

منشور حقوق بیماران و راه کارهای ارتقای آن در ایران

سودابه جولایی^۱

چکیده

توجه به «حقوق بیمار» در رشته‌های گروه پزشکی، سابقه دیرینه‌ای دارد. تداوم توجه به این پدیده، در متون و تحقیقات علوم پزشکی خصوصاً در طی چند دهه اخیر گسترش بیش‌تری یافته و مباحث زیادی را در مورد مراقبت‌های بهداشتی به خود اختصاص داده است. علی‌رغم این که در کشور ایران با فرهنگ غنی و ادبیات مملو از پیام‌های انسانی، در کنار آموزه‌های اخلاقی اسلام، بستر توجه به حقوق انسان به‌طور عام، و حقوق بیمار به‌طور خاص فراهم بوده و تلاش‌های زیادی نیز در این سال‌ها در زمینه توجه به موضوعات اخلاق حرفه‌ای در علوم پزشکی صورت گرفته، هنوز برآیند چشم‌گیری در زمینه ارتقای حقوق بیماران حاصل نشده است. هرچند که در سال‌های اخیر، تدوین و تصویب «منشور حقوق بیماران» توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چشم‌انداز امیدبخشی را در این زمینه ترسیم نموده است. البته لازم به ذکر است که منشور حقوق بیماران ایران ترجمه و برداشتی از منشورهای رایج دنیاست که اگر چه توسط گروهی از مسئولین که به نوعی دغدغه حقوق بیمار را در ذهن داشته‌اند تدوین شده است، اما از مهم‌ترین کاستی‌های آن در نظر نگرفتن دیدگاه خود افراد و گروه‌های درگیر (از جمله بیماران، پرستاران، پزشکان و...) در تدوین آن می‌باشد. به علاوه، بررسی اجمالی بندهای این بیانیه به وضوح مشخص می‌کند که رعایت برخی از آن‌ها مستلزم پیش‌زمینه‌هایی است که ممکن است در بستر اجتماعی-اقتصادی جامعه ما فراهم نباشد. هم‌چنین در چارچوب آموزه‌های فرهنگی ما، مواردی هست که این منشور پاسخی برای آن‌ها ندارد. در این مقاله

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسؤول) Email: medlaw2008@yahoo.com

به تحلیل منشور حقوق بیماران ایران در شرایط حاکم بر سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی پرداخته شده و راه کارهایی نیز برای ارتقاء حقوق بیماران در ایران ارائه گردیده است.

واژگان کلیدی

حقوق بیمار، منشور حقوق بیماران، ایران

منشور حقوق بیماران و راه کارهای ارتقای آن در ایران

موضوع رعایت حقوق بیمار امروزه به صورت یکی از دغدغه‌های سیستم‌های ارائه خدمات بهداشتی در سرتاسر دنیا درآمده است. پیشرفت‌های روزافزون علوم و تکنولوژی در طی دهه‌های اخیر، معماهای اخلاقی فراوانی را پیش روی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی قرار داده و فعالیت کارکنان این حرفه‌ها را مستلزم هشیاری فزاینده‌ای نسبت به حمایت از حقوق بیماران در مقابل عوارض و خطرات ناشی از مواجهه با این تحولات کرده است. شاید بتوان چنین ادعا کرد که حقوق بیماران امروز بیش از هر زمان دیگری نیازمند توجه و حساسیت بوده و مسئولیت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در زمینه حمایت از این حقوق بیش از پیش سنگین شده است.

حقوق بیمار پدیده‌ای پیچیده و چند بعدی است که رعایت حد مطلوب آن تنها با صدور بیانیه و دستورالعمل امکان‌پذیر نبوده و نیازمند هم‌فکری و مشارکت کلیه گروه‌هایی است که به نحوی با این موضوع در ارتباطند. مقوله حقوق بیمار در ایران هنوز مراحل اولیه رشد خود را می‌گذراند؛ چراکه: اولاً منشور موجود، بدون مشارکت و اطلاع دریافت‌کنندگان و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی تدوین شده است. ثانیاً این که به دلیل عدم اطلاع‌رسانی جامع، نه بیماران از آن آگاهی دارند و نه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از وجود آن و عواقب احتمالی بی‌توجهی به مفاد آن مطلعند. از طرف دیگر این منشور هنوز برای سیستم قانونگذاری کشور ما تعریف نشده است و در نتیجه فاقد پشتوانه قانونی و ضمانت اجرایی می‌باشد. به این ترتیب توجه و رعایت حقوق بیمار در سیستم بهداشتی ایران هنوز امری سلیقه‌ای بوده است و دستورالعمل اجرایی مشخصی ندارد. لذا یافته‌های مطالعاتی که دیدگاه افراد درگیر را در این زمینه مورد بررسی قرار می‌دهد، می‌تواند به عنوان

مبنایی برای توجه به نیازها و انتظارات درک شده بیماران جهت دریافت مراقبت کل نگر هنگام مواجهه با سیستم خدمات بهداشتی قرار گیرد؛ به عبارت دیگر: یکی از مهم ترین کاربردهای انجام مطالعاتی در این زمینه گشودن دریچه‌ای تازه برای نگاه به پدیده حقوق بیمار است تا مسئولین و سیاست‌گذاران بهداشتی باور کنند که افرادی که بیشترین مواجهه را با این پدیده دارند، صرف نظر از داشتن یا نداشتن آگاهی تئوریک از آن، بر اساس تجربیاتشان درک ویژه‌ای از این مقوله دارند. این درک ویژه را در دنیای امروز که در آن مشارکت رمز موفقیت کلیه برنامه‌های اجتماعی است، نمی‌توان نادیده گرفت. چنانکه سازمان جهانی بهداشت تأکید می‌کند که طراحی و تدوین معیارهایی برای حمایت از حقوق بیمار تنها بر اساس شرایط هر جامعه و با مشارکت و هم‌فکری کلیه افراد و گروه‌های ذی‌نفع امکان‌پذیر است.

۱- زمینه بحث

توجه به «حقوق بیمار» در رشته‌های گروه پزشکی، سابقه دیرینه‌ای دارد. شاید بتوان گفت که پیشینه مفهوم «حمایت از حقوق بیمار»، از نظر تاریخی، به توصیه‌های سقراط و تأکید وی بر احترام و حفظ منزلت بیمار باز می‌گردد. این مفهوم، در آثار به جای مانده از ارسطو و افلاطون، در دوران قبل از اسلام نیز مشاهده می‌شود. این درحالی است که اسلام، نه تنها این بحث را تأیید کرده، بلکه بر ابعاد گوناگون آن مانند حقوق متقابل بیمار و پزشک، و بیمار و جامعه نیز توجه زیادی مبذول داشته است. تداوم توجه به این پدیده، در متون و تحقیقات علوم پزشکی خصوصاً در طی چند دهه اخیر گسترش بیشتری یافته و مباحث زیادی را در امر مراقبت‌های بهداشتی به خود اختصاص داده است.

هرچند که در آموزه‌های دینی- فرهنگی ما از دیرباز تأکید فراوانی بر حفظ منزلت انسان، احترام به حقوق فردی و اجتماعی وی و مبانی اخلاقی شده است، هنوز تا رسیدن به جایگاهی شایسته و برقراری معیارهای روشن و عمل‌کردی برای حضور واقعی این مفاهیم در زندگی فردی و اجتماعی، راه درازی در پیش داریم؛ چراکه: نهادینه کردن نظام حمایت و پایش حقوق بیمار در هر جامعه، مستلزم درنظر گرفتن ابعاد و شرایط متعدد و پیچیده‌ای است که بی‌گمان دستیابی به آن به سهولت امکان‌پذیر نخواهد بود. توجه به فعالیت‌های انجام شده در دنیا، تنها با تکیه بر آموزه‌ها و بافت فرهنگی کشور و لحاظ کردن دیدگاه‌های افراد ذی‌نفع و صاحب‌نظران این حوزه، می‌تواند راه‌گشای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان خدمات بهداشتی جهت ارتقای راه‌کارهای حمایت از حقوق بیماران باشد.

براساس پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت برای تصمیم‌گیری واقع‌گرایانه و تضمین رعایت و ارتقاء حقوق بیماران وجود قوانین حامی این حقوق منطبق با زمینه فرهنگی و اجتماعی و برگرفته از دیدگاه‌های افرادی که به نحوی این حقوق را دریافت می‌کنند یا وظیفه رعایت آن را به عهده دارند، شرط اولیه و اساسی است (لاریجانی، عالمی، ۲۰۰۰، صص ۳۶۷-۳۷۱).

حقوق بیماران در کشورهای مختلف تحت تأثیر زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، اخلاقی و فرهنگی آن‌ها متفاوت بوده و توسعه و اجرای قوانین مربوط به حمایت از این حقوق نیز تابعی از همین شرایط است. امروزه حفاظت از حقوق مشتری (که در سیستم خدمات بهداشتی بیمار/ مددجو است) جزئی از عدالت اجتماعی و احترام به حقوق بشر به شمار می‌رود. در واقع میزان اعتلای حقوق بیماران در هر جامعه، به عنوان شاخصی برای قضاوت پیرامون عدالت و مشارکت در خدمات بهداشتی محسوب می‌شود.^۱

به منظور تأمین حقوق بیماران به صورت جامع و اساسی، سازمان‌های دولتی و غیر دولتی مختلفی در دنیا، با یکدیگر مشارکت می‌کنند، این تلاش‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه صورت می‌گیرد (Rider, Makela, 2003)، اما به نظر می‌رسد حتی در کشورهایی که علاوه بر دارا بودن منشور، قوانینی را نیز برای به عمل در آوردن آن تصویب کرده‌اند، هنوز در بسیاری از زمینه‌ها، از نظر آگاهی از این موارد و فرصت‌های مطلوب برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، بین ارائه‌دهندگان خدمات، بیماران و عموم مردم فاصله زیادی وجود دارد.

در بسیاری از کشورها علی‌رغم تصویب و حمایت از منشور حقوق بیماران به عنوان یکی از ضروریات حرفه‌ای، هنوز قوانینی برای حمایت از فرد حامی حقوق بیمار، یا وجود ندارد یا به درستی به آن عمل نمی‌شود.^۲

با توجه به این که حقوق بیمار در طی دو دهه اخیر اهمیت ویژه‌ای در تمام رشته‌های خدمات بهداشتی یافته است، نیاز به تغییر در آموزش دانشجویان این رشته‌ها نیز برای ایفای مؤثرتر نقش حمایت از بیمار، اجتناب‌ناپذیر است^۳، اما آموزش مناسب تنها راه کار برای ترغیب دانشجویان و نهادینه کردن ایفای نقش حمایت از حقوق بیمار نیست و تأمین این حقوق ضروریات و ملزومات مهم دیگری هم‌چون روشن بودن وضعیت حقوقی خود آنان را نیز طلب می‌کند (Turkoski, 2001).

حقوق و وظایف انسان‌ها نسبت به یکدیگر، مقوله‌ای چند بعدی است که ضرورت توجه به آن در زندگی اجتماعی امروز غیر قابل انکار است. حقوق یک فرد، مبتنی بر نیازهای او است و در مقابل مسئولیت‌هایی را نیز برای او ترسیم می‌کند. حقوق یک فرد، وظیفه دیگری است. بیمار در سیستم ارائه خدمات

بهداشتی، دارای حقوقی است که برآوردن آن از وظایف ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد. از سوی دیگر، ارائه‌دهندگان خدمات، خود دارای حقوقی هستند که برآوردن آن‌ها به عهده سازمان است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، حقوق، مسئولیت و وظایف انسان‌ها همچون حلقه‌های زنجیر در ارتباط تنگاتنگ با یکدیگر قرار دارند (Hewitt, 2002, pp.439-445)، لذا لحاظ کردن حقوق برای گروهی، بدون مشخص کردن این‌که مسئولیت تأمین آن به عهده کیست یا اجرای آن مستلزم چه شرایط زمینه‌ای است، نمی‌تواند ضمانتی برای اجرا داشته باشد. وانگهی تبیین این حقوق، از دید افرادی که درگیر آن هستند، شرط اساسی برای رعایت آن است. زیرا اگر افراد احساس کنند که در سیاست‌گذاری‌های مربوط به خودشان مشارکت داده می‌شوند، امکان همکاری آنان در مراحل بعدی نیز بیش‌تر خواهد بود.

علی‌رغم اینکه در کشور ایران با فرهنگ غنی و ادبیات مملو از پیام‌های انسانی، در کنار آموزه‌های اخلاقی اسلام، بستر توجه به حقوق انسان به طور عام، و حقوق بیمار به طور خاص فراهم است و تلاش‌های زیادی نیز در این سال‌ها در زمینه توجه به موضوعات اخلاق حرفه‌ای در علوم پزشکی صورت گرفته است، هنوز برآیند چشم‌گیری در زمینه ارتقاء حقوق بیماران حاصل نشده است. هرچند که در سال‌های اخیر، تدوین و تصویب «منشور حقوق بیماران» توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چشم‌انداز امید بخشی را در این زمینه ترسیم نموده است. اگرچه بیانیه یا منشور حقوق بیماران ارائه‌شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و برداشتی از منشورهای رایج دنیاست که اصلاحات فرهنگی در آن انجام نشده است و هر چند که اصل انسانیت و احترام به حقوق انسانی، حقیقتی یکسان در تمام دنیا است، ولی برخلاف توصیه سازمان

جهانی بهداشت، دیدگاه افراد درگیر (از جمله بیماران، پرستاران، پزشکان و...) در تدوین آن مد نظر نبوده است. به علاوه، بررسی اجمالی بندهای این بیانیه به وضوح مشخص می‌کند که برخی از آن‌ها ممکن است در بستر اجتماعی-اقتصادی جامعه ما قابل اجرا نباشد. همچنین در چارچوب آموزه‌های فرهنگی ما، مواردی هست که این منشور پاسخی برای آن‌ها ندارد. چرا که مسائل اخلاقی و حقوقی در ارتباط تنگاتنگ با فرهنگ و پارادایم‌های فلسفی هر جامعه قرار دارد و چه بسا معیارهای اخلاقی که در یک فرهنگ مثبت تلقی می‌شود، در یک بستر فرهنگی دیگر ممکن است معنا و مفهومی متفاوت داشته باشد (Tschudin, 2003).

ارزش‌ها دارای خاستگاه‌های مختلفی بوده و از جامعه‌ای به جامعه دیگر فرق می‌کنند، لذا الگوبرداری کامل و نادیده گرفتن بافت فرهنگی اجتماعی جوامع در تدوین قوانین و مقررات، یکی از عواملی است که اجرای آن قوانین را با مشکل مواجه می‌کند (Fry, Nguyen, 1996, pp.1147-1155).

سیاست‌گذاران، مدیران و پرسنل تیم بهداشتی درمانی به عنوان مدعیان حمایت از حقوق بیمار، قبل از هر چیز باید تلاش کنند تا این حقوق، بر اساس نیازها، ارزش‌ها، برداشت‌ها و تمایلات خود بیماران و افرادی که انتظار می‌رود مسئولیت تأمین این حقوق را به عهده بگیرند، طراحی شود و سپس مفاد آن بر اساس مبانی علمی، فلسفی و عملی پالایش گردد و شکل عملیاتی به خود گیرد. در غیر این صورت این دستورالعمل‌ها تنها به کار قاب کردن و آویختن به دیوارها می‌آید. همان گونه که امروز شاهد آن هستیم که این بیانیه در حال حاضر در دفاتر پرستاری و برخی بخش‌های بیمارستانی تنها به صورت تابلو به دیوار نصب می‌شود و تاکنون نه اطلاع‌رسانی در مورد آن به طور کامل و گسترده صورت گرفته و نه وجود آن به خودی خود ضمانتی برای رعایت حقوق بیماران از سوی مؤسسه و

پرسنل ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی است. سازمان جهانی بهداشت نیز در این مورد می‌نویسد: «بسیاری از کشورهای دنیا، بیانیه‌هایی برای حفاظت از حقوق بیمار تدوین کرده‌اند ولی بر اساس یافته‌های گروه‌های تحقیقاتی، تدوین و تصویب بیانیه و منشور به تنهایی کافی نبوده و آنچه که اهمیت دارد این است که واقعاً از نظر تأمین این حقوق در کشورها، چه می‌گذرد.» گروه تحقیق سازمان جهانی بهداشت خاطرنشان می‌سازد که انجام مطالعات دقیق و عمیق برای روشن کردن ابعاد حقوق بیمار در هر کشور ضروری است. تنها در پرتو این مطالعات است که مشخص می‌شود که در شرایط اجتماعی خاص، وضع قانون برای حمایت از حقوق بیماران بهترین راه است یا برای تأکید بیش‌تر، لازم است بیانیه‌هایی ملی در این زمینه تدوین شود. در مواردی حتی ممکن است به این نتیجه برسیم که به چیزی متفاوت از همه چیزهایی که تاکنون وجود داشته است، نیاز داریم. ارزیابی پیشرفت کشورها در این زمینه کار ساده‌ای نیست. چرا که شرایط و موقعیت‌ها از یک کشور به کشور دیگر فرق می‌کند. هرچند که بسیاری از کشورها با علاقه زیاد، برآیند تجربیات کشورهای اسکاندیناوی را دنبال می‌کنند، ولی اکنون به روشنی مشخص است که روش دستوری و تلاش برای همانندسازی کامل با رویکردهای مورد استفاده در کشورهای دیگر، عملاً از کارایی لازم برخوردار نیستند. اینک زمان آن فرا رسیده که مسئولین و سیاست‌گذاران هر جامعه با ارتقای آگاهی و توانمندسازی شهروندان خود، مشارکت آن‌ها را در تصمیم‌گیری‌ها و تدوین قوانین و بیانیه‌های مربوط به خودشان تقویت نمایند.^۴

با توجه به اهمیت خاستگاه ملی در دستیابی به معیارهای حمایت از حقوق بیمار در هر جامعه و از آنجا که توجه به بافت فرهنگی و زمینه اجتماعی می‌تواند در تبیین واقع‌گرایانه پدیده حقوق بیمار تأثیر زیادی داشته باشد، انجام مطالعاتی برای

روشن کردن معنا و مفهوم حقوق بیمار از دید افراد آن جامعه، امری ضروری و غیر قابل انکار است. از سوی دیگر با وجود مطالعات کمی مختلفی که در این زمینه در کشورمان صورت گرفته است (پاپکین، استرول، ۱۳۷۹). به دلیل اهمیت موضوع و چالش‌های موجود در این حوزه، انجام مطالعاتی عمیق‌تر، با استفاده از رویکرد کیفی برای تبیین حقوق بیمار بر اساس تجربیات زیسته افرادی که مستقیماً با این پدیده درگیر هستند (شامل بیماران، همراه آنان، پرستاران و پزشکان) می‌باید در دستور کار پژوهشگران قرار گیرد.

۲- ابعاد حقوق بیمار

حقوق بیمار دارای ابعاد قانونی، اخلاقی و سازمانی است. جنبه قانونی آن مربوط به قوانین، دستورالعمل‌ها و سیاست‌هایی است که سیستم خدمات بهداشتی را برای تضمین ارائه مراقبتی با کیفیت و اجرای مؤثر استانداردهای حقوق بیمار هدایت می‌کند. جنبه اخلاقی آن بر پایه تئوری‌ها و اصول فلسفی اخلاق مثل سودمندگرایی، وظیفه‌مداری، فردگرایی لیبرالیستی و تئوری خودتعیینی است (Annas, 2004).

تئوری‌های سودمندگرایی و وظیفه‌مداری بیش از دیگر تئوری‌ها به حرفه‌های بهداشتی نزدیک هستند (Jole, Kelly, 2002). حرفه‌های پرستاری و پزشکی به طور گسترده‌ای از این تئوری‌های اخلاقی برای توسعه کدها و استانداردهای اخلاقی جهت راهنمایی افراد حرفه‌ای، ارائه خدمات بهداشتی و رعایت حقوق بیمار استفاده کرده‌اند. حقوق بیمار علاوه بر جنبه‌های رفتار اخلاقی فردی و قانونی، جنبه سومی نیز دارد که در سیاست‌ها و رویکردهای مؤثر سازمانی برای تضمین پیروی از دیگر ابعاد یعنی ابعاد قانونی و اخلاقی آن پدیدار می‌شود (Annas, 2004).

در سیستم خدمات بهداشتی، استانداردهای اخلاقی و قانونی باید همراه با سیاستهای قدرتمند سازمانی برای تقویت و تحکیم اخلاق سازمانی وجود داشته باشند. تمرکز بر یک جنبه از حقوق بیمار، به تنهایی نمی‌تواند برآیند مطلوبی را در بر داشته باشد. از آنجا که وفاداری به اصول اخلاقی موضوعی مربوط به وجدان شخصی است، تکیه بر رعایت این استانداردها از سوی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نمی‌تواند قادر به تضمین رعایت مؤثر حقوق بیمار یا حتی آگاهی از این که این حقوق کدامند باشد. به این ترتیب نیاز به استانداردهای مؤثر سازمانی همراه با سیستم قانونی قدرتمند برای حفاظت از حقوق فردی بیماران همواره وجود دارد (Murrey, 2003).

ذکر این نکته ضروری است که تمایز بین قانون و اخلاق که در فرهنگ غربی به وضوح به چشم می‌خورد، در فرهنگ شرقی به ویژه در فرهنگ اسلامی که قوانین حقوقی نیز ریشه در مفاهیم معنوی و اخلاقی آن دارند کم‌رنگ‌تر است، چراکه اصول اخلاقی و هم قوانین، نشئت گرفته از مبانی مذهبی هستند. این موضوع را می‌توان به عنوان نقطه قوتی برای تقویت جنبه‌های قانونی و سازمانی با تکیه بر مبانی دینی و اخلاقی به حساب آورد (Albishi, 2004). سازمان جهانی بهداشت در همایش قدرت‌بخشی به شهروندان و حمایت از حقوق بیماران چنین مطرح می‌کند که هرچند منشور حقوق بیماران را می‌توان یکی از ابزارهای پایش رعایت حقوق بیمار دانست، اما در وهله اول مشارکت کلیه گروه‌های ذی‌نفع، در تدوین این منشور ضروری و حیاتی است؛ چرا که: دیدگاه‌های عموم مردم، بیماران و کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی علاوه بر نظر سیاست‌گذاران باید در تدوین سیاست‌ها نقش داشته تا بدین وسیله امکان موفقیت بیشتر این سیاست‌ها را در عمل به دنبال داشته باشد.^۵

۳- منشور حقوق بیماران ایران

در سال ۱۳۸۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیانیه‌ای ده ماده‌ای را تحت عنوان منشور حقوق بیماران تدوین و آن را جهت اجرا به بیمارستان‌ها ارسال کرد.^۶ مفاد این بیانیه مشابهت زیادی با منشورهای بین‌المللی حقوق بیمار دارد اما علی‌رغم این موضوع حقوق مطرح‌شده در آن هنوز به درستی در کشور ما شناخته و پذیرفته نشده و جایگاه شایسته خود را در سیستم ارائه خدمات بهداشتی نیافته است. مفاد منشور ده ماده‌ای حقوق بیماران ایران عبارتند از:

بیمار حق دارد:

- ۱- در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
- ۲- محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.
- ۳- در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست کند به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار شود.
- ۴- قبل از معاینات و اجرای درمان، اطلاعات ضروری در مورد عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را درحد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت کند.
- ۵- در صورت تمایل شخص و تهدید نشدن سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی، رضایت شخصی خود را از خاتمه درمان اعلام یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه کند.

- ۶- جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد، اطمینان حاصل کند.
- ۷- از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد. لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
- ۸- از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل کند.
- ۹- با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند، تمایل و رضایت شخصی خود را به مشارکت درمانی اعلام یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری کند.
- ۱۰- در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌ای خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع شود.^۷

بنا بر عقیده برخی از مسئولین این منشور عملاً مبنای حقوقی نداشته و هدف آن عمدتاً تأثیرگذاری بر وجدان‌ها بوده است (امامی رضوی، ۱۳۸۴). پی‌گیری تثبیت مبنای حقوقی و اجرایی برای این منشور، پیش زمینه‌های مهم و متعددی را می‌طلبد و راه درازی را در پیش روی پژوهش‌گران و سیاست‌گذاران قرار می‌دهد. یکی از این پیش‌زمینه‌ها، بررسی آراء و تجربیات گروه‌هایی است که خود به شکلی مستقیماً با این پدیده مواجهند. تجربیات بیماران و خانواده آنان در برخورد با سیستم خدمات بهداشتی می‌تواند در روشن کردن مواردی که ممکن است آن‌ها را به عنوان حقوق خود شناسند اما نیاز به آن را به نحوی درک می‌کنند، بسیار مهم

باشد. از سوی دیگر برای دستیابی به درکی وسیع‌تر از این پدیده، مطالعه تجربیات پرستاران و پزشکان هم باید در این رابطه مد نظر قرار گیرد. چرا که انتظار می‌رود که نیازها یا حقوق درک و تجربه شده بیماران، توسط آنان برآورده شود. به عبارت دیگر می‌توان گفت که مسئولیت تأمین این حقوق و برآوردن این انتظارات با آنان است و به نظر می‌رسد که آن‌ها در این زمینه تجربیات ارزش‌مندی داشته و با بیان این تجربیات بتوانند به تبیین تجربی واقع‌گرایانه‌تری از پدیده، کمک کنند.

۴- تحلیل منشور حقوق بیماران در ایران

بدون شک نقد و تحلیل منشور حقوق بیماران ایران می‌بایست در طی یک کار گروهی فراگیر و با مشارکت گروه‌های مختلف درگیر و صاحب‌نظر صورت گیرد تا بتواند منشأ ایجاد تحولاتی در این زمینه گردد. جنبه‌های اساسی قابل نقد و بحث در این منشور شامل نحوه طراحی و تدوین، منبع و اساس مضمونی/محتوایی، نحوه انتشار و ابلاغ و ضمانت اجرایی آن است که در این مقاله تنها به مرور برخی از این ابعاد پرداخته می‌شود.

مطالعه تطبیقی منشور حقوق بیماران ایران و چند کشور غربی خاطر نشان می‌کند که این منشور کاستی‌هایی دارد که قدرت اجرایی آن را در حمایت از حقوق بیماران در عمل زیر سؤال می‌برد (حاجوی، طبیبی، ۱۳۸۳، صص ۱۹۶-۲۰۱). این پژوهشگران با مقایسه منشور ایران با منشور حقوق بیماران در کشورهای امریکا، کانادا، انگلیس و فرانسه و مشخص کردن نقاط ضعف و قوت آن، طرحی برای تدوین یک منشور جامع‌تر که تمام موارد اساسی مطرح در دنیا در آن لحاظ شده باشد را ارائه دادند. اما متأسفانه باز هم اهمیت نقش خود ارائه‌دهندگان و

دریافت کنندگان خدمات که مهم‌ترین افراد مرتبط با آن هستند در طراحی این منشور پیشنهادی نادیده گرفته شده است و حتی در بندهایی از آن نمونه‌های بارز دیدگاه پترنالیستی به وضوح به چشم می‌خورد. از جمله می‌توان به بندی اشاره کرد که در آن تصریح شده است: «بیمار حق دارد از اطلاعاتی که به ضرر وی می‌باشد مطلع نشود. هرچند اصرار ورزد. زیرا دانستن اطلاعات مضر برای بیمار به صلاح او نیست!». اینکه چه کسی تشخیص می‌دهد که چه اطلاعاتی برای بیمار مضر است یا چگونگی تعیین مصلحت بیمار، خود منشأ ایجاد سؤالات زیادی در این زمینه است.

عدم مشارکت افراد ذی‌نفع در تدوین منشور حقوق بیماران ایران و در نتیجه ناآگاهی افراد از وجود چنین حقوقی و مهم‌تر از همه فراهم نبودن زمینه و ملزومات رعایت همین حداقل حقوق از موارد مهم قابل نقد در این زمینه است. مستند کردن چنین ادعایی با تکیه بر یافته‌های مطالعات این حوزه می‌تواند زمینه‌ساز گام‌های بعدی در جهت ارتقای حقوق بیماران باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه کیفی که توسط پژوهش‌گر (جولایی و همکاران) در فاصله سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ برای تبیین تجربه حقوق بیمار از دیدگاه ذی‌نفعان اساسی یعنی بیماران و خانواده‌شان، پرستاران و پزشکان انجام شد، تقریباً هیچ‌یک از مشارکت‌کنندگان از وجود منشور حقوق بیمار اطلاعی نداشتند. همچنین مرور و تحلیل بند بند منشور حقوق بیماران ایران و تطبیق آن با یافته‌های مطالعه مذکور که صدای افرادی است که در زندگی روزانه خود با این حقوق مواجه دارند، گواهی بر این مدعاست که مفاد منشور حاضر در بسیاری از موارد با آن‌چه که از دید مشارکت‌کنندگان به عنوان حقوق بیمار معنا پیدا کرده است هم‌خوانی ندارد (Kunjumon, 2006).

همان گونه که قبلاً نیز اشاره شد در بند اول منشور حقوق بیماران ایران می خوانیم که «بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد». موارد ابهام و ناروشتی از همین بند آغاز می شود. نکته اول این که وقتی حقی برای یک گروه مطرح می گردد، در مقابل وظیفه ای نیز برای گروهی دیگر تعریف می شود. در این بند بیمار حق دارد که انتظاراتی داشته باشد، اما آیا صرف «داشتن انتظار» متضمن دریافت چنین مراقبت و درمانی نیز هست؟ آن گونه که در این بند اشاره شده است طرف مقابل که برآورد آیین انتظار قاعدتاً در حیطه وظایف اوست، گروه درمان است. اما وظایف این گروه در کجای منشور یا سند دیگری تبیین شده است و چه چیزی آن ها را ملزم به برآوردن این انتظارات می کند؟ آیا ضرورت وجود کدهای اخلاق حرفه ای یا منشور حقوق بیمار که وظایف ارائه دهندگان مراقبت را نیز در قبال حقوق بیماران به روشنی تشریح کند امروز بیش از پیش نمایان نمی شود؟

وجود شرایط یا زمینه ارائه چنین مراقبتی نیز خود از دیگر ابهامات موجود، نه تنها در این بند که در کل منشور حقوق بیماران ایران است که متعاقباً به آن پرداخته خواهد شد.

از دیگر موارد عدم وضوح موجود در بند اول منشور اشاره به «درمان و مراقبت مطلوب و موثر» است، که شاید با اندکی اغماض بتوان «همراه بودن با احترام» و «بدون هیچ گونه تبعیض» را به عنوان ردپایی از مراقبت مطلوب یا کل نگر که از دید مشارکت کنندگان به عنوان معنای حقوق بیمار مطرح شده است به شمار آورد. اما این دو نمی توانند تنها مشخصه های مراقبت و درمان مطلوب باشند. چنان که یافته های مطالعه پژوهش گر و همکاران (۱۳۸۶) که بر اساس

تجربیات و دیدگاه‌های افراد در دو سوی طیف دریافت و ارائه مراقبت صورت گرفته آن‌چه به عنوان «مراقبت مطلوب» یا «مراقبت کل‌نگر» مطرح است مراقبتی مبتنی بر درک و هم‌دلی است که کلیت بیمار در محور آن قرار داشته است و در روند یک ارتباط اثربخش ارائه می‌گردد. چنین مراقبتی مشارکت آگاهانه بیمار را در فرآیندهای مراقبت و درمان تشویق می‌کند و با حمایت همه‌جانبه از بیمار در جهت رفع نیازهای او پیش می‌رود (Kunjumon, 2006).

در بندهای دو، سه و چهار منشور حقوق بیمار ایران به مواردی اشاره شده است که شاید بتوان آن‌ها را به صورت تلویحی به عنوان برخی از نمادهای «مراقبت مطلوب» پذیرفت. در هر سه بند ذکر شده بر «ارائه اطلاعات» تأکید شده که مستلزم برقراری ارتباط بوده است و بر اساس موارد قید شده در بند چهارم به طور مشخص این اطلاعات باید بتواند به مشارکت بیمار در انتخاب شیوه نهایی درمان بیانجامد. مطالعه جولایی و همکاران (۱۳۸۶) نیز به درون مایه‌هایی هم‌چون ارتباط مؤثر و مشارکت آگاهانه به عنوان برخی از مؤلفه‌های حقوق بیمار از منظر مشارکت‌کنندگان دست یافته است. اما مضامین دیگری نیز از دل تجربیات مشارکت‌کنندگان به عنوان حقوق بیمار استخراج شده که از دید آنان بسیار مهم بوده ولی در منشور فعلی به آن اشاره‌ای نشده است. یکی از این درونمایه‌ها «حمایت همه‌جانبه» می‌باشد که در تجربیات گروه همراه بیمار و هم‌گروه پزشک و پرستار از آن به عنوان مؤلفه‌ای اساسی در رعایت حقوق بیمار یاد شده بود. از نظر آنان کسب اطمینان از مورد حمایت واقع شدن مقوله مهمی است که بدون حضور همراه امکان‌پذیر نیست. در واقع یافته‌های مطالعه حاکی از آن بود که بیماران نه تنها مایل، که در عمل ملزم به داشتن همراه در مدت بستری هستند

چرا که در غیر این صورت ساده ترین نیازهایشان برآورده نشده است و دچار احساس سرگردانی و بی پناهی می شوند (Kunjumon, 2006).

بند ششم و هفتم منشور حقوق بیماران به حفاظت از حریم شخصی بیمار با تأکید بر رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم مراقبتی اشاره می کند که خود یکی دیگر از موارد تفاوت در یافته های این مطالعه با پیش فرض های متداول مربوط به حقوق بیمار و مفاد منشورهای موجود در دنیا و همچنین منشور حقوق بیماران ایران در این رابطه بود. عدم اشاره و تأکید بر حفظ حریم و رازداری از سوی مشارکت کنندگان در این مطالعه سؤالاتی را در ذهن ایجاد می کند. مروری بر منشورهای رایج در دنیا، بیانیه انجمن جهانی پزشکی و بیانیه ارتقای حقوق بیماران اروپا حاکی از آن است که رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمار به روشنی در همه این اسناد مورد تأکید قرار گرفته است (حاجوی، طیبی، ۱۳۸۳، صص ۱۹۶-۲۰۱). علاوه بر این مطالعات زیادی نیز در زمینه اهمیت رازداری و حفظ حریم بیماران در مناطق مختلف دنیا صورت گرفته است که یافته هایشان مؤید همین نکته بوده و در بخش های قبلی بحث به آن ها اشاره شده است. اما هیچ یک از گروه های مشارکت کننده در این مطالعه در بیانات خود به این مورد مهم اخلاقی اشاره ای نکرده بودند. با یک نگاه خوش بینانه، شاید بتوان این موضوع را به باورهای فرهنگی مردم ما در مورد داشتن اعتماد کامل به پزشک و گروه مراقبت نسبت داد، اما با نگاهی وسیع تر به کل شرایط حاکم بر وضعیت بیماران و داشتن تحلیلی واقع گرایانه تر، می توان این مسأله را به وخامت اوضاع در مورد رعایت اساسی ترین و اولیه ترین سطوح نیازها و حقوق بیماران مرتبط دانست که دیگر جایی برای پرداختن و حتی فکر کردن به حقوق متعالی تر هم چون حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات پزشکی باقی نمی گذارد تا جایی که در

مواردی از آن نه به عنوان یک حق بلکه به صورت خواسته‌ای تجملی و غیرضروری یاد می‌شود.

بند هشتم منشور حقوق بیماران ایران به موضوع «اطمینان از دسترسی به پزشک و دیگر افراد گروه معالج» اشاره می‌کند. این اطمینان چگونه و توسط چه کسی باید در وی ایجاد شود. در واقع این سؤال ما را به یکی از ابهامات اصلی و اساسی منشور یعنی فقدان یک سیستم حمایتی و نامشخص بودن متولی و مسئول پی‌گیری رعایت حقوق بیمار باز می‌گرداند.

بر اساس بند دهم منشور حقوق بیماران ایران، بیمار حق دارد «در صورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌ای خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع شود». دقت در این بند با توجه به دیگر بندهای منشور این سؤال را در ذهن خواننده ایجاد می‌کند که چرا حق بیمار در مطلع شدن از چنین مواردی در مرکزی که در حال حاضر بستری است، یعنی یک موضوع بالفعل، مورد بی‌توجهی قرار گرفته و تنها به موضوعی که احتمال آن وجود دارد یعنی انتقال به مرکز دیگر و دریافت اطلاعات در مورد آن اشاره شده است.

از دیگر موارد اساسی ابهام در منشور فعلی حقوق بیمار ایران نامشخص بودن زمینه و شرایط رعایت این حقوق است. یکی از پیش‌نیازهای اساسی رعایت حقوق بیمار آن‌گونه که در یافته‌های مطالعه جولایی و همکاران نیز ظهور یافته، «کفایت منابع» است. در واقع می‌توان گفت که بدون حصول اطمینان از اینکه یک مرکز بهداشتی درمانی از حداقل امکانات اولیه و منابع ضروری اعم از نیروی انسانی و دیگر منابع برخوردار است، نمی‌توان از رعایت دیگر حقوق بیمار مطمئن بود. وقتی در یکی از بندهای منشور حقوق بیمار به حصول اطمینان از مهارت گروه

معالاج یا دسترسی به افراد این گروه اشاره می‌شود، نادیده گرفتن این که این افراد هر قدر هم ماهر و توانمند باشند در سیستمی فعالیت می‌کنند که می‌بایستی حداقل وسایل اولیه، تجهیزات و امکانات ضروری برای انجام فرآیند مراقبت و درمان را در دسترس داشته باشند، چشم‌پوشی از اساسی‌ترین حقوق بیمار است. پس همان‌گونه که در مضامین مطالعه مذکور نیز مشاهده شد، این حق بیمار است که از اولیه‌ترین امکانات مراقبتی هم‌چون ملحفه و لباس تمیز و در شأن، داروهای اساسی و تجهیزاتی که برای پی‌گیری روند مراقبت و درمان ضروری و حیاتی است برخوردار باشد. تنها در سایه وجود منابع کافی امکان ارائه مراقبت مطلوب آن‌گونه که مشارکت‌کنندگان در مطالعه از آن یاد کرده‌اند فراهم می‌شود و می‌توان انتظار داشت که در عمل نیز چنین مراقبتی به بیماران ارائه گردد. (حاجوی، طبیبی، ۱۳۸۳، صص ۱۹۶-۲۰۱).

نکته بسیار مهم دیگری که رد پای از توجه به آن در منشور حقوق بیماران دیده نمی‌شود ارتباط تنگاتنگ یا «هم‌پیوندی حقوق ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان مراقبت» است. همان‌گونه که قبل از این نیز اشاره شد حق پدیده‌ای دو سویه است. حق یک گروه وظیفه گروهی دیگر را مشخص می‌کند که خود نیز دارای حق و حقوقی هستند. حقوق این گروه نیز می‌بایست توسط دیگران برآورده شود. برقراری یک روند پویا در داد و ستد حقوقی مستلزم وجود یک نظام مسئول و پاسخگوست که به همان اندازه که پزشک و پرستار را در قبال بیمار مسئول می‌داند، سیستم مدیریت خدمات را نیز ملزم به پاسخ‌گویی و رفع نیازهای ارائه‌دهندگان مراقبت کرده و به همین ترتیب امکان پی‌گیری روند ارائه مراقبت مطلوب را تا بالاترین سطوح مدیریتی ممکن سازد. در واقع توجه به حقوق بیمار بازتابی از توجه به حقوق کل انسان‌هاست. انسان‌ها با هم در تعامل هستند و

بی‌تردید حقوق آنان نیز در ارتباط با یکدیگر قرار می‌گیرد. پس تأکید بر رعایت حقوق بیمار بدون توجه به رعایت حقوق ارائه‌دهندگان مراقبت واقع‌گرایانه نبوده و یکی از چالش‌های اساسی منشور فعلی حقوق بیماران و وضعیت کلی حقوق بیمار در ایران به حساب می‌آید که باید ردپایی از آن به شکلی در منشور حقوق بیماران احساس شود.

نتیجه و پیشنهادات

با مروری بر فرآیند تدوین منشور حقوق بیماران در کشورهای پیشرفته غربی و با توجه به راه کارهای ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت در این زمینه، اهمیت مشارکت فعال مردم و گروه های ذی نفع بیش از پیش مورد تأکید است، تا جایی که از آن به عنوان نکته کلیدی در تضمین کارایی و کفایت چنین منشورهایی یاد می شود. به این ترتیب اگر قرار است اصلاحاتی در منشور حقوق بیماران ایران صورت گیرد یا این منشور دستخوش تغییرات اساسی شود، در وهله اول می بایست سیاست گزاران و مسئولین، با اطلاع رسانی گسترده همه گروه های مردم را در این زمینه آگاه کنند و سپس با تشویق مشارکت فعال تمام گروه های ذی نفع، با بهره گیری از نظرات و دیدگاه های خود آنان و استقبال از همکاری شان، منشوری مطابق با شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران طراحی کنند.

یک منشور ملی حقوق بیماران باید با مشارکت و نظرخواهی از نمایندگان گروه های مختلف بیماران و مردم تدوین شود و دسترسی همه آنان را به خدمات بهداشتی تضمین نماید. به علاوه نظام ارائه خدمات بهداشتی باید با پایش و نظارت بر نحوه ارائه خدمات در مقابل مردم پاسخ گو باشد و از رعایت حقوق آنان حمایت کند. پاسخ گویی مسئولان مستلزم برقراری شفاف و روشن فرآیند شکایت و پی گیری موارد نقض رعایت حقوق بیمار نیز می باشد. سیستم پاسخ گو نه تنها بر نحوه رعایت این حقوق نظارت می کند بلکه باید شرایطی را که پیش زمینه رعایت این حقوق است فراهم سازد و سپس با آموزش و اطلاع رسانی، دریافت کنندگان خدمات را به «خواستن و مطالبه این حقوق» و ارائه دهندگان خدمات را به «رعایت آن به بهترین نحو» تشویق نماید. در این میان نقش قوانین اجرایی را نیز نمی توان از نظر دور داشت. چراکه پس از اطلاع رسانی و آموزش انتظار می رود که

ضمن تشویق موارد انجام کار درست در رعایت حقوق بیماران، قوانینی برای مواجهه با موارد نقض آن نیز وجود داشته باشد. تصویب قوانین اجرایی در این زمینه می‌تواند گام بعدی در جهت ارتقای حقوق بیماران را ترسیم کند. رعایت حد مطلوب حقوق بیمار به سادگی و تنها با صدور بیانیه و دستورالعمل امکان‌پذیر نیست و نیازمند هم‌فکری و مشارکت کلیه گروه‌هایی است که به نحوی با این موضوع در ارتباطند.

پی‌نوشت‌ها

1. Patients, rights laws in Europe.(2004). Retrived from the World Wide Web. [Http://online.no/~wkeim/patients.htm](http://online.no/~wkeim/patients.htm).
2. Patients' rights and citizens' empowerment: through visions to reality. (1999). Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health .Copenhagen: Denmark.
3. Ingram, R. (1998). The Nurse as The patient's advocate. MSc Dissertation. University of Portsmouth: School of social & Historical studies. Retrieved from the World Wide Web <http://www.richard.ingram.nhspeople.net/student/files/advocacy>.
4. Patients' rights and citizens' empowerment: through visions to reality. (1999). Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health .Copenhagen: Denmark.
5. Patients, rights laws in Europe.(2004). Retrived from the World Wide Web. <http://online.no/~wkeim/patients.htm>.
6. Tehran University of Medical Sciences.(2002) Medical Ethics Research Center publication. Tehran,
7. Tehran University of Medical Sciences.(2002) Medical Ethics Research Center publication. Tehran.

فهرست منابع

- امامی رضوی، س.ح. (۱۳۸۴)، طرح موضوع اخلاق و حقوق بیمار از ضروریات جامعه ماست. خبرگزاری مهر، قابل دسترسی <http://www.MehrNews.com> تاریخ انتشار ۱۳۸۴/۰۸/۰۶.
- پاپکین، ر؛ استرول، آ. (۱۳۷۹)، کلیات فلسفه (ترجمه مجتبی)، تهران: انتشارات حکمت.
- جولایی، س؛ هوشمند، ع؛ مهرداد، ن. (۱۳۸۵)، بررسی میزان آگاهی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران و عوامل مؤثر بر آن از دید آنان، گزارش طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی تهران.
- حاجوی، ا؛ طبیبی، س.ح؛ سرباز زین‌آباد، م. (۱۳۸۳)، بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ارائه راه حل مناسب برای ایران، مجله علمی پزشکی قانونی، سال ۱۰، شماره ۳۶.
- حسینان مقدم، ف؛ محمدزاده، ک؛ هوشمندی‌زاده، ص. (۱۳۷۹)، بررسی میزان رعایت حقوق بیماران بستری ایران، از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر اهواز، خلاصه مقالات همایش سراسری حقوق مددجو، دانشگاه علوم پزشکی اهواز.
- رضوی، ن؛ بحشایی، م. (۱۳۷۹)، بررسی میزان آگاهی گروه پزشکی و پرستاری از منشور حقوق بیماران بیمارستان اکباتان همدان در سال ۱۳۷۸، خلاصه مقالات همایش سراسری نقش مدیریت در

ارائه خدمات بهداشتی درمانی.

سید رسولی، الف؛ یزدانی پور، م. (۱۳۸۰)، بررسی دیدگاه بیماران نسبت به رعایت حقوقشان در مراکز بهداشتی درمانی تبریز. همایش سراسری اخلاق و حقوق در پرستاری، معاونت درمان و دارو، اداره پرستاری و مامایی با همکاری مرکز آموزشی نمازی شیراز.

لاریجانی، باقر؛ عباسی، محمود. (۱۳۸۲)، مطالعه تطبیقی حقوق بیماران، چاپ ۲، تهران: انتشارات حقوقی.

مصدق راد، ع. م؛ اثنی عشری، پ. (۱۳۸۳)، بررسی میزان آگاهی پزشکان و بیماران نسبت به حقوق بیمار و رعایت آن در بیمارستان شهید بهشتی اصفهان، آموزش در علوم پزشکی، ۱۱.

نعمت‌اللهی م، فشارکی م، توفیقی ح. (۱۳۷۹)، مقایسه قوانین مربوط به حقوق بیمار با منشور حقوق بیمار و نظرسنجی از پزشکان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس، طب و تزکیه، ۳۶.

- Annas, G.J. (2004), *The rights of patients: The authoritative guide ACLU guide to the rights of the patients (American Civil Liberties Union Handbook)*, Southern Illinois: University Press.
- Jole, L.A., & Kelly, L.Y. (2002), *The nursing experience: Trends, challenges and tradition*, NY, McGraw-Hill.
- Murrey, E.J. (2003). Struggling for dignity and respect: patients' beliefs of their rights while hospitalized in an acute care facility. Doctoral dissertation, *University of Miami*. (UMI No. 3081249).
- Volbercht, R.M, (2002), *Nursing Ethics: Communities in Dialogue*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Albishi, A. A (2004), The Saudi Patients', Physicians, and Nurses' Perceptions of and Lived Experiences with Patients' rights in Saudi Arabia: A Qualitative Phenomenological Study, Doctoral dissertation, *George Mason University*.
- Tehran University of Medical Sciences (2002) Medical Ethics Research Center publication, Tehran.
- Kunjumon, B. P (2006), Nurses and protection of patients' rights, *The Nursing Journal of India*, Vol XCVII (10).
- Larijani. B, Alemi. o, Alizadeh. K, et all (2000), Prioritization of health services in Islamic Republic of Iran, *Eastern Mediterranean Health Journal*, (6).
- Patients' rights laws in Europe (2004), Retrieved from the World Wide Web, <http://online.No/~wkeim/patients.htm>.
- Rider, M.E, Makela, C (2003), A comparative analysis of patients' rights: An international perspective. *International Journal of Consumer Studies*, 27(4).
- Patients' rights and citizens' empowerment: through visions to reality. (1999) .Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health.

- Copenhagen: Denmark
- Ingram. R, (1998), The Nurse as The patient's advocate, MSc Dissertation, *University of Portsmouth: School of social & Historical studies*, Retrieved from the World Wide Web
<http://www.richard.ingram.nhspeople.net/student/files/advocacy>.
- Turkoski. B (2001), Ethics in absence of truth, *Home Health Care Nurse*, 10(4).
- Hewitt, J (2002), A Critical Review of The Arguments Debating The Role of The Nurse Advocate, *Journal of Advanced Nursing*, 37(5).
- Tschudin, V (2003), *Ethics in Nursing, The caring relationship*, 3rd Ed, Edinburgh, Butterworth-Heinemann.
- Fry. A, Nguyen. T (1996), Culture and the self: Implications for the perception of depression by Australian and Vietnamese nursing students, *Journal of Advanced Nursing*, 23(6).
- Joolae. S, Mehrdad, N (2003), an investigation on patients' awareness of their own rights, *Proceedings of Bioethics and Law Congress*, Bursa, Turkey.

یادداشت شناسه مؤلف

سودابه جولایی: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیک: medlae2008@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۵/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۷/۲