

Original Article

Patients' Rights in the Light of International Documents and the Iranian Legal System

Tahmine Rostami¹, Ebrahim Yaghouti^{2*}, Seyed Mohammad Reza Emam³

1. Jurisprudence and Basics of Islamic Law, Faculty of Literature and Humanities, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Jurisprudence and Basics of Islamic Law, Faculty of Literature and Humanities, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: Yaghouti2010@yahoo.com

3. Jurisprudence and Basics of Islamic Law, Faculty of Theology, Tehran University, Tehran, Iran.

Received: 6 Apr 2020 Accepted: 27 Jul 2020

Abstract

In recent years, the concept of "patients' rights" has become one of the most important topics in the literature of writers and lawyers. But despite this importance, there are many gaps in the sources of patients' rights. In the Iranian domestic legal system, there is only the Charter of Patients' Rights, which specifically addresses the issue of patients' rights. In the present study, which has been collected by descriptive-analytical method and with library tools, it will be observed that the Charter of Patients' Rights in Iran has many gaps in order to protect and guarantee patients' rights. But this does not mean that no other tool can be found in Iranian domestic law to guarantee patients' rights. Many examples of patients' rights have been considered in the literature of international human rights documents, and these documents and their norms can be applied in the field of domestic law in Iran. Of course, this does not mean meeting all the needs in the field of domestic law, but it is necessary in Iranian domestic law, an independent law on the issue of patients' rights to be designed and approved.

Keywords: Patient Rights; Human Rights; Charter of Patients' Rights; Covenant on Civil and Political Rights; Covenant on Economic; Social and Cultural Rights

Please cite this article as: Rostami T, Yaghouti E, Emam SMR. Patients' Rights in the Light of International Documents and the Iranian Legal System. *Iran J Med Law, Special Issue on Human Rights and Citizenship Rights 2020; 133-145.*

حقوق بیماران در پرتو اسناد بین‌المللی و نظام حقوقی ایران

تهمینه رستمی^۱، ابراهیم یاقوتی^{۲*}، سیده‌محمدرضا امام^۳

۱. گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Yaghouti2010@yahoo.com

۳. گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۹/۱/۱۸ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۶

چکیده

در سال‌های اخیر مفهوم «حقوق بیماران» به یکی از موضوعات پراهمیت در ادبیات نویسندگان و حقوقدانان بدل شده است، اما با این حال، از حیث منابع حقوق بیماران، خلأهای فراوانی وجود دارد. در نظام حقوق داخلی ایران صرفاً یک سند مشخص (یعنی منشور حقوق بیماران) وجود دارد که به مسأله حقوق بیماران پرداخته است. در پژوهش حاضر که با روش توصیفی - تحلیلی و با ابزار کتابخانه‌ای گردآوری شده است، مشاهده خواهد شد که منشور حقوق بیمار در ایران، در جهت حفظ و تضمین حقوق بیماران خلأهای فراوانی دارد، اما این بدان معنا نیست که در حقوق داخلی ایران نمی‌توان ابزار دیگری برای تضمین حقوق بیماران یافت. بسیاری از مصادیق حقوق بیماران در ادبیات اسناد حقوق بشر بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته‌اند و اسناد مزبور و هنجارهای آن‌ها در فضای حقوق داخلی ایران عملاً قابلیت اعمال را دارند، البته این به معنای رفع همه نیازها در فضای حقوق داخلی نیست، بلکه لازم است در حقوق داخلی ایران، یک قانون مستقل در ارتباط با موضوع حقوق بیماران طراحی و به تصویب برسد.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار؛ حقوق بشر؛ منشور حقوق بیمار؛ میثاق حقوق مدنی و سیاسی؛ میثاق حقوق اقتصادی؛ اجتماعی و فرهنگی

مقدمه

اعلامیه جهانی حقوق بشر که در سال ۱۹۴۸ به تصویب رسید، «کرامت ذاتی انسان» و «برابری» همه اعضای خانواده بشری را به رسمیت شناخته است. مفهوم «حقوق بیمار» نیز بر اساس همین مبانی، یعنی کرامت ذاتی و برابری انسان‌ها، توسعه یافته است (۱). به بیان ساده‌تر، آنچه یک بیمار امروزه تحت عنوان «انسان» از آن متمتع می‌شود، مدیون درک مبانی حقوق اساسی بشر است. حقوق بیماران در نظام‌های حقوق داخلی، بسته به هنجارهای فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و... حاکم بر جامعه، بسیار متنوع و گسترده می‌باشد (۲). اساساً الگوهای مختلفی در ارتباط با مناسبات میان بیماران با کادر درمانی و همچنین مناسبات آن‌ها با دولت در قالب حقوق شهروندی و حقوق بشر ایجاد و توسعه یافته است (۳). برای مثال، در آمریکای شمالی و اروپا، حداقل چهار الگو در این زمینه وجود دارد: ۱- الگوی والدینی؛ ۲- الگوی اطلاع‌رسانی؛ ۳- الگوی تفسیری؛ ۴- الگوی مشورتی. هر کدام از این الگوها تعهدات حرفه‌ای متفاوتی برای مناسبات پزشک و بیمار ارائه و پیشنهاد می‌کند. برای نمونه، در الگوی والدینی، بهترین و عالی‌ترین منافع بیمار بنا به تشخیص متخصصان بالینی در جایگاهی بالاتر از مقررات مربوط به «ارائه اطلاعات پزشکی دقیق به بیمار» یا «اجازه تصمیم‌گیری مستقیم توسط بیمار» قرار دارد؛ اما در الگوی اطلاع‌رسانی، بیمار یک مصرف‌کننده در نظر گرفته می‌شود و در نتیجه این خود بیمار است که با توجه به اطلاعاتی که به وی ارائه می‌شود، قضاوت خواهد کرد که چه درمان یا دارویی برای او مناسب خواهد بود. به بیان ساده‌تر در این الگو، کادر درمانی در جایگاه مقام ارائه‌کننده اطلاعات قرار می‌گیرد (۴).

در ارتباط با الگوی مناسب و مفید برای بیماران، مباحثات و اختلاف‌نظرهای فراوانی مطرح شده است (۵). از سوی دیگر، در رویه بین‌المللی دولت‌ها در ارتباط با این که «حق بر حریم خصوصی»، «محرمانه‌بودن اطلاعات پزشکی»، «لزوم وجود رضایت برای استفاده از یک فرایند درمانی یا امتناع از پذیرش درمان»، مصادیقی از حقوق اساسی بیماران است، همگرایی مشاهده می‌شود (۶).

اعلامیه جهانی حقوق بشر و اسنادی که متعاقب آن به تصویب رسیده (مانند میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) در تقویت مفهوم کرامت انسانی بسیار مؤثر بوده و در همین راستا، زمینه‌های حقوقی و اخلاقی مؤثری را برای ارتقای استانداردهای مراقبتی بر اساس مسؤولیت اساسی انسان‌ها در قبال یکدیگر به عنوان اعضای خانواده بشریت، فراهم کرده است (۷)، اما هنوز تا روشن‌شدن مصادیق حقوق بیماران به صورت مشخص و یکپارچه، راه زیادی باقی مانده است. کمیسیون حقوق بشر ملل متحد (در حال حاضر شورای حقوق بشر) نیز ضمن شناسایی این چالش، گزارشگران ویژه‌ای را برای بررسی و شفاف‌سازی روابط گسترده میان حقوق بشر و حق بر سلامت (که یک مصداق آن حقوق بیماران می‌باشد) تعیین کرده است (۸). مع‌الوصف، هنوز در فضای حقوق بین‌الملل، یک سند جامع در ارتباط با حقوق بیماران وجود ندارد (۹)، اما برخی از تعهدات دولت‌ها که در اسناد جهانی و منطقه‌ای متعددی به صورت پراکنده وجود دارد، در ارتباط با حق بر سلامت و یکی از مصادیق آن، یعنی حقوق بیماران است. متأسفانه در نظام حقوق داخلی ایران نیز وضعی بدتر از نظام حقوق بین‌الملل حاکم است. در ساختار حقوق داخلی ایران اساساً یک قانون یا مجموعه مقررات جامع و الزام‌آور در ارتباط با حقوق بیماران وجود ندارد.

اهمیت تعیین هنجارها و مقررات راجع به حقوق بیماران فقط محدود به جنبه داخلی نیست. برای مثال، در سال‌های اخیر، بحث «توریسم درمانی» یا «گردشگری درمانی» در ادبیات نویسندگان و پژوهشگران حوزه مختلف از جمله حقوق، علوم اجتماعی، علوم سیاسی و... بسیار پررنگ شده است (۱۰). مقصود از توریسم درمانی، استفاده از خدمات درمانی - بهداشتی یک کشور توسط اتباع بیگانه است. در پرتو توریسم درمانی، فرایند درمانی و امکانات یک کشور در حوزه بهداشت و درمان، یکی از عوامل مهم برای کسب درآمد محسوب می‌شود. هرچه رواج فرایند توریسم درمانی بیشتر می‌شود، مسأله حقوق بیماران و مناسبات آن‌ها با کادر درمانی و دولت نیز اهمیت فراوانی می‌یابد (۱۱).

خاص نیز رفتارهای مزبور به نقض هنجارهای بنیادینی مانند ممنوعیت شکنجه و رفتارهای ظالمانه، غیر انسانی و تحقیرآمیز منتهی می‌شود. برای مثال، در گزارشی که اخیراً گزارشگر ویژه شکنجه منتشر کرده، به آسیب‌پذیری گروه‌های فقیر در برابر شکنجه و بدرفتاری در مراکز درمانی توجه کرده است (۱۶).

در ارتباط با کادر درمانی نیز این مسأله صادق است. برای مثال، کادر درمانی در بسیاری از مواقع با شرایطی مانند شرایط کاری ناامن، محدودیت در ارتباط با برخی از امتیازات آیین دادرسی و شکلی در فرایند رسیدگی به تخلفات، محدودیت آزادی در تشکیل برخی اجتماعات و اعتصاب سراسری و... مواجه می‌شوند. هنجارهای حقوق بشری وضعیت کادر درمانی را نیز به عنوان یک بازیگر مهم مورد شناسایی قرار می‌دهد (۱۷). حقوق کادر درمانی باید هم به عنوان یک اصل و هم در جهت تأمین منافع بیماران تضمین شود، زیرا در واقع آن‌ها نمی‌توانند خدمات درمانی مناسبی ارائه کنند، مگر این‌که حقوق و شرایط کاری‌شان به بهترین نحو ممکن تضمین شود، در نتیجه هم از منظر بیماران و هم از منظر کادر درمانی، هنجارهای حقوق بشری نقش اصلی را در تضمین حقوق بیماران و کادر درمانی ایفا می‌کنند (۱۸).

حقوق بشر قابل اعمال

اصول حقوق بشر ایجاب می‌کند که ارائه خدمات به بیماران مطابق با استانداردهای مندرج در هنجارها و توافق نامه‌های حقوق بشر بین‌المللی و منطقه‌ای باشد. استانداردهای مزبور را می‌توان در اسناد عامی مانند میثاق حقوق مدنی - سیاسی، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کنوانسیون مبارزه با شکنجه، منشور آفریقایی راجع به حقوق بشر و مردم، کنوانسیون اروپایی راجع به حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، منشور اجتماعی اروپا و همچنین اسنادی که در موضوعات خاص راجع به زنان (مانند کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان)، کودکان (مانند کنوانسیون حقوق کودک)، افراد دارای معلولیت (کنوانسیون حقوق افراد معلول)، اقلیت‌های نژادی (کنوانسیون بین‌المللی برای رفع همه اشکال تبعیض نژادی) یافت (۱۹).

در نتیجه با توجه به آنچه بیان شد، چالش اساسی این است که در مسأله حقوق بیماران با چه هنجارهای حقوقی مواجه هستیم. به همین دلیل در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش‌ها هستیم که اولاً، از یکسو در چارچوب نظام حقوق بشر بین‌المللی و از سوی دیگر در نظام حقوق داخلی ایران، چه مصادیقی از حقوق بیماران مورد توجه قرار گرفته است؛ ثانیاً، کدام دسته از تعهدات بین‌المللی مزبور در حقوق داخلی قابل اعمال هستند.

مناسبات هنجارهای حقوق بشر و حقوق بیماران

حقوق بیماران و مراقبت از آن‌ها جنبه مهمی از حق بر سلامت در فضای حقوق بشر محسوب می‌شود. وضعیت حقوق بیماران در فضای حقوق بشر به نحوی است که نقض آن، عملاً به نقض طیف گسترده‌ای از مصادیق حقوق بشر، از جمله حقوق مدنی - سیاسی منجر می‌شود (۱۲). در واکنش به همین مسأله، در سال‌های اخیر مفهوم «حقوق بشر در فرایند مراقبت از بیمار» به عنوان چارچوبی مهم برای نظارت، مستندسازی و تحلیل نقض‌های حقوق بیماران، در ادبیات نویسندگان حقوقی و رویه بین‌المللی، منطقه‌ای و داخلی تا حدودی رواج یافته است (۱۳).

در ارتباط با حقوق بیماران نباید بر این مسأله متمرکز شد که بیماران باید صرفاً از مراقبت‌های بهداشتی انسانی و مناسب بهره‌مند شوند. در واقع بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی در بسیاری از موارد با طیفی از رفتارهای مختلف مواجه می‌شوند که کرامت ذاتی انسان را خدشه‌دار می‌کند و سلامتی افراد را به خطر می‌اندازد. در ارتباط با بیماران، رفتارهای مزبور غالباً به نقض هنجارهایی از قبیل رضایت آگاهانه، محرمانه‌بودن و حفظ حریم خصوصی و عدم تبعیض منتهی می‌شود (۱۴). شایان ذکر است که هنجارهای حقوق بشری نسبت به موضوعات تبعیض‌آمیز و محرومیت‌های اجتماعی بسیار حساس‌اند. در این راستا می‌توانیم به وضعیت بیماران مبتلا به ایدز در جامعه، اقلیت‌های جنسی و جنسیتی، افرادی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند یا وضعیت افرادی که دارای معلولیت هستند، اشاره کنیم (۱۵)، البته در موارد

بر گزارش‌های حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دولت‌های عضو تأسیس کرده است. این کمیته در راستای انجام وظیفه نظارتی خود، به تفسیر مقررات میثاق نیز می‌پردازد (۲۵) و پس از بررسی گزارش‌ها، پیشنهادها و توصیه‌هایی را تحت عنوان «نتیجه مشاهدات (Concluding Observations)» ارائه و در ضمن این پیشنهادها و توصیه‌ها، معنای مقررات میثاق را در حوزه‌های مختلف بیان می‌کند (۲۶).

«حق هر کس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول» از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت. در نهایت در سال ۲۰۰۰ نیز گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ راجع به این حق به تصویب رسید. شایان ذکر است که در سال ۱۹۹۹، دور جدیدی از مذاکرات میان کمیته و سازمان‌های غیر دولتی و برخی از مؤسسات تخصصی وابسته به ملل متحد از جمله سازمان بهداشت جهانی آغاز شد که این مذاکرات در فرایند تصویب گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ تأثیر بسیار زیادی داشت (۲۷)، حال که منابع هنجارهای مرتبط با حق بر سلامت و حقوق بیماران مشخص شد، در ادامه با بررسی منابع مختلف باید مصادیق حقوق بیماران را در قلمرو حقوق بشر بین‌المللی مشخص کنیم.

مصادیق حقوق بیماران در پرتو مقررات حقوق بشر بین‌المللی

در اسناد و منابع حقوق بشر، مصادیق مختلفی از حقوق بشر وجود دارد که به صورت مستقیم با حقوق بیماران ارتباط دارند. به بیان ساده‌تر، برخی از رفتارهای خاص در ارتباط با بیماران، نقض برخی از مصادیق حقوق بشر محسوب می‌شود که در ادامه به آن اشاره خواهیم کرد:

۱- حق بر آزادی و امنیت شخصی

این حق در بند اول از ماده ۹ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، ماده ۶ منشور آفریقایی راجع به حقوق بشر و مردم و همچنین بند ۱ از ماده ۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر مورد اشاره قرار گرفته است. در موارد بسیاری مشاهده شده است که بیماران به علت ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی، پس

مقررات این اسناد را نهادهای حقوق بشری مختلف تفسیر کرده‌اند. در ضمن ساز و کار تفسیر و تکرار آن توسط نهادهای حقوق بشری، برخی ممنوعیت‌ها در قامت اصول کلی حقوق بیماران ظاهر شده‌اند (۲۰). در این راستا می‌توانیم به حق بر آزادی و امنیت بیماران روانی که بدون طی شدن مراحل قانونی لازم، در مؤسسات مربوطه نگهداری می‌شوند، حق بر حریم خصوصی برای منع افشای غیر مجاز اطلاعات راجع به سلامتی اشخاص، حق بر تمامیت جسمانی و امنیت فردی در ممنوعیت استفاده از دارو برای کودک برخلاف خواست والدین، حق بر رهایی از رفتارها و مجازات‌های بی‌رحمانه، غیر انسانی یا تحقیرآمیز در راستای تعهد دولت‌ها راجع به تأمین سلامت و رفاه مناسب زندانیان، اشاره کنیم (۲۱). شایان ذکر است که فضای کافی برای توسعه این رویه وجود دارد. به بیان ساده‌تر نهادهای حقوق بشری در مقام تفسیر و تکرار هنجارهای حقوق بشر می‌توانند زمینه را برای تولد هنجارهای جدید در ارتباط با حقوق بیماران فراهم کنند (۲۲).

یک هنجار مهم از فضای حقوق بشر که ارتباط نزدیکی با حقوق بیماران دارد، حق بر تمتع از بهترین استاندارد سلامت جسمی و روحی ممکن‌الحصول می‌باشد که در ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیان شده است. چارچوب حقوق بشر و هنجارهای آن عموماً به مسؤولیت دولت در ارتباط با احترام به حقوق بشر و تحقق شرایط لازم برای درک و اجرای حقوق بشر تأکید می‌کنند (۲۳). به بیان ساده‌تر، در تحلیل حق بر سلامت، هم جنبه‌های مثبت (یعنی به صورت ایجاب) و هم جنبه‌های منفی (یعنی به صورت نفی) وجود دارد. جنبه‌های مثبت حق بر سلامت ناظر به در دسترس بودن، قابل پذیرش بودن و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و جنبه‌های منفی ناظر بر ممنوعیت نقض مصادیق حق بر سلامت و همچنین عدم تبعیض در ارائه خدمات درمانی است (۲۴).

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (CESCR: Committee on Economic, Social and Cultural Rights) را شورای اقتصادی و اجتماعی (Economic and Social Council) ملل متحد برای نظارت

این حق در بند «ب» از ماده ۵ کنوانسیون بین‌المللی رفع همه اشکال تبعیض نژادی، ماده ۴ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، بند ۱ از ماده ۶ کنوانسیون چارچوبی شورای اروپا راجع به حفاظت از اقلیت‌های ملی، بند ۱ از ماده ۱۹ کنوانسیون حقوق کودک و ماده ۵ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر و اخلاق زیستی صراحتاً مورد تأکید قرار گرفته است. شایان ذکر است که این حق در میثاق حقوق مدنی و سیاسی، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و همچنین کنوانسیون اروپایی حقوق بشر به عنوان مصداقی از حق بر امنیت اشخاص و حق بر رهایی از شکنجه و رفتارهای غیر انسانی و ظالمانه مورد توجه قرار گرفته است. در موارد متعددی مشاهده شده است که پزشکان قبل از انجام اقدامات پزشکی رضایت آزادانه و آگاهانه بیماران را کسب نکرده‌اند (۳۶). همچنین در مواردی بیماران به تغییر پزشک یا ارائه کننده مراقبت‌های بهداشتی درمانی مجاز نبوده‌اند (۳۷). این موارد نیز مصداق نقض حق بر تمامیت جسمانی محسوب می‌شود.

۵- حق حیات

این حق در بند ۱ ماده ۶ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، ماده ۴ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم و بند ۱ از ماده ۲ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر مورد تصریح قرار گرفته است. یکی از عوامل اصلی در مرگ و میر مادران جوان، رعایت نکردن معیارهای بهداشتی و پزشکی در زمان بارداری و زایمان است. به بیان ساده‌تر رعایت نکردن این معیارها در مراکز درمانی و بهداشتی به نقض حق حیات افراد منجر می‌شود (۳۸). همچنین در بسیاری از موارد سیستم حمل و نقل بیماران (آمبولانس‌ها) بنا به دلایل مختلف به موقع در موقعیت حاضر نمی‌شوند که تأخیر مزبور به مرگ بیمار منجر می‌شود (۳۹). این موارد در واقع مصادیقی از نقض حقوق بیماران و حق حیات محسوب می‌شود.

۶- حق بر تمتع از بهترین استاندارد سلامت ممکن الحصول

به این حق ذیل ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ماده ۵ کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی، ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک، بند ۱ از ماده ۱۲

از پایان یافتن دوره درمان، برخلاف میلشان در بیمارستان بازداشت می‌شوند. به تعبیری مدیران بیمارستان، اجازه ترخیص آن‌ها را صادر نمی‌کنند. این رفتار در واقع بر خلاف حق بیماران بر آزادی و امنیت شخصی است (۲۸).

۲- حق بر حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن

این حق در بند اول از ماده ۱۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، بند اول از ماده ۱۶ کنوانسیون حقوق کودک و بند ۱ ماده ۸ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است. در عمل، رفتارهای مختلفی در ارتباط با بیماران انجام می‌گیرد که نقض این حق محسوب می‌شود. برای مثال اصولاً در فضای مراکز درمانی، اطلاعات پزشکی و سلامت بیماران در دسترس همه کارکنان قرار دارد (۲۹). همچنین بیماران غالباً برای دریافت مرخصی‌های کوتاه مدت و رسیدگی به فرایند درمانی خود، مجبورند اطلاعات راجع به بیماری خود را نزد کارفرمایان و مدیران افشا کنند (۳۰). از طرفی در غالب موارد، برخی از آزمایش‌های پزشکی بنا به دلایل مختلف از جمله کمبود امکانات و افزایش مراجعین، در شرایط عمومی انجام می‌گیرد (۳۱).

۳- حق بر دسترسی به اطلاعات

این حق در بند ۲ ماده ۱۹ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، بند ۱ از ماده ۹ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، بند ۱ ماده ۹ کنوانسیون چارچوبی شورای اروپا راجع به حفاظت از اقلیت‌های ملی و بند ۲ از ماده ۱۰ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر و اخلاق زیستی مورد تأکید قرار گرفته است. گاهی اوقات دولت‌ها اطلاعات راجع به خدمات بهداشتی و پزشکی ارائه نمی‌کنند (۳۲) و یا پزشکان اجازه ندارند که در مورد روش‌های درمانی، خطرات و مزایای احتمالی آن‌ها اطلاعاتی را در اختیار بیماران قرار دهند (۳۳). در موارد دیگر نیز مشاهده شده است که از دسترسی بیماران به پرونده‌های پزشکی خودداری می‌شود (۳۴) و یا خدمات اطلاعاتی برای افرادی که به زبان‌های محلی یا خاص صحبت می‌کنند، در دسترس نیست (۳۵). همه این موارد در واقع مصداقی از نقض حق بر دسترسی به اطلاعات محسوب می‌شود.

۴- حق بر تمامیت جسمانی

ندارند، در نتیجه رفتار مزبور، مصداقی از نقض حق مشارکت در سیاستگذاری عمومی محسوب می‌شود (۴۵).

۹- حق بر عدم تبعیض و برابری

این حق ذیل بند ۱ ماده ۲۱ و ماده ۲۶ از میثاق حقوق مدنی و سیاسی، بند ۲ ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مواد ۲ و ۳ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، بند ۱ ماده ۴ کنوانسیون چارچوبی شورای اروپا راجع به حفاظت از اقلیت‌های ملی و ماده ۱۴ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر مورد تصریح قرار گرفته است. در برخی کشورها مشاهده شده است زنانی که از گروه‌های نژادی مختلف هستند در زمان زایمان، در بخش‌های جداگانه بستری می‌شوند (۴۶). در موارد متعددی نیز پزشکان و مراکز درمانی از ارائه خدمات به افراد مبتلا به بیماری‌های خاص مانند ایدز یا افرادی که دارای اعتیاد به مواد مخدرند، امتناع می‌کنند (۴۷). این رفتارها نیز مصداق بارزی از نقض حق بر عدم تبعیض و برابری محسوب می‌شود.

۱۰- حق بر دادخواهی و تقاضای جبران خسارات

بر این حق در بند ۳ ماده ۲ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، ماده ۶ کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی، ماده ۲۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، ماده ۱۳ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر، تأکید شده است. به طور کلی این حق به نهاد مسؤولیت دولت بازمی‌گردد. به بیان ساده‌تر، هرگاه یکی از مصادیق حقوق بیماران از جانب هر شخص یا مقامی نقض شود، دولت مکلف است به دادخواهی افراد و تقاضای آن‌ها مبنی بر جبران کلیه خسارات وارده با رعایت شرایط قانونی ترتیب اثر دهد (۴۸).

مصادیق حقوق بیمار در اسناد حقوقی اتحادیه اروپا به ویژه اسناد غیر الزام‌آور در قالب اعلامیه‌ها، قطع‌نامه‌ها، اصول راهنما و... مورد تأکید و توسعه قرار گرفت. تکرار اصول و هنجارهای حاکم بر حقوق بیمار در اسناد منطقه‌ای متعدد به ویژه در قلمرو حقوق اتحادیه اروپا و از سوی دیگر الگوگرفتن اعلامیه‌ها و قطع‌نامه‌های سازمان ملل متحد و همچنین سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با حق بر سلامت و حقوق بیماران، باعث شد که برخی نویسندگان ادعان داشته باشند

کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم و مواد ۱۱ و ۱۳ منشور اجتماعی اروپا اشاره شده است. در موارد متعددی خدمات بهداشتی مناسب برای بهداشت و سلامت مادران و زنان باردار وجود ندارد (۴۰). در موارد بسیاری نیز برخی محله‌های شهری از خدمات پزشکان و امکانات بهداشتی و سلامتی محروم‌اند (۴۱). همچنین بیماران خاص در بسیاری از کشورها از دسترسی به ابتدایی‌ترین سطح بیمه محروم هستند (۴۲). همه این موارد، مصادیقی از نقض این حق در ارتباط با بیماران محسوب می‌شود.

۷- حق رهایی از شکنجه، آزار یا رفتارهای ظالمانه و غیر انسانی

بر این حق در ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، کنوانسیون مبارزه با شکنجه، ماده ۵ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، ماده ۳ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر و همچنین کنوانسیون اروپایی ممنوعیت شکنجه، تأکید شده است. در بسیاری از کشورها، متأسفانه استانداردهای مناسبی برای زندانیان جهت بهره‌مندی از معالجه پزشکی وجود ندارد (۴۳). قوانین داخلی بسیاری از دولت‌ها دسترسی به مسکن‌ها و آرام بخش‌های قوی را در راستای مبارزه با مواد مخدر، ممنوع و یا بسیار محدود کرده است. این مسأله باعث می‌شود که بیماران مبتلا به بیماری‌هایی مانند سرطان، ایدز و... دردهای غیر ضروری شدیدی را متحمل شوند، در نتیجه در ارتباط با افراد مزبور حق رهایی از آزار یا رفتارهای ظالمانه، نقض شده است (۴۴).

۸- حق مشارکت در سیاستگذاری عمومی

به این حق در ماده ۲۵ از میثاق حقوق مدنی و سیاسی، بند «ج» از ماده ۵ کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی، بند ۱ از ماده ۱۳ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم و ماده ۱۵ کنوانسیون چارچوبی شورای اروپا راجع به حفاظت از اقلیت‌های ملی تصریح شده است. در بسیاری از کشورها اساساً شهروندان و به طور خاص بیماران، مجال برای اظهار نظر و مشارکت در تعیین اولویت‌های بهداشت و درمان عمومی

که مصادیق حقوق بیماران جنبه عرفی به خود گرفته است، زیرا علاوه بر این که در مخالفت با آن‌ها، هیچ‌گونه اعتراض رسمی از جانب دولت‌ها یا بازیگران بین‌المللی ارائه نشده، استقبال دولت‌ها در میزان مشارکت در آرای مثبت به قطع‌نامه‌ها و اعلامیه‌های مزبور نیز مشهود است (۴۹).

حقوق بیماران در نظام حقوقی ایران

منشور حقوق بیمار تنها سندی می‌باشد که در نظام حقوقی ایران، به طور مشخص به مسأله حقوق بیماران پرداخته است. این سند در سال ۱۳۸۱ تدوین و در زمستان همان سال از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت ابلاغ شد. با گذشت چند سال و تحلیل نارسایی‌های سند مزبور، تدوین سندی جامع در ارتباط با حقوق بیمار در دستورکار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. در نهایت متن نهایی منشور حقوق بیمار در شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسید و در آبان‌ماه ۱۳۸۸ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تمام مراکز تابعه ابلاغ کرد (۵۰).

منشور جامع حقوق بیمار یک مقدمه تحت عنوان «بینش و ارزش» و پنج محور اصلی دارد که عبارتند از: ۱- حق دریافت خدمات مطلوب؛ ۲- حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی؛ ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت؛ ۴- حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری؛ ۵- حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایت.

در مقدمه این منشور بر مبنای اصلی آن، یعنی کرامت و ارزش‌های والای انسانی، و هدف اصلی آن، یعنی حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت، تأکید شده است. اولین حقی که برای بیماران در نظر گرفته شده، حق بر دریافت خدمات سلامت است. ارائه خدمات سلامت باید: شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها باشد، بر پایه صداقت، انصاف، ادب و توأم با مهربانی باشد، فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیت باشد، بر اساس دانش روز و مبتنی بر

منافع بیمار باشد، به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیر ضروری باشد، توجه ویژه‌ای به وضعیت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان و... داشته باشد، با در نظر گرفتن متغیرهایی همچون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد، مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس) بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد، در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت است و مرگ بیمار قریب‌الوقوع است، خدمات بهداشتی با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار است (۵۱)؛ دومین حق بیمار، حق دسترسی به اطلاعات به نحو مطلوب و به میزان کافی است. در راستای اعمال این حق، بیمار باید به اطلاعات ذیل دسترسی داشته باشد: اطلاعات راجع به ضوابط و هزینه‌های بیمارستان اعم از هزینه‌های درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه، اطلاعات حرفه‌ای و تخصصی راجع به کادر پزشکی و درمانی اعم از پزشک، پرستار، دانشجو و...، اطلاعات راجع به روش‌های تشخیصی و درمانی و همچنین نقاط ضعف و قوت و عوارض احتمالی آن‌ها، اطلاعات راجع به نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی کادر درمانی در طول درمان، اطلاعات راجع به آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان، اطلاعات ثبت‌شده در پرونده بالینی و حق دریافت تصویر آن (۵۰)؛ سومین مصداق از حقوق بیمار، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت است. این حق شامل مواردی است از قبیل انتخاب پزشک معالج و مرکز درمانی که خدمات سلامت را ارائه می‌دهد، انتخاب و نظرخواهی از پزشک دیگر به عنوان مشاور، امکان قبول یا رد فرایندهای درمانی پس از اطلاع‌یافتن از عوارض احتمالی، انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید به صورت آزادانه و آگاهانه، یعنی بر اساس اطلاعات کافی و جامع باشد، پس از دریافت اطلاعات باید مدت زمانی معقول و متعارف به بیمار برای تصمیم‌گیری داده شود (۵۲)؛ چهارمین مصداق از حقوق بیمار، ارائه خدمات سلامت بر مبنای احترام به حریم خصوصی و رعایت اصل رازداری است.

حقوقی، یک بخش‌نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می‌شود. در واقع بخش‌نامه‌ها پس از آیین‌نامه‌ها در طبقه‌ای پایین‌تر در سلسله مراتب منابع نظام حقوقی ایران قرار دارند و وظیفه اصلی آن‌ها تعریف دقیق و منجز از تعهدات و مسؤولیت‌های قانونی است. نکته جالب توجه این است که منشور حقوق بیمار در اغلب موارد، حقوق و تعهدات کلی را تعریف کرده و ضمانت اجرا و حدود مسؤولیت‌ها به صورت دقیق در آن ترسیم نشده است. همه این موارد باعث می‌شود که این سند در عمل نتواند نیازها و چالش‌های راجع به حقوق بیماران را به نحو احسن تأمین و حل و فصل کند.

اما در فضای حقوق بین‌الملل با توجه به این‌که مقوله حقوق بیماران در قلمرو حقوق بشر بین‌الملل پشتوانه‌ای قوی دارد، از حیث هنجاری با ادبیاتی غنی مواجه هستیم. تعهدات بین‌المللی راجع به حقوق بیماران عموماً منشأ معاهداتی دارند. معاهدات مزبور نیز به دو دسته معاهدات عام مانند میثاق حقوق مدنی و سیاسی و معاهدات خاص مانند اسناد حقوقی اتحادیه اروپا و آفریقا تقسیم می‌شوند که باید میان تعهدات ناشی از آن‌ها در نظام حقوقی ایران قائل به تفکیک شویم.

از آنجا که دولت ایران برخی از معاهدات عام بین‌المللی مانند میثاق حقوق مدنی و سیاسی و همچنین میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به تصویب رسانده است، در نتیجه به استناد ماده ۹ قانون مدنی، مفاد معاهدات مزبور و تعهدات ناشی از آن‌ها «در حکم قانون» محسوب می‌شوند. در نتیجه غنای ادبیات حقوق بشر بین‌المللی راجع به حقوق بیماران، تا حدود زیادی خلأهای موجود در نظام حقوقی ایران را جبران می‌کند.

در ارتباط با دسته دوم، یعنی اسناد منطقه‌ای این نکته که اساساً دولت ایران، طرف اسناد مزبور محسوب نمی‌شود، مهم و جالب توجه است. هنجارها و مصادیق حقوق بیمار که در اسناد مزبور به آن اشاره شده است، به واسطه تکرار در معاهدات منطقه‌ای مختلف عملاً به قواعد عرفی حقوق بین‌الملل تبدیل شده‌اند. به تعبیری، صرف این‌که دولت ایران خارج از جغرافیای اسناد منطقه‌ای خاص است، مانع از این

لازم است اصل رازداری و احترام به حریم خصوصی بیمار به صورت مطلق نسبت به همه مسائل راجع به بیمار رعایت شود، مگر آنچه به حکم قانون صراحتاً مستثنی شده باشد. همچنین دولت و مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی مکلف‌اند کلیه اقدامات و امکانات لازم را برای اجرای اصل مزبور فراهم کنند، از طرفی، دسترسی به اطلاعات راجع به بیمار و وضعیت وی، اصولاً برای خود بیمار، کادر درمانی که در فرایند درمان مشارکت دارند و افرادی که از طرف بیمار تعیین می‌شوند، امکان‌پذیر است (۵۳)؛ پنجمین مصداق از حقوق بیمار، دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است. در منشور حقوق بیمار، به این موضوع اشاره شده است که هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون ایجاد خللی در فرایند درمانی، به مقامات صالح شکایت کند، علاوه بر این، بیمار حق دارد از روند شکایت خود و نتایج آن نیز آگاه شود، در نهایت نیز خسارت ناشی از تقصیر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات آن، در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود (۵۴).

نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر بنا به دلایل مختلفی، از جمله گسترش بیماری‌های واگیر، حقوق بیماران به یکی از موضوعات پراهمیت در ادبیات نویسندگان و حقوقدانان بدل شده است، اما با این حال، از حیث منابع حقوق بیماران خلأهای فراوانی وجود دارد. در نظام حقوق داخلی ایران صرفاً یک سند مشخص (یعنی منشور حقوق بیماران) وجود دارد که به مسأله حقوق بیماران پرداخته است.

یکی از نقاط ضعف منشور حقوق بیماران، قانون نبودن آن است. در فضای علم حقوق، «احکام تابع عناوین هستند.» در اینجا نیز منشور حقوق بیماران فاقد عنوان قانون است. این منشور در سلسله مراتب منابع نظام حقوقی ایران ذیل عنوان «آیین‌نامه»، که یک طبقه پایین‌تر از عنوان قانون است، نیز قرار نمی‌گیرد، زیرا آیین‌نامه‌ها اصولاً باید به تصویب هیأت دولت برسند و کارکرد اصلی آن‌ها تعریف جزئیات تعهدات قانونی است. منشور حقوق بیماران نهایتاً از حیث ماهیت

نیست که نتوان از ادبیات غنی اسناد مزبور در قامت قواعد و هنجارهای عرفی در نظام حقوقی ایران استفاده کنیم. علاوه بر این، به مفاد اسناد و معاهدات منطقه‌ای در اسناد غیر الزام‌آور جهانی مانند اعلامیه‌های مجمع عمومی سازمان ملل متحد یا سازمان بهداشت جهانی، نیز اشاره شده است که در فرایند صدور اسناد مزبور مخالفت صریحی از جانب دولت ایران نسبت به مفاد آن‌ها به ثبت نرسیده است، در نتیجه می‌توان از اسناد و هنجارهای غیر الزام‌آور مزبور، حداقل در مقام تفسیر و تعیین قلمرو هنجارها و تعهدات جهانی مانند مفاد میثاق حقوق مدنی و سیاسی و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، استفاده کرد.

References

1. Mokrzycka A, Kowalska-Bobko I. Public Health Legislation and Patient's Rights: Health 2020 Strategy, European Perspective. In: Rosiek A. Organizational Culture and Ethics in Modern Medicine. New York: IGI Global; 2016. p.302.
2. Arboleda-Flórez J. Mental Health Rights: The Relation between Constitution and Bioethics. In: Weisstub D, Díaz P. Autonomy and Human Rights in Health Care: An International Perspective. London: Springer; 2008. p.309-310.
3. Mohiuddin A. The Role of the Pharmacist in Patient Care: Achieving High Quality, Cost-Effective and Accessible Healthcare through a Team-Based, Patient-Centered Approach. Florida: Universal Publishers; 2020. p.228.
4. Sygit B, Waşık D. Patients' Rights and Medical Personnel Duties in the Field of Hospital Care. In: Rosiek A. Organizational Culture and Ethics in Modern Medicine. New York: IGI Global; 2016. p.283.
5. Cullen R. Health Information on the Internet: A Study of Providers, Quality and Users. London: Greenwood Publishing Group; 2006. p.144.
6. Forren J. Drain's PeriAnesthesia Nursing E-Book: A Critical Care Approach. Missouri: Elsevier Health Sciences; 2012. p.88.
7. Yanghee L. Status of Child Rights in the International Community. In: Nastasi B, Hart S, Naser S. International Handbook on Child Rights and School Psychology. London: Springer; 2020. p.51.
8. Evans D, Queen E, Martin L. Health & Human Rights in Conflict and Emergencies. In: Gostin L, Meier B. Foundations of Global Health & Human Rights. Oxford: Oxford University Press; 2020. p.83.
9. Chorev N. The World Health Organization between North and South. London: Cornell University Press; 2012. p.73.
10. Poklaski A. Toward an International Constitution of Patient Rights. *Indiana Journal of Global Legal Studies* 2016; 23(2): 893-894.
11. Lunt N, Horsfall D, Hanefeld J. The shaping of contemporary medical tourism and patient mobility. In: Lunt N, Horsfall D, Hanefeld J. Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility. Cheltenham: Edward Elgar; 2015. p.11-12.
12. Forrester K, Griffiths D. Essentials of Law for Medical Practitioners. London: Elsevier Health Sciences; 2011. p.45.
13. Buka P. Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses: A practical guide. London: CRC Press; 2008. p.160-161.
14. Hughes A. Human dignity and fundamental rights in South Africa and Ireland. Pretoria: Pretoria University Law Press; 2014. p.494-495.
15. Amarillas A, Conner A, Akers D, Solomon J, DiClemente R. The Complete HIV/AIDS Teaching Kit: With CD-ROM. London: Springer; 2007. p.313.
16. Teays W. Doctors and Torture: Medicine at the Crossroads. London: Springer; 2019. p.142.
17. Elliott D, Aitken L, Chaboyer W. ACCCN's Critical Care Nursing E-Book. London: Elsevier Health Sciences; 2011. p.767-768.
18. Tietze K. Clinical Skills for Pharmacists E-Book: A Patient-Focused Approach. London: Elsevier Health Sciences; 2011. p.172.
19. Joseph S, Castan M. The International Covenant on Civil and Political Rights: Cases, Materials and Commentaries. Oxford: Oxford University Press; 2013. p.345.
20. Pellegrino E. Rationing Health Care: Inherent Conflicts within the Concept of Justice. In: Bondeson W, Jones J. The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights. London: Springer; 2013. p.12-13.
21. Beletsky L, Ezer T, Overall J, Byrne I, Cohen J. Advancing human rights in patient care: The law in seven transitional countries. *Open Society Foundations* 2013; 125: 19-33.
22. Mann J, Gruskin S, Grodin M, Annas G. Health and human rights: A reader. New York: Routledge; 1999. p.281.
23. Renz F. State Responsibility and New Trends in the Privatization of Warfare. London: Edward Elgar Publishing Limited; 2020. p.15-16.
24. Nolan A. The Child's Right to Health and the Courts. In: Harrington J, Stuttaford M. Global Health and Human Rights: Legal and Philosophical Perspectives. London: Routledge; 2010. p.135-136.
25. Alston P. Out of the Abyss: The Challenges Confronting the New U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights Quarterly* 1987; 9(3): 332-381.

26. Schutter O. *International Human Rights Law*. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p.821, 825.
27. Kaltenborn M. The Human Rights Framework for Establishing Social Protection Floors and Achieving Universal Health Coverage. In: Kaltenborn M, Krajewski M, Kuhn H. *Sustainable Development Goals and Human Rights*. London: Springer; 2020. p.32-33.
28. Finch J. *Speller's Law Relating to Hospitals*. London: Springer; 2013. p.780.
29. Ramlaul A, Vosper M. *Patient Centered Care in Medical Imaging and Radiotherapy E-Book*. London: Elsevier Health Sciences; 2013. p.52.
30. Rathmell A. Confidentiality. In: Davey P, Sprigings D. *Diagnosis and Treatment in Internal Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p.22-23.
31. Foldes M. Addressing Equity in Health Care at the Public-Private Intersection: The Role of Health Rights Enforcement in Hungary. In: Flood C, Gross A. *The Right to Health at the Public/ Private Divide: A Global Comparative Study*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p.220.
32. Lustig H. *Naked in the Nursing Home: The Women's Guide to Paying for Long-term Care Without Going Broke*. New York: Blooming Twig Books; 2011. p.58-59.
33. Pozgar G. *Legal Aspects of Health Care Administration*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2018. p.370.
34. Davis N, LaCour M. *Foundations of Health Information Management*. London: Elsevier Health Sciences; 2016. p.417.
35. Tan-McGrory A, Madu A, Kenst K, Betancourt J. Engaging Patients from Diverse Backgrounds in Healthcare Treatment. In: Hadler A, Sutton S, Osterberg L. *The Wiley Handbook of Healthcare Treatment Engagement: Theory, Research and Clinical Practice*. West Sussex: Wiley; 2020. p.344.
36. Austriaco N. *Biomedicine and Beatitude: An Introduction to Catholic Bioethics*. Washington: The Catholic University of America Press; 2011. p.131.
37. Scott R. *Promoting Legal and Ethical Awareness: A Primer for Health Professionals and Patients*. London: Elsevier Health Sciences; 2008. p.223.
38. Perry S, Hockenberry M, Alden K, Lowdermilk D, Cashion M, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*. London: Elsevier Health Sciences; 2017. p.40.
39. Etheridge P. Investigating child deaths in the UK - the Police Perspective. In: Cohen M, Scheimberg I, Beckwith B, Hauck F. *Investigation of Sudden Infant Death Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p.28-29.
40. Hunt P, Backman G, Mesquita J, Finer L, Khosla R, Korljan D, et al. The right to the highest attainable standard of health. In: Detels R, Gulliford M, Karim Q, Tan C. *Oxford Textbook of Global Public Health*. Oxford: Oxford University Press; 2017. p.286.
41. Kadri A. *IAPSM's Textbook of Community Medicine*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2019. p.949.
42. Almgren G. *Health Care Politics, Policy and Services: A Social Justice Analysis*. London: Springer Publishing Company; 2006. p.174.
43. Gideon L. *Special Needs Offenders in Correctional Institutions*. London: SAGE; 2013. p.133.
44. Read S. Opioids and the Law. In: Deer TR, Leong MS, Buvanendran A, Gordin V, Kim PS, Panchal SJ, et al. *Comprehensive Treatment of Chronic Pain by Medical, Interventional and Integrative Approaches: The American Academy of Pain Medicine Textbook on Patient Management*. London: Springer; 2013. p.136.
45. Green G, Boaz A, Stuttaford M. *Public Participation in Health Care: Exploring the Co-Production of Knowledge*. Lausanne: Frontiers; 2020. p.103.
46. Nguyen T. *Childbirth, Maternity and Medical Pluralism in French Colonial Vietnam*. New York: University of Rochester Press; 2016. p.69.
47. Wolfe D. HIV in Central Asia: Tajikistan, Uzbekistan and Kyrgyzstan. In: Celentano D, Beyrer C. *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low - and Middle - Income Countries: Epidemiology, Prevention and Care*. London: Springer; 2009. p.564.
48. Seibert-Fohr A. *Prosecuting Serious Human Rights Violations*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p.55.
49. Peled-Raz M. Human rights in patient care and public health - a common ground. *Public Health Reviews* 2017; 38(1): 29-38.
50. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Manshoore Hoghoghe Bimar Dar Iran. Review of revolution of patient's right charter. *IJME* 2010; 3(1 and 2): 39-47.
51. Hadiyan Z, Dehghan-Nayeri N. Barriers in the Performance of Patient's Rights in Iran and

Appropriate Offered Solutions Review Article. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2014; 24(4): 69-79.

52. Poorbakhsh SMA. Analysis of logical criteria for codification of patient's rights charter. *Iranian Journal of Medical Law* 2009; 3(9): 35-62.

53. Moosae M, Fatemi-Abhari M, Nikbin Sedaghati F. Factors and Strategies of Patient's Rights Observance. *Social Welfare* 2011; 10(39): 55-84.

54. Bagheriye-Motlagh N, Ghasemiye-Hamed A, Quasi-Judicial Authorities Investigating Violations in the Provision of Health Care Services. *Iranian Journal of Medical Law* 2019; 13(51): 177-205.