

ارزیابی فناوری کاردرمانی در سالمندان مبتلا به دمانس از جنبه‌های اخلاقی و قانونی

مرجان قندی*، رضا دهنویه^آ، رضا گودرزی^آ، مصطفی الماسی دوغایی^د، ملاححت اکبرفهمی^ه

تاریخ دریافت: 98/12/6

تاریخ پذیرش: 99/7/20

تاریخ انتشار: 99/9/15

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

دمانس به دلیل هزینه‌های هنگفت درمانی، شیوع بالا در سالمندان، پیامدهای شدید و تحمیل فشارهای جسمی و روانی ناشی از شدت بیماری به خانواده‌های بیماران، در ردیف مشکلات مهم بهداشتی قرار دارد و برای کمک به بیمار و کاهش بار مراقبت از بیماران، از فناوری‌های بسیاری استفاده می‌شود که مهم‌ترین آن، کاردرمانی است. این مطالعه از نوع کاربردی است و با هدف بررسی جنبه‌های اخلاقی و قانونی فناوری کاردرمانی در سالمندان مبتلا به دمانس، با استفاده از روش کیفی انجام شده است. جامعه‌ی مورد پژوهش، دوازده نفر از متخصصان و دست‌اندرکاران حوزه‌ی دمانس و خدمات سالمندی کشور هستند و ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که منفعت داشتن و مضر نبودن، حفظ استقلال و موافقت آگاهانه، حفظ کرامت و احترام به فرد، نگرانی برابری و عدالت در دسترسی به خدمت، پشتوانه‌ی قانونی برای استفاده از فناوری، ضرورت اصل اختیار و رعایت حفظ اسرار بیمار و بسترسازی مناسب بهره‌برداری از فناوری، هفت چالش اصلی فناوری کاردرمانی از منظر اخلاقی و قانونی در کشور است. بر اساس نتایج حاصل، فقدان پوشش بیمه‌ای فناوری کاردرمانی و دسترسی نداشتن سالمندان به این خدمت، از موانع مهم استفاده نکردن از آن به حساب می‌آید که وزارت بهداشت باید، مقدمات پیاده‌سازی آن را در اقصا نقاط کشور فراهم کرده و در بسته‌ی خدمت سالمندان کشور قرار دهد.

واژگان کلیدی: ارزیابی فناوری سلامت، دمانس، کاردرمانی

1. کارشناس ارشد ارزیابی فناوری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران.
2. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران.
3. استادیار، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران.
4. استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
5. دانشیار، گروه کاردرمانی، دانشکده‌ی علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، خیابان ولیعصر، خیابان جام جم، ساختمان شهدای رادیو، طبقه‌ی سوم، رادیو سلامت،

تلفن: ۰۹۱۲۲۴۶۵۸۶۱، Email: marjanghandi89@gmail.com

مقدمه

با تغییرات ایجاد شده در هرم سنی جمعیت جهان، سالمندی از مهم ترین مسائلی است که پیش روی بشر قرار دارد (۱). در ایران نیز جمعیت سالمندان رو به افزایش است و از پنج میلیون نفر در سال ۲۰۰۶، به بیش از ده میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است. طبیعی است که با توجه به روند پیری جمعیت، تعداد سالمندانی که با بیماری دمانس (زوال عقل) تشخیص داده می شوند، در حال افزایش است (۲). دمانس یکی از سه بیماری عمده در رابطه با مراقبت های بهداشتی و از دلایل اصلی ناتوانی و بار مسئولیت در سالمندان است (۳). این بیماری، سالمندان را به ناچار نیازمند یاری و نظارت مراقبین ساخته و این وظیفه معمولاً بر عهده مراقبین غیررسمی (اعضای خانواده بیماران) است و فشار زیادی بر آنان تحمیل می کند (۴). انجمن بین المللی آلزایمر و سازمان بهداشت جهانی در گزارش مشترک خود، دمانس را اولویت سلامت عمومی کشورها دانسته و از همه ی دولت ها خواسته اند که مراقبت از روند زوال عقلانی عموم افراد جامعه را در نظر داشته باشند (۵).

یکی از رایج ترین درمان های روانی، اجتماعی، شناختی و حرکتی در مبتلایان به دمانس، کاربرمانی است (۶). کاربرمانی، استفاده ی درمانی از کار یا فعالیت برای انجام دادن امور روزمره ی زندگی است که باعث افزایش اعتماد به نفس، خودسازی و تقویت رفتارهای کاری در بیمار می شود (۷)؛ همچنین باعث افزایش عملکرد بیماران در زمینه ی تعاملات اجتماعی و افزایش اثرات شناختی و عملکردی شده است. مطالعات مختلف نیز این نتایج را تأیید کرده اند (۸).

فناوری های نوآورانه که به سرعت در حال ظهور هستند، وسیله ای برای کمک به سالمندان دارای اختلالات شناختی برای ادامه ی زندگی در خانه و نیز مراقبان آنها هستند (۹). نوآوری های بسیاری در تحقیقات به اثبات رسیده است؛ لیکن

اثرات سودمند آنها اغلب به دلیل موانع موجود در انتقال دانش و پیچیدگی پیاده سازی در نظام مراقبت های بهداشتی، به مرحله ی بالینی نرسیده اند (۶). تصمیم گیری درباره ی فناوری های مورد استفاده در مراقبت های بهداشتی پیچیده است و به فرایندهای کارآمد و صریح برای اطمینان از شفافیت و سازگاری آنها نیاز دارد (۱۰).

ارزیابی فناوری سلامت فرایندی چندرشته ای است که اطلاعات مربوط به استفاده از فناوری های نوین را در موضوعات پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و اخلاقی مربوط به سلامت، به صورت سیستماتیک، «شفاف و بی طرف و مستدل» خلاصه می کند؛ به عبارت ساده تر، «ارزیابی فناوری سلامت پلی بین دنیای تحقیق و دنیای تصمیم گیری، به ویژه سیاست گذاری است» (۱۱).

پیچیدگی اخلاقی اقدامات تخصصی، چالشی انکارناپذیر در دوران معاصر است (۱۲) که معمولاً به تنش های اخلاقی منجر می شود و برای متخصصان مراقبت های بهداشتی به بخشی اجتناب ناپذیر تبدیل شده است (۱۳). تنش ها می توانند در شرایطی اتفاق بیفتند که وظایف اخلاقی با وظایف تعریف شده توسط سیاست های خدمات مطابقت نداشته باشد (۱۴). فناوری های مورد استفاده، باید دغدغه های اخلاقی و قانونی جدی نداشته باشند و از این نظر ارزیابی شوند. با توجه به اهمیت این موضوع، این مطالعه با هدف ارزیابی جنبه های اخلاقی و قانونی فناوری کاربرمانی در سالمندان مبتلا به دمانس انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه ای کاربردی است که به روش کیفی در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. در این مطالعه، نمونه های پژوهش (دوازده نفر) با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. در نمونه گیری سعی شد تا از میان تمامی متخصصان درگیر با بیماری دمانس، افرادی هدفمند انتخاب

از معیارهای اعتبار، تأییدپذیری و قابلیت اعتماد مطابق نظر گوبا و لینکلن^۲ استفاده شد (۱۷).

یافته‌ها

در این مطالعه کیفی، مهم‌ترین دغدغه‌های مرتبط با ارزیابی فناوری کاردرمانی در سالمندان مبتلا به دمانس از جنبه‌های اخلاقی و قانونی به هفت مفهوم اصلی و ۲۷ زیرگروه تقسیم شد (نک: جدول شماره‌ی یک) که در ادامه هر کدام از این مفاهیم و زیرگروه‌ها شرح داده شده است.

مفهوم اول. منفعت‌داشتن و مضر نبودن فناوری

از نظر مصاحبه‌شوندگان، کاردرمانی، رویکردهای درمانی را در سه سطح «جسم و ذهن و روان» و در قالب فعالیت هدفمند و معنادار ارائه می‌دهد. در این رابطه برخی صاحب‌نظران چنین بیان کرده‌اند که «کاردرمانی سبب بهبود عملکرد بیماران در زمینه‌ی تعاملات اجتماعی و افزایش اثرات شناختی و عملکردی، پیشگیری از پیشرفت بیماری و توانمندسازی بیماران می‌شود؛ درحالی‌که فقدان این مداخله، باعث افت عملکرد جسمی و شناختی فرد می‌شود» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی هفت). «به‌کارگیری فعالیت‌های هدفمند، دادن انگیزه‌ی کافی برای انجام و ادامه‌ی درمان و ارائه‌ی تمرین‌های کاربردی، پیشگیری از ناتوانی و حل مشکلات عملکردی و کسب حداکثر استقلال، ازجمله مزایایی است که مصاحبه‌شوندگان در خصوص منفعت مداخله‌ی کاردرمانی عنوان کردند» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی دو).

«مداخله‌ی کاردرمانی، علاوه بر بیماران مبتلا به دمانس، برای مراقبین هم کمک‌کننده است تا بتوانند سختی بار مراقبت را تحمل کرده و کیفیت زندگی‌شان حفظ شود. برای مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت نیز می‌تواند سود مادی و معنوی داشته باشد» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی پنج). «وقتی بیمار و مراقبش از این فناوری سود ببرند، نهایتاً جامعه هم سود

شوند. نمونه‌ها شامل متخصصان نورولوژی (دو نفر)، متخصصان طب سالمندی (سه نفر)، متخصصان علوم اعصاب‌شناختی (دو نفر)، کاردرمانگر (دو نفر)، اعضای بورد ارزیابی فناوری سلامت (یک نفر)، اداره‌ی سالمندان وزارت بهداشت (یک نفر) و معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی کشور (یک نفر) بودند. این افراد به دلیل تخصص و آشنایی‌شان با سالمندان مبتلا به دمانس و مشکلات مراقبین انتخاب شدند. مصاحبه‌ها به‌صورت رودررو و تلفنی انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند استفاده شد. مدت مصاحبه‌ها بین بیست تا چهل دقیقه متغیر بود. نمونه‌گیری تا رسیدن به سطح اشباع اطلاعاتی ادامه یافت؛ بدین‌معنا که اشباع نظری حاصل شد؛ یعنی داده‌ی بیشتری که سبب توسعه، تعدیل یا اضافه‌شدن به تئوری موجود شود به پژوهش وارد نشد؛ زیرا تمام منابع اطلاعاتی، اطلاعاتی مشابه را در اختیار می‌گذاشتند (۱۵). همزمان با انجام مصاحبه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس روش پیشنهادی لاندمن و گرانهیم^۱ نیز انجام شد. آنان پنج مرحله را برای تحلیل داده‌های کیفی پیشنهاد کرده‌اند که عبارت‌اند از: ۱. مکتوب‌کردن کل مصاحبه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، ۲. خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی از محتوای آن، ۳. تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، ۴. طبقه‌بندی کدهای اولیه‌ی مشابه در طبقات جامع‌تر، ۵. تعیین محتوای نهفته در داده‌ها (۱۶). بعد از هر مصاحبه، متن به‌صورت کلمه به کلمه نوشته و تایپ شد؛ سپس چندین بار متن‌های نوشته‌شده مطالعه و کدهای اولیه استخراج شد؛ پس از آن، کدهای اولیه‌ای که مربوط به هم بودند با هم ادغام و بر اساس شباهت‌ها طبقه‌بندی شدند و در نهایت مفاهیم نهفته در داده‌ها استخراج شد. برای اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها

1 - Lundman & Graneheim

2 - Gouba , Linclon

است؛ گاهاً احتمال سقوط سالمندان مبتلا به دمانس، به دلیل عدم تعادل وجود دارد که کاردرمانگر در حین انجام مداخله، بیمار را از این نظر حمایت می‌کند» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی سه).

خواهد برد. تعداد مبتلایان به دمانس در حال افزایش است و با بهره‌گیری از این فناوری، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بیماری کاهش خواهد یافت» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی یک). «این روش مداخله‌ای ایمن با کمترین عوارض برای بیماران

جدول شماره‌ی ۱- ابعاد اخلاقی و قانونی فناوری کاربردی در سالمندان مبتلا به دمانس

<p>مفهوم ۶. ضرورت اصل اختیار و رعایت حفظ اسرار بیمار</p> <p>مفهوم ۷. بسترسازی مناسب بهره‌برداری از فناوری</p> <p>۷-۱. فرایندهای سازمانی فناوری</p> <p>۷-۱-۱. فرایند مراقبت بیماری</p> <p>۷-۱-۲. آموزش منابع انسانی</p> <p>۷-۱-۳. مشارکت سایر ذی‌نفعان</p> <p>۷-۱-۴. سیستم تضمین کیفیت</p> <p>۷-۲. ساختار</p> <p>۷-۲-۱. اطمینان از دسترسی</p> <p>۷-۲-۲. تأثیر بر منابع بودجه‌ای کشور</p> <p>۷-۲-۳. هزینه‌های راه‌اندازی فناوری</p> <p>۷-۳. پایش و ارزیابی فناوری حین استفاده</p> <p>۷-۳-۱. فرصت‌های فناوری جدید</p> <p>۷-۳-۲. پروسه‌ی انتخاب بیمار</p> <p>۷-۴. فراهم‌نبودن بسترهای فرهنگی مناسب برای بهره‌گیری از فناوری</p> <p>۷-۴-۱. پذیرش فناوری توسط خدمت‌گیرندگان</p> <p>۷-۴-۲. پذیرش فناوری از سوی ارائه‌دهندگان و سیاست‌گذاران</p>	<p>مفهوم ۱. منفعت‌داشتن و مضرنبودن</p> <p>۱-۱. مزایای فناوری برای بیماران</p> <p>۱-۲. مزایای فناوری برای سایر ذی‌نفعان</p> <p>۱-۳. پیامدهای ناخواسته‌ی فناوری</p> <p>مفهوم ۲. حفظ استقلال و موافقت آگاهانه</p> <p>۲-۱. صلاحیت سالمندان</p> <p>۲-۲. افزایش توانایی بیمار</p> <p>۲-۳. استقلال بیمار</p> <p>۲-۴. صلاحیت علمی و عملی پزشک</p> <p>مفهوم ۳. حفظ کرامت و احترام به فرد</p> <p>۳-۱. نقض کرامت انسانی بیماران</p> <p>۳-۲. نقض حریم خصوصی بیماران</p> <p>۳-۳. تأثیر آن بر اصول اخلاقی، مذهبی یا فرهنگی بیمار</p> <p>مفهوم ۴. نگرانی برابری و عدالت در دسترسی به خدمت</p> <p>۴-۱. توزیع منابع مراقبت‌های بهداشتی</p> <p>۴-۲. بهره‌گیری از فناوری‌های با مسائل اخلاقی مشابه</p> <p>۴-۳. موانع دسترسی به فناوری</p> <p>مفهوم ۵. پشتوانه‌ی قانونی برای استفاده از فناوری</p> <p>۵-۱. حقوق اساسی بیمار</p> <p>۵-۲. قوانین و مقررات کشور و چالش‌های اخلاقی</p>
--	--

ناتوانی و الگوهای حرکتی مشکل‌دار، مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر توانمندی‌های شناختی و عملکردی بیمار اثرات مثبت فراوانی دارد و استقلال بیمار را بیشتر می‌کند» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی شش). «پروتکل مداخله بر مبنای حفظ استقلال و افزایش اعتمادبه‌نفس، خودسازی و تقویت رفتارهای کاری بیمار طراحی می‌شود، عدم اطلاع پزشک از

مفهوم دوم. حفظ استقلال و موافقت آگاهانه‌ی بیمار متخصصان معتقد بودند، «این مداخله، سعی در جایگزینی توانایی‌های عالی‌ی مغز که از بین رفته، دارد و در جهت افزایش توانایی افراد خاص و ناتوان مورد استفاده قرار می‌گیرد. در حال حاضر در بسیاری از کشورها، به‌عنوان مداخله‌ی غیردارویی در مبتلایان به دمانس و در سالمندان با

می‌نماید؛ از جمله می‌توان به منشور جهانی حقوق بشر و اصل بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اشاره کرد: «برخوررداری از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در بالاترین کیفیت از حقوق اساسی و بنیادین هر انسانی است که در اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر بر آن تأکید شده، جمهوری اسلامی ایران با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه‌ی سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ده).

«مطابق اصل بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره، حقی همگانی است که دولت موظف شده طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، این حق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند؛ همچنین به استناد جزء (۴) بند (الف) ماده‌ی (۱۹۲) قانون برنامه‌ی سوم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۱/۰۷/۰۷، دبیرخانه‌ی شورای ملی سالمندان، موظف به سیاست‌گذاری در جهت تأمین سلامت و رفاه سالمندان کشور، تصویب برنامه‌های مربوط به سالمندان در دستگاه‌های اجرایی و هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی برای سامان‌دهی امور سالمندان و اجرا و پیگیری برنامه‌های مصوب شورا است» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی دوازده).

مفهوم ششم. ضرورت اصل اختیار و رعایت حفظ

اسرار بیمار

«بی‌خطر بودن برای بیمار، محرمانه بودن اسرار وی و تأمین آسایش سالمند در حین مداخله از نکات مهم در به‌کارگیری فناوری کاردرمانی است» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ده).

این مداخله‌ی کمکی وارجاع دیر هنگام بیماران از نظر اخلاقی و حرفه‌ای مشکل‌ساز است؛ چراکه هزینه‌های درمانی بیشتری برای خانواده و نظام سلامت دارد» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی چهار).

مفهوم سوم. حفظ کرامت و احترام به فرد

«کاردرمانگر به حفظ کرامت سالمند کمک کرده و در نهایت به استقلال و خودمختاری او منجر می‌شود. بیماران بر اساس تشخیص درمانگر از این فناوری بهره می‌برند که در جهت توانایی بیمار طراحی شده است» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی دوازده). «لوش‌های توان‌بخشی، زمانی مؤثرند که منطبق با اصول فرهنگی و اخلاقی باشند؛ در نتیجه باید فناوری‌هایی مورد توجه قرار گیرند که مطابق فرهنگ ماست، هر چند تفاوت‌های فرهنگی افراد و قومیت‌های مختلف کشور را هم نباید از نظر دور داشت» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی هشت).

مفهوم چهارم. نگرانی برابری و عدالت در دسترسی به

خدمت

چهارمین مبنای بدیهی اخلاق، عدالت است. «عدالت بدین معنا نیست که به‌صورت اجباری، استاندارد واحدی برای مراقبت‌های پزشکی برای تمام افراد داشته باشیم، بلکه باید مسئولیت معینی را با شرایط مشخصی برای درمان بیماران پذیرفت و منصفانه به آن عمل کرد و به علت تفاوت دارایی، موقعیت یا نژاد تفاوتی در خدمات قائل نشد» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی یازده). «عدم آگاهی سیستم بهداشتی از خدمات و مزایای این فناوری، عدم ارجاع به‌موقع بیماران، کاستی‌های اقتصادی خانواده‌ها در تأمین هزینه‌ی موردنیاز در بهره‌گیری از این فناوری‌ها، فقدان پوشش بیمه‌ای و مشکلات ناشی از حمل‌ونقل، مهم‌ترین موانع دسترسی سالمندان مبتلا به دمانس به این خدمت محسوب می‌شوند» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی نه).

مفهوم پنجم. پشتوانه‌ی قانونی برای استفاده از فناوری

برخی قوانین موجود، استفاده از این فناوری را تقویت

خاص خود را دارند و مراقبت پزشکی از این بیماران با مشکلات زیادی همراه است. رعایت اصول اساسی اخلاق پزشکی در این بیماران باید مورد نظر باشد (۱۸).

- فناوری می‌تواند اصول پایه‌ی اخلاقی (استقلال، صداقت، عزت، نفع، عدالت)، حقوق بنیادی و مفاهیم اخلاقی حیاتی (وضعیت اخلاقی) را تبیین کند؛ ولی هنوز از منظر اخلاق و دیدگاه‌های عمومی، چالش‌هایی در زمینه‌ی ایمنی وجود دارد؛ یعنی محقق، همیشه باید از خود بپرسد: چگونه معرفی این فناوری بر رفتار شرکت‌کنندگان تأثیر خواهد گذاشت؟ این سؤال از مؤلفه‌های وابسته برای مطالعه است و پیامدهای غیرمنتظره، یعنی «اثرات جانبی» فناوری جدید را باید پوشش دهد (۱۹۹).

- طراحی فناوری‌های بهداشتی متکی به فرضیاتی است که بر نحوه‌ی اجرای آن‌ها، اعم از پیچیدگی، تأثیر بر استقلال کاربر و مناسب بودن تأثیر می‌گذارد. افرادی که فناوری‌ها را طراحی و پیاده‌سازی می‌کنند، چندین فرض اخلاقی و اجتماعی را به نمایندگی از کاربران و جامعه به طور گسترده‌تر در نظر می‌گیرند؛ اما ابزارهای بسیار کمی برای بررسی آینده‌نگر وجود دارد، مبنی بر اینکه آیا چنین فرضیاتی ضروری است و مردم چه ارزیابی و تعریفی از مطلوبیت نوآوری‌های بهداشتی دارند (۲۰).

- تنش‌های اخلاقی بخشی اجتناب‌ناپذیر از فناوری کاربردی است. عدم اطمینان اخلاقی هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد درباره‌ی اینکه کدام اصول اخلاقی اعمال می‌شود یا اینکه یک وضعیت واقعاً یک مشکل اخلاقی است یا نه، مردد است. تنش‌های اخلاقی شامل وقایعی است که در زندگی حرفه‌ای نگرانی‌های اخلاقی را برانگیزند و باعث عدم اطمینان پزشک و تردید در ارائه‌ی مداخله شوند (۱۳).

- بسیاری از محققان درباره‌ی تنش‌های اخلاقی در کاربردی‌های نگرانی کرده‌اند؛ این نگرانی‌ها با توجه به تنش‌های اخلاقی که دانشجویان مراقبت‌های بهداشتی با آن

اصل اتونومی یا خودمختاری فرد باید رعایت شود؛ یعنی هر زمان خواست، از ادامه‌ی دریافت مداخله انصراف دهد. توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیمار حین مداخله، تأمین آسایش و نافع بودن مداخلات برای بیمار مبتلا به دمانس و نیز توجه درمانی از نظر ارجاع به‌موقع از اهمیت خاصی برخوردار است» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸).

مفهوم هفتم. بسترسازی مناسب جهت بهره‌برداری از

فناوری

«تصمیم‌گیری در مورد فناوری‌های تازه و ورود آن به بسته‌ی خدمتی، با توجه به تعارض منافع، امری دشوار است. آنچه در مورد فناوری کاربردی از نظر بهره‌برداری سازمانی باید مورد توجه قرار گیرد، تبعات بالینی و اقتصادی این فناوری است» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۵). «فقدان بسته‌ی خدمتی توان‌بخشی، از جمله کاربردی برای سالمندان کشور از چالش‌های مهم مدیریتی، پایش و کنترل این فناوری محسوب می‌شود. از آنجایی که مداخله‌ی کاربردی در درمان بیماران مبتلا به دمانس همچنان ناشناخته است، این خدمت از سوی جامعه‌ی پزشکی، بیماران و مراقبین مطالبه نمی‌شود و هنوز بستر لازم جهت هماهنگی بین ذی‌نفعان این فناوری فراهم نشده است» (مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت تجزیه و تحلیل ابعاد اخلاقی و قانونی فناوری کاربردی در سالمندان مبتلا به دمانس، در این مطالعه سعی شد تا با انجام یک کار کیفی، چالش‌ها و نکات حائز اهمیت برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد برای ورود این فناوری به بسته‌ی خدمتی کشور مشخص شود. به‌طور کلی این چالش‌ها، شامل موارد زیر است:

- دوره‌ی سالمندی از دو بعد جسمی و روانی با مشکلات و بیماری‌هایی همراه است و نیاز به حمایت خانواده و جامعه از این گروه مشهود است. بیماران دچار دمانس مسائل اخلاقی

مهم دارد. در یک چارچوب اخلاقی کامل، ابزارهای ارزش‌گذاری و اصول اخلاقی مکمل، به‌صراحت در نظر گرفته می‌شود. اصول استاندارد اخلاق شامل سودمندی و کارایی و عدالت و همچنین ملاحظاتی نظیر هدف مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های فرصت و اولویت‌های جمعیت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است که باید در نظر گرفته شود.

بسیاری از فناوری‌های مورد استفاده، ممکن است علاوه بر مزایایی که برای بیمار ایجاد می‌کند، عوارضی را نیز در پی داشته باشد؛ لیکن فناوری کاربردی، با توجه به اینکه جزء مداخلات غیردارویی است و بر ابعاد روانی، اجتماعی، شناختی و حرکتی تمرکز دارد، در ارتقای سلامت و پیشگیری و توانمندسازی بیماران نقش دارد و در صورت عدم استفاده، باعث افت عملکرد شناختی و حرکتی بیماران خواهد شد.

با توجه به مشکلات ناشی از بیماری دمانس که هم برای بیمار و هم مراقب او وجود دارد، ارائه‌ی خدمات کاربردی با کیفیت بالا و تسهیل جهت اجرای درازمدت آن به نفع بیماران و به‌تبع آن، مراقبین آن‌ها خواهد بود. برآورد دقیق هزینه‌های مداخلات و تعیین تعرفه‌های مشخص نیز از جمله نکات مهم در اجرای مؤثر فناوری خواهد بود.

ناآگاهی سیستم بهداشتی از خدمات و مزایای این فناوری، ارجاع‌ندادن به‌موقع بیماران، مشکلات اقتصادی خانواده‌ها در تأمین هزینه‌ی موردنیاز این خدمت، فقدان پوشش بیمه‌ای آن و مشکلات ناشی از حمل‌ونقل سالمندان، از موانع مهم دسترسی سالمندان مبتلا به دمانس است که با بررسی ابعاد مختلف این فناوری، انتظار می‌رود که وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت، مقدمات پیاده‌سازی آن را در اقاص نقاط کشور فراهم کند و در بسته‌ی خدمت سالمندان قرار دهد.

روبه‌رو هستند و عدم تطابق بین آنچه به دانشجویان تدریس می‌شود و تنش‌های اخلاقی که آن‌ها در عمل تجربه می‌کنند، بیان شده است. معضلات اخلاقی هنگامی رخ می‌دهد که فرد با دو یا چند گزینه‌ی جایگزین مساوی که به‌طور متقابل با یکدیگر روبه‌رو هستند مواجه شود. آن‌ها غالباً مواردی از قبیل محدودیت منابع و سیستم‌ها، زمان نامناسب برای انجام مداخله‌ی درمانی یا ارتباط نامناسب با تیم درمان، خود بیمار یا اعضای خانواده‌ی وی را عنوان می‌کردند (۲۱).

- اصطلاحاتی نظیر «صلاحیت» و «عدم صلاحیت» در وضعیت حقوقی بیماران مبتلا به دمانس کاربردی ویژه دارد؛ دادگاه‌ها می‌توانند یک بیمار مبتلا به دمانس را در برخی زمینه‌ها فاقد صلاحیت اعلام کنند؛ به‌عنوان مثال در معاملات تجاری؛ اما در امور دیگر مثل تصمیم‌گیری در امور پزشکی چنین اختیاری ندارند. مفسران به‌طور فزاینده، اصطلاحات «ظرفیت» و «نا توانی» را برای تمایز وضعیت حقوقی از ارزیابی پزشک در محیط‌های بالینی ترجیح می‌دهند. نگرانی از استقلال افراد مبتلا به دمانس، به ارزیابی ظرفیت‌ها برای کارهای خاص (ارزیابی عملکردی) در خارج از زمینه‌ی قانونی نیاز دارد. داوری‌های قانونی درباره‌ی صلاحیت و ناسازگاری، باید منعکس‌کننده‌ی وضعیت روحی فرد مبتلا به زوال عقل و نه نیازها یا عدم تحمل دیگران باشد (۲۲).

- مسائل اخلاقی مرتبط با مراقبت از سالمندان، طیفی گسترده از موضوعات را پوشش می‌دهد که معمولاً در پس‌زمینه‌ی تحولات جمعیتی، اجتماعی-فرهنگی، فناوری و سیاسی توصیف می‌شود. این موضوعات اخلاقی جمعیت سالخورده، تخصیص منابع، عدالت بین نسلی و موضوعات مربوط به زندگی و مرگ (مانند اتانازی یا احیا) را دربرمی‌گیرد (۹).

چارچوب اخلاقی همراه با مشارکت همه‌ی ذی‌نفعان، در مشروعیت تصمیم‌گیری درباره‌ی مراقبت‌های بهداشتی نقشی

منابع

- 1- Mottlagh ME, Yazdani S, Taheri Tanjani P. Elderly health profile in Islamic Republic of Iran. Tehran: Foujhangraphic; 2014; p.7. [in Persian]
- 2- Kim S-Y, Yoo E-Y, Jung M-Y, Park S-H, Park J-H. A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of NeuroRehabilitation*. 2012; 31(2):107-15.
- 3- Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jonsson L, Thijssen M, et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *The British Journal of Medical*. 2008; 336(7636):134-8.
- 4- Khongboon P, Pongpanich S. Estimating Long-Term Care Costs among Thai Elderly: A Phichit Province Case Study. *Journal of Aging Research*. 2018; 11(1): 15-20.
- 5- Prince M, Guerchet M, Prina M. The global impact of dementia 2013-2050: *Alzheimer's Disease International*; 2013; 29(4): 22-31.
- 6- Döpp CM, Graff MJ, Rikkert MGO, Van Der Sanden MWN, Vernooij-Dassen MJ. Determinants for the effectiveness of implementing an occupational therapy intervention in routine dementia care. *Implementation Science*. 2013; 8(1):131.
- 7- Gray JML, Coker B, Halle A, Hartmann K, Nardella M. Importance of Primary Care Education in Occupational Therapy Curricula. *Journal of American Occupational Therapy*. 2018; 11(2): 1-14.
- 8- Nakamae T, Yotsumoto K, Tatsumi E, Hashimoto T. Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia: A pilot randomized controlled study. Hong Kong. *Journal of Occupational Therapy*. 2014; 24(1):13-9.
- 9- Mahoney DF, Purlilo RB, Webbe FM, et al. In-home monitoring of persons with dementia: Ethical guidelines for technology research and development. *Journal of Alzheimer's & Association*. 2007; 3(3):217-26.
- 10- Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, Levitt RJ, Erickson LJ, Rindress D. Bridging health technology assessment (HTA) and efficient health care decision making with multicriteria decision analysis (MCDA) applying the EVIDEM framework to medicines appraisal. *Journal of Medical Decision Making*. 2012; 32(2):376-88.
- 11- Sacchini D, Viridis A, Refolo P, Pennacchini M, de Paula IC. Health technology assessment (HTA): ethical aspects. *Medicine, Medicine, Health Care and Philosophy*. 2009; 12(4):453-7.
- 12- Kinsella E, Pitman A. Engaging Phronesis in Professional Practice and Education. Phronesis as professional knowledge: Practical wisdom in the professions. 2012; 16(7): 1-11.
- 13- Bushby K, Chan J, Druif S, Ho K, Kinsella EA. Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015; 78(4):212-21.
- 14- Kolehmainen N, Francis J, McKee L, Duncan EA. Beliefs about responsibilities, the aims of therapy and the structure of the therapy process: a qualitative study of caseload management issues in child health occupational therapy. *Child: Care, health and development*. Wiley Publishing. 2012; 38(1):108-16.
- 15- Speziale H, Carpenter D. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 16- 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.
- 17- DF P. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;

1993.

18- Larijani B. Health Care Professional and Ethical Issues. Iran: National Library and Archives of I.R;1383.[in Persian]

19- Hofmann BM. Why ethics should be part of health technology assessment. International Journal of technology assessment in health care. 2008; 24(4):423-9.

20- Lehoux P, Gauthier P, Williams-Jones B, et al. The examining the ethical and social issues of health technology design through the public appraisal of prospective scenarios: a study protocol describing a multimedia-based

deliberative method. Implementation Science. 2014; 9 (1):81.

21- 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.

22- Post SG, Whitehouse PJ. Fairhill guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: a clinical summary. Journal of the American Geriatrics Society. 1995; 43(12):1423-9.

Original Article

Health Technology Assessment of Occupational therapy in Elderly with Dementia from Ethical and Legal Aspects

Marjan Ghandi^{*1}, Reza Dehnavieh², Reza Goudarzi³, Mostafa Almasi Doughae⁴, Malahat Akbarfahimi⁵

¹ MSc of Health Technology Assessment, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

² Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Health Economics, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ Associate Professor, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* **Corresponding Author:** marjanghandi89@gmail.com

Abstract

Dementia is a major health problem due to the high costs of treatment, high prevalence in the elderly, severe consequences, and the imposition of physical and psychological stresses on families of the patients. Occupational therapy is one of the most important approaches among many technologies employed for helping the patient and reducing the burden of healthcare for patients. This applied study aimed to investigate the ethical and legal aspects of occupational therapy technology in the elderly with dementia using qualitative methods. The study population consisted of 12 specialists and practitioners in the field of dementia and elderly services in the country. Data collection was carried out by interviewing the expert subjects. The results of this study showed that beneficence/non-maleficence, autonomy/informed consent, maintaining dignity/respect for persons, concern for equality and justice in accessing services, legal support for technology use, need for the principle of discretion, and patient confidentiality, and proper technology utilization are seven major ethical and legal challenges in occupational therapy technology in the country. According to the results, lack of insurance coverage for occupational therapy technology and the lack of access to this service for the elderly are major barriers to its application and the Ministry of Health must provide the initiatives for its implementation across the country and place it in the elderly service package.

Keywords: Health technology assessment, Dementia, Occupational therapy

