، تکرار حقایق و هدایت های تمرینی برای فعالیت است. رویکردی که برای این تحقیق استفاده شده است؛ رویکرد آنالیز محتوای قراردادی است^[۱۱]. در این روش، طبقه بندی و کد گذاری ها مستقیماً از داده های متنی استخراج می شوند. این رویکرد زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که اطلاعات قبلی راجع به پدیده کم و محدود باشد و هدف آن کسب مفاهیم از دل تجربیات مشارکت کننده ها و توصیف پدیده است^[۱۲]. این مطالعه با مشارکت کاردرمانگران فارغ التحصیل در مراکز درمانی خصوصی، نیمه خصوصی، دولتی و مراکز وابسته به بهزیستی در دو شهر تهران و تبریز انجام گرفته است. با توجه به اینکه در بیشتر این مراکز تنها یک کاردرمانگر مشغول به فعالیت است، لذا به دلایل اخلاقی از ذکر نام این مراکز اجتناب می گردد. مشارکت کنندگان در این تحقیق عبارت بودند از ۶ کاردرمانگر مذکر و ۴ کاردرمانگر مؤنث با طیف سنی ۲۶ الی ۴۵ سال (میانگین ۳۲/۵ سال) و با کمترین سابقه ی کاری ۳ سال و بیشترین آن ۱۹ سال (میانگین ۸/۷ سال). مدرک تحصیلی مشارکت کنندگان از کارشناسی تا کارشناسی ارشد متغییر بوده است. معیارهای ورود به این مطالعه، فارغ التحصیل بودن در مقطع کارشناسی و داشتن حداقل دو سال سابقه ی کاری و همچنین فعالیت در حیطه ی جسمی حرکتی بزرگسالان بوده است. جهت کسب اطلاعات بیشتر و افزایش غنای داده ها از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف استفاده شده است و نمونه گیری تا جایی ادامه پیدا کرده است تا به حد اشباع برسد. اشباع خصوصیتی است که ارتباط نزدیک با حجم نمونه دارد و نمونه گیری تا جایی ادامه می یابد که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نیاید.

در این مطالعه از مصاحبه نیمه سازمان یافته و همچنین یادداشت عرصه استفاده شده است. مصاحبه با سوالات باز آغاز و با سوالات نیمه ساختار یافته و اکتشافی ادامه پیدا کرده است. مصاحبه ها در محیط کلینیک و با فضایی آرام و غیر رسمی صورت گرفته است. پس از توضیحات لازم در مورد هدف تحقیق و کسب رضایت نامه و موافقت شرکت کنندگان، مصاحبه درمانکان مورد نظر آن ها انجام شده است. مصاحبه ها ضبط شده و پس از پیاده کردن متن هر مصاحبه، داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. زمان هر مصاحبه بین ۴۰ الی ۸۰ دقیقه بود. ابتدا هر مصاحبه خط به خط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و واحدهای معنایی^{۱۸} بر اساس هدف تحقیق از داده های متنی استخراج شدند. سپس واحدهای معنایی تبدیل به کد شدند و در مرحله ی سوم طبقه بندی کدها شروع شده است که از همان مصاحبه ی اول شروع گردید تا در نهایت طبقات و زیر طبقات شکل گرفتند و سپس با دیگر مصاحبه ها ترکیب و مقایسه شدند و کدهایی که به

¹⁸. Meaning unit

همدیگر شباهت داشتند در یک طبقه قرار گرفتند. این طبقات چندین بار بازبینی شدند تا باهمدیگر مقایسه شوند و طبقات جدیدتری را شکل دهند. هدف از این نوع از روش تجزیه و تحلیل داده ها فراهم آوردن تصویری از واقعیت و راهنمای عمل است. جهت اعتبار بخشی به داده ها از روش بازنگری همکاران استفاده شده است. نظرات اساتیدی که به تحقیق کیفی آشنایی داشتند در رابطه با مفاهیم و طبقات و کدهای استخراجی جمع آوری شد و تغییرات لازم صورت گرفت ضمناً ارتباط مستمر با اساتید راهنما و مشاور در طول تحقیق و برای هر مصاحبه ایجاد شد. اختصاص زمان کافی، درگیری مداوم محقق با تحقیق، حسن ارتباط و انتخاب شرکت کنندگان با درجات علمی و آکادمیک وسابقه کاری و رده های سنی و در شهرهای متفاوت و مراکز درمانی و آموزشی مختلف، دیگر روش های اعتبار بخشی به داده ها بوده است. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه علاوه بر کسب رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی از شرکت کنندگان به محرمانه نگه داشتن اطلاعات و حق کناره گیری از تحقیق در هر زمان دلخواه و در اختیار قرار دادن متن مصاحبه های خود و نتایج تحقیق نیز توجه شده است.

یافته ها

نتایجی که از طرح پایان نامه ی کارشناسی ارشد با عنوان "مسائل اخلاقی در کاربالیینی کاردرمانگران در حیطه ی اختلالات جسمی بزرگسالان" به دست آمده است در برگیرنده ی سه مضمون بوده که شامل عملکردهای غیراخلاقی درمانگران، عوامل موثر بر عملکردهای غیراخلاقی درمانگران و در آخر راهکارهایی جهت بهبود عملکردهای اخلاقی درمانگران می باشد. با توجه به اهمیت مضمون عملکردهای غیراخلاقی درمانگران، در این مقاله سعی شده است که به تفصیل در این رابطه صحبت شود تا هم مواردی که به عنوان عملکردهای غیراخلاقی درمانگران بر اساس فرهنگ کشور اسلامی ایران وجود دارند شناسایی شده و هم درک صحیحی از تعریف اخلاق و عملکردهای اخلاقی به دست آید.

تجزیه و تحلیل داده ها عملکردهای غیراخلاقی را در چهار طبقه تقسیم بندی نموده است (جدول ۱) که شامل انحراف در مسیر درمان، غفلت از منفعت مراجع، بی توجهی به اصول ارتباطات و در آخر تأکید بر منفعت مالی است. نقل قول هایی از متن مصاحبه ها نیز در ادامه آمده است.

جدول ۱: عملکردهای غیراخلاقی درمانگران

طبقات	زیر طبقات
۱- انحراف در مسیر درمان	۱-۱- بکارگیری نادرست مداخلات درمانی ۱-۲- خروج از فلسفه ی کاردرمانی ۱-۳- اطلاع رسانی نادرست
۲- غفلت از منفعت مراجع	۲-۱- نبود دلسوزی ۲-۲- ضرر رساندن به مراجع ۲-۳- بی توجهی به انتظارات مراجع
۳- بی توجهی به اصول ارتباطات	۳-۱- ارتباط با مراجع ۳-۲- ارتباط با همکاران
۴- تأکید بر کسب منفعت مالی	۴-۱- پرداختی مراجع ۴-۲- پرداختی درمانگر ۴-۳- برنامه های مدیریتی مرکز درمانی

۱- انحراف در مسیر درمان

انحراف در مسیر درمان خود دربرگیرنده ی سه زیر طبقه است که زیر طبقه اول شامل بکارگیری نادرست مداخلات درمانی است. به اعتقاد برخی از شرکت کنندگان در تحقیق ارائه ی مداخلات کلیشه ای و بدون تأثیر برای همه ی مراجعان بدون در نظر گرفتن نیازهای خاص هر یک از آن ها غیراخلاقی است و همچنین استفاده ی نادرست از تکنیک های درمانی و نبود عملکرد مبتنی بر شواهد در کار بالینی و اجرای تکنیک هایی که هیچ گونه دلیل علمی و ثابت شده ای برای آن ها وجود ندارند نیز از عملکردهای غیراخلاقی محسوب شده و کاردرمانگران باید از آن ها بپرهیزند. به نقل از یکی از شرکت کنندگان: "در بالین به واقع باید به درمان های مبتنی بر شواهد و مقالات

معتبر استناد و تبعیت کنیم؛ غیر از این رو نباید ما اجرا کنیم" (شرکت کننده اول). شرکت کننده ی بعدی می افزاید که "برای هر مرضی برای هر اختلالی در هر سنی فقط و فقط یک نوع درمان دارند ارائه می کنند و هر روز هم همین درمان را دارند اجرا می کنند و یک کار تکراری را برای همه انجام می دهند مثلا ویراتور را برای هر کیسی استفاده می کنند" (شرکت کننده چهارم).

دومین زیرطبقه خروج از فلسفه ی کاردرمانی بود که شرکت کنندگان بر آن تاکید داشتند که کاردرمانگران باید از ارائه ی مداخلاتی که به تخصص آن ها مرتبط نیست پرهیز نمایند و یک دیدگاه کل نگر در درمان داشته باشند و تنها بر یک زمینه از زندگی شخص اکتفا نمایند. به نقل از شرکت کننده چهارم "خیلی از کاردرمانگرها به واقع از تنس و فارادیک و حتی اولتراسوند استفاده می کنند و کم مانده بریم سراغ لیزر" و شرکت کننده دیگری نیز می افزاید که "درمان های ما باید هم به صورت جسمانی و هم به صورت روانی یا از لحاظ بیوسایکوسوشیواسپیریچوال مرضی را حمایت کند" (شرکت کننده اول).

زیرطبقه بعدی اطلاع رسانی نادرست است که این زیر طبقه کدهای بیشتری را در ارتباط با انحراف در مسیر درمان به خود اختصاص داده است. این زیرطبقه به نداشتن صداقت در ارائه ی اطلاعات، دادن پیش آگهی نادرست، آگاه نساختن مراجع از فرایند درمان و همچنین توصیف و شرح نادرست بیماری و وضعیت بالینی برای مراجع و خانواده و در آخر عدم شرح وظایف خود برای مراجع و خانواده پرداخته است. به نقل از شرکت کنندگان "بیمار در مورد درمان آگاهی داشته باشد و بداند که چه درمانی دارد رویش پیاده می شود و این وظیفه ی ماست که بیایم این کار را انجام بدهیم که خیلی ها این کار را انجام نمیدهند" (شرکت کننده سوم). شرکت کننده ی دیگری بیان می کند "اسم خودش را هم گذاشته فیزیوتراپیست مثلا اگر از ایشان بپرسند کاردرمانی یعنی چی؟ میگوید معادل فارسی فیزیوتراپی هست و من هم فیزیوتراپ هستم" (شرکت کننده چهارم).

۲- غفلت از منفعت مراجع

این طبقه خود شامل سه زیرطبقه است که هر سه ی آن ها در صدد هستند که مراجع نه تنها سودی نمی برد و به نیازهای وی پاسخی داده نمی شود، بلکه در پاره ای از موارد متضرر نیز می شود. نبود دلسوزی یکی از این زیرطبقات است که نمایان گر این مطلب است که درمانگران از حداکثر دانش و پتانسیل خود برای کمک به مراجعان استفاده نمی کنند و خدمات مورد نیاز را در زمان تعیین شده ارائه نمی دهند و همچنین وقت مراجعان نیز در جلسات درمانی تلف گشته و در پاره ای از موارد درمانگران از بی اطلاعی مراجعانشان سوء استفاده می کنند و ممکن است در حین جلسات درمانی به کارهای شخصی خود بپردازند. همه ی این موارد نشانگر نبود دلسوزی درمانگر برای مراجع خود است. به نقل از شرکت کنندگان "هدف این است که یک جوری وقت را تلف نکنند و اصلا چیزی هم بلد نیستند که با مرضی کار نکنند و از این راه می خواهند فرار بکنند" (شرکت کننده چهارم).

زیرطبقه ی بعدی، بی توجهی به انتظارات مراجع است که شامل ندادن حق انتخاب به مراجع و در نظر نگرفتن اولویت های مراجع در اهداف درمانی است که به اعتقاد شرکت کنندگان در تحقیق این خود به دلیل نبود رویکرد مراجع محوری که در کاردرمانی مرسوم است و بی اخلاقی به حساب می آید. به گفته ی یکی از شرکت کنندگان "اینکه خیلی جاها ما مراجع محور نیستیم، درمانگر میگوید من صلاح دیدم بیمار ضایعه نخاعی الان پاهایش کانتراکچر دارد و من روی این کار می کنم؛ اما اگر از بیمار بپرسیم میگوید آره دستهایم خوب کار نمیکنند. خوب این یک مقدار نسبی هست اما در مجموع یک جورهایی غیراخلاقی است که اصلا نظر بیمار را نپرسی و فقط کار خودت را بکنی" (شرکت کننده ششم).

آخرین زیرطبقه در این گروه ضرر رساندن است که در پاره ای از موارد ممکن است درمانگران مراجعان خود را متحمل ضرر نمایند به عنوان مثال استفاده از تکنیک هایی که امکان آسیب به مراجعان را دارند و عدم رعایت نکات ایمنی و حتی تشدید درد خود می تواند مراجعان بخش کاردرمانی را متضرر سازد. به گفته ی شرکت کنندگان "تکنیکهای اشتباه را روی بیمار انجام ندهد، یعنی تکنیکهای ریسک دار و خطرناک را روی بیمار انجام ندهد، مثلا تاندون بیمار را آسیب نزنند" (شرکت کننده هشتم).

۳- بی توجهی به اصول ارتباطات

ارتباطات در محیط درمان شامل ارتباط با مراجع و خانواده و مراقبین و همچنین ارتباط با اعضای تیم پزشکی و توانبخشی و دیگر همکاران کاردرمان که آن ها هم به نحوی درگیر خدمات رسانی به مراجعان هستند. به همین جهت این طبقه خود به دو زیرطبقه تقسیم می گردد که شامل ارتباطات با مراجع و ارتباطات با همکاران است.

زیرطبقه ی ارتباط با مراجع به مجموعه مسائلی اشاره دارد که به نحوی دلالت بر عملکرد غیراخلاقی درمانگر در برقراری ارتباط با مراجع دارد؛ از جمله بی احترامی به مراجع، انگ گذاشتن روی مراجع، وجود روابط غیراخلاقی با مراجع و یا خانواده ی وی، عدم درک شرایط فردی و فرهنگی مراجع، عدم حذف اعتقادات و تفکرات شخصی در تعامل با مراجع، عدم تأمین امنیت و اعتماد در تعامل با مراجع و در فرم های خفیف تر احساس ترحم نسبت به مراجع و یا برقراری ارتباط با استفاده از واژه های تخصصی. به نقل از شرکت کنندگان "من درمانگر می شناختم که یک خانمی که بیست و پنج ساله بود و سخته کرده بود، درمانگر میرفت باهاش کار میکرد به منظور ارتباط های غیراخلاقی" (شرکت کننده نهم). شرکت کننده ی دیگری بیان می کند "کسی که از لحاظ تفکرات سیاسی و اعتقادی به من نزدیک نبوده را من اذیت کردم مثلا تمریناتی که باید به او میدادم را ندادم" (شرکت کننده دوم).

زیرطبقه ی دوم، بعد دیگر ارتباطات را نشان می دهد که آن هم ارتباط با دیگر همکاران است. مسائلی که در این بخش مطرح شده است در برگیرنده قضاوت های ناصحیح در مورد سطح کیفی کار همکاران، سلب فرصت های شغلی از همکاران جدید کاردرمان، دخالت در کار همکاران و در آخر عدم ارجاع به دیگر اعضای تیم بنا به دلایل شخصی است. برای مثال به گفته ی یکی از شرکت کنندگان "ما در ارجاعاتمان بی اخلاقی انجام میدهیم مثلا می بینید یک کیس آمده که مشکل گفتاری دارد چون با گفتاردرمانگر آن مرکز مشکل داریم ارجاعش نمیدهیم" (شرکت کننده نهم).

۴- تاکید بر کسب منفعت مالی

طبقه ی آخر که به واقع از اهمیت ویژه ای برخوردار است؛ مسائل مادی و اقتصادی است که به اعتقاد شرکت کنندگان در تحقیق احتمال خطا در این قسمت به دلیل منفعت طلبی های مادی درمانگران و صاحبان کلینیک بیشتر می شود. این طبقه نیز خود به سه زیرطبقه تقسیم می شود. زیر طبقه ی اول پرداختی مراجع است که شامل مشکلات پرداختی است که درمانگر برای مراجع به وجود می آورد از جمله ارائه ی خدمات تضمینی در قبال دریافت هزینه ی درمانی بیشتر، تحمیل هزینه های غیر ضروری به مراجع، افزایش هزینه های درمانی برای مراجعان مرفه، عدم پذیرش بیمار به خاطر مشکلات مالی، تعیین مدت زمان درمان بدون توجه به نیاز مراجع و در آخر، ارائه ی خدمات با وجود نبود احتمال بهبودی. به نقل از یکی از شرکت کنندگان "بیماری آمده پیش من میگوید من یک کلینیکی رفتم و شش میلیون از من گرفته و به من گفته که شما صد درصد راه می افتید، در صورتی که بیماری که آمده مثلا یک بیماری پیش رونده ای دارد که اصلا امکان درمان وجود ندارد" (شرکت کننده سوم).

زیرطبقه ی دوم پرداختی درمانگر است. این زیرطبقه مسائلی را پوشش می دهد که درمانگر جهت جذب کردن مراجع یکسری کارهای غیراخلاقی انجام می دهد، به عنوان مثال پورسانت دادن، سوء استفاده کردن از بیمه ی تکمیلی و سوء استفاده از بیمه ی فیزیوتراپی به نفع مراجعان خود. به نقل از شرکت کننده "چیزی که دارد تازه در کاردرمانی باب می شود؛ پورسانت دادن هست، خوب این پورسانت که عواقب بدی دارد و باعث می شود درمانگر خوب از بد، کار خوب از بد، تمیز داده نشود، فردا دیگر پزشک کاردرمان را که نمیشناسد، درصد پولی که شما به او میدهید را می شناسد" (شرکت کننده هفتم).

زیرطبقه ی سوم یا زیرطبقه ی آخر برنامه های مدیریتی مرکز درمانی است که درمانگر جهت درآمد بیشتر، دست به یکسری کارهای غیراخلاقی و غیرقانونی می زند از جمله، قرارداد بستن با درصد کمتر با دانشجویانی که هنوز فارغ التحصیل نشده اند و یا نیروهایی که اصلا کاردرمانگر نیستند و یا راه اندازی مراکز درمانی بدون مجوز رسمی. به نقل از یکی از شرکت کنندگان در تحقیق "بعضی مراکز چون میزبانشان زیاد است، از اول عادت کردند از تکنسین استفاده بکنند مثلا یک نفر که کارشناس ادبیات است، آمده شده کاردرمان، و تازگی ها هم از دانشجو استفاده می کنند" (شرکت کننده چهارم)

بحث

اخلاق می تواند به زندگی انسان انضباط بخشد و انسان را از بی ثباتی نجات دهد. علم اخلاق دانش پیچیده و مشکلی است که با وجود بررسی های دقیق فلاسفه بزرگ هنوز پاره ای از مسائل آن روشن نشده است^{۱۳}. این مطالعه تنها مطالعه ای است که در کشور ایران به بررسی مشکلات اخلاقی کاردرمانگران در حیطه ی جسمی حرکتی بزرگسالان پرداخته است. اما مطالعات دیگری در حیطه های دیگر کاردرمانی و دیگر تخصص های پزشکی از جمله پرستاری انجام شده است که نتایج این تحقیق با نتایج حاصل از آنها تفاوت ها و شباهت هایی را نشان داده است. یافته های این تحقیق نشان می دهد که کاردرمانگران از لحاظ استدلال بالینی و ارتباط صحیح با مراجعان دچار مشکلات اخلاقی می گردند که این نتایج همسو با مطالعه ی رضایی و همکاران (۱۳۹۲) می باشد. رضایی در تحقیق کیفی خود به چند مضمون کلی دست یافت که یکی از آن ها تناسب درمان با ویژگی های مراجع است. این مضمون بیان می دارد که ارجاع نامناسب، نبود

برنامه ای خاص برای درمان و نداشتن رویکرد مراجع مدار از جمله مشکلات اخلاقی کاردرمانگران در زمینه ی درمان و توانبخشی بیماران روانی می باشد. همچنین دیگر مضمونی که همسو با این مطالعه است، نگرش و طرز برخورد با مراجعان می باشد که با توجه به یافته های ایشان، توجه نکردن به اولویت ها و نیازهای بیماران، توهین کلامی به بیمار و پرخاشگری فیزیکی، زیرمجموعه این طبقه می باشند. به اعتقاد وی، نداشتن آگاهی و دانش عمومی در خصوص بیماران روانی و نا آشنایی با اصول اخلاقی و حرفه ای از عوامل مؤثر در پدیده ی رعایت نشدن ضوابط اخلاقی تلقی می شوند^[۹]. مطالعه ی دیگری که همسو با یافته های این تحقیق است، مطالعه ی اشک تراب و همکاران (۱۳۹۰) در رشته ی پرستاری می باشد که با توجه به یافته های ایشان، بدرفتاری جسمی با بیماران، بی توجهی به بیمار از جمله عدم توجه به خواسته های بیماران و نقض حریم خصوصی بیماران و در آخر عدم ارائه ی اطلاعات کافی و درست به بیماران از مشکلات اخلاقی دانشجویان پرستاری می باشند^[۱۳]. به اعتقاد شرکت کنندگان در تحقیق، اطلاع رسانی های نادرست و نداشتن صداقت در ارائه اطلاعات و همچنین بی توجهی به اصول ارتباطات به خصوص ارتباط با مراجع از جمله عملکردهای غیراخلاقی کاردرمانگران در حیطه ی جسمی حرکتی بزرگسالان می باشد. تشابه یافته این تحقیق با تحقیقات پرستاری نشانگر این مطلب است که در حوزه ی بهداشت و سلامت در کشور ایران، رفتارهای اخلاقی و عملکرد اخلاقی با توجه به فرهنگ و قوانین حاکم در سیستم های بهداشتی ممکن است از یک تعریف مشابهی برخوردار باشند و آن رعایت حقوق مراجع و احترام به درخواست ها و تاکید بر منفعت مراجع است. خروج از این موارد باعث بروز مشکلات اخلاقی می گردند.

این مطالعه با یافته های Hansen در سال ۱۹۸۴ نیز مطابقت هایی را دارد که با توجه به نتایج تحقیق وی، یکی از شایع ترین مشکل کاردرمانگران تصمیم گیری برای انتخاب بهترین و مؤثرترین مداخله برای کمک به بیماران است^[۶]. مطالعه ی دیگری که با یافته های این مطالعه مطابقت هایی را نشان می دهد، مطالعه ی Barnitt در سال ۱۹۹۸ است. با توجه به نتایج وی نیز کارکنان غیرحرفه ای و بدون صلاحیت لازم، کمبود توجه به بیماران، مشکل و نقص در رازداری از مضمون های مشابه با نتایج این تحقیق است^[۷].

به اعتقاد شرکت کنندگان در تحقیق، نبود سیاست های مالی و اجرایی درست و عدم نظارت بر کار کلینیک ها و بخش های درمانی و مهم تر از همه نبود برخی قوانین برای جلوگیری از عملکردهای غیراخلاقی، از جمله مواردی هستند که باعث مشکلات اخلاقی می گردند به همین جهت شاهد این هستیم که یافته های این مطالعه با برخی از مطالعات دیگر در کشورهای توسعه یافته تفاوت های زیادی را نشان می دهد از جمله مطالعات Foye در سال ۲۰۰۲ و Kirschner در سال ۲۰۰۱، که هر دو به این نتیجه رسیدند که یکی از مسائل اخلاقی مهم در توانبخشی و کاردرمانی فشارهای بازپرداختی در بطن سیستم بیمه ای هستند که برای کاردرمانی تعریف شده است^[۸، ۴]. اما با توجه به اینکه در کشور ایران، رشته ی کاردرمانی از پوشش بیمه ای و تعرفه ای برخوردار نبوده است، لذا باعث شده که کاردرمانگران به سمت دیگر بیمه ها از جمله بیمه ی فیزیوتراپی سوق پیدا کنند و در این رابطه دچار مشکلات اخلاقی متعددی گردند و یا اینکه به اختیار خود هر تعرفه ای را برای بیماران با توجه به سطح رفاه اجتماعی و اقتصادی آن ها وضع نمایند. همان طور که اشاره شد، نبود قوانین نظارتی باعث شده است که صاحبان کلینیک و مراکز توانبخشی خصوصی و نیمه خصوصی جهت کسب منفعت مالی از دانشجویان کارشناسی و همچنین نیروهای غیر متخصص استفاده نمایند که از صلاحیت لازمه جهت ویزیت مراجعان برخوردار نباشند. البته این موارد نیز با یافته های Corbett در سال ۱۹۹۳ نیز همسو است که با توجه به نتایج تحقیق وی از جمله معضلات اخلاقی در کاردرمانی استفاده از نیروهای غیر متخصص است که در این مورد بخش مدیریت جهت بهبود وضعیت بودجه ای کلینیک به جای استفاده از نیروهای متخصص از نیروهای تکنسین استفاده می نماید و یک نفر از کاردرمانگران متخصص را هم موظف به نظارت بر کار آنان می نماید و به اعتقاد بخش مدیریت این تکنسین ها ضربه های چندان زیادی را به مراجعان وارد نمی نمایند. یافته ی دیگر در مطالعه ی وی پورسانت گرفتن از شرکت های فروشنده لوازم توانبخشی و مشکلاتی که در پی آن می آید و همچنین قضاوت در مورد دیگر همکاران کاردرمانگر است^[۱۴].

به اعتقاد شرکت کنندگان در تحقیق استراتژی هایی که می تواند جهت بهبود عملکردهای اخلاقی کاردرمانگران مؤثر واقع شود شامل بهبود سیستم آموزشی و اضافه کردن واحد اخلاق به دوره ی کارشناسی است. همانطور که Dieruf در سال ۲۰۰۴ نشان داده است (به نقل از رضایی و همکاران)، برای بهبود عملکرد اخلاقی باید قضاوت بالینی و اخلاق آموزش داده شود تا درمانگران بتوانند در محیط های درمانی متغیر، عملکردی اخلاقی داشته باشند. برنامه های آموزشی دانشگاهی می تواند تصمیم گیری های مبتنی بر اخلاق را تسهیل کند^[۱۵]. به ویژه مداخله های آموزشی مداوم و تعاملی که تضمین کننده حل و فصل مسائل اخلاقی است^[۴]. همچنین، فوی در تحقیق کیفی خود بر

این امر تاکید کرده است که کاردرمانگران برای رهایی از مسائل اخلاقی در درمان، بر نیاز به افزایش آگاهی خود از چارچوب های تعاملی اصرار می ورزند^[8].

دیگر استراتژی هایی که می تواند در این زمینه مؤثر واقع گردد وجود سیستم نظارتی قوی بر کار ارگان های ذی صلاح و بهبود سیاست های مالی از جمله تصویب بیمه ی کاردرمانی و وضع تعرفه ی رسمی است.

نتیجه گیری

یافته های این تحقیق نشان می دهد که کاردرمانگران در ضمن کار بالینی خود دچار مشکلات اخلاقی متعددی در ارتباط با حقوق مراجعان می گردند که به اعتقاد شرکت کنندگان در این مطالعه، عدم آگاهی از اصول اخلاق حرفه ای مرتبط با رشته ی کاردرمانی و نبود قوانین جامع در این زمینه از علل مهم عملکردهای غیراخلاقی درمانگران است و می توان با اضافه کردن واحد اخلاق به دوره ی کارشناسی و برپایی کارگاه های دوره ای اخلاق در کاردرمانی برای فارغ التحصیلان و تدوین قوانین لازمه و ابلاغ آن به ارگان های ذی صلاح جهت نظارت بر عملکرد درمانگران از شدت این مشکلات کاسته و جهت رفع هرچه بیشتر این مشکلات نیاز است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه ی کاردرمانگرانی که در این تحقیق شرکت کردند و ما را یاری داده اند نهایت تشکر و قدردانی را می نمایم.

منابع

1. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy code of ethics and ethics standards. American Journal of Occupational Therapy. 2010;64(6 Suppl):S17-S26.
2. Bebeau MJ. The defining issues test and the four component model: Contributions to Professional education. Journal of Moral Education. 2002;31(3):271-95.
3. Smith R, Hiatt H, Berwick D. A shared statement of ethical Principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock group. Annals of internal medicine. 1999;130(2):143-7.
4. Kirschner KL, Stocking C, Wagner LB, Foye SJ, Siegler M. Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. Archives of Physical medicine and rehabilitation. 2001;82:S2-S8.
5. CaPlan AL, Callahan D, Haas J. Ethical & Policy issues in rehabilitation medicine. Hastings Center Report. 1987;17(4):1-20.
6. Hansen RA. Ethics Is the Issue. American Journal of Occupational Therapy. 1988;42(5):279-81.
7. Barnitt R. Ethical dilemmas in occupational therapy and Physical therapy: a survey of Practitioners in the UK National Health Service. Journal of Medical Ethics. 1998;24(3):193-9.
8. Foye SJ, Kirschner KL, Wagner LB, Stocking C, Siegler M. Ethical issues in rehabilitation: A qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists. Topics in stroke rehabilitation. 2002;9(3):89-101.
9. Rezaee M, Karbalainori A, Hosseini SA, Khankeh H. Ethical Issues of Occupational Therapist in the Field of Mental Health. Journal of rehabilitation. 2014;14.
10. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. 2005;15(9):1277-88.
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, Procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004;24(2):105-12.
13. Ashk Torab T. Ethical Problems seen by nursing students: a qualitative approach. Medical Ethics. 2011;5(15):43-62.
14. Corbett K. Ethics and occupational therapy Practice. Canadian journal of occupational therapy Revue canadienne d'ergotherapie. 1993;60(3):115-9.
15. Dieruf K. Ethical decision-making by students in Physical and occupational therapy. Journal of allied health. 2004;33(1):24-30.