

Occupational Therapists' Perception of Factors Affecting Unethical Practice in the Field of Adult Physical Dysfunction

Vahidi Hassan*¹, Shafaroodi Narges², Joolae Soodabe³

1. MSc of Occupational therapy, academic staff of Tabriz University of Medical Sciences, Rehabilitation Faculty
2. Assistant Professor of Iran University of Medical Sciences, Rehabilitation Faculty
3. Associate Professor of Iran University of Medical Sciences, Nursing faculty

Received: 2019.May.15

Revised: 2019.June.17

Accepted: 2019.June.24

Abstract

Background and Aims: Several factors lead to unethical functioning in occupational therapy. The aim of the present study was to explore factors affecting unethical performances at the clinical work of occupational therapists in the field of adult physical dysfunction.

Materials and Methods: A total of 10 graduated occupational therapists with at least two years of experience were selected using purposeful sampling method. Data were gathered through semi-structured interview in private clinics and occupational therapy sections. Data were analyzed using content analysis approach.

Results: Data analysis led to the emergence of two categories both of which represent the factors affecting unethical practice in the clinical work of occupational therapists in adult physical dysfunction field. These categories include: environmental factors and individual factors.

Conclusion: The findings of the present study showed that lack of awareness of occupational therapists regarding the principles of professional ethics related to occupational therapy and also the lack of comprehensive rules in this regard are important causes of the unethical practices by therapists. These important factors make the occupational therapists encounter numerous ethical problems related to the rights of clients during their clinical experiences and more research is needed in order to provide the necessary strategies for preventing and promoting the practice of professional ethics among occupational therapists.

Keywords: Ethics; Occupational therapy; Adult physical dysfunction; Qualitative Research

Cite this article as: Hassan Vahidi, Narges Shafaroodi, Soodabeh Joolae. Occupational therapists' perception of factors affecting unethical practice in the field of adult physical dysfunction. *J Rehab Med.* 2020; 9(1): 164-172.

***Corresponding author:** Vahidi Hassan, academic staff of Tabriz University of Medical Sciences, Rehabilitation Faculty.

Email: vahidih@tbzmed.ac.ir

DOI: 10.22037/jrm.2019.111853.2115

درک کاردرمانگرها از عوامل موثر بر عملکرد غیراخلاقی در حیطه اختلال عملکرد

جسمی بزرگسالان

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

۱. کارشناس ارشد کاردرمانی و عضو هیئت علمی گروه کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، 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

پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۴/۰۳ *

بازنگری مقاله ۱۳۹۸/۰۳/۲۷

* دریافت مقاله ۱۳۹۸/۰۲/۲۲

چکیده

مقدمه و اهداف

عوامل متعددی باعث ایجاد عملکرد غیراخلاقی در کاردرمانی می‌گردد. هدف از مطالعه حاضر شناخت عوامل موثر بر عملکرد غیراخلاقی در کار بالینی کاردرمانگران در حیطه اختلالات جسمی بزرگسالان بود.

مواد و روش‌ها

در مطالعه حاضر از روش کیفی آنالیز محتوا استفاده شده است. ۱۰ کاردرمانگر فارغ‌التحصیل در مقطع کارشناسی، با حداقل دو سال سابقه کاری به صورت هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختارمند در کلینیک‌های خصوصی و بخش‌های کاردرمانی بیمارستان‌ها انجام شد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت منجر به پیدایش دو طبقه شده است که همگی آنها بیان‌کننده عوامل موثر بر عملکردهای غیراخلاقی کاردرمانگران در حیطه جسمی بزرگسالان می‌باشد. این طبقات شامل عوامل محیطی و عوامل فردی می‌باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که عدم آگاهی کاردرمانگران از اصول اخلاق حرفه‌ای مرتبط با رشته کاردرمانی و نبود قوانین جامع در این زمینه از علل مهم عملکردهای غیراخلاقی درمانگران است و این عوامل مهم باعث می‌گردد که کاردرمانگران در طول سوابق بالینی خود دچار مشکلات متعدد اخلاقی در ارتباط با حقوق مراجعین گردند و جهت ارائه راهکارهای لازم برای پیشگیری و ارتقاء عملکرد اخلاق حرفه‌ای در بین کاردرمانی لازم است تا تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی

خلاق؛ کاردرمانی؛ اختلال عملکرد جسمی بزرگسالان؛ تحقیق کیفی

نویسنده مسئول: حسن وحیدی، کارشناس ارشد کاردرمانی و عضو هیئت علمی گروه کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم

پزشکی تبریز، تبریز، ایران

آدرس الکترونیکی: vahidih@tbzmed.ac.ir

مقدمه و اهداف

اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان شاخه‌ای از دانش اخلاق به بررسی تکالیف اخلاقی در یک حرفه و مسائل اخلاقی آن می‌پردازد و درصدد ارائه شیوه‌ها و دستورالعمل‌هایی است که این تکالیف را برای افراد و گروه‌های حرفه‌ای تعیین نماید.^[۱] اخلاق حرفه‌ای در خدمات بهداشتی و درمانی در واقع چیزی وسیع‌تر از اخلاق پزشکی به معنای خاص کلمه است و آنچه را که به‌عنوان مقررات اخلاقی برای همه صاحبان مشاغل، رشته‌های مختلف بهداشتی، پزشکی و علوم و خدمات وابسته مطرح است، دربرمی‌گیرد.^[۲] علم اخلاق حرفه‌ای با ارائه اصول و کدهای اخلاقی مناسب در روابط اجتماعی، حرفه‌ای، سیاسی و غیره، نظم و هماهنگی لازم را در رفتار ارتباطی حاصل می‌کند. چگونگی اعمال این کدها و آیین‌نامه‌های اخلاقی و میزان پای‌بندی و التزام به این قوانین نیازمند آموزش‌های رسمی و غیررسمی است که از وظایف علم اخلاق محسوب می‌گردد. با توجه به رشد جوامع بشری و پیشرفت صنعت و تکنولوژی، در حوزه کسب و کار و مشاغل با پیچیدگی روابط و ارتباطات شبکه‌ای مواجه می‌گردیم که قوانین و دستورالعمل‌های اخلاقی گذشتگان کارساز نبوده و ما را به نتایج مطلوب نمی‌رساند. در نتیجه نیازمند وضع و جعل قواعد و آیین‌نامه‌های اخلاقی جدیدی هستیم که در عین تناسب با فطرت تکوینی بشری و ارزشی بودن، دچار تغییر و تحولات بنیادی می‌گردد.^[۱]

مسائل در اخلاق حرفه‌ای اصولاً هنگامی رشد می‌یابد که ارزش‌ها در مشاغل و حرف خاص حاکم شود و با ارزش‌های دیگر در حین انجام و پرداختن به حرفه ناسازگار گردد. صاحبان حرف، به احتمال زیاد این ارزش‌ها را به‌عنوان امر غالب و حاکمی که دیگران ممکن است درک نکنند، دریافت می‌نمایند. تعهد به ایده‌آل‌ها در یک سطح وسیع، منشأ اعتبار و صلاحیت صاحبان حرف است و چنین تعهدی به‌وسیله شناسایی و تعیین هویت همکاران و سازمان‌هایی که در آن کار می‌کنند، تقویت خواهد شد و آن در بسیاری از کدهای اخلاقی به کار برده می‌شود و عملکردهایشان را جهت‌دار می‌کند.^[۳]

یکی از شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای پزشکی، اخلاق در علوم توانبخشی است. علوم توانبخشی به یک سری اقدامات غیردروپی جهت کمک به اشخاص برای به دست آوردن توانایی‌ها و مهارت‌هایی که در نتیجه یک بیماری، جراحت یا اختلال از بین رفته است، می‌پردازد. کاردرمانی نیز زیرمجموعه‌ای از علوم توانبخشی است و مسئولیت حرفه‌ای آن ارتقاء و بهبود سطح کیفیت زندگی بیماران و مراجعان در اجرای فعالیت‌های روزمره زندگی است.^[۴، ۵]

بارنیت (۱۹۹۳) دریافت که دانشجویان کاردرمانی و فیزیوتراپی دائماً در عرصه با مسائل اخلاقی مختلفی روبرو هستند. وی در تحقیقات خود به موارد و معضلات اخلاقی دیگری مانند نگرانی برای درمان بی‌اثر، همکاران بی‌کفایت یا غیراخلاقی، اولویت در درمان، درمان افراد با وجود عدم تمایل و همچنین راهنمایی و مشاوره‌های اشتباه اشاره داشت که کاردرمانگرها در ضمن کار بالینی با آنها مواجه هستند.^[۶] فلیمنینگ (۱۹۹۴) نیز دریافت که کاردرمانگران و دانشجویان کاردرمانی دائماً در ضمن کار بالینی خود با مسائل اخلاقی روبرو می‌شوند که دلایل بروز این مسائل اخلاقی را فشار برای کنترل هزینه‌ها، تخصیص ناعادلانه منابع و زمان کافی برای ارائه تمرینات با کیفیت برشمرده است.^[۷]

کوماس و بیگان (۲۰۰۳) موارد زیادی از مسائل اخلاقی برخاسته از محدودیت‌های سیستمیک و سازمانی را بیان می‌کنند؛ به اعتقاد آنها سیستم بهداشت و درمان باعث محدودیت در کار کاردرمانگران می‌شود. با توجه به تحقیقات آنها قوانین سازمانی برای کاردرمانگران بیش از حد محدود بوده که به دلیل این قوانین محدود، درمانگران مجبور به ترک مداخلات کل‌نگرانه خود می‌شوند و یا در جاهای دیگر، این قوانین بیش از حد وسیع بوده که مسئولیت درمانگران چنان زیاد بوده که قادر به ارائه مراقبت‌های لازم نیستند. در واقع مسائل اخلاقی اغلب به دلیل ارزش‌ها و رویکردهای مختلفی که توسط حرفه‌های گوناگون بهداشت و درمان اتخاذ می‌شود، ظاهر می‌شود؛ کاردرمانگران گزارش داده‌اند که دیگر حرفه‌های بهداشت و درمان زمانی که در ارزش‌گذاری رویکردهای کل‌نگر و مراجع محور دچار شکست می‌شوند و یا زمانی که تعارضات و اختلافات بر سر ارزش‌گذاری در تنظیم اهداف درمانی در بین درمانگران، مراجعان، خانواده‌ها و پزشکان و دیگر اعضای تیم به وجود می‌آید، مسائل اخلاقی بروز می‌کند.^[۸]

با توجه به اینکه اخلاق در هر جامعه، جنبه‌ای مهم از فرهنگ و تمدن آن جامعه به حساب می‌آید، لذا مسائل اخلاقی نیز در ارتباط مستقیم با فرهنگ‌ها و پارادایم‌های فلسفی آن جامعه می‌باشد؛ بنابراین تعریف رفتار اخلاقی نیز در جوامع مختلف متفاوت است و ممکن است یک رفتار اخلاقی در جامعه‌ای مثبت تلقی شود، اما در یک جامعه دیگر مفهومی دیگر داشته باشد، چه بسا دیدگاهی منفی را به خود اختصاص دهد. به همین جهت اصول اخلاق حرفه‌ای که راهنمایی جهت حل مسائل اخلاقی می‌باشد ممکن است در هر جامعه‌ای بنا به رنگ خاص آن جامعه معنای خاص خود را داشته باشد؛ لذا انجام مطالعاتی جهت مشخص کردن مفهوم اخلاق و مسائل اخلاقی در هر جامعه واجب به نظر می‌رسد تا از این طریق بتوان با دستیابی به این مهم، اصول اخلاقی مربوطه را تدوین و بومی‌سازی کرده تا راهنمای عمل مناسبی برای اشخاصی که در آن حرفه مشغول به فعالیت هستند، باشد. با توجه به اینکه رشته کاردرمانی از حیثه‌ها و تخصص‌های مختلفی تشکیل شده است و هر کدام از این تخصص‌ها به طبع با افراد مختلف و با نیازمندی‌های مختلفی روبرو هستند، لذا مسائل اخلاقی که در

هر تخصص روی می‌دهد ممکن است با دیگر تخصص‌ها متفاوت به نظر برسد، چه بسا مسائلی که در ارتباط با مراجعان کودک رخ می‌دهد با مراجعان بزرگسال و یا دیگر حیطه‌های سنی متفاوت باشد؛ به همین جهت برای تخصصی کردن مطالعه حاضر سعی شده است کاردرمانگرانی که در حیطه جسمی حرکتی بزرگسالان مشغول به فعالیت می‌باشند، مورد مطالعه واقع شوند تا بتوان عوامل موثر بر عملکرد غیراخلاقی که درمانگران این بخش اعم از ارتوپدی، نورولوژی و دیگر اختلالات با آن مواجه هستند را شناسایی کرد و نگرش این درمانگران را راجع به این عوامل درک کرد. نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق کنونی می‌تواند در تدوین اصول اخلاقی مرتبط با رشته کاردرمانی برای مجریان و نمایندگان انجمن کاردرمانی ایران و همچنین برنامه‌ریزان و مدرسین رشته کاردرمانی کمک نماید و نیز می‌تواند به کاردرمانگران جهت شناخت معضلات اخلاقی و در نظر گرفتن گزینه‌های مناسب کمک نماید.

مواد و روش‌ها

در مطالعه حاضر از روش کیفی آنالیز محتوا استفاده شده است. آنالیز محتوا یک روش تحقیقی برای به وجود آوردن استنتاج‌های معتبر و قابل تکرار از داده‌ها در مورد زمینه‌ای خاص با هدف به وجود آوردن دانش، بینش جدید، تکرار حقایق و هدایت‌های تمرینی برای فعالیت است. رویکرد آنالیز محتوای قراردادی برای این تحقیق استفاده شده است.^[۱۰] در این روش، طبقه‌بندی و کدگذاری‌ها مستقیماً از داده‌های متنی استخراج می‌شود. این رویکرد زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که اطلاعات قبلی راجع به پدیده کم و محدود باشد و هدف آن کسب مفاهیم از دل تجربیات مشارکت‌کننده‌ها و توصیف پدیده باشد.^[۱۱] مطالعه کنونی با مشارکت کاردرمانگران فارغ‌التحصیل در مراکز درمانی خصوصی، نیمه‌خصوصی، دولتی و مراکز وابسته به بهزیستی در دو شهر تهران و تبریز انجام گرفته است. دلیل انتخاب شرکت‌کنندگان در دو شهر مختلف، به دست آوردن اطلاعات اخلاقی در فرهنگ‌های مختلف ایرانی بود. 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 می‌گردد. مشارکت‌کنندگان 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 کاری ۳ سال و بیشترین آن ۱۹ سال (میانگین ۸٫۷ سال). روش انتخاب مشارکت‌کنندگان در این تحقیق مبتنی بر هدف بود که با توجه به اینکه این نوع نمونه‌گیری خود به انواع مختلفی تقسیم‌بندی می‌شود و شامل نمونه‌گیری حداکثر تنوع، موارد حاشیه‌ای و افراد مهم می‌باشد، لذا سعی شده است نوع نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع باشد که در این روش افرادی انتخاب می‌شوند که دارای دیدگاه‌های متفاوت درباره موضوع باشند و نیز زمینه و سوابق مختلفی داشته باشند. در تحقیقات کیفی نمونه‌گیری تا جایی ادامه پیدا می‌کند که داده‌ها به حد اشباع برسد (اشباع خصوصیتی است که دیگر اطلاعات جدیدی به دست نیاید) که در این تحقیق در مشارکت‌کننده هشتم داده‌ها به حد اشباع رسیده و جهت اطمینان بیشتر از دو نفر دیگر مصاحبه گرفته شده است. مدرک تحصیلی مشارکت‌کنندگان از کارشناسی تا دانشجوی دکتری تخصصی متغیر بوده است. معیارهای ورود به این مطالعه، فارغ‌التحصیل بودن در مقطع کارشناسی و داشتن حداقل دو سال سابقه کاری و همچنین فعالیت در حیطه جسمی-حرکتی بزرگسالان بوده است. در بین دانشجویان دکتری نیز ملاک خروج گذراندن واحد اخلاق در کاردرمانی بوده، چرا که ممکن است در این زمینه سوگیری به وجود بیاید.

در مطالعه کنونی از مصاحبه نیمه‌سازمان‌یافته و همچنین یادداشت عرصه استفاده شده است. مصاحبه با سوالات باز آغاز و با سوالات نیمه-ساختاریافته و اکتشافی ادامه پیدا کرده است. مصاحبه‌ها در محیط کلینیک و با فضایی آرام و غیررسمی صورت گرفته است. پس از توضیحات لازم در مورد هدف تحقیق و کسب رضایت‌نامه و موافقت شرکت‌کنندگان، مصاحبه در مکان مورد نظر آنها انجام شده است. مصاحبه‌ها ضبط شده و پس از پیاده کردن متن هر مصاحبه، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. هر مصاحبه بین ۴۰ الی ۸۰ دقیقه طول کشیده است. ابتدا هر مصاحبه خطبه‌خط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و واحدهای معنایی بر اساس هدف تحقیق از داده‌های متنی استخراج شد. سپس واحدهای معنایی تبدیل به کد شد و در مرحله سوم طبقه‌بندی کدها شروع شد که از همان مصاحبه اول شروع گردید تا در نهایت طبقات و زیرطبقات شکل گرفت و سپس با دیگر مصاحبه‌ها ترکیب و مقایسه شد و کدهایی که به همدیگر شباهت داشتند، در یک طبقه قرار گرفتند. این طبقات چندین بار بازبینی شد تا با همدیگر مقایسه شوند و طبقات جدیدتری را شکل دهند. هدف از این نوع روش تجزیه و تحلیل داده‌ها فراهم آوردن تصویری از واقعیت و راهنمای عمل است.

جهت اعتباربخشی به داده‌ها از روش بازنگری همکاران استفاده شده است. نظرات اساتیدی که به تحقیق کیفی آشنایی داشتند، در رابطه با مفاهیم و طبقات و کدهای استخراجی جمع‌آوری شد و تغییرات لازم صورت گرفت. 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 شرکت‌کنندگان با درجات علمی و آکادمیک و سابقه کاری و رده‌های سنی و در شهرهای متفاوت و مراکز درمانی و آموزشی مختلف، دیگر روش‌های اعتباربخشی به داده‌ها بوده است. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی در این مطالعه، علاوه بر کسب رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی از شرکت‌کنندگان به محرمانه نگه داشتن اطلاعات و حق کناره‌گیری از تحقیق در هر زمان دلخواه و در اختیار قرار دادن متن مصاحبه‌های خود و نتایج تحقیق نیز توجه شده است. اولین محدودیت پژوهش حاضر، عدم احساس راحتی و ترس از به دام افتادن برخی از شرکت‌کنندگان به دلیل ماهیت

تحقیق بود. به همین جهت برخی از شرکت‌کنندگان قبل از شروع مصاحبه کناره‌گیری کردند. محدودیت بعدی در این مطالعه، عدم تعمیم‌پذیری یافته‌ها با دیگر کشورها و فرهنگ‌های غیرایرانی است.

یافته‌ها

رفتارهای اخلاقی در هر جامعه‌ای تحت تاثیر عوامل مختلفی است و این عوامل و فاکتورها در شکل‌گیری رفتارهای اخلاقی نقش به‌سزایی دارد. نتایج تحقیق حاضر بیانگر این مطلب است که عوامل موثر بر عملکردهای غیراخلاقی شامل دو دسته می‌باشد که دسته اول "عوامل محیطی" و دسته دوم "عوامل فردی" می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: عوامل موثر بر عملکرد غیراخلاقی

طبقات
زیرطبقات
۱. عوامل محیطی
۱-۱. سیاست‌های مالی
۱-۲. سیاست‌های اجرایی
۱-۳. نبود فضای مدیریتی اخلاق‌مدار
۱-۴. موانع آموزشی
۲. عوامل فردی
۲-۱. ویژگی‌های درمانگر
۲-۲. عوامل مربوط به مراجعین
۲-۳. عوامل مربوط به همکاران کاردرمان و دیگر اعضای تیم درمانی

۱. عوامل محیطی

عوامل محیطی به عواملی گفته می‌شود که در آن سیستم‌های بهداشت و درمان و آموزش نقش به‌سزایی دارند و این سیستم‌ها به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم باعث بروز رفتارهای اخلاقی و غیراخلاقی می‌گردند. عوامل محیطی را می‌توان زیربنای بروز رفتارهای اخلاقی نیز دانست، چرا که اگر این زیربنا دچار نقص باشد، احتمال شکل‌گیری رفتارهای اخلاق‌مدار در آن کاهش می‌یابد. این طبقه خود به چهار زیرطبقه دیگر تقسیم‌بندی می‌شود:

زیرطبقه اول سیاست‌های مالی است که به جنبه‌های اقتصادی و پرداختی سیستم بهداشت و درمان اشاره دارد که در آن جهت افزایش درآمد و نیز کاهش هزینه‌ها، مدیران مربوطه، سیاست‌های خاصی را اعمال می‌نمایند که با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر، عواقب منفی این سیاست‌ها معطوف به کاردرمانگران و مراجعان است. در این بین می‌توان به عواملی از قبیل حقوق پایین درمانگران، تحمیل تعداد زیاد مراجع به درمانگر، عدم وجود تعرفه و بیمه، انتظار درآمدزایی بیشتر از خدمات کاردرمانی و اجبار مدیریت به پذیرش مراجعانی که نیاز به خدمات کاردرمانی ندارند، اشاره کرد.

به نقل از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر:

"یه مشکلی که ما توی کاردرمانی داریم همین مسئله نبود تعرفه مشخص و بیمه هستش که باعث میشه خیلی وقتا دست کاردرمانا بسته باشه و ندونن چیکار بکنن" (شرکت‌کننده هفتم).

زیرطبقه دوم سیاست‌های اجرایی بوده که مربوط به مدیریت بخش اجرایی سیستم‌های بهداشت و درمان می‌باشد؛ این سیاست‌ها شامل مسائل مربوط به استخدام پرسنل و نیروی انسانی، نظارت بر بخش‌ها و نیز امکانات بخش‌های درمانی است. عوامل مربوط به این زیرطبقه شامل یکسان دیده شدن کاردرمانگران با وجود تفاوت‌های سطح تحصیلی، عدم استخدام نیروی انسانی ذی‌صلاح، نبود نظارت کافی، کمبود نیروی انسانی کافی، محدودیت در امکانات فیزیکی و فضای کافی می‌باشد.

به نقل از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر:

"یکی از دلایل کاهش بازدهی و راندمان توی سیستم دولتی اینه که نظارت کافی روی کارکنان و سیستم نیستش" (شرکت‌کننده اول).

زیرطبقه سوم نبود فضای مدیریتی اخلاق‌مدار است که مدیریت اخلاق‌مدار یک جزء اساسی در هر ارگانی است که باعث می‌شود دیگر اعضا را نیز به سمت عملکرد اخلاقی هدایت نماید. در صورتی که این مهم در سیستم بهداشت و درمان حاصل نشود، متعاقب آن دیگر

پرسنل نیز به آن اهمیتی نداده و در نهایت فضای این بخش‌ها، حال‌وهوای غیراخلاقی به خود می‌گیرد. عوامل مربوط به این زیرطبقه شامل غالب شدن نگرش کم‌کاری در محیط دولتی، عدم اهمیت محیط درمان به کیفیت ارائه خدمات، غالب بودن روابط در مدیریت سازمانی، بی‌اعتمادی در مدیریت سازمانی، عدم اهمیت به خدمات کاردرمانی و وجود محدودیت‌های اجتماعی در ارائه خدمات است. به نقل از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر:

"سیستم دولتی کیفیت کار برایش مهم نیست و بیشتر کمیت برایش مهمه. مراکز دولتی از لحاظ کیفیتی مراکز با کیفیتی نیستن، درآمد توی این مراکز پایینه و از لحاظ کیفی از شون کار نمی‌خوان، کمی از شون می‌خوان" (شرکت‌کننده هشتم).

زیرطبقه چهارم موانع آموزشی می‌باشد؛ آموزش نقش مهمی را در شکل‌گیری رفتارهای اخلاقی داشته و در صورتی که این آموزش به درستی و به شیوه‌ای نوین توسط اساتید برجسته صورت گیرد، می‌تواند از بسیاری از رفتارهای غیراخلاقی پیشگیری نمود، چرا که به اعتقاد شرکت‌کنندگان ریشه بسیاری از مشکلات اخلاقی، نبود آموزش کافی در این زمینه است. عوامل مربوط به این زیرطبقه شامل آموزش پراکنده و سطحی اخلاق در دانشگاه، عدم احساس مسئولیت اساتید در انتقال دانش نظری و تجربی، عدم رعایت اصول اخلاقی در تعامل اساتید با همدیگر و نبود آموزش مداوم در مورد اخلاق حرفه‌ای است.

به نقل از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر:

"در مورد اخلاق که توی دوره کارشناسی که چیز خاصی به ما گفته نشده و واحدی تحت عنوان اخلاق نداشتیم، توی ارشد هم نداشتیم" (شرکت‌کننده شماره هشتم).

۲. عوامل فردی

عوامل فردی به عواملی گفته می‌شود که در آن درمانگر و همکاران وی و یا خود مراجع در آن سهم اصلی را در برانگیختن مسائل اخلاقی دارند که باید این موارد تک‌تک شناسایی شده و جهت حل آنها اقدام نمود. عوامل فردی خود دارای سه زیرطبقه است:

اولین زیرطبقه مربوط به ویژگی‌های درمانگر می‌باشد که با توجه به مسئولیتی که بر دوش این افراد است، لازم است تا ویژگی‌های فردی مناسبی داشته باشند که با توجه به نتایج تحقیق حاضر یکی از دلایل بروز مسائل اخلاقی، ویژگی‌های فردی خود درمانگران می‌باشد. عوامل مربوط به این زیرطبقه شامل کم‌تجربگی درمانگر، جنسیت درمانگر در ارتباط با مراجع، ناتوانی در توجیه کردن نقش کاردرمانی، دانش کم درمانگر در ارتباط با اخلاق در کاردرمانی، عدم علاقه و باور به رشته خود، بی‌حوصلگی و سطح تحمل پایین درمانگر و به روز نبودن اطلاعات علمی درمانگر می‌باشد.

به نقل از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر:

"به نظر من خیلی از مشکلاتی که ممکنه روی بده به خاطر بی‌تجربگی درمانگره" (شرکت‌کننده شماره چهارم).

زیرطبقه بعدی عوامل مربوط به مراجعین می‌باشد که خود مراجعین نیز می‌توانند باعث شکل‌گیری مسائل و مشکلات اخلاقی و همچنین عملکردهای غیراخلاقی در درمانگران شوند. عواملی همچون آگاهی کم مراجعان نسبت به حقوق خود، مزمن بودن وضعیت مراجع، آگاه نبودن مراجعان از نقش کاردرمانی، بی‌نظمی مراجع در ادامه جلسات درمانی، وضعیت اقتصادی نامطلوب، وضعیت دشوار مراجع، هراس از طرد شدن توسط درمانگر، داشتن انتظارات و توقعات بیش از حد و عدم رعایت نظافت شخصی مربوط به این زیرطبقه می‌باشد.

به نقل از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر:

"مراجعین کاردرمانی به حقوق اولیه خودشون آگاه نیستن و آگاهی نسبت به درستی و غلطی درمان‌هایی که روشون اجرا میشه، ندارن" (شرکت‌کننده شماره اول).

زیرطبقه آخر در این مضمون، عوامل مربوط به همکاران کاردرمان و دیگر اعضای تیم درمانی می‌باشد که در این زیرطبقه به مسائل مربوط به همکاران کاردرمانگر و دیگر اعضای تیم توانبخشی و پزشکی اشاره می‌گردد که به نحوی باعث بروز مشکلات اخلاقی می‌گردد. عوامل مربوط به این زیرطبقه شامل اختلاف نظرها با سایر همکاران، تاخیر در ارجاع مراجع و تاکید بر حفظ ارتباط با همکاران می‌باشد.

به نقل از شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر:

"برا موردی که واقعا هیچ روش درمانی دیگری جواب نداده به مراجع پیشنهاد میشه برو کاردرمانی و با کاردرمانی درست میشه در صورتی که اگه زودتر می‌فرستادن برا کاردرمانی می‌شد جواب گرفت" (شرکت‌کننده شماره سوم).

بحث

از آنجایی که هدف مطالعه حاضر "بررسی تجارب و افکار و دیدگاه‌های درمانگران در ارتباط با عوامل مؤثر بر عملکرد غیراخلاقی کاردرمانگران" می‌باشد، لذا از پژوهش کیفی استفاده شده است چرا که رویکردهای کیفی برای به دست آوردن جزئیات دقیق پدیده‌هایی از قبیل احساسات، تجارب و افکار و عواطف مناسب می‌باشند.^[۹] نتایج این مطالعه ماهیت عوامل مؤثر بر عملکرد اخلاقی که درمانگران در طول سوابق کاری خود تجربه کرده‌اند را برجسته نموده است. عوامل مؤثر بر عملکرد اخلاقی به دو دسته بزرگ تقسیم می‌شود که شامل

عوامل محیطی و عوامل فردی می‌باشد. عوامل محیطی، عوامل سیستمیکی هستند که در سیستم بهداشت و درمان و آموزش پزشکی وجود داشته و مطرح بوده و از اختیار درمانگر خارج است و به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم باعث شکل‌گیری بسیاری از عملکردهای غیراخلاقی درمانگران می‌گردد.

هانسن در سال ۱۹۸۴ یکی از مهمترین مسائل اخلاقی را درمان نامناسب به دلیل محدودیت‌های سیستمیک عنوان کرد که این محدودیت‌ها باعث کاهش کیفیت در ارائه خدمات می‌گردد.^[۱۲]

بارنیت در سال ۱۹۹۸، از مضمون‌هایی که باعث بروز مسائل اخلاقی می‌شود، به کمبود منابع و نیز استخدام کاردرمانگران غیرحرفه‌ای و بدون صلاحیت لازم اشاره کرد.^[۱۳]

کیسنر و فوی در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲، مهمترین مسائل اخلاقی را مسائل مربوط به بیمه و فشارهای بازپرداختی و نیز محدودیت و کمبود منابع عنوان نمودند.^[۱۴]

کینسلا نیز در تحقیق پدیدارشناسی خود در سال ۲۰۰۸، محدودیت‌های سیستمیک را مهمترین عامل تنش‌های اخلاقی عنوان کرد که در تحقیق وی، زمان ناکافی برای مداخلات، کارکنان ناکافی و غیرحرفه‌ای، تحمیل تعداد زیاد مراجع، کمبود منابع و امکانات و جواب‌های متضاد از جانب مدیران و مسئولین، از جمله مهمترین عوامل مربوط به محدودیت‌های سیستمیک بود.^[۱۵]

از دیدگاه انتقادی، شناسایی عوامل مؤثر بر عملکرد اخلاقی ناشی از محدودیت‌های سیستمیک باعث ایجاد نگرانی در مورد کمبود منابع و امکانات در دسترس و قابلیت درمانگران در ارائه خدمات می‌گردد. در واقع درمانگران باید در چارچوب منابع و امکانات محدود، خدمات با کیفیتی را که توسط نهادهای نظارتی لازم‌الاجرا شده است، ارائه دهند.^[۱۵]

در حالی که نهادهای نظارتی، کاردرمانگران را شخصا مسئول اعمال خود می‌دانند، ولی در واقع بسیاری از مسائل اخلاقی از یک طبیعت خارج فردی و سیستمیک نشأت می‌گیرد و به‌وسیله عواملی به وجود می‌آید که خارج از کنترل درمانگر است.^[۱۶] مسائل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و آموزشی می‌تواند باعث شکل‌گیری مسائل اخلاقی در عمل گردد. در واقع سیاست‌های سطح کلان در سیستم بهداشت و درمان و آموزش پزشکی باعث شکل‌گیری اعمال کارکنان و درمانگران می‌شود. اگرچه دیدگاه‌ها در این زمینه متفاوت به نظر می‌رسد و ممکن است یک فرد اخلاق را مربوط به درمانگر فرض نماید، ولی شخص دیگری اخلاق را به سیاست‌های عمومی و سطح کلان مربوط سازد.^[۱۷] در همین رابطه پرسش‌های انتقادی زیادی برای تعهدات دولت و بخش مدیریت در زمینه القاهای سیستماتیک در مورد مسائل اخلاقی درمانگران و تسهیل‌سازی این روند مطرح می‌باشد. این امر به‌ویژه جهت حفظ درمانگران در این سیستم مهم بوده و باعث بروز نگرانی‌هایی در این رابطه شده است، چرا که این عوامل باعث تاثیر بر روحیه فرد شده و تبدیل به عاملی جهت فرسودگی شغلی درمانگر می‌شود و در صورت ادامه این روند ممکن است درمانگر شغل خود را ترک نموده و یا در موارد دیگر ممکن است باعث کاهش کیفیت عملکرد بالینی وی شود.^[۱۸]

رضایی و همکاران در سال ۱۳۹۲ نیز در تحقیق کیفی خود به مسائلی دست یافتند که می‌توان جزو عوامل مؤثر بر عملکرد اخلاقی به حساب آورد؛ وجود انتظارات نامعقول از کاردرمانگران، فقدان فضا و امکانات کافی، کمبود کاردرمانگر باتجربه، نبود امکان اختصاص زمان کافی برای مداخله‌ها، نبود ضوابط اخلاقی مدون از سوی انجمن کاردرمانی ایران و نبود آموزش اصول اخلاقی در برنامه درسی از جمله عوامل مؤثر بر عملکرد اخلاقی در این تحقیق به حساب می‌آید.^[۱۹]

از عوامل دیگر محیطی، محیط کار غیراخلاقی است که در این تحقیق با عنوان نبود فضای مدیریتی اخلاق‌مدار مطرح شده است. محیط کار اخلاقی به محیطی گفته می‌شود که در آن ارزش‌های اخلاقی راهنمای رفتار باشد. از جمله اولویت‌هایی که برای درمان بیماران مطرح می‌باشد، سازمانی است که عملکرد حرفه‌ای درمانگران را پشتیبانی کرده است و محیطی برای ارائه کار اخلاقی فراهم نماید. اهمیت حقوق بیماران، چگونگی رفتار با پرسنل، پی‌ریزی اهداف سازمانی، چگونگی حل تعارضات و تسهیل روابط چندرشته‌ای، همگی در ارزش‌های سازمانی مشهود است.^[۲۰]

در واقع محیط کار غیراخلاقی یکی از دلایل مهم فرسودگی شغلی به حساب می‌آید، بلاو در تحقیق کیفی خود در سال ۲۰۰۲ به تجربه ارائه خدمات فیزیوتراپی در محیط کار غیراخلاقی پرداخت. از دست دادن کنترل، استرس، نارضایتی و افسردگی همگی از مواردی هستند که فرسودگی شغلی را انعکاس داده‌اند.^[۲۱]

دسته دیگر از عوامل مؤثر بر عملکرد اخلاقی، عوامل فردی است که این طبقه به مسائل مربوط به شخص درمانگر و همکاران وی و همچنین مراجع و خانواده می‌پردازد. دانش محدود درمانگر در ارتباط با کدهای اخلاقی و نیز به روز نبودن اطلاعات به مسئله آموزش مربوط می‌باشد، چرا که در دوران کارشناسی واحد مدونی به اسم اخلاق در کاردرمانی موجود نمی‌باشد، ولی در کشورهای توسعه‌یافته آموزش اخلاق در دوران کارشناسی از سال ۱۹۸۷ آغاز شده و به طور رسمی اخلاق جزو برنامه درسی قرار گرفته است.^[۲۲] نتایج تحقیق کنونی نشان می‌دهد که فقدان آموزش مداوم و کارگاه‌های آموزشی بعد از فارغ‌التحصیلی از جانب مراکز آموزشی فرصت به‌روزرسانی اطلاعات را برای کاردرمانگرها مهیا نمی‌سازد. مسئله دیگر، بی‌حوصلگی و سطح تحمل پایین درمانگران می‌باشد که حائز اهمیت است و

این امر ممکن است از خستگی و فشار زیاد کاری نشأت بگیرد. اگرچه تحقیقی در این رابطه یافت نشده است، اما در رشته پرستاری بیشتر به آن پرداخته شده است؛ برای مثال محمودی شن و همکاران در سال ۸۸ در تحقیق کیفی خود به این امر اشاره کرده‌اند که پرستاران به دلیل کار سخت و شیفت‌های مختلف، دچار خستگی جسمی و روانی می‌شوند. بالطبع، خستگی با کار مطلوب، در تضاد می‌باشد و پرستار دچار تناقض اخلاقی می‌شود که این امر به مرور زمان باعث فرسودگی و کاهش صبر و حوصله در کار می‌شود.^[۳۳]

در ارتباط با عوامل مربوط به مراجعین و خانواده آنها، به نظر می‌رسد که مراجعان و خانواده آنها در ارتباط با نقش کاردرمانی و وضعیت بیماری خود، آگاهی اندکی دارند، لذا ممکن است سطح توقعات بالایی از کاردرمانی داشته باشند. این آگاهی اندک باعث می‌شود که مراجعان این تصور را داشته باشند که با کاردرمانی به طور کامل بهبود می‌یابند که این نگرش ممکن است یا از جانب افراد سودجو به آنها منتقل شده باشد و یا از آگاهی اندک آنها نشأت بگیرد. در این بین کاردرمانگران به ارتباط با افزایش آگاهی مراجعان از نقش کاردرمانی جهت افزایش استقلال در زندگی روزمره خود، کمتر پرداخته‌اند. در ارتباط با این موضوع تحقیقی یافت نشده است و لازم است تحقیقات بیشتری صورت بگیرد.

در ارتباط با عوامل مربوط به همکاران، می‌توان به اهمیت کار تیمی اشاره نمود؛ در کار تیمی، یک رویکرد کل‌نگر برای مدیریت تمامی مشکلات مراجع وجود دارد. در این بین هیچ تخصصی به تنهایی نمی‌تواند ادعای رفع تمامی مشکلات مراجع را داشته باشد.^[۳۴] در ایران به دلیل کم‌رنگ بودن نقش‌ها در کار تیمی و نبود همکاری‌های لازمه جهت حل مشکلات مراجع و بحث و گفتگو در این زمینه، شاهد متضرر شدن مراجع هستیم و نیاز است تا اقدامات مؤثری جهت حل این مشکلات صورت بگیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که سیاست‌های اجرایی و مدیریتی و مالی اشتباه و همچنین عدم آگاهی کاردرمانگران از اصول اخلاق حرفه‌ای مرتبط با رشته کاردرمانی و نبود قوانین جامع در این زمینه از علل مهم عملکردهای غیراخلاقی درمانگران است و این عوامل مهم باعث می‌گردد که کاردرمانگران در طول سوابق بالینی خود دچار مشکلات متعدد اخلاقی در ارتباط با حقوق مراجعین گردند و جهت ارائه راهکارهای لازم برای پیشگیری و ارتقاء عملکرد اخلاق حرفه‌ای در بین کاردرمانی لازم است تا تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کاردرمانگرانی که در تحقیق حاضر شرکت کردند و ما را یاری کرده‌اند، نهایت تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

منابع

1. Ameli M. Theoretical approach to professional ethics. Pazhuohesh Nameh-E Akhlag. 1388;1.
2. Isfahani MM. Professional ethics in health. Iran university of medical science: iran university press; 1372.
3. Becker LC, Becker CB. Encyclopedia of Ethics, Volume 2. 2001.
4. Jacobs K JL. Quick Reference dictionary for occupational therapy 2009.
5. Lyons M. QUICK REFERENCE DICTIONARY FOR OCCUPATIONAL THERAPY. Australian Occupational Therapy Journal. 2001;48(3):148.-
6. Barnitt R. What gives you sleepless nights? Ethical practice in occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy. 1993;56:207.-
7. Fleming M, Mattingly C. Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: FA Davis. 1994.
8. Kumas-Tan Z, Beagan B. Ethical tensions in the caring professions: A summary report of interviews with occupational therapists in Nova Scotia. Unpublished manuscript, Dalhousie University at Halifax, Nova Scotia. 2003.
9. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
10. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research. 2005;15(9):1277-88.
11. 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.
12. Hansen RA. Ethics Is the Issue. American Journal of Occupational Therapy. 1988;42(5):279-81.
13. 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.
14. 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.

15. 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.
16. Kemmis S. Knowing practice: Searching for saliences. *Pedagogy, Culture & Society*. 2005;13(3):391-426.
17. Lohman H, Gabriel L, Furlong B. The bridge from ethics to public policy :Implications for occupational therapy practitioners. *American Journal of Occupational Therapy*. 2004;58(1):109-12.
18. Rezaee M, Karbalainori A, Hosseini SA, Khankeh H. Ethical Issues of Occupational Therapist in the Field of Mental Health. *journal of rehabilitation*. 2014;14.
19. Atwal A, Caldwell K. Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003;50(4):244-51.
20. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
21. Blau R, Bolus S, Carolan T, Kramer D, Mahoney E, Jette DU, et al. The experience of providing physical therapy in a changing health care environment. *Physical Therapy*. 2002;82(7):648-57.
22. DeMars PA, Fleming JD, Benham PA. Ethics across the occupational therapy curriculum. *American Journal of Occupational Therapy*. 1991;45(9):782-7.
23. Mahmoodishen G. The ethical implications of professional nurses in lifestyle:Qualitative research methods by inductive content analysis. *ethics and medical history*. 2009;2:63-78.
24. Bakheit A. Effective teamwork in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*. 1996;19(4):301-6.