

تدوین مبانی اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمات توان‌بخشی بر اساس یک پژوهش مروری روایی*

سعید فرقانی¹، ابراهیم صادقی‌دمنه²

مقاله مروری

چکیده

مقدمه: توان‌بخشی، یکی از مهم‌ترین ارکان مرتبط با سلامت جامعه به شمار می‌رود. اولین اقدام در تهیه یک چارچوب مطمئن برای اخلاق حرفه‌ای، در نظر گرفتن و شناسایی نیازها و حقوق افراد توانخواه بر اساس شواهد و مستندات علمی و استفاده از تجربیات کشورهای پیشرو می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی شواهد موجود در زمینه اخلاق حرفه‌ای در توان‌بخشی از طریق انجام یک تحقیق مروری روایی بود تا بتوان بر اساس آن، مبانی اخلاق حرفه‌ای در این خدمات را پیشنهاد نمود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مروری روایی مبتنی بر شواهد بود. کلیه مقالات فارسی و انگلیسی که طی ۱۰ سال گذشته منتشر شده و مسایل اخلاقی در ارتباط با ارائه خدمات توان‌بخشی را در حرفه‌های فیزیوتراپی، کاردرمانی و ارتوپدی فنی مد نظر قرار داده بود، مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus، PubMed، Web of Science و با استفاده از کلید واژه‌های Patient right، Professionalism، Justice، Autonomy، Human right، Bioethics، Ethics، Rehabilitation و Responsibility و مشتقات آن‌ها جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: در جستجوی اولیه، ۱۲۶۰ مقاله یافت شد که توسط دو نویسنده به صورت مستقل مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت، ۹۸ مقاله برای بررسی محتوا انتخاب گردید که از این تعداد، ۶۷ مقاله دارای متن کامل بود. با بررسی کامل متن مقالات، این تعداد به ۲۴ مقاله کاهش پیدا کرد. جهت دسته‌بندی، از اصول چهارگانه اخلاق زیستی در مکتب اصولگرایان استفاده شد.

نتیجه‌گیری: مجموعه مسؤولیت‌های حرفه‌ای برای افراد عهده‌دار خدمات توان‌بخشی که طی مطالعه حاضر جمع‌آوری گردید، شامل ۴ دسته‌بندی کلی «خودمختاری، سودرسانی، عدم ضرررسانی و عدالت» بود. ۱۰ عنوان مطرح شده در چارتر پزشکان نیز ارائه شد.

کلید واژه‌ها: توان‌بخشی، خودمختاری، سودرسانی، عدم ضرررسانی، عدالت، اخلاق زیستی، حرفه‌گرایی

ارجاع: فرقانی سعید، صادقی‌دمنه ابراهیم. تدوین مبانی اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمات توان‌بخشی بر اساس یک پژوهش مروری روایی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۳): ۱۸۸-۱۸۳

تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۰

کم‌توانی و عدم استقلال گیرندگان خدمات، حوزه توان‌بخشی را مملو از چالش‌های اخلاقی برای حفظ خودمختاری و تأمین منافع ساخته است؛ به گونه‌ای که برخی از مسایل اخلاقی به وجود آمده بین درمانگر و بیمار را می‌توان فقط مختص این حوزه دانست (۴). بنابراین، تدوین اخلاق حرفه‌ای مختص توان‌بخشی می‌تواند مجموعه‌ای از اصول و استانداردهای ارائه خدمات مطلوب توان‌بخشی را ارائه نماید و رفتار مطلوب (حرفه‌گرایی) افراد و گروه‌ها را مشخص کند (۵).

به نظر می‌رسد که اولین اقدام جهت تهیه یک چارچوب مطمئن برای اخلاق حرفه‌ای، در نظر گرفتن و شناسایی نیازها و حقوق افراد توانخواه بر اساس شواهد و مستندات علمی و استفاده از تجربیات کشورهای پیشرو می‌باشد. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی شواهد موجود در زمینه اخلاق حرفه‌ای از طریق یک مطالعه مروری روایی بود تا بتوان بر اساس آن، مبانی اخلاق حرفه‌ای در خدمات توان‌بخشی را پیشنهاد نمود.

مقدمه

توان‌بخشی، مجموعه خدماتی است که برای توانمندسازی و خودشکوفایی افراد دچار کم‌توانی انجام می‌گیرد. هدف نهایی از انجام اقدامات توان‌بخشی، حفظ و بهبود کیفیت زندگی، عزت نفس، استقلال عملکردی و ارتقای مشارکت اجتماعی افراد با توجه به جنبه‌های جسمی، روحی، اجتماعی و معنوی آن‌ها می‌باشد (۱).

خدمات توان‌بخشی نیز مانند تمام تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت افراد، متشکل از ابعاد اخلاقی است، اما مسایل اخلاقی این حوزه با مسایل مربوط به پزشکی و خدمات بیمارستانی تفاوت‌هایی دارد. ریشه این تفاوت‌ها به طور عمده در ارتباط با پیچیده‌تر بودن ساختارها و روابط بین طرف‌های مرتبط در ارائه خدمات توان‌بخشی می‌باشد (۲). به عنوان مثال، در این فرایند علاوه بر بیمار و درمانگر، خانواده، مراقبان و سایر اعضای تیم توان‌بخشی نیز وجود دارند (۳).

*با توجه به اهمیت تدوین مبانی اخلاق حرفه‌ای در حیطه توان‌بخشی، علی‌رغم عدم وجود مقالات اصیل از دو نویسنده این مقاله در حیطه مورد نظر، با نظر هیأت تحریریه دستنوشته زیر در قالب یک مرور روایی قابل انتشار تشخیص داده شد.

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات اختلالات اسکلتی و عضلانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: ebrahimsadeghi2000@yahoo.com

نویسنده مسؤول: ابراهیم صادقی‌دمنه

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مروری روایی مبتنی بر شواهد بود. معیارهای ورود به تحقیق شامل کلیه مقالات منتشر شده طی ۱۰ سال گذشته بود که مسایل اخلاقی در ارتباط با ارایه خدمات توانبخشی در حرفه‌هایی مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی و ارتوپدی فنی را مد نظر قرار داده بودند. مقالاتی که به زبان‌هایی غیر از فارسی و انگلیسی منتشر شده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شد. داده‌ها با استفاده از کلید واژه‌های «Human right, Physical medicine, Rehabilitation, Misconduct, Conflict of Interest, Moral, Patient right, Professionalism, Competence, Autonomy, Justice, Responsibility, Equity, Beneficence, Consent, Dissent and Dispute, Patient relationship, Advocacy, Ethics, Bioethics» و مشتقات آن در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, Scopus, Web of Science جمع‌آوری گردید.

پس از جستجوی اولیه بر اساس استراتژی جستجو، ۱۲۶۰ مقاله یافت شد که توسط دو نویسنده به صورت مستقل مورد بررسی قرار گرفت. در اولین مرحله بررسی، عنوان و چکیده مقالات به صورت مجزا مرور گردید و در صورت تطابق با معیارهای ورود، برای بررسی بیشتر در مرحله بعدی گزینش شد. نویسندگان در پایان مرحله بررسی اولیه، نتایج گزینش‌ها را با یکدیگر کنترل می‌کردند و در صورت وجود اختلاف نظر در نتایج، با بیان و بحث در مورد دلایل انتخاب یا عدم انتخاب یک مقاله، به توافق می‌رسیدند. پس از این مرحله، ۹۸ مقاله جهت بررسی محتوا از طریق مطالعه متن کامل مقاله انتخاب گردید. از این تعداد، متن کامل ۶۷ مقاله از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی قابل دانلود و دسترسی بود. بررسی کامل متن، این تعداد را به ۲۴ مقاله کاهش داد. متن تمامی این مقالات مطالعه شد تا مطالب مرتبط آن استخراج و یادداشت گردد.

با توجه به کثرت و حجم مطالب حاصل شده از مرحله اول بررسی، با جمعی از صاحب‌نظران حوزه اخلاق پزشکی و حرفه‌گرایی در علوم پزشکی مشورت شد تا نحوه دسته‌بندی و گزارش مطالب برای پیشنهاد یک دستورالعمل مشخص شود. در نتیجه، مقرر شد که جهت دسته‌بندی، از اصول چهارگانه اخلاق زیستی در مکتب اصولگرایان و ۱۰ عنوان مطرح شده در چارتر پزشکان استفاده شود (۶).

یافته‌ها

در این قسمت به اهم مسایل اخلاقی گزارش شده در مقالات اشاره می‌شود.

خودمختاری: به این معناست که بیمار باید تصمیم‌گیرنده نهایی مواردی باشد که زندگی‌اش را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نظر گرفتن چند اصل در ارایه خدمات توانبخشی، مبنای تصمیم‌گیری در مورد بیمار است. اول این که افراد مختار تلقی گردند و دوم این که افرادی که به نحوی از قدرت خودمختاری کمتری برخوردار هستند، حق داشتن قییم یا مراقب را داشته باشد (۷). متون مرتبط با اخلاق پزشکی تقریباً به صورت انحصاری بر مسایل مربوط به رابطه پزشک- بیمار متمرکز است؛ در حالی که در متون توانبخشی، نحوه ارتباط با اعضای خانواده و یا مراقبان بیمار نیز مد نظر قرار می‌گیرد تا بیمار (و یا قییم) بتواند بر اساس اطلاعات دریافت شده، بهترین تصمیم را در مورد سرنوشت خود اتخاذ کند (۳).

حق تصمیم‌گیری برای سرنوشت خود و آزادی ابراز عقیده در برخی از

بیماران که به لحاظ جسمی و یا ذهنی دچار ناتوانی شدید هستند، یکی دیگر از موضوعات چالش‌برانگیز در مقالات مرتبط با مسایل اخلاقی در توانبخشی می‌باشد (۸). در برخی از مقالات سعی شده است با استفاده از روش‌هایی، قابلیت تصمیم‌گیری برای سرنوشت در این بیماران تسهیل شود که از جمله این روش‌ها می‌توان به «چالش کشیدن پاسخ بیمار با پرسش، پیشنهاد گزینه‌های بیمار و حذف پاسخ بیمار و توجه به عکس‌العمل ناشی از آن» اشاره کرد (۹).

عدم زیان‌رسانی: این اصل تحمیل تعمدی ضرر را به دیگران ممنوع می‌سازد. انجام هر اقدامی که موجب آسیب رساندن به بیمار شود، جایز نیست. از جمله اقداماتی که در حوزه خدمات توانبخشی در این مقوله قرار می‌گیرد، می‌توان به مباحثی همچون بدرفتاری، آسیب زدن و بی‌توجهی و رها کردن بیمار اشاره نمود. اقداماتی که به بیمار آسیب می‌رساند، ممکن است دارای جنبه‌های مشخص و فیزیکی و یا دارای تأثیرات مخرب بر روح و روان شخص باشد (۱۰). نکته دیگری که در مبحث عدم زیان‌رسانی مورد توجه قرار گرفته است، ناشناخته بودن تأثیرات اقدامات جدید و پژوهشی بود. در طراحی مطالعاتی که از اثرات سوء آن‌ها اطمینان حاصل نشده است، باید کارآزمایی‌های بالینی ابتدا به صورت مقدماتی (پایلوت) بر روی تعداد محدودی از افراد بررسی گردد و در صورت عدم وجود آثار منفی، روی گروه‌های بزرگ‌تر نیز بررسی صورت گیرد (۱۱).

سودرسانی: به حداکثر رساندن منافع و به حداقل رساندن آسیب‌ها، یکی از ارکان اصلی سودمند بودن خدمات توانبخشی ارایه شده توسط متخصصان کارآزموده و باصلاحیت در این حوزه می‌باشد (۱۲).

عدالت: به نظر می‌رسد که توجه به مفهوم عدالت اجتماعی، زمینه مناسبی را برای توسعه خدمات توانبخشی در جوامع ایجاد کرده باشد (۱۳). در متون مرتبط با مسایل اخلاقی در حوزه توانبخشی مباحثی مانند تضاد فرهنگی، اختلاف طبقاتی، تبعیض نژاد و جنسیت مطرح شده است که در مقوله عدالت اجتماعی مورد بحث قرار می‌گیرند (۱۴). تحقیقات متعددی تأثیر زمینه‌های فرهنگی، قومی، مذهبی و جنسیت را بر بهره‌مندی از خدمات توانبخشی در سطح جوامع مد نظر قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که وجود برخی تفاوت‌ها همچون اختلاف زبان درمانگر و بیمار، می‌تواند تأثیرات مهمی بر میزان رضایت، اعتماد و پایبندی به درمان و خدمات توانبخشی داشته باشد (۱۳).

حفظ و ارتقای صلاحیت حرفه‌ای: این مقوله، از مهم‌ترین پیش‌نیازهای یک ارایه دهنده خدمات توانبخشی به شمار می‌رود. صلاحیت‌های حرفه‌ای شامل یادگیری دانش‌های پایه و کسب مهارت‌های لازم برای ارایه خدمات توانبخشی مفید و به‌روز ضروری به نظر می‌رسد. «تشخیص نادرست، عدم آمادگی و نداشتن تجربه» سه عامل اصلی بروز خطاهای کارشناسان توانبخشی است که با آموزش باید آن‌ها را به حداقل رساند (۱۵).

صداقت با بیمار: حفظ صداقت با بیمار ولو برای افشای خطا، یک اصل اساسی در مراقبت‌های سلامت می‌باشد. پوشش خطاها با ساخت اطلاعات جعلی و ثبت این موارد در پرونده بیمار یک تخلف محسوب می‌شود (۱۰).

رازداری: یکی از مسایل اخلاقی مهم که در حوزه توانبخشی مد نظر قرار می‌گیرد، ضرورت محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیماران است. ارایه دهندگان خدمات موظف هستند اطلاعات مربوط به مراجعان را در محل امنی بایگانی و حفاظت نمایند و در طی ارایه خدمات، به گونه‌ای عمل نکنند که موجب افشای اطلاعات بیماران برای افراد غیر مسؤول شود (۱۰).

مشکلی است که در بسیاری از مناطق دنیا وجود دارد (۲۶). «توان‌بخشی مبتنی بر جامعه»، الگوی موفق است که تأثیرات مثبت خود را در ارتقای میزان دسترسی به خدمات توان‌بخشی نشان داده است (۲۷). در این الگو باید توجه داشت که احترام به فرهنگ و آداب و رسوم قومی و محلی اهمیت بسیاری دارد (۲۸). تضادهای فرهنگی بین درمانگر و بیمار ممکن است مانعی در اجرای موفق برنامه باشد (۲۹).

توزیع عادلانه منابع: با توجه به محدودیت منابع مالی و انسانی و نیاز درصد بالایی از مردم به خدمات توان‌بخشی، مدیریت عادلانه و هزینه-اثربخش منابع از اهمیت زیادی برخوردار است. بودجه‌های محدود و ناپایدار معضلی است که آرایه خدمات توان‌بخشی در بسیاری از کشورها را با مشکل مواجه ساخته است. بسیاری از خدمات توان‌بخشی به دلیل عدم وجود منابع مالی تضمین شده و یا ناکافی بودن نیروی متخصص، در اختیار همه نیازمندان قرار نمی‌گیرد (۳۰).

حفظ اعتماد با مدیریت درست تضاد منافع: تلاقی مسایل مالی و توجه به سلامت بیمار، مملو از مسایل اخلاقی است که تحت عنوان «تضاد منافع» مورد بحث قرار می‌گیرد. متخصصان توان‌بخشی همواره باید در تصمیم‌گیری‌ها، اقدامات درمانی و پژوهشی و حتی ارتباطات با افراد ذی‌ربط در فرایند خدمات، منافع بیمار را بر منافع شخصی ترجیح دهند. تحقیقات زیادی تضاد منافع در توان‌بخشی را مد نظر قرار دادند که عمده آن‌ها در مورد مسایل آموزش و پژوهش بوده‌اند (۳۱). درمانگران اغلب در قضاوت در مورد محصولات مؤسسات و کارخانه‌هایی که برایشان درآمذایی ایجاد کرده‌اند، نظر مثبتی دارند (اگرچه ممکن است بیماران چنین نظرانی نداشته باشند) (۳۲). بنابراین، درمانگر مسؤول نباید با سازندگان آن محصول ارتباط مالی داشته باشد و اگر چنین ارتباطی وجود داشت، باید آن را ابراز نماید.

یکی از موارد رایج تضاد منافع در اقدامات بالینی، آرایه خدمات توسط افراد بدون صلاحیت علمی لازم مانند منشی و یا تکنسین و صدور صورت‌حساب با محاسبه هزینه‌های (غیر واقعی) درمانگر است (۱۰).

بحث

در پژوهش حاضر، زیربنایی که برای آرایه کدهای اخلاقی و مسؤولیت‌پذیری در حوزه توان‌بخشی در نظر گرفته شد، بهره‌گیری از نظریات مکتب اصول‌گرایان بود. بر طبق نظر اصول‌گرایان، چهار اصل اخلاقی وجود دارد که می‌تواند زیرساخت‌های منجر به یک فعل اخلاقی را تفسیر نماید. اصول چهارگانه اخلاق زیستی از دید اصول‌گرایان شامل «خودمختاری، سودرسانی، عدم زیان‌رسانی و عدالت» می‌باشد. در توان‌بخشی وقتی می‌توانیم به استقلال یک فرد دچار ناتوانی کمک کنیم که قادر باشیم حقوق او را در تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات تأمین کنیم و به ارزش‌ها و نگرش‌های وی احترام بگذاریم. یک فرد عهده‌دار توان‌بخشی فرد کم‌توان و توانخواه، به فراخور مسؤولیت‌های حرفه‌ای، ممکن است در محیط‌های مختلفی قرار گیرد و کارکردهای متفاوتی داشته باشد. از این فرد انتظار می‌رود که در هر محیط و با توجه به اصول چهارگانه زیستی، با در نظر گرفتن ارزش‌های دینی و عقاید توحیدی کار کند (۳۳). به طور مثال، خودمختاری بیمار تا جایی در اولویت قرار گیرد که در تعارض با الزامات دینی نباشد.

در تدوین مبانی اخلاقی آرایه خدمات توان‌بخشی باید تلاش شود که ظرفیت‌های لازم برای مشارکت افراد دارای ناتوانی، خانواده‌ها و نهادهای مرتبط با

حفظ رابطه مناسب با بیماران: بدرفتاری شامل انجام و یا کوتاهی در انجام اقداماتی است که نتیجه نهایی آن آسیب به فرد گیرنده خدمات است. مطالعات حوزه توان‌بخشی مصادیق زیادی از ارتکاب به بدرفتاری و خشونت علیه بیماران را بیان نموده‌اند که عمده آن‌ها مربوط به گروه‌های سنی غیر مستقل مانند کودکان و افراد سالمند می‌باشد (۲).

استفاده از دانش علمی: علوم توان‌بخشی مانند سایر دانش‌ها در مسیر پیشرفت و تحول روزمره قرار دارد. استانداردها، راهنماها، دانش جدید و تکنولوژی‌های مدرن باید برای ارتقای سلامتی بیماران به کار گرفته شود (۱۶). یکی از جنبه‌های فن‌آوری که به تازگی در مباحث توان‌بخشی مطرح شده است، استفاده از نیروی ماشینی و یا پردازش کامپیوتر برای افزایش قابلیت‌های بیماران است (۱۷).

انجام الزامات و مسؤولیت‌های حرفه‌ای: همکاری محترمانه با اعضای تیم توان‌بخشی، مشارکت در فرایندهای نظارتی و استانداردسازی خدمات، از جمله وظایف مهم آرایه دهندگان خدمات توان‌بخشی به شمار می‌رود. گاهی نیاز می‌شود که بیمار به متخصص دیگری ارجاع داده شود و در این زمان لازم است که درمانگر ارجاع دهنده به صورت مناسب با درمانگر دوم ارتباط داشته باشد و اطلاعات بیمار را به صورت کامل به وی منتقل نماید (۱۸).

بهبود کیفیت خدمات: ارباب رجوع باید ستون و محور آرایه خدمات توان‌بخشی باشد (۱۹). کیفیت خدمات آرایه شده اغلب با استفاده از ارزیابی رضایتمندی بیماران سنجیده می‌شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که رضایت بیماران تحت تأثیر عواملی همچون انتظارات، تجربیات قبلی، پاسخگو بودن، برخورد درمانگر، تعداد جلسات آرایه خدمات، خودمختاری در انتخاب درمانگر در و توجه به خواسته‌های بیمار تغییر می‌کند (۲۰). تأمین رضایت بیمار می‌تواند منجر به پایبندی بیمار به برنامه توان‌بخشی و در نتیجه، افزایش بهبودی و کاهش هزینه‌های تحمیل شده به نظام سلامت شود (۲۱).

فرهنگ و فضای سازمانی آرایه دهندگان خدمات، تأثیر بسیاری در کیفیت خدمات دارد. بهترین رویکرد توصیه شده در آرایه خدمات توان‌بخشی، مبتنی بر محوریت ارباب رجوع است (۱۹). نکته اساسی در رویکرد ارباب رجوع محور، اختصاص وقت کافی برای صحبت کردن و توجه به صحبت‌های بیمار می‌باشد. بیماران به طور طبیعی آرزومند دریافت خدمات در محیطی محترمانه و دوستانه هستند (۲۲). نتایج مطالعات نشان داده است که آموزش و ارتقای مهارت صحبت کردن با بیمار در کنار گوش دادن به صحبت بیمار و حوصله به خرج دادن در آرایه توضیح به بیمار، موجب افزایش رضایت وی از خدمات توان‌بخشی می‌شود (۲۳).

طولانی شدن صف و انتظار دریافت خدمات توان‌بخشی، از جمله عواملی است که تأثیر آن بر کیفیت خدمات گزارش شده است. بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌ها، تعداد زیاد ارباب رجوع باعث تمایل درمانگر به کاهش تعداد و زمان جلسات توان‌بخشی می‌شود (۲۴). همچنین، بیماران که در صف طولانی انتظار معطل می‌شوند، اظهار می‌نمایند که برخورد محترمانه‌ای با آن‌ها صورت نگرفته است و این مسأله می‌تواند کاهش اعتماد بیماران را به دنبال داشته باشد و در نهایت، منجر به کاهش مشارکت آن‌ها در برنامه‌های توان‌بخشی و بهبودی شود (۲۵).

بهبود دسترسی به خدمات: دسترسی ناعادلانه به خدمات توان‌بخشی،

نقش نویسندگان

سعید فرقانی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، جذب منابع مالی برای انجام مطالعه، خدمات پشتیبانی و اجرایی و علمی مطالعه، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر نتایج، خدمات تخصصی آمار، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، ابراهیم صادقی دمنه، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، جذب منابع مالی برای انجام مطالعه، خدمات پشتیبانی و اجرایی و علمی مطالعه، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر نتایج، خدمات تخصصی آمار، تنظیم دست‌نوشته، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته از نظر مفاهیم علمی، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله، مسؤلیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران را بر عهده داشتند.

منابع مالی

مطالعه حاضر بر اساس مرور نظام‌مند مقالات انجام گرفت و با کد ۲۹۵۲۷۱ و کد اخلاق IR.MUI.REC.1395.2.271 و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تنظیم گردید. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و گزارش آن‌ها، تنظیم دست‌نوشته و تأیید نهایی مقاله برای انتشار اعمال نظر نداشته است.

تعارض منافع

نویسندگان دارای تعارض منافع نمی‌باشند. دکتر سعید فرقانی بودجه انجام مطالعات پایه مرتبط با این پژوهش را از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جذب نمود و به عنوان دانشیار ارتوپدی فنی در این دانشگاه مشغول به فعالیت می‌باشد. دکتر ابراهیم صادقی دمنه نیز به عنوان دانشیار ارتوپدی فنی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مشغول به فعالیت است.

توان‌بخشی اعم از دولتی، خصوصی و یا مردم نهاد در نظر گرفته شود تا بتواند مبنای ابزار کارآمدی برای جلوگیری و رفع مسایل اخلاقی در عرصه خدمات توان‌بخشی باشد. با این وجود، مطالعه حاضر تنها مقدمه‌ای جهت ایجاد یک حرکت ادامه‌دار برای پوشش فوری خلأهای موجود بود که می‌تواند با تحقیقات آینده و بازخوردهای کارشناسان و خبرگان تکمیل‌تر شود و زمینه‌ای را برای تدوین شیوه‌نامه جامع (کدهای اخلاق حرفه‌ای) در ارایه خدمات توان‌بخشی فراهم سازد.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دسترسی دشوار به متن کامل برخی مقالات اشاره کرد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد مطالعات میدانی بیشتری در خصوص وضعیت اخلاق حرفه‌ای در حوزه توان‌بخشی در کشور ایران انجام شود تا بتوان بر اساس آن، مبانی اخلاق حرفه‌ای بومی در این خدمات را پیشنهاد نمود.

نتیجه‌گیری

مجموعه مسؤلیت‌های حرفه‌ای برای افراد عهده‌دار خدمات توان‌بخشی که طی تحقیق مروری حاضر جمع‌آوری شد، شامل چهار دسته‌بندی کلی «خودمختاری، سودرسانی، عدم ضرررسانی و عدالت» و ۱۰ عنوان مطرح شده در چارتر پزشکان می‌باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بر اساس مرور نظام‌مند مقالات صورت گرفت و برگرفته از طرح پژوهشی با شماره ۲۹۵۲۷۱، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از مرکز تحقیقات اختلالات اسکلتی-عضلانی و معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Sohlberg MM, Mateer CA. Introduction to cognitive rehabilitation: Theory and practice. New York, NY: Guilford Press; 1989.
2. Mazlina M, Julia PE. Attitudes of rehabilitation medicine doctors toward medical ethics in Malaysia. Singapore Med J 2011; 52(6): 421-7.
3. Brashler R. Ethics, family caregivers, and stroke. Top Stroke Rehabil 2006; 13(4): 11-7.
4. Green M, Carter B, Lasky A. Difficult discharge in pediatric rehabilitation medicine causing moral distress. J Soc Work Disabil Rehabil 2016; 15(1): 42-51.
5. Ahadi T, Mianehsaz E, Raissi G, Moraveji SA, Sharifi V. Professionalism in residents of physical medicine and rehabilitation in Iran. J Med Ethics Hist Med 2015; 8: 3.
6. Medical professionalism in the new millenium: A physician charter. J Am Coll Surg 2003; 196(1): 115-8.
7. Saadah MA, Saadah LM. Autonomy and rehabilitation. Neurosciences (Riyadh) 2004; 9(2): 84-90.
8. Mauk KL. Ethical perspectives on self-neglect among older adults. Rehabil Nurs 2011; 36(2): 60-5.
9. Karlsson K. Handling dilemmas of self-determination in 'user-centred' rehabilitation. Disabil Rehabil 2007; 29(3): 245-53.
10. Scheirton LS, Mu K, Lohman H, Cochran TM. Error and patient safety: ethical analysis of cases in occupational and physical therapy practice. Med Health Care Philos 2007; 10(3): 301-11.
11. Zaina F, Donzelli S, French MN, Fregni F. Ethics in rehabilitation: challenges and opportunities to promote research. Eur J Phys Rehabil Med 2016; 52(3): 267-70.
12. Forghany S, Sadeghi-Demneh E, Trinler U, Onmanee P, Dillon MP, Baker R. The influence of staff training and education on prosthetic and orthotic service quality: A scoping review. Prosthet Orthot Int 2018; 42(3): 258-64.
13. Alston RJ, Harley DA, Middleton R. The role of rehabilitation in achieving social justice for minorities with disabilities.

- J Vocat Rehabil 2006; 24(3): 129-36.
14. Lequerica A, Krch D. Issues of cultural diversity in acquired brain injury (ABI) rehabilitation. *NeuroRehabilitation* 2014; 34(4): 645-53.
 15. Mu K, Lohman H, Scheirton L. Occupational therapy practice errors in physical rehabilitation and geriatrics settings: a national survey study. *Am J Occup Ther* 2006; 60(3): 288-97.
 16. Sadeghi-Demneh E, Forghany S, Onmanee P, Trinler U, Dillon MP, Baker R. The influence of standards and clinical guidelines on prosthetic and orthotic service quality: A scoping review. *Disabil Rehabil* 2018; 40(20): 2458-65.
 17. Mikołajewska E, Mikołajewski D. Ethical considerations in the use of brain-computer interfaces. *Central European Journal of Medicine* 2013; 8(6): 720-4.
 18. Savage TA, Parson J, Zollman F, Kirschner KL. Rehabilitation team disagreement: Guidelines for resolution. *PM R* 2009; 1(12): 1091-7.
 19. Hunt MR, Ells C. A patient-centered care ethics analysis model for rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 2013; 92(9): 818-27.
 20. O'Callaghan A, McAllister L, Wilson L. Healthcare consumers' need for brain-injury services: The critical importance of timing in planning future services. *Brain Impairment* 2012; 13(3): 316-32.
 21. Farin E, Gramm L, Schmidt E. The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *J Behav Med* 2013; 36(3): 246-58.
 22. Oliveira VC, Ferreira ML, Pinto RZ, Filho RF, Refshauge K, Ferreira PH. Effectiveness of training clinicians' communication skills on patients' clinical outcomes: A systematic review. *J Manipulative Physiol Ther* 2015; 38(8): 601-16.
 23. Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Patients value patient-therapist interactions more than the amount or content of therapy during inpatient rehabilitation: A qualitative study. *J Physiother* 2012; 58(4): 261-8.
 24. Carrier A, Levasseur M, Mullins G. Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical, and clinical analysis. *Occup Ther Health Care* 2010; 24(4): 360-76.
 25. Medina-Mirapeix F, Oliveira-Sousa SL, Sobral-Ferreira M, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, Escolar-Reina P. What elements of the informational, management, and relational continuity are associated with patient satisfaction with rehabilitation care and global rating change? *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94(11): 2248-54.
 26. Yousafzai AK, Lynch P, Gladstone M. Moving beyond prevalence studies: screening and interventions for children with disabilities in low-income and middle-income countries. *Arch Dis Child* 2014; 99(9): 840-8.
 27. Fellin M, Desmarais C, Lindsay S. An examination of clinicians' experiences of collaborative culturally competent service delivery to immigrant families raising a child with a physical disability. *Disabil Rehabil* 2015; 37(21): 1961-9.
 28. Nguyen T, Baptiste S. Innovative practice: exploring acculturation theory to advance rehabilitation from pediatric to adult "cultures" of care. *Disabil Rehabil* 2015; 37(5): 456-63.
 29. Chiappedi M, Maltagliati S, Amoruso A, Dolci R, Carniglia C, Bejor M. Child rehabilitation refusal: why it happens and possible strategies to avoid it. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45(4): 487-92.
 30. Collins TL. The therapy threshold within the Medicare prospective payment system: Associated ethical dilemmas and influence of therapy practice patterns and quality of patient care. *Home Healthc Nurse* 2006; 24(9): 581-9.
 31. Stein J. Ethical issues in inpatient rehabilitation length of stay determination. *Top Stroke Rehabil* 2012; 19(1): 86-92.
 32. Weber LJ, Wayland MT, Holton B. Health care professionals and industry: reducing conflicts of interest and established best practices. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82(12 Suppl 2): S20-S24.
 33. Sadeghi-Demneh E, Forghany S. Rehabilitation services in general health policies in Iran. *J Res Rehabil Sci* 2017; 13(6): 357-60. [In Persian].

Formulating the Code of Professional Responsibilities in Providing Rehabilitation Services based on a Narrative Review Study

Saeed Forghany¹ , Ebrahim Sadeghi-Demneh¹ 

Review Article

Abstract

Introduction: Rehabilitation is one of the most important components of health, and includes a set of services to empower people with disability. The first step in providing a secure framework for professional ethics, is identifying the needs and rights of persons with disabilities based on the evidence and scientific documentation, and also the use of experiences from developed countries. Therefore, the aim of this study was to examine the available evidence of professional ethics through a narrative systematic review study designed to provide the basis for professional ethics in Iranian rehabilitation services.

Materials and Methods: This was a narrative systematic evidence-based review study. All Persian and English articles published in the past 10 years with the main focus of ethical issues related to the provision of rehabilitation services in physiotherapy, occupational therapy, and orthotics and prosthetics were considered. A structured search of the peer-reviewed literature catalogued in major electronic databases (Scopus, PubMed, and Web of Science) was conducted using the following words and their derivatives (Rehabilitation, Human right, Patient right, Professionalism, Justice, Autonomy, Responsibility, Ethics, Bioethics).

Results: The initial search by two reviewers yielded 1260 papers. Following review of title and abstract, 98 articles were considered relevant. 67 articles had full text. Full text review reduced this number to 24. To categorize the articles, four principles of biomedical ethics in principlism method.

Conclusion: A set of professional responsibilities for the rehabilitation services were categorized in four principles of respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, and also 10 titles outlined in the charter of physicians.

Keywords: Rehabilitation, Respect for autonomy, Beneficence, Non-maleficence, Justice, Medical ethics, Professionalism

Citation: Forghany S, Sadeghi-Demneh E. **Formulating the Code of Professional Responsibilities in Providing Rehabilitation Services based on a Narrative Review Study.** J Res Rehabil Sci 2018; 14(3): 183-8.

Received: 10.06.2018

Accepted: 16.07.2018

Published: 06.08.2018

1- Associate Professor, Musculoskeletal Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Ebrahim Sadeghi-Demneh, Email: ebrahimsadeghi2000@yahoo.com