

توانبخشی و اصول چهارگانه اخلاق زیستی

شاهین سلطانی^۱

محمود عباسی^۲

محمد کمالی^۳

چکیده

توانبخشی فرایند پویا و سلامت مداری است که به فرد دارای ناتوانی و بیمار کمک می‌کند تا به کیفیت زندگی قابل قبول، احترام به خود و استقلال دست یابد. حوزه توانبخشی مملو از مسائل اخلاقی می‌باشد که برخی از آنها را می‌توان فقط مختص به این حوزه دانست. در نظام سلامت، این مسائل اخلاقی نوعی چالش در انتخاب یک مورد از چندین فعالیت مراقبتی موجود، که به لحاظ اخلاقی نیز قابل دفاع هستند، انگاشته می‌شوند. زیربنای کلیدی یک مسئله اخلاقی به طور عمده به تعارضات میان دو یا چند ارزش و اصول اخلاقی قابل دفاع برمی‌گردد. این تعارضات هنگامی به وجود می‌آید که در یک موقعیت بالینی خاص چندین فعالیت مراقبت سلامت جایگزین وجود داشته باشد. راه حل منطقی مسائل اخلاقی در توانبخشی نیازمند بنیان نهادن مفاهیم اخلاقی در قلمرو سیاسی در یک مفهوم وسیع و همچنین اتخاذ سیاست‌هایی است که نتایج آن از کانال گفتگوها و مذاکرات رسمی عمومی بدست آمده باشد.

واژگان کلیدی

توانبخشی، ناتوانی، اخلاق زیستی، کیفیت زندگی، عدالت

۱- مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Email: ssoltani.rmslp@gmail.com

(نویسنده مسؤول)

۲- رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- رییس مرکز تحقیقات توانبخشی دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

توانبخشی مجموعه‌ای از خدمات و اقدامات هماهنگ پزشکی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی است که برای بازتوانی فرد معلول و ارتقاء سطح کارایی او در بالاترین حد ممکن به منظور دستیابی به یک زندگی مستقل در جامعه عرضه می‌گردد. (کریمی درمنی، ۱۳۸۵ ش.) توانبخشی به عنوان سومین سطح ارائه خدمات سلامت نقش بسیار مهمی در افزایش کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند و هدف نهایی آن توانمندسازی و خودشکوفایی افراد دارای ناتوانی است که برای رسیدن به این هدف بایستی فرایند توانبخشی به درستی طراحی و اجرا شود. این فرایند از مراحل زیر تشکیل شده است: (میرخانی، ۱۳۸۷ ش.)

- ۱- ارزیابی سطح عملکرد و اختلال فرد دارای ناتوانی
 - ۲- سازماندهی و تجزیه و تحلیل اطلاعات ارزیابی شده
 - ۳- تعیین اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت
 - ۴- تدارک و اجرای فرایند درمانی و بازتوانی مناسب جهت پاسخگویی به اهداف
 - ۵- ارزشیابی نتایج درمان
- فرایند توانبخشی زمانی می‌تواند در توانمندسازی فرد دارای ناتوانی موفق باشد که بر اساس اصول و بنیان‌های اخلاقی پی‌ریزی شود و اصول زیر در آن رعایت گردد: (محمدی شاه‌بلاغی، ۱۳۸۵ ش.)
- مددجو دارای حق بر سلامتی است و اعضای حرفه‌ای تیم توانبخشی مسئول ارتقاء آن هستند.
 - مددجو دارای قدرت تصمیم‌گیری است و اعضای تیم توانبخشی مسئول ارائه اطلاعات کافی برای اخذ تصمیم صحیح از سوی مددجو هستند.

➤ فرایند توانبخشی بر اساس هماهنگی و مشارکت با مددجو به اهداف خود دست می‌یابد.

یکی از اهداف اخلاقی مهم که در توانبخشی برای دستیابی به آن تلاش می‌شود استقلال و خودمختاری فرد دارای ناتوانی می‌باشد. در اینجا استقلال به معنای توانایی انجام تمامی امور فردی نیست، بلکه به این معنی است که انسان بتواند زمان و شرایط دریافت کمک از دیگران را خود تعیین کند. در واقع استقلال، داشتن حق انتخاب چگونه زیستن بر اساس ظرفیت‌ها، ارزش‌ها و تمایلات فردی است و ابعاد آن اجتماعی، اقتصادی جسمی و روانی می‌باشد. از طرف دیگر وابستگی به معنای عدم کنترل کمک‌های دریافتی و زمان و چگونگی تأمین این نیازهاست. این وابستگی نباید موجب کوچک شمردن توانایی‌های فرد دارای ناتوانی شود. هیچ انسانی نیست که کاملاً مستقل زندگی کند و بی‌نیاز از کمک‌ها و حمایت‌های اطرافیان خود باشد. در واقع توانبخشی بر توانایی‌های فرد دارای ناتوانی تأکید کرده و در این راستا به ارتقاء کیفیت زندگی او می‌اندیشد. (محمدی شاهبلاغی، ۱۳۸۵ ش.)

مکث ول چهار معیار ارزشیابی ارائه مناسب خدمات توانبخشی را به شکل زیر معرفی می‌کند: (محمدی شاهبلاغی، ۱۳۸۵ ش.):

- تناسب: مکان و موقعیتی که در آن خدمات توانبخشی ارائه می‌شود باید با نوع نیازهای مددجو ارتباط و تناسب داشته باشد. تناسب گویای این حقیقت است که خدمات باید در محیط واقعی مددجو و بر اساس نیازهای برخاسته از تعامل وی و محیط پیرامونش ارائه گردد.
- عدالت: این معیار برابری فرصت‌ها برای همه در جهت استفاده و دسترسی به خدمات توانبخشی را مطرح می‌کند.

• در دسترس بودن: خدمات توانبخشی باید به آسانی در دسترس تمام افراد نیازمند قرار گیرد و محدودیت‌های حرکتی، زمانی و اطلاعاتی نباید مانع دستیابی به خدمات گردد.

• قابل پذیرش بودن: خدمات توانبخشی ارائه شده باید مطابق با انتظارات منطقی افراد دارای ناتوانی باشد. این مهم خود مستلزم شناخت و درک صحیح از انتظارات مددجو در مورد توانبخشی است.

در ادامه پس از مرور اجمالی چهار اصل اخلاقی به بررسی مسائل و راه‌حل‌های منطقی اخلاق زیستی در توانبخشی با استفاده از مثال‌ها و چارچوب‌های استاندارد اخلاق پزشکی پرداخته خواهد شد. اگرچه این مطالعه به طور کامل به بررسی جامع چنین مسائل و راه‌حل‌های آنها نمی‌پردازد ولی سعی دارد با اشاره به موضوعات و مسائل کلیدی مهم در حوزه اخلاق زیستی در توانبخشی پنجره تازه‌ای را در ایران برای فعالان و علاقمندان به این حیطه بگشاید.

اصول چهارگانه اخلاق زیستی

چارچوب اخلاقی استاندارد که در این بررسی بکار گرفته شده اصول‌گرایی می‌باشد که خود آن هم البته بدون چالش نیست، ولی با این وجود هنوز مفید و قابل تفسیر است. (رادنیک، ۲۰۰۲ م.) بر طبق نظریات اصول‌گرایان چهار اصل اخلاقی وجود دارد که به فعل اخلاقی منجر می‌شود و در عین حال یک اصل می‌تواند دیگر اصول یا یکی از آنها را به چالش بکشاند و همین موضوع خود می‌تواند به یک مسئله اخلاقی منجر شود. اصول چهارگانه اخلاق زیستی مورد بررسی در این مطالعه خودمختاری، سودرسانی، عدم زیان‌رسانی و عدالت نام دارند. از طرف دیگر باید اضافه کرد که اصول اخلاقی می‌توانند تحت تأثیر شرایط

محیطی قرار بگیرند و کارکردهای متفاوتی داشته باشند که به عنوان مثال می‌توان به فرهنگ حاکم بر یک جامعه اشاره کرد. (رادنیک ۲۰۰۲ و ۲۰۰۷ م.) در برخی از اوقات تشخیص اینکه آیا استفاده از یک اقدام درمانی خاص به لحاظ اخلاقی قابل قبول است یا نه می‌تواند نسبتاً دشوار باشد. با این وجود اگر ما بتوانیم به این توافق برسیم که انجام یک فعالیت خاص اشتباه است می‌توانیم همان اصول را به فعالیت‌های مشابه دیگری نیز تعمیم داده و از بکارگیری آنها خودداری کنیم. این اصول بایستی به ما اجازه دهد تا در برابر موضوعات اخلاقی خاص و مرتبط در موضع پایدار و مشخصی قرار بگیریم. (بلاکمر، ۲۰۰۰ م.) در فرایند ارائه خدمات توانبخشی هم می‌توان با استفاده از این اصول، چالش‌ها و مسائل اخلاقی را تحلیل و راهکار درستی برای حل آنها ارائه داد. البته باید توجه داشت که برخی از مسائل اخلاق زیستی که در هنگام ارائه خدمات ایجاد می‌شوند ممکن است به فرایند توانبخشی مرتبط نبوده و ناشی از دیگر عوامل ارائه‌کننده خدمات باشد.

کاربرد اصول اخلاق زیستی در توانبخشی

۱- خودمختاری فردی

خودمختاری فردی مستلزم این است که با افرادی که در انتخاب‌های شخصی خود توانایی تعمق و تصمیم‌گیری شخصی دارند با احترام رفتار گردد. (صفایی، ۱۳۹۱ ش.) بلومونت اشاره می‌کند که احترام به دیگران دارای دو مسؤولیت اخلاقی می‌باشد: (عباسی، ۱۳۸۳ ش.) اول آنکه افراد مختار تلقی گردند و دوم اینکه افرادی که به نحوی از قدرت خودمختاری کمتری برخوردارند حق محافظت از خود را داشته باشند. بر این اساس اصل احترام به فرد به دو الزام اخلاقی تقسیم می‌شود: یکی اینکه هر فردی مختار است و دیگری اینکه فردی که از قدرت

اختیار کامل برخوردار نیست بایستی مورد حمایت قرار گیرد. برخی از افراد به علت بیماری و یا ناتوانی‌های دیگر و یا تحت شرایطی که فرد از آزادی کامل برخوردار نیست این توانایی را از دست می‌دهند. احترام به فرد نابالغ و یا شخص ناتوان و فاقد اهلیت ایجاب می‌کند که فرد تا زمانی که به مرحله بلوغ نرسیده مورد حفاظت قرار گیرد. بنابراین سن بیمار و توانمندی جسمی و ذهنی او از نکات مورد توجه در تصمیم‌گیری‌ها و اختیارات فردی هستند. توجه به این نکته در فرایند توانبخشی بسیار حایز اهمیت می‌باشد، چرا که بخشی از جامعه هدف خدمات توانبخشی کودکان، افراد دارای ناتوانی ذهنی و یا سالمندانی هستند که احترام به تمامی حقوق آنها باید سرآغاز برنامه‌های توانبخشی باشد؛ در غیر این صورت فرایند توانبخشی فرایندی ازهم‌گسسته و ناکارآمد خواهد بود که در پایان نتیجه و پیامد مؤثری نخواهد داشت. به طور کلی تصمیم‌گیری و انتخاب بیمار تحت تأثیر دو دسته از عوامل پزشکی و غیر پزشکی است. از عوامل پزشکی می‌توان به تشخیص و پیش‌آگهی بیماری، عوارض ثانویه و توانایی یادگیری بیمار اشاره کرد. از عوامل غیر پزشکی نیز می‌توان وضعیت اجتماعی، اقتصادی و حرفه‌ای بیماران را نام برد. به عنوان مثال بیمار ممکن است خدماتی را درخواست کند که توانایی پرداخت هزینه‌های آن را نداشته باشد. در چنین شرایطی تیم توانبخشی باید مناسب‌ترین اقدامات درمانی جایگزین را به او پیشنهاد کنند و بیمار را در انتخاب خود مبنی بر رد یا قبول گزینه‌های درمانی آزاد بگذارند. (فاتی، ۲۰۱۳، م.)

۲- سودرسانی

این اصل به الزام اخلاقی برای به حداکثر رساندن منافع و به حداقل رساندن آسیب‌ها اشاره می‌کند. واژه سودرسانی به معنای ابراز محبت، نیکوکاری و انجام

دادن اقدامات خوب است. در مجموعه مراقبت‌های سلامتی سوردسانی به معنای الزام به ارتقاء سلامت و رفاه بیمار و جلوگیری از بیماری، جراحی، درد و رنج می‌باشد. (بیشامپ، ۱۹۸۴ م.) برخورد اخلاقی با افراد نه تنها احترام به تصمیم‌گیری فرد و محافظت وی در مقابل هر صدمه‌ای می‌باشد، بلکه شامل اقدامات و کوشش‌هایی می‌گردد که رفاه شخصی را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. وظیفه سودمند بودن با سنت معالجه کردن، کمک کردن و شفا دهی مرتبط است. (حسینی، ۱۳۸۶ ش.) یکی از ارکان اصلی سودمند بودن خدمات توانبخشی ارائه آن توسط متخصصان کارآموده و باصلاحیت در این حوزه می‌باشد. به دلیل ماهیت متنوع و متفاوت خدمات توانبخشی با سایر حوزه‌های نظام سلامت، متخصصان این حوزه باید از مهارت‌های گوناگونی برخوردار بوده و نحوه تعامل صحیح با افراد دارای ناتوانی را فرا گرفته باشند. مهارت‌های ارتباطی و آموزه‌های اخلاقی نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در ادامه روند توانبخشی دارند. خدمات توانبخشی زمانی می‌تواند سودمند باشد که در جهت پاسخگویی به انتظارات منطقی افراد دارای ناتوانی برنامه‌ریزی و اجرا شده باشد. خدمات مورد انتظار و مورد نیاز افراد دارای ناتوانی را می‌توان در قالب دو گروه خدمات عمومی و تخصصی تقسیم‌بندی کرد (میرخانی، ۱۳۸۵ ش.).

خدمات عمومی

- آگاه‌سازی افراد جامعه از معلولیت‌ها، توانایی‌های بالقوه معلولین و نقش جامعه در ارائه خدمات توانبخشی
- ایجاد فرصت‌های برابر با دسترسی بهتر به سیستم‌های عمومی جامعه

- افزایش حضور افراد دارای ناتوانی و خانواده آنان در تمامی تصمیم‌گیری‌های مربوط به مسائل معلولین
 - حمایت و پشتیبانی از حقوق معلولین در جامعه
- خدمات تخصصی**
- آموزش فونکسیون‌ی یا کارکردی در خصوص مراقبت‌های شخصی، جابه‌جایی، تحرک و برقراری ارتباط
 - تدارک وسایل کمک توانبخشی و آموزش استفاده از این وسایل
 - مناسب‌سازی و رفع موانع معماری در محیط‌های مسکونی و شهری
 - خدمات راهنمایی و مشاوره‌ای برای خانواده‌های دارای معلول
 - آموزش کلاسیک ویژه افراد دارای ناتوانی
 - خدمات حرفه‌ای و ایجاد اشتغال برای افراد دارای ناتوانی
- این خدمات در قالب برنامه‌های توانبخشی و توسط تیم‌های توانبخشی پزشکی، حرفه‌ای و اجتماعی قابل ارائه می‌باشد.

۳- عدم آسیب‌رسانی

این اصل تحمیل تعمدی ضرر را به دیگران ممنوع می‌سازد. برخی از شیوه‌های درمانی ممکن است برای بیماران عوارض و یا خطراتی را به دنبال داشته باشد. این نکته به طور عام پذیرفته شده است که برای فایده رساندن به بیمار گاهی لازم می‌شود که بیمار در معرض برخی خطرهای قرار گیرد، اما به عنوان یک قاعده کلی میزان خطر مورد انتظار باید با میزان فایده مورد انتظار قابل توجیه باشد. (لاریجانی، ۱۳۸۱ ش.) در فرایند توانبخشی تیم‌های درمانی مختلفی مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و شنوایی‌سنجی حضور دارند. در هر یک از

این حوزه‌ها از تکنیک‌ها و ابزارهای درمانی متفاوتی استفاده می‌شود که عدم بکارگیری صحیح آنها می‌تواند آسیب‌هایی را برای بیمار به همراه داشته باشد. به عنوان مثال در فیزیوتراپی برای بیمارانی که با محدودیت‌ها و اختلالات حرکتی مواجه هستند از درمان‌های الکتروتراپی استفاده می‌شود که عدم شناخت کافی از چرایی و چگونگی عملکرد آنها می‌تواند آسیب‌هایی را برای بیمار به دنبال داشته باشد. برای پیشگیری از این مسئله لازم است متخصصان فیزیوتراپی ابتدا معاینه و ارزیابی دقیقی از وضعیت موجود بیمار به عمل آورده و سپس بر اساس نتایج حاصل و با تشخیص صحیح، مناسب‌ترین اهداف درمانی را با رضایت آگاهانه بیمار پی‌ریزی نمایند. ذکر این نکته ضروری است که با ورود تکنولوژی‌های جدید درمانی و توانبخشی، مراکز معتبر آموزشی باید دوره‌های بازآموزی منظمی را در جهت بکارگیری صحیح فناوری‌ها و اقدامات درمانی نوین برگزار کنند تا متخصصان مربوطه با جدیدترین شیوه‌های درمانی آشنا شده و به مزایا و معایب احتمالی آنها در فرایند درمان توجه بیشتری نمایند. (استار، ۲۰۱۴ م.)

۴- عدالت

غالباً در مورد عدالت دو تعریف مصطلح است؛ یکی رعایت حقوق دیگران و دیگری انجام کار حکیمانه و قرار دادن هر چیزی در جایگاه شایسته‌اش که رعایت حقوق دیگران هم از مصادیق آن است. عدالت یک مفهوم بسته نیست بلکه وابسته به شرایط و حالات است. این سخن بدین معنا نیست که عدالت فاقد اصول و مبنا می‌باشد بلکه بدین معناست که اصول عدالت بر اساس ویژگی‌های افراد و متغیرهای کلان در هر جامعه شکل می‌گیرد (احمدی، ۱۳۹۱ ش.). در مراقبت‌های پزشکی عدالت به این معنی است که ما مسؤولیت معینی را با شرایط

معینی برای درمان بپذیریم و منصفانه به آن عمل کنیم و به علت تفاوت در دارایی، موقعیت یا نژاد، تفاوتی در خدمات قائل نشویم (حسینی، ۱۳۸۵ ش.). عدم توجه به عدالت چه در زمینه توزیع منابع و ارائه خدمات و چه در زمینه حفظ اسرار و همدلی با بیمار می‌تواند این نگرش را در بیمار ایجاد کند که منزلت اجتماعی او در میان سایر افراد جامعه پایین‌تر بوده و با آنها تفاوت‌هایی دارد و به همین دلیل حقوق او در جامعه نادیده گرفته می‌شود. بی‌عدالتی در توزیع خدمات موجب محروم شدن افراد دارای ناتوانی از خدمات موردنیاز می‌شود. جان رالز فیلسوف آمریکایی در زمینه عدالت توزیعی دو اصل را بیان می‌کند. اصل اول آنکه توزیع آزادی‌های اساسی باید به گونه‌ای باشد که همه افراد در بالاترین حد از بهره‌مندی برابر برخوردار باشند. اما این آزادی تا حدی است که منافاتی با آزادی دیگری نداشته باشد. این معنای عام از عدالت است که مترادف با انصاف است و مستلزم توزیع برابر همه کالاهای اساسی اولیه اجتماعی می‌باشد و به نوعی قاعده‌ای را برای نظام توزیع عادلانه بیان می‌دارد. اصل دوم این است که نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی تحمل نمی‌شود مگر اینکه دو شرط زیر برقرار باشد: نخست آنکه، این نابرابری‌ها باید مختص به مناصب و مشاغلی باشد که تحت شرایط برابری عادلانه کلیه فرصت‌ها، باب آن برای همگان گشوده شده است. دوم آنکه منافعی برای پایین‌ترین اقشار جامعه که فقرا هستند، به همراه داشته باشد. این اصل که به اصل تفاوت معروف است، نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی را در صورتی می‌پذیرد که بیشترین سود را برای محرومترین اعضای جامعه به همراه داشته باشد. توجه به اصول گفته شده در فرایند توانبخشی چه در مرحله ارزیابی و چه در مرحله درمان می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. به عنوان مثال این اصل می‌تواند برای حل مسائل عدالت مربوط به دو بیماری که دارای

یک نوع اختلال در گفتار و زبان اما با شدت آسیب متفاوت (یکی خفیف و دیگری شدید) هستند و به یک مرکز درمانی مراجعه می‌کنند، راهگشا باشد و سؤالات زیر را پاسخ بگوید: (قلیچ، ۱۳۸۹ ش.)

- آیا این دو بیمار باید توسط یک درمانگر باتجربه ویزیت شوند یا بیماری که وضعیت مناسب‌تری دارد به درمانگر کم‌تجربه‌تر همان مرکز ارجاع داده شود؟
- آیا جلسه ارزیابی این دو بیمار باید به لحاظ زمانی یکسان باشد (هر دو ۳۰ دقیقه) یا اینکه برای بیماری که شرایط نامناسب‌تری دارد مدت زمان بیشتری اختصاص داده شود (یکی ۱۰ دقیقه و دیگری ۵۰ دقیقه)، با اینکه هزینه هر دو جلسه ارزیابی یکسان است؟
- آیا هزینه جلسات درمانی این دو بیمار باید مشابه باشد یا اینکه بیماری که ناتوانی شدیدتری دارد باید مبلغ بیشتری بپردازد؟

مسائل اخلاقی در توانبخشی و راه‌حل‌های منطقی آنها

برخی از مسائل اخلاق زیستی در توانبخشی به تعارض دو اصل سودرسانی و عدم زیان‌رسانی با یکدیگر می‌پردازد. برای مثال استفاده از پروتز پا برای بیماری که از ناحیه پا دچار قطع عضو شده می‌تواند مفید باشد چون حرکت مستقل عضو را تسهیل می‌کند. با این وجود بکارگیری پروتز می‌تواند زیان‌هایی را نیز به دنبال داشته باشد و موجب درد و دیگر عوارض ناراحت‌کننده در ناحیه قطع شده شود. در حالیکه استفاده از ویلچر برای این بیماران می‌تواند از ایجاد درد و دیگر عوارض جلوگیری کند ولی از سوی دیگر این وسیله می‌تواند برای بیماران آسیب‌هایی را به دنبال داشته باشد، زیرا مانع حرکت مستقل عضو می‌شود. راه حل این مسئله معمولاً با بکارگیری اصل احترام به خودمختاری تعیین می‌شود. طبق این

اصل بیمار تصمیم خواهد گرفت که از پروتز استفاده کند یا از یک ویلچر. از طرف دیگر اگر بیمار به لحاظ ذهنی و روانی در وضعیتی به سر ببرد که قادر به تصمیم‌گیری نباشد این راه‌حل نمی‌تواند همیشه قابل‌دفاع باشد؛ به عنوان مثال می‌توان به بیمارانی اشاره کرد که از ناحیه سر دچار آسیب شده‌اند و به دلیل جراحی به وجود آمده قادر به تصمیم‌گیری نیستند. در چنین مواردی انتظار می‌رود تصمیمات خانواده یا همراهان بیمار مطابق با علاقه او باشد هر چند که اجرای چنین مداخلاتی بدون هماهنگی و جلب رضایت بیمار بسیار چالش برانگیز است. در چنین مواردی راه‌حل می‌تواند برگشت به زندگی گذشته بیمار باشد یعنی زمانی که بیمار به لحاظ جسمانی و روانی در وضعیت مناسبی قرار داشته است. در این شرایط باید بررسی کرد که آیا بیمار در گذشته استقلال را بیشتر از اجتناب از درد و دیگر عوارض تأیید می‌کرده است یا خیر. اگر چنین اطلاعاتی موجود نباشد گزینه دیگر در نظر گرفتن ترجیحات سایر بیماران با ناتوانی‌های مشابه است. (کیتای، ۲۰۱۱ م.)

دیگر مسائل اخلاق زیستی در توانبخشی به تعارضات میان دو اصل خودمختاری فردی و عدالت می‌پردازد. برای مثال بیمار سالمندی که دچار سکته مغزی شده است قصد دارد مدت زمان بیشتری از آنچه که به تشخیص متخصصان مورد نیاز است را در یک واحد بستری توانبخشی سپری کند اما به دلیل کمبود تخت‌های بستری توانبخشی و نیاز دیگر بیماران به این تخت‌ها باید هر چه سریع‌تر ترخیص شود. راه‌حل این مسئله معمولاً به وسیله توسل به بیمارستان یا استفاده از دیگر سیاست‌های موجود مانند مراجعه به مددکاری بیمارستان می‌باشد که گاهی اوقات فعالیت‌های قابل‌قبول و غیرقابل‌قبولی را برای برخی از بیماران و همچنین تیم‌های درمانی درگیر در فرایند درمان مشخص می‌کند. همچنین با

بکارگیری همه بخش‌های درگیر در این مسئله می‌توان به زمینه‌های مشترکی دست پیدا کرد که به لحاظ اخلاقی قابل قبول باشد و منجر به ایجاد سیاست‌های جدیدی در فرایند درمان این نوع بیماران گردد (رادنیک، ۲۰۰۷ م.).

برخی دیگر از مسائل اخلاق زیستی در توانبخشی به تعارضات دو اصل سودرسانی و عدالت می‌پردازد. برای مثال بیمار مبتلا به سکته مغزی که در بالا به آن اشاره شد اگر از مراقبت‌های خانگی که توسط بیمارستان و در خانه فرد بیمار ارائه می‌شود ترخیص شود، البته بیمار همچنان حق استفاده از آن را دارد (عدالت)، و تحت مراقبت‌های مستقیم خانواده خود قرار بگیرد به لحاظ روانی و عاطفی می‌تواند عملکرد بسیار بهتری داشته باشد (سودرسانی). راه حل این مسئله از طریق بررسی ترجیحات خانواده بیمار تعیین می‌شود که نشان‌دهنده توجه به اصل احترام به خودمختاری می‌باشد، البته در اینجا خودمختاری اعضای خانواده فرد بیمار مطرح است. (اسمیت، ۲۰۱۳ م.)

دیگر مسائل اخلاق زیستی در توانبخشی به تعارضات میان اصول خودمختاری فردی، سودرسانی و عدم آسیب رسانی اشاره دارد. به عنوان مثال یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است قصد داشته باشد به طور مستقل زندگی کند اما در عین حال فاقد مهارت‌های لازم برای اداره زندگی خود باشد و از هوشیاری کافی برای مواجهه با مسائل پیش‌روی خود برخوردار نباشد. این نمونه، بکارگیری اجباری (رد خودمختاری) در توانبخشی اختلالات روانی را مورد سؤال قرار می‌دهد. در واقع در این مثال در توانبخشی اختلالات روانی از نوعی التزام استفاده شده است. ولی بایستی بپذیریم که گاهی اوقات بکارگیری اجبار در درمان اختلالات روانی می‌تواند ممکن و قابل قبول باشد. (سالیوان، ۲۰۱۳ م.) به عنوان مثال اگر بیمار اقدام درمانی مورد نظر را دریافت نکند به دلیل توهمات شنیداری

که نسبت به آنها مقاومتی ندارد می‌تواند آسیب‌ها و خطراتی را برای خود و دیگران ایجاد کند. اما باید اشاره کرد که جبر در حوزه توانبخشی اختلالات روانی می‌تواند غیرممکن و یا حداقل کمتر قابل قبول باشد. زیرا فرایند توانبخشی به همکاری خود بیمار نیاز داشته و به سمت اهداف زندگی بیمار حرکت می‌کند. در فرایند توانبخشی، بیمار در مرکز برنامه درمانی قرار دارد و اهداف درمانی با همکاری و مشارکت بیمار و خانواده او تدوین می‌شود. بنابراین استفاده از مکانیسم اجبار در توانبخشی اختلالات روانی می‌تواند منجر به تغییر اهداف زندگی بیمار شود. (رادنیک، ۲۰۰۷ م.) استفاده مداوم از جبر در طول فرایند درمان به لحاظ علمی و اخلاقی قابل تأیید نیست و راه‌حل این مسئله بکارگرفتن موقتی اقدامات اجباری است تا از بروز خطرات جدی جلوگیری شود. از طرف دیگر همزمان می‌توان همراه با بیمار برای جستجوی اهداف واقع بینانه‌تر تلاش کرد حتی اگر این اهداف در بلندمدت حاصل شوند. (رادنیک، ۲۰۰۲ م.)

با این وجود برخی از مسائل اخلاق زیستی در توانبخشی به تعارضاتی که در محدوده اصل عدالت ایجاد می‌شود رسیدگی می‌کند. برای مثال تصمیم‌گیری در مورد چگونگی تخصیص منابع در بخش توانبخشی در مقابل دیگر بخش‌های مراقبت سلامت از جمله پیشگیری و درمان و یا چگونگی تخصیص منابع در میان حوزه‌های مختلف توانبخشی (توانبخشی قطع عضو، توانبخشی بیماران سکته مغزی، توانبخشی بیماران قلبی، توانبخشی جراحات نخاعی، توانبخشی مرتبط با نابینایی اکتسابی، توانبخشی اختلالات گفتار و زبان و غیره) به یک فرایند منطقی نیاز دارد. یکی از پیچیدگی‌هایی که در فرایند تخصیص منابع وجود دارد، وجود معیارهای متعدد برای تخصیص عادلانه منابع است. به عنوان نمونه بر حسب شدت

مسائل تهدیدکننده سلامت (هر چقدر مسأله ایجاد شده سلامت جامعه را بیشتر تهدید کند استحقاق بیشتری نیز برای دریافت منابع دارد) و یا بر حسب میزان موفقیت برنامه مراقبت سلامت (هر چقدر امید به موفقیت یک روش بیشتر باشد استحقاق بیشتری برای بهره‌مندی افراد یک جامعه از آن ایجاد می‌شود) که خود می‌تواند معیارهای مختلفی را شامل شود. (مارشال، ۲۰۱۳ م.) مسئله دیگری که در اینجا می‌تواند مطرح شود تعداد افرادی است که می‌توانند از آن منابع منتفع شوند (دلالت بر تئوری سودگرایی عدالت) بدین معنا که چند درصد از افراد جامعه می‌توانند از آن خدمات استفاده کنند. راه حل این مسئله و دیگر مسائل مشابه در فرایند تخصیص منابع در رابطه با توانبخشی نیازمند بنیان نهادن مفاهیم اخلاقی در قلمرو سیاسی در یک مفهوم وسیع و همچنین اتخاذ سیاست‌هایی می‌باشد که نتایج آن از کانال جلسات، بحث‌ها و مذاکرات رسمی عمومی بدست آمده باشد (رادنیک، ۲۰۰۲ م.).

نتیجه گیری

بر اساس آنچه گفته شد اخلاقیات در توانبخشی می‌تواند به طیف گوناگونی از موضوعات و در قالب تعارضاتی که در بالا به آنها اشاره شد پردازد. ما وقتی می‌توانیم برای استقلال یک فرد دارای ناتوانی در جامعه احترام قائل شویم که قادر باشیم حقوق او را در بیان دیدگاه‌ها، تصمیمات و اقدامات تشخیص دهیم و ارزش‌ها و اعتقادات او را ارج نهیم. اصول سودرسانی و عدم زیان‌رسانی بایستی به گونه‌ای اعمال گردند که مطلوب‌ترین نتایج و اثرات مداخله‌ای حاصل شود. اصل عدالت سؤالات چه چیزی، برای چه کسی و چگونگی توزیع هزینه‌ها و منافع را در یک جامعه مطرح می‌کند. این اصل، برابری فرصت‌ها و تلفیق اجتماعی افراد دارای ناتوانی را مورد تأکید قرار می‌دهد و نیازمند مشارکت افراد دارای ناتوانی، خانواده‌ها، جامعه و حمایت نهادها و بخش‌های مختلف دولتی و خصوصی می‌باشد. برنامه‌ها و سیاست‌هایی که بر اساس گفتگوهای عمومی و به منظور تسهیل تعیین راه‌حل‌های منطقی اتخاذ می‌شود می‌تواند مورد قبول و توافق همه ذینفعان و احزاب درگیر باشد. در پایان باید اشاره نمود که مطلب حاضر تنها مقدمه‌ای برای ورود به حیطه اخلاق در توانبخشی است و به ضرورت انجام تحقیقات متنوع اخلاقی در حوزه توانبخشی تأکید می‌کند. نتایج این تحقیقات باید در اختیار سیاست‌گذاران و مسئولین این حوزه قرار داده شود تا بتوان برای رفع مسائل اخلاقی مربوطه بهترین راه‌حل‌ها را پیشنهاد داد.

فهرست منابع

- احمدی، سید جواد. (۱۳۹۱). معیار عدالت توزیعی و نسبت آن با انصاف و برابری با تأکید بر اخلاق حکومتی امام علی. فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش نامه اخلاق. سال پنجم. شماره ۱۱. ۷۶-۵۳.
- حسینی و همکاران. (۱۳۸۶ش.). اصول و موازین اخلاق پزشکی و میزان سازگاری آن با مبانی اخلاق اسلامی. مجله پزشکی ارومیه. سال هجدهم. شماره چهارم. ۶۵۶-۶۵۲.
- صفایی، سهیلا و همکاران. (۱۳۹۱). بررسی اصل احترام به خودمختاری در فقه و حقوق اسلامی. فصلنامه اخلاق زیستی. سال دوم. شماره چهارم. ۹۲-۶۳.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۳). مجموعه کدهای اخلاقی پزشکی. چاپ اول. تهران: انتشارات پژوهان.
- قلیچ، وهاب. (۱۳۸۹). معیارهای عدالت توزیعی مقایسه تطبیقی دیدگاه‌های جان راولز و شهید مطهری. دوفصلنامه علمی- تخصصی مطالعات اقتصاد اسلامی. سال سوم. شماره اول. ۱۶۳-۱۴۵.
- کریمی درمنی، حمیدرضا. (۱۳۸۵). توانبخشی گروه‌های خاص با تأکید بر خدمات مددکاری اجتماعی. چاپ اول. انتشارات گستره.
- لاریجانی، باقر. (۱۳۸۱). پزشکی و ملاحظات اخلاقی. چاپ اول. تهران: نشر فردا.
- محمدی شاهبلاغی، فرحناز. (۱۳۸۵). مبانی نظری پرستاری توانبخشی. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- میرخانی، سید مجید. (۱۳۷۸). مبانی توانبخشی. چاپ اول. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Beauchamp, T. L., & McCullough, L. B. (1984). *Medical ethics: The moral responsibilities of physicians* (p. 55). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Blackmer, J. (2000). Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32(2), 51-55.
- Fotti, M. K. (2013). Ethics in Rehabilitation: A Clinical Perspective. *Occupational therapy in health care*, 27(3), 287-288.
- Kittay, E. F. (2011). The Ethics of Care, Dependence, and Disability. *Ratio Juris*, 24(1), 49-58.
- Marshall, K., & Tilley, L. (2013). Life Stories, Intellectual Disability, Cultural Heritage and Ethics: Dilemmas in Researching and (re) presenting Accounts from the Scottish Highlands. *Ethics and Social Welfare*, (ahead-of-print), 1-10.
- Rudnick, A. (2002a). The goals of psychiatric rehabilitation: An ethical analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 310.
- Rudnick, A. (2002b). The ground of dialogical bioethics. *Health Care Analysis*, 10(4), 391-402.

Rudnick, A. (2007a). Coercion and psychiatric rehabilitation: a conceptual and ethical analysis. *BMC Psychiatry*, 7(Suppl 1), S22.

Rudnick, A. (2007b). Processes and pitfalls of dialogical bioethics. *Health Care Analysis*, 15(2), 123-135.

Slater, D. Y. (2014). Consensus Statements on Occupational Therapy Ethics Related to Driving. *Occupational therapy in health care*, 28(2), 163-168.

Smith, S. R. (2013). Liberal Ethics and Well-being Promotion in the Disability Rights Movement, Disability Policy, and Welfare Practice. *Ethics and Social Welfare*, 7(1), 20-35.

Sullivan, M. D. (2013). Ethics of Pain-Related Disability Evaluations. In *Encyclopedia of Pain* (pp. 1201-1203). Springer Berlin Heidelberg.

یادداشت شناسه مؤلفان

شاهین سلطانی: مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیک: ssoltani.rmslp@gmail.com شماره تلفن: ۰۹۱۸۳۵۵۰۱۰۶

محمود عباسی: رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نشانی الکترونیک: dr.abbasi@sbmu.ac.ir

محمد کمالی: رییس مرکز تحقیقات توانبخشی دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۰۷/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۰۱/۳۰

Rehabilitation and four principles of Bioethics

Shahin Soltani
Mahmoud abbasi
Mohammad Kamali

Abstract

Rehabilitation is a dynamic and health oriented process that helps persons with disability to achieve acceptable quality of life, self-respect and independence. Rehabilitation is rife with ethical dilemmas which some of them are only restricted to this subject. These problems are seen in health care as the tension between two or more morally defensible alternative health care actions. The key underpinning of an ethical problem is commonly viewed as a conflict of defensible values or moral principles related to the possible alternative health care actions relevant to a particular clinical situation. Reasoned solution of ethical problems in rehabilitation, need to grounding ethics in the political realms in a broad sense and policies resulted from public debates.

Key words: Rehabilitation, Disability, Bioethics, Quality of life, Justice