ملاحظه‌های اخلاقی تعامل با سالمندان، به ویژه مبتلایان به آلزایمر

محمد خان‌احمدی*[1]، دکتر داریوش فرهود[2و3]، دکتر مریم مالمیر[4]

1. گروه روانشناسی، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی

2. دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

3. عضو پیوستهٔ فرهنگستان علوم پزشکی ایران

4. گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

چکیده

زمینه: سالمندی بخش مهمی از زندگی است و امروزه جوامع با افزایش بیش از پیش سالمندان مواجه‌اند. با توجه به مشکلات ویژه‌ای که فقط در این دوره بروز می‌کنند، توجه پزشکی، روانشناختی و اخلاقی به این گروه سنی، ضروری است. کوشش‌های بسیاری برای بهبود سطح کمی و کیفی زندگی سالمندان در جامعه صورت می‌گیرد. از مهم‌ترین مواردی که در بهبود زندگی سالمندان مطرح است، رعایت برخی ملاحظه‌های اخلاقی در رابطه با آنهاست. همچنین، در کنار پیر شدن، بیماری‌های خاصی، مانند: آلزایمر، نیز ممکن است بروز کنند که زندگی را برای مبتلایان دشوارتر می‌سازد و لزوم توجه به این گروه را افزایش می‌دهند. از این رو، پژوهش حاضر بر آن است تا با بررسی منابع موجود ملاحظه‌های اخلاقی تعامل با سالمندان، به ویژه مبتلایان به آلزایمر را شناسایی کند.

نتیجه‌گیری: ملاحظه‌های اخلاقی تعامل با مبتلایان به آلزایمر در 3 مرحلهٔ بیماری؛ مرحلهٔ ابتدایی، میانی و پایانی و در سه بخش مراقبتی، درمانی و پژوهشی قابل بررسی هستند. چون بیماری آلزایمر پیشرونده است و توانایی‌های بیمار در هر مرحله کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد، از این رو، رعایت برخی ملاحظه‌های اخلاقی در هر مرحله ضرورت می‌یابد.

کلید واژگان: *اخلاق، سالمندی، آلزایمر*

سرآغاز

امروزه، به دلیل بالا رفتن امید به زندگی و کاهش میزان زاد و ولد در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، پدیده سالمندی[1] بیش از پیش مورد توجه است. براساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، در سال 2000، 600 میلیون سالمند در جهان وجود داشت که پیش‌بینی می‌شود در سال 2025 تعداد سالمندان به یک میلیارد و دویست میلیون نفر و در سال 2050 به دو میلیارد نفر برسد. بر این اساس، سالمندان سریع‌ترین نرخ رشد جمعیت را در بین گروه‌های مختلف سنی دارند. هم اکنون، حدود دو سوم جمعیت سالمند دنیا در کشورهای در حال توسعه، مانند ایران، زندگی می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال 2050 به 80 درصد برسد(1). براساس مستندات سازمان بهداشت جهانی، افراد بالای 60 سال و بالاتر به‌عنوان سالمند شناخته می‌شوند و کشورهایی که جمعیت سالمند آنها بالاتر از 7 درصد باشد جزو کشورهای دارای جمعیت سالخورده طبقه‌بندی می‌شوند (2 و3).

مطابق داده‌های حاصل از گزارش مرکز آمار ایران، جمعیت سالمند ایران 3/9 درصد در سال 1355 بوده است که با افزایش دو برابری به 7/3 درصد، در سال 1385، رسیده است(4). براساس گزارش سازمان ملل متحد، تعداد سالمندان ایرانی در سال 2050 میلادی به رقم 26 میلیون و 393 هزار نفر (26 درصد کل جمعیت) خواهد رسید که رقمی قابل توجه است (5). بنابراین، می‌توان گفت؛ پژوهش در حیطهٔ سالمندی پدیده‌ای

* نویسنده مسؤول: نشانی الکترونیکی: m.khanahmadi80@gmail.com

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1394.10.1.1.2]

نوظهور است و توجه به دوره سالمندی سابقه طولانی ندارد، حتی در کشورهای توسعه یافته نیز این دوره در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. در اوایل دهۀ 80 قرن بیستم، برای نخستین بار مصوبۀ مهمی دربارۀ سالمندی در سازمان ملل متحد به تصویب رسید. ده سال بعد این مصوبه تبدیل به اصول سازمان ملل متحد برای سالمندی شد. وقتی مجمع عمومی سازمان ملل این اصول را پذیرفت، دولت‌ها تشویق شدند تا این اصول را درصورت امکان به‌کار گیرند(6). در ایران، توجه به دوره سالمندی تنها محدود به ارزش‌ها و اصول سنتی می‌شود و حتی پایبندی به آن اصول نیز کمرنگ شده است. پژوهش‌ها نیز کمتر به این موضوع پرداخته‌اند و بنابراین، دانش ملی ما درباره سالمندان ایران محدود است.

دورۀ سالمندی ویژگی‌های خاص خود را دارد. ولی آنچه مهم‌ترین نگرانی سالمندان محسوب می‌شود و رابطۀ مستقیمی با افزایش سن دارد، بیماری آلزایمر[3] است. با توجه به این امر که؛ جمعیت سالمندان در جهان (به ویژه ایران) رو به افزایش است و با بالا رفتن سن، احتمال ابتلا به بیماری آلزایمر نیز افزایش می‌یابد، لزوم توجه به اصول اخلاقی در رابطه با این گروه سنی اهمیت چشمگیری پیدا می‌کند(7).

با توجه به اهمیت موضوع، رییس جمهور آمریکا در 4 ژانویه 2011 مصوبه پروژه ملی آلزایمر را در قانون جای داد تا اقدامی جدی جهت تشخیص، درمان، پیشگیری و مراقب از این بیماران صورت گیرد (8).

در ایران، برخلاف چنین فرهنگ غنی که احترام به سالمندان را توصیه می‌کند، امروزه اصول اخلاقی در رابطه با این گروه مورد توجه قرار نمی‌گیرد. همچنین در حیطۀ علمی، برخلاف انتظار، سالمندی و اصول اخلاقی مرتبط با آنها مورد توجه زیادی قرار نگرفته است و پژوهش‌های محدودی در این زمینه صورت گرفته است. از این رو، پژوهش حاضر بر آن است تا؛ با بررسی منابع موجود اصول اخلاقی تعامل با سالمندان، به ویژه بیماران آلزایمری را شناسایی کند.

ملاحظه‌های اخلاقی در رابطه با سالمندان

اصول اخلاقی سازمان ملل درباره سالمندان به پنج گروه عمده طبقه‌بندی شده‌اند. این اصول عبارتند از: خودمختاری[4]، مشارکت[5]، مراقبت[6]، خودسازی[7] و بزرگداشت[8] (9). این اصول در جدول 1 معرفی شده اند.

جدول 1: اصول سازمان ملل دربارۀ سالمندی

اصول	ملاحظه‌های اخلاقی
خودمختاری	دسترسی سالمندان به؛ خوراک، آب، سرپناه، پوشاک و مراقبت‌های بهداشتی کافی. این کار باید از طریق تأمین درآمد، حمایت خانواده و اجتماع و خودیاری صورت گیرد. سالمندان باید برای کار کردن یا دسترسی به دیگر فرصت‌های درآمدزا، فرصت لازم را در اختیار داشته باشند. سالمندان باید بتوانند در تعیین زمان و شیوۀ ترک کار، مشارکت داشته باشند. سالمندان باید به برنامه‌های مناسب کار آموزی و آموزشی دسترسی داشته باشند. مانند تمامی گروه‌های سنی سالمندان نیز باید بتوانند در فضاهایی کار کنند که ایمن بوده و با ترجیحات شخصی و تواناییهای در حال تغییر آنها سازگاری داشته باشد. سالمندان باید بتوانند تا هر زمانی که امکان داشته باشد در منزل اقامت داشته باشند.
مشارکت	سالمندان می‌بایست؛ به صورت ادغام شده در جامعه بمانند و به گونه‌ای فعال در تدوین و اجرای سیاست‌هایی که بهزیستی و راحتی آنان را به‌طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد، شرکت کنند و دانش و مهارت خود را در اختیار نسل‌های جوانتر قرار دهند. سالمندان باید بتوانند برای خدمت به اجتماع و خدمت داوطلبانه در موقعیت‌هایی متناسب با علایق و قابلیت‌های خود، فرصت‌هایی را جستجو کنند و توانمندی‌های خویش را در آن زمینه‌ها توسعه دهند. این گروه سنی نیز مانند هر گروه دیگر باید بتواند، جنبش‌ها یا انجمن‌هایی را برای سالمندان تشکیل دهد.
مراقبت	سالمندان باید بر اساس نظام ارزش‌های فرهنگی

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1394.10.1.1.2]

	جامعه از مراقبت و حمایت خانواده و اجتماع بهره‌مند شوند.
	سالمندان می‌بایست؛ برای کمک به خود در حفظ یا بازیابی سطح بهینه سلامت بدنی، ذهنی، عاطفی و پیشگیری یا به تأخیر انداختن شروع بیماری، به مراقبت‌های بهداشتی دسترسی داشته باشند.
	تمامی سالمندان باید برای افزایش استقلال شخصی و دریافت حمایت و مراقبت، به خدمات اجتماعی و حقوقی دسترسی داشته باشند.
	سالمندان باید بتوانند از سطوح مناسب مراقبت توسط مراکز حمایتی، توانبخشی و ایجاد انگیزش‌های اجتماعی و روانی در یک فضای انسانی و امن بهره گیرند.
	سالمندان باید بتوانند به هنگام اقامت در هر سرپناهی و با هر مکان مراقبت و درمانی، از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی شامل: احترام به منزلت، اعتقادات، نیازها و زندگی خصوصی و حق اتخاذ تصمیم در مورد مراقبت بهداشتی و کیفیت زندگی خود، برخوردار باشند.
خودسازی	سالمندان باید این امکان را داشته باشند که؛ در پی فرصت‌هایی برای توسعه کامل توانایی‌های بالقوه خود باشند.
	سالمندان باید به امکانات و منابع آموزشی، معنوی، فرهنگی و تفریحی جامعه دسترسی داشته باشند.
بزرگداشت	باید به سالمندان این امکان را داد که با سربلندی و امنیت زندگی کنند و از بهره‌کشی و سوءاستفاده بدنی یا ذهنی در امان باشند.
	بدون درنظر گرفتن سن، جنس، پیشینه نژادی و قومی، ناتوانی و یا دیگر شرایط، باید رفتار عادلانه‌ای با سالمندان داشت و جدا از وضعیت اقتصادی‌شان به آنها ارزش داده شود.

اصولی که توسط سازمان ملل در رابطه با سالمندان معرفی شده‌اند بسیار کلی هستند و تمامی سالمندان را، جدا از وضعیتی که دارند، در برمی‌گیرند. اما، در میان سالمندان گروه‌هایی با مشکلات ویژه حضور دارند که به کارگیری بعضی از این اصول برای آنها از اهمیت بیشتری برخوردار است و می‌بایست مورد تاکید قرار گیرند. یکی از این گروه‌ها مبتلایان به آلزایمر می‌باشند.

آلزایمر بیماری پیشرونده‌ای است که وابسته به سن است و با افزایش سن احتمال ابتلا به آن افزایش می‌یابد. این بیماری حدود 55 الی 70 درصد زوال عقل[9] را توجیه می‌کند و پنجمین عامل مرگ در افراد بالای 65 سال است (10). نشانگان شایع این بیماری عبارتند از: فراموشی، مشکل زبانی، تغییر خلق، اختلال در قضاوت، از دست دادن نوآوری. این بیماری در مراحل متوسط و عمیق مشکلات بسیاری برای بیمار فراهم می‌کند (11)، علاوه بر بیمار، خانواده وی نیز تحت تاثیر بیماری قرار می‌گیرند. تعاملات بیمار در سطح فردی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می‌گیرند و ملاحظه‌های اخلاقی ویژه‌ای را ایجاب می‌کند.

با توجه به این موارد، برخی اصول اخلاقی در رابطه با سالمندان مبتلا به آلزایمر نیازمند تاکید بیشتری هستند که در جدول 2 ارائه شده‌اند. البته، لازم به ذکر است که تاکید بر این موارد دلیلی بر نادیده گرفتن اصول مطرح شده توسط سازمان ملل نیست بلکه تکمیل کنندهٔ آن در جهت بهبود شرایط مبتلایان به آلزایمر است.

جدول 2: ملاحظه‌های اخلاقی در رابطه با مبتلایان به آلزایمر

ملاحظه‌های اخلاقی
بیماری آلزایمر یک بیماری پیشرونده است که تاثیر عمیقی بر فرد مبتلا و اعضای خانواده او می‌گذارد. از این جهت باید مورد توجه ویژه قرار گیرند.
فرد مبتلا به آلزایمر همچنان انسانی با ارزش و با منزلت است و مستحق برخورداری از احترام همچون سایر مردم است.
فرد مبتلا به محیط زندگی امن نیاز دارد و لازم است در برابر بهره‌کشی و سوء استفاده، از آنها محافظت شود.
افراد مبتلا به آلزایمر به اطلاعات به روز شده نیاز دارند تا از خدمات پزشکی، روانشناختی و خدمات رفاهی و بازپروری مناسب بهره گیرند.
هر کسی که فکر می‌کند زوال عقل دارد باید از سنجش‌های پزشکی جهت تشخیص دقیق بهره‌مند شود و در صورت ابتلا از خدمات مناسب بهره‌مند شود تا کیفیت زندگی او به بیشترین حد برسد.
افراد مبتلا باید تا حد امکان در تصمیماتی که زندگی و آینده آنها را تحت‌تاثیر قرار می‌دهند شرکت داده شوند.
نیازهای خانواده فرد مبتلا به آلزایمر باید مورد سنجش قرار گیرد و باید در مراقبت از فرد مبتلا نقش عمده ای به آنها داده شود.
منابع حمایتی کافی باید موجود باشد تا جهت حمایت از فرد مبتلا و

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1394.10.1.1.2]

خانواده او به کار گرفته شوند.

درک تجربه زندگی با آلزایمر، به‌ویژه از نگاه فردی که خود مبتلاست یا خانوادهٔ وی، جهت ارائه حمایت‌های موثر، اساسی است. اطلاعات، آموزش و تعلیم درباره زوال عقل، اثرات آن و چگونگی مراقبت بایستی در دسترس افرادی که درگیر کمک رسانی به بیمار هستند، قرار گیرد.

ملاحظه‌های اخلاقی در تعامل با بیماران آلزایمری

اخلاق[10] در لغت جمع واژهٔ خلق و به معنای خوی‌هاست (12) . اخلاق جنبهٔ اختصاصی برای هر بیماری و شرایط خاص آن ندارد. اخلاق موضوعی فراگیر است که تمام ابعاد زندگی را در برمی‌گیرد. اما اعتقاد بر این است که؛ در موارد خاص نقش اخلاق برجسته‌تر می‌شود. رعایت اخلاق در هر شرایطی و در هر تعاملی لازم است ولی، در برخی شرایط، عدم رعایت آن، اثرات ناگواری بر جای می‌گذارد. یکی از این شرایط که رعایت اخلاق در آن بسیار مورد تاکید قرار می‌گیرد، تعامل با سالمندان مبتلا به آلزایمر است.

فعالیت‌های بالینی و تحقیقاتی دربارهٔ بیماران آلزایمری و خانواده آنها، با تعداد زیادی از مسائل پیچیده اخلاقی مواجه است (13).

برخی از رویکردها بر این باورند که؛ بررسی خوب یا بد بودن یک موضوع، امری وابسته به فرهنگ است، ولی عده‌ای دیگر معتقدند: اخلاق موضوعی جهانی است و باید مبتنی بر استانداردهای خاصی در این رابطه عمل کرد. فعالیت‌های بالینی و کارهای پژوهشی در مبتلایان به زوال عقل به‌طور کل و بیماران آلزایمری به‌طور ویژه، به خاطر طبیعت بیماریشان، چالش‌زا است. یکی از محورهای اصلی اخلاقی بودن فعالیت‌ها، توجه به خودمختاری منطقی فرد در تعاملات است. ولی زوال عقل مانع منطقی بودن و خودمختاری فرد می‌شود و حتی کیفیت زندگی فرد را نیز با خطر مواجه می‌کند(14).

باید به خاطر داشت که مسائل اخلاقی رابطهٔ نزدیکی با قانون دارند. البته، باید آگاه بود که قانون را نمی‌توان به جای مسائل اخلاقی به‌کار گرفت.

ملاحظه‌های اخلاقی در مراحل اولیه بیماری

قبل از پرداختن به مسائل اخلاقی مرتبط با افراد دارای تشخیص زوال عقل، باید افراد در خطر ابتلا به این بیماری چالش برانگیز را شناسایی کرد. همچنانکه سن بالا می‌رود، بسیاری از افراد تغییراتی را در توانایی‌های هوشی خود احساس می‌کنند. این کاهش توانایی هوشی در بیشتر موارد آسیب‌شناختی خفیف نامیده می‌شود. این اصطلاح نخستین بار برای فراموشی حاصل از پیری به کار گرفته شد. آسیب‌شناختی خفیف اصطلاحی است که در سال‌های اخیر زیاد به‌کار برده می‌شود و می‌بایست از بیماری آلزایمر متمایز گردد.

برخی ملاحظه‌های اخلاقی مطرح شده در ارتباط با افراد مبتلا به آسیب شناختی خفیف هستند. البته، باید به خاطر داشت که بسیاری از افراد مبتلا به آسیب‌شناختی خفیف در آینده به زوال عقل مبتلا می‌شوند ولی هنوز زوال عقل ندارند. بنابراین، در رابطه با آنها مسائل زیر مطرح است:

آیا باید درمان نشانه ها را برای بهبود وضعیت فرد مبتلا به آسیب شناختی خفیف شروع کرد؟ چگونه می‌توان معایب و مزایای درمان طولانی مدت را جهت جلوگیری از بروز آلزایمر سنجید؟ آیا راه‌های درمانی اتخاذ شده موثر است و یا فرصت‌های درمانی مؤثرتر را از فرد گرفته‌اند؟

یکی دیگر از مسائل اخلاقی مرتبط با این دوره بدین شرح است: افرادی که در خانواده خود سابقهٔ جهش ژنتیکی روی کروموزم‌های 1، 14 و 21 دارند، احتمال بیشتری دارد که آزمایش‌های ژنتیکی که پیش نشانه‌های بیماری را شناسایی می‌کنند، به آنها پیشنهاد شود. چراکه، این گروه بیشتر در معرض خطر هستند. بنابراین، نکته اخلاقی آن این است که؛ چطور می‌توان اطلاعات با ارزش و مفید به فرد داد. چون درصورت برداشت غلط، احتمال آسیب روانشناختی و حتی خودکشی برای

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1394.10.1.1.2]

فرد وجود دارد. از سویی دیگر، آیا این اطلاعات باید در دسترس دیگران قرار گیرد؟ برای نمونه، آیا شرکت‌های بیمه باید دربارۀ این موضوع آگاه شوند؟ در این صورت احتمال بیمه کردن آنها تا چه حد کاهش می‌یابد؟

چالش اخلاقی دیگری که مطرح است، گذاشتن تشخیص «بیمار آلزایمری» روی فرد است. این مسأله در بین متخصصین بسیار مورد بحث است و در کشورها و فرهنگ‌های مختلف روند متفاوتی دارد. برای نمونه: در آمریکا و شمال اروپا به بیمار این حق را می‌دهند که دربارۀ بیماریش بداند ولی در جنوب اروپا، به خانواده بیمار راجع به بیماری توضیح می‌دهند و سعی می‌کنند بیمار از این موضوع مطلع نشود. آنچه از نظر اخلاقی در این باره مهم است این است که؛ چه کلماتی برای مطرح کردن موضوع با بیمار یا خانواده او به‌کار گرفته شده است. چون ممکن است بین منظور پزشک و درک بیمار از موضوع تفاوت وجود داشته باشد و آسیب هایی برای بیمار در پی داشته باشد(15).

در مرحلۀ اولیۀ بیماری، فرد امکان انتخاب شیوه مراقبت و نوع درمان را دارد. بنابراین، باید به خودمختاری فرد احترام گذاشته شود و دربارۀ شیوه‌های مراقبتی و درمانی اتخاذ شده با او مشورت شود و امکان انتخاب شیوۀ درمان برای فرد محفوظ باشد. همچنین، در انتخاب فردی که به عنوان مراقب برای او انتخاب می‌شود نیز باید خود فرد تصمیم نهایی را اتخاذ کند.

ملاحظه‌های اخلاقی در دوران میان مرحله ای بیماری آلزایمر

در دوران میان مرحله‌ای بیماری، ممکن است به بیمار فرصت شرکت در تحقیق داده شود. یکسری مسائل اخلاقی در این مورد وجود دارند. دمانس توانایی فرد را بری درک هدف و فرایند تحقیق و حتی تصمیم‌گیری شرکت یا عدم شرکت در تحقیق، تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. در حال حاضر گروه‌هایی در کشورهای مختلف در حال بررسی موضوع تحقیق دربارۀ بیماران دارای آسیب شناختی هستند. اینکه چه نوع تحقیقاتی مجاز است و چه نوع تحقیقاتی مجاز نیست مورد بحث است. رضایت آگاهانه[11] فرد جهت شرکت در تحقیق باید روند مناسبی داشته باشد و تحقیق تحت نظر کمیتۀ اخلاق[12] صورت گیرد.

نکته اخلاقی دیگر، شیوه و هدف انجام آزمایشات درمانی است. این امر مهم است که؛ یک آزمایش جهت منافع اجتماعی انجام می‌شود یا جهت منافع مالی سازمانی که محقق در آن فعالیت دارد؟ مساله دیگر دربارۀ مسائل اخلاقی آزمایشات بالینی، استفاده از دارونما[13] می‌باشد، چرا که، در فعالیت‌های تحقیقاتی، محقق ناچار است که برخی شیوه‌های درمانی استاندارد را مورد آزمون قرار دهد. برای نمونه: بیشتر مردم می‌دانند که دونپزیل یک داروی استاندارد برای آسیب شناختی در بیماری آلزایمر است. آیا فرد در مرحله ای است که از این دارو استفاده کند؟ آیا می‌توان از دارونما استفاده کرد؟ اینها مسائلی هستند که مورد مناقشه هستند.

در برخی پروژه‌های تحقیقاتی از فرد خواسته می‌شود که برای تحقیق بافت اهدا کند. برای نمونه: رایج است که برای تعیین ژنوتایپ از فرد نمونه خون می‌گیرند، به امید اینکه تعیین کنند؛ تفاوت‌های ژنتیکی افراد آلزایمری با افراد غیر آلزایمری چیست و آیا ژنوتایپ به هر شکل با پاسخگویی به دارو در رابطه است. سوال اخلاقی که در این زمینه وجود دارد این است که؛ این بافت اهدایی برای چه مدت قابل نگهداری است و می‌توان از آن برای تحلیل دیگر نشانه‌های بیماری استفاده کرد و چه کسانی به این اطلاعات دسترسی دارند.

علاوه بر مسائل اخلاقی پژوهش درباره بیماری آلزایمر، بیماران در مرحله متوسط بیماری نیاز به خدمات مراقبتی و درمانی بسیاری دارند بنابراین، در مراکز درمانی خصوصی ممکن است به استفادۀ افراطی از خدمات اقدام شود و در بعضی مراکز نیز بیماران از خدمات مناسب درمان بی بهره بمانند. از این رو، اخلاق حکم می‌کند که تمامی افراد به مساوات از امکانات و خدمات درمانی مناسب و بهینه بهره‌مند گردند.

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1394.10.1.1.2]

ملاحظه‌های اخلاقی در مرحلهٔ پایانی بیماری آلزایمر

همچنانکه بیماری پیشرفت می‌کند، بیماران ممکن است دیگر توانایی تصمیم گیری خود را به طور کامل از دست بدهند و در واقع قادر به تعامل با همسر و یا مراقب خود نیز نخواهند بود. آنها نیاز به تسهیلات مراقبتی بلندمدت شبانه روزی دارند. مسائل اخلاق گوناگونی نیز در این مرحله وجود دارد (15). وقتی بیماری از حالت شدید به عمیق می‌رسد، مهمترین نکته اخلاقی که بروز می‌کند این است که چه مداخلات درمانی در این مرحله موثرتر و مناسب‌تر هستند؟ آیا ما باید در صورت نیاز از لولهٔ غذا استفاده کنیم؟آیا آنتی بیوتیک‌ها فرایند بیماری را در این بیماران تغییر می‌دهند؟ چه اصول اخلاقی ای توسط مراقبان در این مرحله باید رعایت شود؟

موضوع دیگری که در این مرحله مطرح است اتانازی[14] یا خودکشی با کمک پزشک است. این موضوع نیز هنوز مورد بررسی و بحث است. هدف مراقبت از بیماران بیشتر افزایش کیفیت زندگی است تا افزایش طول عمر بیمار. جنبه‌های روحانی زندگی در این دوره اهمیت بیشتری می‌یابند. اخلاق زیستی سکولار[15]، در این جریان نمی‌تواند مفید باشد. چراکه، مسائل ارزشی، معنوی و مذهبی اهمیت می‌یابند(16). مراقبان نیز در این دوران باید در برخورد با سالمند مبتلا به آلزایمر صبر و شکیبایی بیشتری به خرج دهند و رفتاری محبت آمیز با آنها داشته باشند.

نتیجه‌گیری

به علت بالا رفتن امید به زندگی، سطح بهداشت، مراقبت‌های پزشکی و بالارفتن دانش مردم، امید به زندگی به شکل چشمگیری بالا رفته است. بنابراین، نسلی که قبل از این بخش کوچکی از جامعه را شکل می‌داد، امروزه جمعیت روز افزونی دارد. این نسل به دلیل کاهش توان فیزیولوژیک و برخی توانایی‌های مغزی نیازهای خاص خودش را دارد. این نسل نیز می‌بایست همچون دوران کودکی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد و مراقبت‌ها و درمان‌های خاص خود را دریافت کنند تا اینکه وضعیت زندگی این نسل از نظر کیفی و کمی افزایش یابد.

یکی از معیارهایی که در ورای سایر عوامل نقش مهمی برای سالمندان دارد، رعایت برخی ملاحظه‌های اخلاقی در تعامل با سالمندان است. رعایت این اصول اولین تاثیر خود را در نگرش نسل جوان نسبت به سالمندان می‌گذارد. حتی موجب از بین رفتن ترس از پیری در نسل بعدی خواهد شد.

رعایت اصول اخلاقی به‌طور کلی در تعامل با سالمندان مهم است ولی نقش آن در گروه‌های خاص سالمندان همچون مبتلایان به آلزایمر دوچندان است. این بیماران به‌طور تدریجی دچار مشکلات شناختی خواهند شد و مشکلات آنها روز به روز افزایش می‌یابد. این مشکلات رعایت یکسری اصول اخلاقی را در مراقبت از این گروه ضروری می‌سازد. این اصول اخلاقی در 3 مرحله بیماری؛ مرحلهٔ ابتدایی، میان مرحله‌ای و پایانی و در سه بخش؛ مراقبتی، درمانی و پژوهشی، قابل بررسی هستند.

ملاحظه‌های اخلاقی

در این پژوهش با معرفی منابع مورد استفاده، اصل اخلاقی امانت‌داری علمی رعایت و حق معنوی مؤلفین آثار محترم شمرده شده است.

واژه‌نامه

سالمندی	1. Aging
سازمان جهانی بهداشت	2. World Health Organization
بیماری آلزایمر	3. Alzheimer ‘s Disease
خودمختاری	4. Independence
مشارکت	5. Participation
مراقبت	6. Care
خودسازی	7. Self – Fulfillment
بزرگداشت	8. Dignity
زوال عقل	9. Dementia

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1394.10.1.1.2]

10. Ethics	اخلاق
11. Informed Consent	رضایت آگاهانه
12. Ethics Committee	کمیتهٔ اخلاق
13. Placebo	دارونما
14. Euthanasia	اتانازی
15. Secular Bioethics	اخلاق زیستی سکولار

منابع

1. World Health Organization (2008). 10 facts on ageing and the life course, Available at: http://www.who.int/topics/ageing/en/htm. Accessed: 12 Jun 2014.
2. Mirzaei M, Shams Qhfrkhy M. (2007). Demography of elderly in Iran in according 1335 to 1385 census. Iranian Journal of Ageing; 2 (5): 326-331. (In Persian)
3. Mahdavi SG. (2000). Sociological analysis of aging with emphasis on social welfare services for elderly of Iran. Tehran: Group of Charitable Women.
4. Statistical Centre of Iran (SCI) (2007). Statistical year book of Iran. Tehran: Publication of Statistical Centre. (In Persian).
5. Amirsadri A, Soleimani H. (2005). Study of aging and its consequences in Iran. Journal of Health; 1(2): 19-35. (In Persian).
6. Khanahmadi M, Farhud DD, Malmir M. (2014). The role of genetic in Alzheimer's disease. Iranian Journal of Public Health .In press. (In Persian).
7. Overbury Olga, Wittlich Walter, Spadafora Pat (2005). United Nations' principles for older persons viewed through the eyes of visually impaired seniors. International Congress Series; 1282: 428-432.
8. Department of Health and Human Services (2013). National Plan to address Alzheimer's disease: Available at: http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/NatlPlan2013.shtml. Accessed: 18 Jun 2014.
9. Ibrahimi M. (2013). Principles of United Nations for aging. Available at: http://www.pajoohe.com/fa/index.php?Page=definition&UID=44223. Accessed: 18 Jun 2014. (In Persian).
10. Mebane – Sims I. (2009). Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia; 5 (3): 234 – 270.
11. Dartigues JF. (2009). Alzheimer's disease: A global challenge for the 21st century. Lancet Neurology; 8 (12): 1082 – 1083.
12. Farhud DD. (2012). Ten health medical ethics code in respect of physicians, patient dignity, and public health. Ethics in Science & Technology; 7(1): 1-6. (In Persian).
13. Ripich DN, Petrill SA, Whitehouse PJ, Ziol EW. (1994). Gender differences in language in AD patients: a longitudinal study. Neurology; 45(2): 299-302.
14. Whitehouse PJ, Deal WE. (1995). Situated beyond modernity: lessons for Alzheimer's disease research. Journal of American Geriatric Society; 43(11): 1314-1315.
15. Post SG, Whitehouse PJ. (1995). Fairhill guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: A clinical summary. Journal of American Geriatric Society; 43(12): 1423-1429.
16. Berghmans RLP. (1999). Ethics of end life decisions in cases of dementia: views of the royal dutch medical association with some critical comments. Alzheimer's disease Association Disorder; 13(2): 91-95.

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1394.10.1.1.2]