

# تبیین معضلات اخلاقی کاردرمانگران در حیطه سلامت روان

مهدی رضایی<sup>۱</sup>، \* اشرف کربلایی نوری<sup>۲</sup>، سیدعلی حسینی<sup>۳</sup>، حمیدرضا خانکه<sup>۴</sup>

## چکیده

**هدف:** کاردرمانگران شاغل در حوزه سلامت روان، نسبت به سایر حوزه‌ها مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند. هدف از این مطالعه، تبیین تجربیات کاردرمانگرانی است که با مسائل اخلاقی در توانبخشی روانی اجتماعی مواجه هستند.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کیفی بود و به شیوه تحلیل محتوا انجام شد. نمونه‌ای هدف‌دار متشکل از بیست کاردرمانگر شاغل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی انتخاب شدند که داوطلب مشارکت در تحقیق بودند. طیف سنی افراد تحت مطالعه ۲۴ تا ۴۵ (میانگین ۳۴ سال) و کمترین سابقه کاری، یک سال و بیشترین آن، بیست سال بود. افراد، در طول پنج جلسه، از طریق مصاحبه متمرکز گروهی، مشکلات مهم تجربه‌شده خود را بیان کردند. سپس معضلات، با توجه به هدف مطالعه، استخراج شد.

**یافته‌ها:** مهم‌ترین مشکل مربوط به رعایت ضوابط اخلاقی در زمینه کار با بیمار روانی، کافی نبودن دانش کاردرمانگران برای ارتباط با بیمار و به‌کارگیری خدمات درمانی مناسب بود. کدهای استخراجی از مطالعه حاضر، در چهار طبقه قرار گرفت: تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار، رفاه بیماران و کیفیت خدمات، تناسب برنامه‌ها با وضعیت بیماران و انتخاب بیماران.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که در حوزه سلامت روان، کاردرمانگران با مشکلات متعدد مربوط به رعایت اصول اخلاقی مواجه‌اند و برای حل و فصل آن‌ها نیازمند ارتقای آگاهی خود در زمینه‌های گوناگون هستند. همچنین، آشکارسازی این مسائل و درمیان گذاشتن آن با سایر متخصصان، به منظور یافتن راهکارهای موفق برای بهینه‌سازی توانبخشی بیماران روانی، ضروری است.

**کلیدواژه‌ها:** بحث متمرکز گروهی، کاردرمانی، مسائل اخلاقی

۱- دانشجوی دکترای کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهیدبهشتی، تهران، ایران  
 ۲- دانشجوی دکترای کاردرمانی و عضو هیئت علمی گروه آموزشی کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
 ۳- دکترای کاردرمانی، دانشیار گروه آموزشی کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
 ۴- دکترای پرستاری، دانشیار گروه آموزشی پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۲/۰۲/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۰۶/۰۲

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، کوی کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی کاردرمانی.

\* تلفن: ۰۲۲۱۸۰۰۳۷ (۲۱) ۹۸+

\* رایانامه: ashraf1345@yahoo.com



مقدمه

با پیشرفت تکنولوژی، اخلاق در بین متخصصان بهداشتی اهمیت روزافزونی یافته است. شیوه‌های درمانی جدید، تغییر نظام‌های اجتماعی، نوآوری در حیطه‌های درمانی و تغییر در ارزش‌های اجتماعی دلایلی هستند که ضرورت این موضوع را آشکار می‌سازد (۱). دلایل فوق باعث شده است که نظام درمانی در چند دهه گذشته، با مسائلی نظیر این‌ها مواجه باشد: حق خاتمه‌دادن به زندگی، سقط جنین، پیوند اعضا، رازداری، صداقت، مسئولیت‌پذیری و احترام به حق انتخاب بیمار (۲، ۳). رعایت نکردن مسائل اخلاقی معضلی است که در آن دعاوی مختلف اخلاقی در تضاد قرار می‌گیرند و مشکلی دشوار و ارزش‌مدار است که به نظر می‌رسد راه‌حل رضایت‌بخشی برای آن وجود ندارد. در واقع، تصمیم‌گیری بین آلت‌رناتیو‌هایی است که به یک‌اندازه، در آن‌ها ناخرسندی وجود دارد (۴). در همین راستا، چالش‌های اخلاقی جزء اجتناب‌ناپذیر خدمات بالینی کاردرمانی محسوب می‌شود؛ اما در حوزه توان‌بخشی روانی، در حرفه کاردرمانی، تحقیقات اندکی مشاهده شده است.

در مطالعه‌ای که بارنیت انجام داد، مشخص شد که دانشجویان کاردرمانی و فیزیوتراپی و گفتاردرمانی در مراکز درمانی، به‌طور دائم، با مشکلات اخلاقی مواجه هستند (۵). بارنیت با هدف تعیین مسائل اخلاقی، مطالعه‌ای را درباره ۱۱۸ کاردرمانگر و ۱۰۷ فیزیوتراپیست انجام داد. نتایج مطالعه نشان داد که ۵۰ درصد از مشکلات مربوط به مسائل اخلاقی کاردرمانگران، در مراکز سلامت روان رخ داده است. شایع‌ترین معضل اخلاقی کاردرمانگران، رفتارهای خطرناک بیماران و رفتار غیرحرفه‌ای کارکنان در مواجهه با آنان بود. این معضل با مسائل اخلاقی شایع بین فیزیوتراپیست‌ها تفاوت داشت (۶).

شایع‌ترین مشکل کاردرمانگران در تحقیق هانسن بدین‌قرار بود: ۱. تصمیم‌گیری برای انتخاب بهترین و مؤثرترین مداخله برای کمک به بیماران؛

۲. ارجاع نامناسب برای خدمات کاردرمانی؛

۳. ناتوانی در ارائه درمان مناسب به دلیل محدودیت‌های محیط کاری؛ محدودیت‌هایی همچون تعداد زیاد بیماران یا جدال و کشمکش با دیدگاهی مدیریتی که منجر به محدودشدن حوزه کاری کاردرمانی می‌شد؛

۴. نبود توافق بین کاردرمانگر و سایر اعضای تیم درمانی درباره انتخاب شیوه درمانی برای بیمار؛

۵. نبود توافق بین کاردرمانگر با مراجع یا کاردرمانگر با خانواده

مراجعه درباره اهداف درمانی (۱).

راجرز معتقد است اهداف درمانگر حین تلاش برای انتخاب بهترین مداخله، ممکن است با اهداف مراجع در تضاد قرار گیرد. همچنین، ممکن است با اهداف تیم درمان نیز یکسان نباشد یا عملکردهای دولتی و حقوق خانواده نیز در تضاد با اولویت‌های بیمار قرار گیرد (۷). به اعتقاد مازی، از جمله مسائل کاردرمانی عبارت‌اند از: تضاد بین رازداری و تبادل اطلاعات کاردرمانگران با سایر اعضای تیم درمانی؛ مسئولیت‌پذیری نکردن دستورها یا ارجاعی که ممکن است منجر به آسیب شود؛ تضاد بین حقوق فردی و حقوق اجتماعی و ابهام درباره مسئولیت ارزیابی و مداخله (۸).

فوی و همکارانش در مطالعه خود، از کاردرمانگران شاغل در یک مرکز توان‌بخشی خواستند تا سه سناریو یا موقعیتی را گزارش کنند که در آن با مشکل اخلاقی مواجه بوده‌اند. پس از جمع‌آوری و کدگذاری داده‌ها، آنان نتیجه گرفتند که کاردرمانگران با سه مشکل عمده مواجه هستند: ۱. فشار بازپرداخت هزینه‌های درمانی؛ ۲. تضاد درباره تعیین اهداف درمانی؛ ۳. رد کردن توصیه‌های تیم درمانی توسط بیمار یا خانواده (۹).

کینسلا و همکارانش به بررسی تجربیات دانشجویان کاردرمانی درباره تنش‌های اخلاقی در طی آموزش بالینی پرداختند. در این مطالعه، آنان برای جمع‌آوری اطلاعات، از رویکرد پدیدارشناسی و مصاحبه‌های عمیق استفاده کردند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده چهار موضوع را روشن ساخت: محدودیت‌های سیستمیک؛ تضاد ارزش‌ها؛ شواهدی مبنی بر رفتار مشکوک؛ شکست در بی‌پرده صحبت کردن (۱۰).

محور بحث‌های اخلاقی در خصوص بیماری روانی مبحث خودمختاری<sup>۱</sup> است. همان‌طور که می‌دانیم مشکلات شناختی و هیجانی، عقلانیت را محدود می‌کند؛ ولی مشکل بی‌صدایی<sup>۲</sup> این گروه از افراد جامعه، باعث نادیده‌انگاشتن نیازهای آنان می‌شود. از طرف دیگر، بی‌توجهی به معلولیت‌های واقعی بیماران روانی سبب «غفلت خوش‌خیم» می‌شود که همه این‌ها توجه به اصول اخلاقی توسط درمانگران در خصوص بیماران روانی را به مسئله‌ای درخور توجه تبدیل می‌کند (۱۱، ۱۲).

همان‌طور که می‌دانیم، مسائل اخلاقی در حوزه بهداشت روانی، در محور توجه و در اولویت نیست و همواره رقیبی جدی برای آن وجود دارد که توجهی فراوان می‌طلبد و آن هم اخلاق زیستی<sup>۳</sup> است. همچنین، مقالاتی که درباره اخلاق در این حوزه وجود دارد، بسیار پراکنده و اندک است.



و تا رسیدن به اشیاع اطلاعات، پنج جلسه مصاحبه گروهی انجام شد.

در شروع جلسات، مصاحبه‌گر اهداف تحقیق کیفی را بیان می‌کرد و سپس، اعضای گروه، تجربیات شخصی خود را درباره اصول اخلاقی مطرح می‌کردند. محقق رئوس مطالب را مشخص می‌کرد. در نهایت، مصاحبه گروهی اجرا می‌شد. در انتها، محقق توضیحاتی درخصوص هرگونه سوءتعبیر و برداشت‌های احتمالی افراد درباره موضوعات مطرح شده ارائه می‌کرد. تمام جلسه و ارتباطات کلامی مشارکت‌کنندگان روی نوار ضبط شد و در اولین فرصت، همراه ارتباطات غیرکلامی (علائم و اشارها) روی کاغذ پیاده شد. افزون‌براین، پرسش‌نامه مربوط به ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان نیز تکمیل شد. این پرسش‌نامه مشخصات مربوط به سن، جنس، شغل، تحصیلات و سابقه فعالیت در بخش روانی را دربرمی‌گرفت.

از اولین مصاحبه، تحلیل و تغییر یا تعدیل داده‌ها انجام شد. مراحل تحلیل و استخراج نتایج به تدریج از اطلاعات سطحی و ساده شرکت‌کنندگان شروع شد و تا دستیابی به اطلاعات انتزاعی تر تداوم یافت. به‌طورکلی، داده‌ها پس از بررسی اولیه طبقه‌بندی و کدگذاری و در واحدهای موضوعی گروه‌بندی شد تا در نهایت، امکان تعبیر و تفسیر و سنتز داده‌های سازماندهی شده برای رسیدن به نتایج کلی و انتزاعی فراهم شد.

به‌منظور اعتباربخشی داده‌ها، از روش درگیری مداوم<sup>۶</sup>، تخصیص زمان کافی، حُسن ارتباط و بازنگری همکاران استفاده شد. گفتنی است در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه، علاوه بر رضایت آگاهانه (کتبی و شفاهی)، به این مسائل هم توجه شد: محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری شرکت‌کنندگان در زمان دلخواه، در اختیار گذاشتن نتایج در صورت درخواست در تمامی مراحل پژوهش.

### یافته‌ها

در این تحقیق، بیش از پانزده ساعت مصاحبه عمیق نیمه‌متمرکز، طی پنج جلسه و با حضور بیست شرکت‌کننده انجام شد. طیف سنی افراد گروه تحت مطالعه، ۲۴ تا ۴۵ (میانگین ۳۴ سال) و کمترین سابقه کاری یک سال و بیشترین آن، بیست سال بود. حدود شصت کد از این تحقیق استخراج شد که در چهار طبقه اصلی قرار گرفت: ۱. تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار؛ ۲. رفاه بیماران و کیفیت خدمات؛ ۳. تناسب برنامه‌ها با وضعیت بیماران؛ ۴. انتخاب بیماران برای کاردرمانی.

در همین راستا، درباره مسائل اخلاقی کاردرمانی در محیط‌های بیمارستانی روان‌پزشکی نیز مطالعات کمی انجام شده است. درمقابل، تحقیقات فراوانی درباره مسائل اخلاقی در پزشکی و پرستاری صورت گرفته است. این تحقیقات عمدتاً به برخی از مشکلات در زمینه‌های خاص برای درمانگران پرداخته‌اند؛ نظیر خطر ترخیص بیمار از بیمارستان و محدودیت‌های منابع و استانداردهای ضعیف مراقبتی. واضح است که بدون شناخت مسائل اخلاقی که درحقیقت منعکس‌کننده واقعیت‌ها هستند، تدوین اصول و کدهای اخلاقی توسط سازمان‌های حرفه‌ای و همچنین، آماده‌ساختن دانشجویان برای اجرای مداخله‌ها توسط مربیان، امکان‌پذیر نخواهد بود؛ بنابراین، محققان در این تحقیق، برای توصیف تجربیات کاردرمانگران در زمینه معضلات اخلاقی در مراکز سلامت روان سعی می‌کنند.

### روش بررسی

مطالعه حاضر تحقیقی کیفی با روش تحلیل محتوا<sup>۱</sup> است. این روش بر توضیحات کلامی افراد تحت مطالعه در زمینه اجتماعی ویژه‌ای متکی است و از استدلال استقرایی<sup>۲</sup> مدد می‌گیرد. در صورتی که دانش کافی درخصوص پدیده‌ای وجود نداشته باشد یا اطلاعات پراکنده باشد، روش استقرایی پیشنهاد می‌شود. در روش تحلیل محتوای استقرایی، می‌توان صرفاً طبقاتی از اطلاعات را استخراج کرد<sup>۱۳</sup>). برای انتخاب نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند از افراد شاخص<sup>۳</sup> یا افراد منتقد<sup>۴</sup> یا ترکیبی از آنان استفاده شد. کاردرمانگرانی که حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان روانی داشتند و داوطلب ارائه اطلاعات بودند، به‌واسطه اطلاعات و تجربه‌شان یا به‌واسطه داشتن نظرهای خاص درباره موقعیت و پدیده موردتحقیق انتخاب شدند. در این تحقیق، دو بیمارستان روزبه و رازی انتخاب شدند که محل بستری بیماران روانی شدید هستند و از مراکز اصلی درمان روان‌پزشکی در تهران محسوب می‌شوند.

ابتدا شرکت‌کنندگان فرم رضایت و اجازه ضبط صدا را آگاهانه امضا کردند. سپس، مصاحبه انجام شد و این فرایند تا مرحله اشیاع داده‌ها تداوم یافت. جلسات مصاحبه در مراکز درمانی انجام شد. مصاحبه‌های گروهی متمرکز عمیق نیمه‌ساختاریافته و همچنین یادداشت عرصه، روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها بود. موقعیت فیزیکی مصاحبه کاملاً آرام و غیررسمی بود. دفعات مصاحبه نیز بسته به میزان دسترسی به هدف مصاحبه، از یک تا سه نوبت متغیر بود. هر مصاحبه بین ۲ تا ۳ ساعت طول می‌کشید



در جدول زیر، طبقات اصلی و زیرطبقات آمده است:

جدول ۱. کدهای استخراج شده از تحقیق

۱. ارجاع نامناسب بیماران برای استفاده از خدمات کاردرمانی؛	
۲. هماهنگی ضعیف اعضای تیم درمان؛	
۳. نبود برنامه‌ای خاص برای درمان؛	
۴. نداشتن رویکرد مراجع مدار؛	
۵. دسترسی نداشتن به ارزیابی‌های استاندارد؛	تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار
۶. مستندسازی ضعیف ارزیابی‌ها و تصمیمات در کاردرمانی؛	۱.
۷. هم‌پوشانی نقش‌ها بین متخصصان؛	
۸. نبود امکان اختصاص زمان کافی برای مداخله‌ها؛	
۹. مشارکت ضعیف درمانگران در جلسات بررسی بیمار و تعیین اهداف درمانی؛	
۱۰. ترخیص غیرهدفمند.	
۱. تمایل بیمار به شرکت در خدمات کاردرمانی؛	
۲. نبود سیاست و استاندارد خاص برای ارجاع؛	
۳. نگرش نادرست روان‌پزشکان به کاردرمانی؛	انتخاب بیماران برای خدمات کاردرمانی
۴. کمبود تسهیلات و نظام امنیتی؛	۲.
۵. احترام‌نگذاشتن به نظرهای درمانگران.	
۱. نبود آموزش ضوابط اخلاقی؛	
۲. توجه نکردن به اولویت‌ها و نیازها و علایق بیماران؛	
۳. توهین کلامی به بیمار؛	نگرش‌ها و طرز برخورد با بیماران
۴. پرخاشگری فیزیکی؛	۳.
۵. نادیده گرفتن رفتارهای غیراخلاقی؛	
۶. تکبر و خودرأیی در محیط بیمارستان.	
۱. رفاه فیزیکی؛	
۲. آسایش در محیط؛	آسایش و رفاه بیمار و کیفیت خدمات
۳. رفاه روان‌شناختی؛	۴.

۱. تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار  
در این زمینه، مسائلی که شرکت‌کنندگان به آن‌ها اشاره کردند، عبارت بودند از: وجود انتظارات نامعقول از کاردرمانگران، فقدان فضا و امکانات کافی، کمبود کاردرمانگر باتجربه، دسترسی نداشتن به کتاب‌های مرجع کاردرمانی در مراکز بیمارستانی و خصوصاً نبود کتاب‌های تألیفی به زبان فارسی، نگرش منفی درمانگران درباره آموزش فعالیت‌های مراقبت از خود به بیماران، نبود انگیزش کاری یا پاداش، نداشتن مهارت و دانش کافی، تعارض درباره قبول مسئولیت درقبال بیماران و کمبود بودجه برای خرید ابزار ارزیابی.
۲. تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار  
«ارجاع پزشکان ناقص است. البته بعضی از پزشکان برای کمک به تشخیص این کار را می‌کنند؛ اما وقتی مجبورم خودم انتخاب کنم و بیمار مقاوم است، شک می‌کنم که آیا درست است به آنان فشار بیاورم. گاهی هم کارکنان بخش برای اینکه از دست آنان خلاص بشوند، بیمار را می‌فرستند و احساس می‌کنم اگر مخالفت کنم، باز شاید حق بیماران ضایع شود» (شرکت‌کننده شماره ۳).
۳. تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار  
«برخی مواقع، واحد پرستاری بیمارانی را که تازه بستری شده‌اند و حال مساعدی ندارند، به کاردرمانی می‌فرستد تا بخش آرام باشد. ضمناً فکر می‌کنند که با این کار به بیمار کمک می‌کنند؛ درحالی‌که نه تنها به بیمار کمک نمی‌کنند، بلکه نظم گروه ما را نیز به هم می‌زنند» (شرکت‌کننده شماره ۵).
۴. تناسب درمان با ویژگی‌های بیمار  
۲. انتخاب بیماران برای خدمات کاردرمانی  
تجارب شرکت‌کنندگان نشان داد که عوامل زیر بر انتخاب بیمار برای استفاده از کاردرمانی تأثیرگذارند:  
نبود سیستم ارجاع، فشار بخش پرستاری برای سرگرم کردن بیماران، همکاری نکردن بخش پرستاری برای ارجاع بیماران، خودداری از قبول مسئولیت به‌طور رسمی به قصد ارجاع و



محروم کردن بیماران فقیر، خطرناک، سالمند یا دچار پسرقت از خدمات کاردرمانی.

«به نظر من، اولین موضوعی که در بخش، باعث دلسردی می شود، وضعیت بهداشت بیماران است. به نظر می رسد سیستم بهداشت فردی بیماران روان مختل است. این مسئله درباره همه صادق است؛ چه آنان که بیماری شان خفیف است و چه آنان که علائم شدید دارند. به این صورت، احساس می کنم همین بهداشت فردی بر ارتباط برقرار کردن و ارائه خدمات تأثیر می گذارد» (شرکت کننده شماره ۱۰).

«بسیاری از بیماران بخش ما، بیماری های خیلی خطرناک مثل هیپاتیت و ایدز دارند و ما هر روز، با آنان ارتباط تنگاتنگ داریم؛ بنابراین، ترس مبتلا شدن خودمان هم وجود دارد» (شرکت کننده شماره ۸).

«موضوع، احساس خطری است که ما در بخش ها داریم: من مدتی در بخش مردان تنها کار می کردم. کاردرمانی شامل دو اتاق تودرتو بود که صدا از آن ها بیرون نمی رفت. همیشه موقعی بیمار عقب مانده را آنجا می بردم که فرد دیگری هم آنجا بود. اصلاً بیماران پرخاشگر و بدحال را نمی آوردم؛ چون هیچ حمایتی وجود نداشت. در بخش، قیچی داشتیم. بخش هم بخش حاد بود و مجبور بودم آن ها را نیاورم. صدا هم از اتاق بیرون نمی رفت، حتی اگر داد می زدم» (شرکت کننده شماره ۱۱).

۳. نگرش ها و طرز برخورد با بیماران  
مسائل مرتبط با این طبقه از داده ها عبارت اند از: نبود ضوابط اخلاقی مدون از سوی انجمن کاردرمانی ایران، نبود آموزش اصول اخلاقی در برنامه درسی، نداشتن اطلاعات درباره ارتباط درمانی، ترس از به خطر افتادن موقعیت شغلی، آموزش ناکافی ضمن خدمت، شدت عمل در محیط بیمارستان.

«برخی مواقع مریض هایی هستند که اصلاً علاقه ای به انجام فعالیت ندارند و ما هر قدر اصرار می کنیم، آنان بیشتر موج منفی ایجاد می کنند و روی بیماران دیگر هم تأثیر می گذارند. در این گونه مواقع، نمی دانیم تا چه حد اصرار کنیم و چقدر جلو برویم» (شرکت کننده شماره ۱۵).

«... ما از اول هم در این باره، در دانشگاه آموزش خاصی ندیده ایم: بچه های پزشکی واحدی مثل اخلاق در پزشکی را می گذرانند؛ ولی ما اصلاً چنین چیزی را در واحدهای دانشگاهی نداشته ایم تا با اصول اخلاقی در کارمان آشنا بشویم. اگر در دوران دانشگاه، واحدی با این نام وجود داشت، قطعاً مفید می بود» (شرکت کننده شماره ۱۷).

«یکی از مسائل اخلاقی که من با سابقه ده سال در اینجا دیده ام، هم در کارکنان کاردرمانی و هم در سایر کارکنان، برخورد غیر اخلاقی با بیماران است. من سوء رفتار فیزیکی و کلامی دیده ام؛ مثلاً بیمار

فحشی به درمانگر می دهد و کلمه زشتی را به کار می برد. درمانگر هم برمی گردد و همان فحش را به بیمار می دهد. گاهی حتی چوب برمی دارد و بیمار را کتک می زند؛ یعنی نپذیرفته که این علائم جزئی از علائم بیماری است» (شرکت کننده شماره ۱۷).

۴. آسایش و رفاه بیماران و کیفیت خدمات  
عوامل تأثیرگذار بر آسایش و رفاه بیماران عبارت اند از: نبود مدیریت زمانی در طرح های درمانی، آلودگی صدا، وضعیت نامناسب بهداشتی در واحدهای کاردرمانی، نبود امکانات گرمایشی و سرمایشی، وجود دیوار تمان های کاردرمانی در بخش های بیمارستانی، قوانین متناقض مدیریتی، وجود اتاق های غیر ارگونومیک و تضاد بین کارکنان.

«یکی از مشکلاتی که در فعالیت های انفرادی داریم، موضوع رفت و آمد مریض است. بیمارستان نیرو در اختیار نمی گذارد؛ در حالی که ما می دانیم که بیمار خیلی اوقات تحمل ۴۵ دقیقه کار را ندارد و به دستشویی یا آب احتیاج پیدا می کند. همیشه، به دلیل این مشکل در هماهنگی رفت و آمد، به اصرار از بیمار می خواهیم که بماند و وضعیت را تحمل کند. خود این می تواند در بیمار زدگی ایجاد کند. برخی مواقع، بیمار می گوید: من نمی آیم؛ به دلیل اینکه جلسه قبل مرا به زور نگه داشتید. این ها همه برمی گردد به ناهماهنگی ها و کمبود نیرو و اجتناب ناپذیر است» (شرکت کننده شماره ۱۸).

«یکی از مشکلاتی که الان من دارم، این است که از من می خواهند از ساعت ۱/۵ تا ۲ و گاهی تا ۲، برای بیمار برنامه درمانی ارائه کنیم؛ زمانی که هم خود بیمار مقاومت می کند و هم پرستاری اعتراض می کند که باعث سلب آرامش بیمار می شویم؛ ولی ریاست بیمارستان به ما دستور داده که در این زمان، در این برنامه شرکت کنیم. چیزی که نه کاردرمانگر می پذیرد و نه پرستاران که ارتباط بیشتری با بیمار دارند» (شرکت کننده شماره ۸).

## بحث

مسائل اخلاقی در مراکز توانبخشی بسیار شایع است و می تواند به دلیل ماهیت پویای محیط های درمانی و مدل های اتخاذ شده توسط تیم درمان در این مراکز باشد (۱۲). بنابر یافته های این مطالعه، از دید کاردرمانگران، نداشتن آگاهی و دانش عمومی در خصوص بیماران روانی و ناآشنایی با اصول اخلاقی و حرفه ای از عوامل مؤثر در پدیده رعایت نشدن ضوابط اخلاقی در بیمارستان های روان پزشکی تلقی شد. همان گونه که تحقیق دیروف نشان داده است، برای بهینه سازی عملکرد بالینی، باید قضاوت بالینی و اخلاقی 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



برای ارجاع بیماران به‌ویژه توسط پرستاران را از عوامل مؤثر در ایجاد مشکلات مربوط به اصول اخلاقی دانستند. به‌طور کلی، بنابر یافته‌های این مطالعه، در مواجهه با مشکلات موجود در محیط‌های بیمارستانی، هویت اصلی و علمی کاردرمانی دستخوش تغییر و تحریف شده است و درمانگران نمی‌توانند به‌درستی، ضوابط و اصول اخلاقی حرفه کاردرمانی را رعایت کنند. به‌عبارتی، وجود افکار کلیشه‌ای و غیرعلمی حاکم بر محیط‌های درمانی درباره نقش کاردرمانی، در پیدایش چنین وضعیتی نقشی اساسی ایفا می‌کند.

محدودیت‌های این پژوهش شامل تعداد کم مراکز بیمارستانی و نبود موقعیت‌های مناسب برای مشاهده عملکرد کاردرمانگران براساس اصول و ضوابط اخلاقی در محیط کار بود.

اصولاً بحث درباره اخلاقیات بسیار دشوار است و می‌تواند تعادل قدرت را در هر محیطی برهم بزند. فشار برای حفظ وضعیت موجود، سوءاستفاده از قدرت، شدت عمل با بیماران، ترس از واکنش‌های مدیران و سایر تیم درمان از جمله موانعی هستند که همواره در محیط‌های روان‌پزشکی وجود دارد و باعث می‌شود این مشکلات حل نشده باقی بماند. بنابراین، تشویق درمانگران به انعکاس صادقانه واقعیت‌های موجود و تغییر مثبت، ضروری به‌نظر می‌رسد. ارزشیابی مکرر ایده‌های قدیمی و تقویت نظرهای سازنده و افزایش آگاهی و نیز برقراری گفت‌و شنود بین اعضای تیم درمان پیشنهاد می‌شود. در این راستا، لازم است مطالعه‌ای با رویکرد نظریه پایه درباره دل‌مشغولی‌ها و نظرها و تجربیات و تغییرات احتمالی در خصوص سیاست‌های لازم انجام شود. برگزاری سمینارهای دوره‌ای یا برپایی کارگاه‌های آموزشی درباره اخلاق نیز مفید به‌نظر می‌رسد.

### نتیجه‌گیری

بنابر یافته‌های این مطالعه، به‌کارگیری راهکارهای مناسب و مؤثر برای آموزش و افزایش دانش کاردرمانگران در زمینه اصول ارتباطی حرفه‌ای و اخلاقی حائز اهمیت فراوان است. همچنین تدوین قوانین جامع در حوزه استانداردهای حرفه‌ای، با همکاری سایر متخصصان، با توجه به ظرایف کار با بیماران روانی و اهمیت اجرای صحیح آن‌ها، از راهبردهای مهم مقابله با کافی نبودن دانش به‌شمار می‌رود.

### قدردانی

از همکاری صمیمانه کاردرمانگران بیمارستان‌های رازی و روزه قدردانی و تشکر می‌کنیم.

تسهیل‌کننده (۱۴)؛ به‌ویژه مداخله‌های آموزشی مداوم و تعاملی که تضمین‌کننده حل و فصل مسائل اخلاقی است (۱۲). همچنین، فوی در تحقیق کیفی خود، بر این امر تأکید کرده است که کاردرمانگران برای رهایی از مسائل اخلاقی در درمان، بر نیاز به افزایش آگاهی خود از چارچوب‌های تعاملی اصرار می‌ورزند (۹).

به‌اعتقاد شرکت‌کنندگان، مسائل اخلاقی به عواملی دیگر غیر از آگاهی نداشتن مربوط می‌شود؛ مانند تعارض‌های موجود بین کارکنان درمانی در محیط کار و نبود بودجه کافی برای حل مشکلات.

مطالعه مازی و راجرز نیز همسوی یافته‌های این مطالعه است: آنان نیز چند موضوع را تأیید کردند؛ از جمله، وجود تضاد بین رازداری و تبادل اطلاعات با سایر اعضای تیم درمانی، مسئولیت پیگیری نکردن دستورات یا ارجاعی که ممکن است منجر به آسیب شود، تضاد بین حقوق فردی و اجتماعی و ابهام درباره مسئولیت (۷، ۸). همچنین، لوید نیز اشاره می‌کند که وجود تعارض بین متخصصان در مراکز سلامت روان، فشار زیادی بر کاردرمانگران تحمیل می‌کند (۱۵).

همچنین یافته‌های مطالعه، با پنج مشکل شایع اخلاقی که هانسن در مطالعه خود به آن‌ها دست یافته بود نیز مطابقت دارد. این مشکلات عبارت‌اند از: تصمیم‌گیری برای انتخاب بهترین و مؤثرترین مداخله، ارجاع نامناسب برای خدمات کاردرمانی، ناتوانی در ارائه درمان مناسب به دلیل محدودیت‌های محیط کاری، نبود توافق بین کاردرمانگر با سایر اعضای تیم درمانی و توافق نداشتن درمانگر با مراجع یا درمانگر با خانواده (۱). یکی از مسائل حائز اهمیت در یافته‌های این تحقیق بر این امر اشاره می‌کند که توجه نکردن به توصیه‌های کاردرمانگر در ترخیص بیمار، باعث ایجاد مشکلاتی در رویکرد اخلاقی در درمان می‌شود. همان‌گونه که اتوال تأکید می‌کند، کاردرمانگران نقش بسیار مهمی در فرایند ترخیص دارند؛ به‌همین سبب، همواره در معرض تصمیم‌گیری‌های چالش‌برانگیز از نظر اخلاقی هستند (۱۶). بدین‌سان در ایران، کاردرمانگران فشار دوچندانی در این حیطه احساس می‌کنند. نتایج مطالعه بارنیت مبنی بر رفتارهای خطرناک بیماران و رفتار غیرحرفه‌ای کارکنان در مواجهه با آنان به‌عنوان شایع‌ترین مشکل اخلاقی در میان کاردرمانگران، در مطالعه حاضر نیز به‌دست آمد (۶).

در یافته‌های این مطالعه تأثیر چند عامل بر معضلات اخلاقی نمایان شد: تأثیر بالقوه هم‌پوشانی وظایف بین متخصصان و نبود شرح وظایف دقیق یا اجراشدن آن. براساس یافته‌های پژوهش، برآورده نشدن برخی نیازهای اساسی درمانگران، همچون امنیت جانی و شغلی، از عوامل مهم در بی‌توجهی به رعایت اصول اخلاقی به‌شمار می‌رود. بیشتر شرکت‌کنندگان، نبود سیستم علمی



## منابع

- 1-Hansen RA. Ethics is the issue. *American Journal of Occupational Therapy*. 1988;42:279-281.
- 2-Dependor, W. and W. Ikeda. *Clinical Ethics: An Invitation to Healing Professionals*. the University of Michigan: Pragers Publisher; 1990, pp: 63-75.
- 3-Ford GG. *Ethical reasoning for mental health professionals*. Sage; 2006. 187-196 p.
- 4-Corsini RJ. *The dictionary of psychology*. Psychology Press; 2002, pp: 343.
- 5-Barnitt R. What gives you sleepless nights? Ethical practice in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. 1993;56:207-207.
- 6-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.
- 7-Rogers JC. Eleanor Clarke Slagle Lectureship—1983; *Clinical Reasoning: The Ethics, Science, and Art*. The American Journal of Occupational Therapy. 1983;37(9):601-16.
- 8-Mosey AC. *Occupational therapy: Configuration of a profession*. Raven Press New York; 1981.
- 9-Foye SJ, Kirschner KL, Wagner LCB, 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.
- 10-Kinsella EA, Park AJ-S, Appiagyei J, Chang E, Chow D. Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2008;75(3):176-83.
- 11-Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. *Health care ethics*. Prentice Hall; 1989, pp:118-20.
- 12-Kirschner KL, Stocking C, Wagner LB, Foye SJ, Siegler M. Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2001;82(2):S2-S8.
- 13-Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
- 14-Dieruf K. Ethical decision-making by students in physical and occupational therapy. *Journal of Allied Health*. 2004;33(1):24-30.
- 15-Lloyd C, McKenna K, King R. Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational therapy international*. 2005;12(2):81-94.
- 16-Atwal A, Caldwell K. Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003;50(4):244-51.

# Ethical Issues of Occupational Therapist in the Field of Mental Health

Rezaee M.(M.Sc.)<sup>1</sup>, \*Karbalaianori A.(M.Sc.)<sup>2</sup>, Hosseini S.A.(Ph.D.)<sup>3</sup>, Khankeh H.R.(Ph.D.)<sup>4</sup>

Receive date: 15/05/2013  
Accept date: 25/08/2013

1-Ph.D. student of Occupational Therapy, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Lecturer of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

2-Ph.D. student of Occupational Therapy, Lecturer of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3-Ph.D. of Occupational Therapy, Associate Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4-Ph.D. of nursing, Associate Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**\*Correspondent Author Address:**  
Occupational Therapy Department,  
University of Social Welfare and  
Rehabilitation Sciences, Blvd  
Student, Koodakyar Street, Evin,  
Tehran, Iran.

\*Tel: +98 (21) 22180037

\*E-mail: ashraf1345@yahoo.com

## Abstract

**Objective:** Occupational therapists working at mental health areas face more issues as compared to their colleagues working in other fields. The present study is aimed at exploring the experiences of the occupational therapists who envisage ethical issues in psycho-social rehabilitation.

**Materials & Method:** The present study is a 'qualitative study' in which 'content analysis' has been conducted. A 'purposive sample' consisting of twenty volunteer occupational therapists who work at mental health centers were selected. The participant's ages ranged from 24 to 45 (with average 34) years. The shortest and longest work's experiences of the participants were one year and twenty years respectively. The participants discussed the major problems they had experienced in dealing with mentally ill people through focus group discussion (five sessions). Having the objective of the study in mind, the ethical issues were then extracted.

**Results:** The most important ethical issue in dealing with mentally ill patient, as stated by the participants, was the therapist's insufficient knowledge of communicating and of employing the therapeutic services. The codes extracted from this study were grouped into four main categories, namely 'compatibility of therapy with the patient's characteristics', well-being of the patients and quality of services', 'compatibility of plans with the patients' condition' and finally 'the procedure of referring the patients for occupational therapy'.

**Conclusion:** The findings of the study suggest that the occupational therapists working in the field of mental health care are encountered by many ethical issues and it is imperative for the occupational therapists to upgrade their knowledge and awareness in various fields in order to settle and overcome the foregoing ethical issues. Exposing these issues and sharing them with other professionals in an attempt to explore successful and safe approaches towards improving the rehabilitation of the mentally ill people is essential as well.

**KeyWords:** Occupational therapy, Ethical issues, Focus group