

مروری بر سیر تدوین منشور حقوق بیمار در ایران

علیرضا پارساپور^{۱*}، علیرضا باقری^۲، باقر لاریجانی^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حقوق بیمار یکی از محورهای شاخص در تعریف استانداردها جهت اعمال حاکمیت خدمات بالینی است. در سال ۱۳۸۱ برای اولین بار منشور حقوق بیمار در ایران تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید. با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع در مورد حقوق بیمار، منشور حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه‌ی درمان تدوین گردید که در این مقاله متن نهایی منشور ارائه و مراحل تدوین آن تشریح می‌گردد.

تدوین منشور حقوق بیمار طی مراحل مرور جامع منابع موجود، انجام مطالعه‌ی میدانی در خصوص نگرش پزشکان، پرستاران و بیماران در مورد ضرورت رعایت حقوق بیمار، تدوین پیش‌نویس منشور حقوق بیمار، نظرسنجی مکاتبه‌ای و حضوری از صاحب نظران در خصوص پیش‌نویس و نهایتاً برگزاری کارگاه مشورتی جهت بررسی جامع پیش‌نویس صورت پذیرفت. در پایان متن پیشنهادی منشور در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرح و به تصویب رسید. متن نهایی منشور حقوق بیمار در آبان ماه ۱۳۸۸ از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز تابعه ابلاغ گردید.

منشور جامع حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند به همراه بیش از ۱۰۰۰ مورد از ارزش و یک تبصره پایانی تنظیم گردیده است. محورهای پنج‌گانه منشور شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و در نهایت حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است که به ترتیب هر یک در ۱۴، ۷، ۴، ۳ و ۳ بند تدوین گردیده است.

باید توجه داشت که اگر چه تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار اقدامی ارزشمند در جهت ایفای حقوق بیماران می‌باشد، اما زمانی تمهیدات لازم جهت فرهنگ‌سازی مناسب، توجه همه جانبه به حقوق کلیه ذی‌نفعان، شناسایی موانع، می‌توان به رعایت مفاد آن امیدوار بود که راهکارهای اجرایی شدن منشور و همچنین لحاظ نمودن رعایت حقوق بیماران به‌عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت فراهم گردد.

واژگان کلیدی: حقوق بیمار، اخلاق پزشکی، منشور حقوق بیمار در ایران

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ استادیار گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ استاد، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: aliparsa@tums.ac.ir

مقدمه

علیرغم جوان بودن علم اخلاق پزشکی به‌عنوان یک رشته‌ی دانشگاهی، مفاهیم اخلاقی همواره در کنار پزشکی مطرح بوده و قدمتی به بلندای تاریخ طب دارد. به‌عنوان مثال، متونی چون سوگندنامه‌ی بقراط (۱)، مناجات‌نامه‌ی ابن میمون (۱) و آیین اخلاقی عقیلی شیرازی (۲) از متون کهنی هستند که در آن به اصولی چون لزوم رجحان منافع بیمار بر پزشک و رعایت اصل رازداری تأکید شده است. گرچه در ادبیات گذشته بیش از آن که به واژه‌ی حقوق بیمار اشاره شود از تعهدات پزشکان استفاده می‌شده است.

در دهه‌های اخیر، متناسب با پیشرفت خیره‌کننده‌ی علوم خصوصاً پزشکی و پیدایش روش‌های روزآمد درمانی و پیشرفت فن‌آوری‌های علوم پزشکی، حوزه‌ی تعامل و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده است و این خود چالش‌های اخلاقی زیادی را به دنبال داشته است (۳). از سوی دیگر، نهضت جهانی دفاع از حقوق بشر در دهه‌های اخیر توجه مجامع علمی جهانی را به حقوق گروه‌های اجتماعی خاص از جمله بیماران جلب نموده است. بیماران به‌عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی چه به لحاظ فیزیکی (جسمی) و چه به لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی در معرض خطر قرار داشته و این عامل توجه خاص مجامع بین‌المللی حقوق بشر به مفهوم حقوق بیمار می‌باشد (۴).

دیدگاه و تجربه‌ی بیمار از خدمات سلامت به‌عنوان یکی از حوزه‌های چهارگانه حاکمیت خدمات بالینی مورد نظر سازمان بهداشت جهانی بوده (۵) و موضوع حقوق بیمار در کنار رضایت‌مندی وی از خدمات سلامت از جمله مهم‌ترین محورهای این رکن از حاکمیت خدمات بالینی می‌باشد (۶) که بر مبنای آن استانداردهای پیش خدمات تعریف می‌شود. از سوی دیگر، تعریف جامع سلامت به تمام ابعاد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آحاد جامعه توجه دارد و تأمین آن بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی از مهم‌ترین تعهدات حاکمیت

در جمهوری اسلامی ایران است (۷). نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه‌ی گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای و حساسیت نسبت به تفاوت‌های موجود، لازمه‌ی مراقبت مطلوب از بیمار است. به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه‌ی خدمات سلامت، بیمارستان‌ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده‌ی آنان، پزشکان و سایر مراقبت‌کنندگان باشند. بیمارستان‌ها و کلیه‌ی مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند. در سایه‌ی تعامل مناسب ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگران، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن قابل دستیابی خواهد بود.

شایان ذکر است که منشور حقوق بیمار در ایران در سال ۱۳۸۱ تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمستان ۱۳۸۱ ابلاغ گردید (۸). مراکز بهداشتی - درمانی براساس این دستورالعمل موظف بودند که مفاد منشور حقوق بیمار را در مکان مناسب و قابل رؤیت نصب نمایند. با وجود ارزشمندی این اقدام در اعلام حقوق بیمار، با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع‌تر در مورد حقوق بیمار این مهم در دستور کار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. بر این اساس، منشور حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و ارتقای رعایت موازین اخلاقی در عرصه‌ی درمان تدوین گردید. این مقاله ضمن تشریح مراحل تدوین آن به لزوم توجه به راهکارهای مناسب جهت کاربردی نمودن منشور تدوین شده می‌پردازد.

روش کار

به‌عنوان گام اول، در تدوین منشور حقوق بیمار اهم متون اخلاقی و حقوق بیمار در مقاطع تاریخی مختلف و در دوران معاصر مورد بررسی قرار گرفت. پس از بررسی متون فوق و

مختلف برای مذاقه‌ی بیش‌تر در متن منشور و بررسی همه جانبه‌ی منشور احساس می‌شد. بر این اساس، در تاریخ سی‌ام مهر ماه ۸۸، کارگاه مزبور در محل موزه‌ی ملی تاریخ علوم پزشکی برگزار گردید. در این کارگاه نمایندگان انجمن‌های حمایت از بیماران (بیماران روانی مزمن، تالاسمی، هموفیلی)، سازمان نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و گروهی از صاحب‌نظران در حوزه‌ی حقوق و اخلاق پزشکی حضور داشتند.

نتایج

متن پیشنهادی منشور حقوق بیمار در ایران در تاریخ چهارم آبان‌ماه به تصویب شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسید و در تاریخ دهم آبان ماه از سوی وزیر به مراکز ذی ربط ابلاغ گردید. در نامه‌ی ابلاغی به موارد ذیل اشاره شده است (۱۱):

الف) اعلام نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی و کلیه‌ی مراجع ذیربط در خصوص موانع و راهکارهای اجرایی شدن هر حق در راستای عملیاتی شدن هر چه سریع‌تر مفاد منشور؛

ب) تنظیم دستورالعمل اجرایی منشور حقوق بیمار توسط شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از جمع‌بندی نظرات به‌دست آمده‌ی فوق؛

ج) تدوین شاخص‌های ارزیابی وضعیت حقوق بیمار در مراکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس منشور مصوب؛

د) طراحی برنامه‌ی آموزشی حقوق بیمار در درسنامه‌های آموزشی رشته‌های مختلف علوم پزشکی به فراخور نیاز و برگزاری کارگاه‌ها و سمینارهای آموزشی مناسب در این خصوص.

متن نهایی منشور حقوق بیمار در ایران به شرح ذیل است:

منشور حقوق بیمار در ایران

بیش و ارزش

یکی از افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای

جمع‌بندی مطالب مرتبط با حقوق بیمار منعکس شده در آن، متن اولیه منشور تحت عنوان پیش‌نویس اول منشور حقوق بیمار تدوین گردید (۹).

در گام بعد، برای بررسی مقبولیت مفاد حقوق گردآوری شده برای بیمار، مطالعه‌ای در خصوص نگرش پزشکان، بیماران و پرستاران در مورد ضرورت رعایت محورهایی از حقوق فوق صورت پذیرفت که نشانگر اتفاق نظر جامعه‌ی مورد پژوهش در رابطه با ضرورت رعایت قریب به اتفاق موارد مورد پرسش بود (۱۰).

این مطالعه محققان را بر آن داشت تا بررسی دقیق‌تری راجع به این حقوق که از سوی ذی‌نفعان مطالبه می‌گردد صورت دهند.

در مرحله‌ی بعد، پیش‌نویس منشور طی مکاتبه‌ای برای ۴۸ نفر از صاحب‌نظران در حوزه‌ی پزشکی، اخلاق پزشکی، حقوق، فقه و فلسفه ارسال و از ایشان در خصوص محتوای آن نظرسنجی گردید. ۲۱ نفر پاسخ دادند و نظرات دریافت شده بررسی و اصلاحات لازم در متن پیش‌نویس اعمال گردید و نتیجه‌ی آن تدوین پیش‌نویس شماره‌ی دو بود.

در این مرحله پیش‌نویس دوم به انضمام نظراتی از صاحب‌نظران که اعمال نشده بود برای گروهی از متخین ارسال و درخواست مصاحبه گردید. مبنای انتخاب این گروه بر اساس حوزه‌ی تخصصی و حوزه‌ی فعالیت حرفه‌ای بود. گروه مصاحبه‌شونده در این مرحله شامل یک استاد حوزه و دانشگاه در رشته‌ی حقوق و فقه اسلامی، یکی از اساتید دانشگاهی پیش‌کسوت پزشکی و شاغل در بخش آموزشی و خصوصی، سه نفر از اساتید پزشکی با سابقه‌ی مدیریت کلان نظام سلامت و فعالیت در مراکز آموزشی و درمانی خصوصی، یک نفر از مدیران بخش خصوصی و هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی و دو نفر از رؤسای بیمارستان‌های خصوصی بودند.

نظرات گردآوری شده از این گروه پس از بررسی و اعمال، منتج به تهیه‌ی پیش‌نویس سوم گردید.

ضرورت بررسی گروهی متن تهیه شده با حضور ذی‌نفعان

برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه‌ی نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس، ارائه‌ی خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزش‌های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی - ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه‌ی انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه‌ی خدمات سلامت باید:

- ۱-۱) شایسته‌ی شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛
- ۱-۲) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛

۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛

۱-۴) بر اساس دانش روز باشد؛

۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛

۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد؛

۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد؛

۱-۸) به همراه تأمین کلیه‌ی امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد؛

۱-۹) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست

داشته باشد؛

۱-۱۰) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت

بیمار باشد؛

۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و

جنس گیرندگان خدمت باشد؛

۱-۱۲) مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون

توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛

۱-۱۳) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در

صورتی که ارائه‌ی خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه‌ی

انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر

قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع 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

می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در

اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

۲-۱-۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛

۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم

از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛

۲-۱-۳) نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه

پزشکی مسؤول ارائه‌ی مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛

۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و

قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری،

پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در

روند تصمیم‌گیری بیمار؛

۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛

۲-۱-۶) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۲-۱-۷) ارائه‌ی آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛

۲-۲) نحوه‌ی ارائه‌ی اطلاعات باید به‌صورت ذیل باشد:

۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، باید در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛

۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۳-۱) محدوده‌ی انتخاب و تصمیم‌گیری درباره‌ی موارد ذیل می‌باشد:

۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

۳-۱-۲) انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به‌عنوان مشاور؛

۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از این‌که تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه‌ی

دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

۳-۱-۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن، مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

۳-۱-۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری است ثبت شود و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بیمار قرار گیرد.

۳-۲) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

۳-۲-۲) پس از ارائه‌ی اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد. ۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است، مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

۴-۲) در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

۴-۳) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی

از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد، مگر این‌که این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۱-۵) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛
۲-۵) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

۳-۵) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری بنماید.

چنانچه بیماری فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

بحث و نتیجه‌گیری

با مروری بر سیر تاریخی موضوع حقوق بیمار و تعهدات اخلاقی جامعه‌ی پزشکی، به نظر می‌رسد جوامع پزشکی بدون در نظر گرفتن زمینه‌ی فرهنگی، دین و تمدن خویش همواره پزشک را ملزم به رعایت تعهداتی در قبال بیمار می‌دانسته‌اند. در این میان تعهداتی چون خیرخواهی پزشک برای بیمار، رازداری، عدم تبعیض، عدم سودجویی پزشک از جمله تعهداتی هستند که فارغ از بستر فرهنگی اجتماعی شکل‌گیری این متون در همه‌ی آن‌ها مشترک می‌باشند. تفاوت بارزی که پس از جنگ جهانی دوم (به جز تغییر رویکرد پترنالیستی به

بیمارمحوری و مشارکت در تصمیم‌گیری) در خصوص حقوق بیمار مشهود بود، تغییر رویکرد سیاست‌گذاران سلامت در خصوص نحوه‌ی اجرایی کردن احقاق این حقوق بود. به نظر می‌رسد تا پیش از این زمان جامعه‌ی پزشکی تلاش می‌نمود با گوشزد کردن تعهدات اخلاقی پزشک در مراحل مختلف تحصیل، وی را نسبت به وظایف اخلاقی خویش آگاه ساخته و متعهد به انجام آن نماید. در حالی که پس از جنگ جهانی دوم، توجه بیش‌تر جوامع به سمت شناسایی اصول مورد اتفاق جامعه‌ی پزشکی به‌عنوان حقوق بیمار منعطف گردید و با اتفاق نظر بر این اصول، سیاست‌گذاران علاوه بر آگاهی دادن جامعه‌ی پزشکی به این اصول تلاش نمودند تا عموم جامعه را با حقوق خویش آشنا نمایند. این امر با افزایش مطالبات جامعه و ارتقای آگاهی ایشان نسبت به حقوق خویش، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را به نحو مضاعفی نسبت به رعایت این حقوق متعهد می‌ساخت. تأکیدی که در بیانیه‌های سازمان‌های بین‌المللی در بهره‌گیری از رسانه‌ها و مطبوعات در جهت اطلاع‌رسانی این حقوق می‌شود، نتیجه‌ی چنین رویکردی است (۱۲).

این‌که نظام‌های خدمات سلامت تا چه حد می‌توانند بیماران را در جامعه نسبت به حقوق خویش آشنا نمایند بستگی به تلاش‌های همه‌جانبه‌ای دارد که در این زمینه باید صورت گیرد. این مسأله در مطالعه‌ی Kuzu و همکاران که در مورد آگاهی بیماران از حقوقشان در کشورهای توسعه یافته صورت گرفته به صراحت آمده است (۱۳).

از سوی دیگر، اگرچه تدوین منشورهای بین‌المللی حقوق بیمار که مورد اتفاق نظر کشورهای مختلف می‌باشد می‌تواند به‌عنوان زبان مشترک این جوامع نقش مهمی در همکاری‌های بین‌المللی در جهت نهادینه کردن این توافقات داشته باشد، با توجه به دلایل ذیل، وجود منشورهای بین‌المللی در زمینه‌ی حقوق بیمار ضرورت تدوین منشور حقوق بیمار را در سطح ملی نفی نمی‌کند:

الف) اگرچه نتایج توافقات کشورها در خصوص حقوق

در تهیه و ابلاغ منشور حقوق بیمار به مراکز درمانی اگرچه گامی مؤثر در جهت طرح موضوع حقوق بیمار و رعایت آن است اما بین تدوین و تحقق مفاد حقوق بیمار فاصله‌ی قابل توجهی وجود دارد (۱۴) و ضروری است اقدامات تکمیلی ذیل جهت نیل به آن محقق گردد (۱۵):

- بررسی مستندات مطرح برای هر حق و نیز جست‌وجوی مستندات حقوقی فوق در مجموعه قوانین و دستورالعمل‌های موجود؛
- مطالعات میدانی در کشور در خصوص نگرش جامعه راجع به حقوق بیمار؛
- برگزاری جلسات کارشناسی با حضور ذی‌نفعان و صاحب‌نظران برای ارزیابی موانع و راهکارهای اجرایی شدن هر حق در راستای عملیاتی شدن هر چه سریع‌تر مفاد منشور؛
- طراحی متناسب شاخص‌های ارزیابی رعایت حقوق بیمار و لحاظ آنها در ارزشیابی مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت؛
- ارائه‌ی برنامه‌های مناسب آموزشی و اطلاع‌رسانی در زمینه‌ی منشور حقوق بیمار برای جامعه‌ی ارائه‌دهنده و گیرنده‌ی خدمات سلامت.

ذکر این مهم ضروری است که گام به گام در مرحله‌ی ایفای حقوق فوق توجه به حقوق ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نیز نقش بسیار حیاتی داشته و به نظر می‌رسد که توجه یک بعدی و یک‌جانبه به مقوله‌ی حقوق بیمار خود مانعی در جهت احقاق این حقوق خواهد بود. هر گروه از جامعه در قبال حقوق خویش وظایفی نیز دارد و توجه صرف به حقوق و غفلت از وظایف، تعامل این گروه را با سایر گروه‌های جامعه دچار اخلال خواهد کرد.

هم‌چنین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای تطبیقی میان متن این منشور با متون موجود حقوق بیمار در سایر کشورها انجام شود. ضمناً مطالعه‌ای برای بررسی راهکارهای عملیاتی کردن منشور صورت گرفته و شاخص‌های ارزیابی حقوق بیمار بر اساس متن مصوب منشور تدوین گردد.

بیمار در بسیاری از اصول مشترک است، مستندات هر اصل در هر جامعه مبتنی بر معارف و ارزش‌های فرهنگی آن جامعه می‌تواند تفاوت‌های مشخصی داشته باشد که توجه به این مقدمات و مستندات در مرحله‌ی فرهنگ‌سازی این حقوق به‌طور قطع ضروری است. به‌عنوان مثال، توجه به اصل رازداری در کشور اسلامی ما علاوه بر این‌که به‌عنوان یک وظیفه‌ی انسانی فارغ از هرگونه گرایش مذهبی و فرهنگی مطرح است، به‌عنوان یک وظیفه‌ی شرعی مورد تأکید بزرگان دین بوده و مورد اتفاق جامعه نیز می‌باشد.

ب) بی شک اجماع کشورها بر روی مشترکات به‌عنوان یک اصل کلی مبنای تدوین بیانیه‌ها و اسناد بین‌المللی می‌باشد. بسنده نمودن یک جامعه به منشور بین‌المللی ممکن است آن کشور را از بسیاری از اصول اخلاقی پذیرفته شده در آن جامعه محروم نماید. در حالی که با تدوین منشور اخلاقی در سطح ملی به نحو شایسته‌ای می‌توان به این اصول توجه نمود.

ج) اگرچه بررسی بیانیه‌های ملی و بین‌المللی حقوق بیمار در کشورها می‌تواند راهنمای مناسبی برای تهیه‌ی پیش‌نویس منشور ملی کشور باشد، لازمه‌ی پذیرش اجتماعی و نهادینه شدن مفاد چنین منشوری، انجام مطالعات میدانی در خصوص نگرش جامعه‌ی پزشکی و مردم در مورد مفاد آن و تلاش در جهت جلب مشارکت ذی‌نفعان از جمله پزشکان، پرستاران، بیماران، عموم جامعه و نهادهای مرتبط (همان‌گونه که در این پژوهش مد نظر بوده است) می‌باشد که و نباید از آن غفلت شود.

نتیجه‌گیری

به منظور عملیاتی کردن منشور حقوق بیمار انعکاس مستندات علمی - پژوهشی هر بند از منشور که مبتنی بر باورها و ارزش‌های ملی است و نیز شناسایی موانع و راهکارهای اجرایی شدن هر حق و ذکر مصادیق هر بند از منشور از اهمیت خاصی برخوردار است. بر این اساس، به نظر می‌رسد اقدام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تشکر و قدردانی

در این جا از حسن همکاری یکایک اساتید و همکارانی که نظرات خویش را در مورد متن پیشنهادی در اختیار مجریان این پژوهش قرار دادند و نیز نمایندگان محترم انجمن‌های حمایت از بیماران (روانی مزمن، تالاسمی، هموفیلی) تشکر می‌گردد. از جناب آقایان دکتر میلانی‌فر، دکتر آرامش و سرکار خانم دکتر اصغری به خاطر راهنمایی‌هایشان و همکاری در برگزاری کارگاه مشورتی در این پژوهش و از سرکار خانم‌ها آقای، کریمی، باباخانی و خزایی به خاطر پیگیری امور اجرایی این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Post SG. Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition. USA: Macmillan Reference USA; 2004, p. 2651-6.
- ۲- بدون نام. پزشک را بشناسیم و با وظایف او آشنا شویم، چاپ اول. تهران: معاونت فرهنگی، حقوق و مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۲، ص ۱۱-۲۰.
- ۳- لاریجانی ب. پزشک و ملاحظات اخلاقی، جلد اول. تهران: برای فردا؛ ۱۳۸۳، ص ۹.
- ۴- جولایی س. تبیین پدیدار شناسی حقوق بیمار. پایان‌نامه دکترای تخصصی آموزش پرستاری. تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ سال تحصیلی ۱۳۸۶.
- ۵- رشیدیان آ. حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران: مرکز توسعه سیاست های دانشگاهی در نظام سلامت؛ ۱۳۸۸، ص ۱۵.
- ۶- بدون نام.
http://www.breasthealth.co.za/live/content.php?cookie=k&Item_ID=249 (accessed in Dec 2009)
- ۷- بدون نام. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، اصل ۲۹، ۱۳۵۸.
- http://91.98.29.74/majles/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=88 (accessed in Dec 2009)
- ۸- رنگرز جدی ف، ربیعی ر. میزان رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان های دولتی کاشان. فصلنامه بهبود ۱۳۸۴؛ دوره ۱۰ (شماره ۱): ۷۱-۶۲.
- ۹- پارساپور ع ر، محمد ک. بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های امام خمینی، آتیه و ضیائیان در خصوص رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و میزان رعایت آن در سال ۱۳۸۵. پایان‌نامه مقطع MPH با گرایش اخلاق پزشکی. تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران. سال تحصیلی ۱۳۸۶. ص ۱-۱۳۵.
- ۱۰- پارساپور ع ر، محمد ک، ملک افضل ح، علاء الدینی

۱۴- جولایی س، نیکبخت نصرآبادی ع ر، پارسایکتا ز. تبیین دیدگاه بیماران و همراه آنان پیرامون «حقوق بیمار»: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. حیات ۱۳۸۳؛ دوره ۱۰ (شماره ۲۳): ۲۰-۵.

۱۵- هوشمند ع، جولایی س، مهرداد ن، بحرانی ن. آگاهی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران از حقوق بیمار و عوامل تسهیل‌کننده رعایت این حقوق از دیدگاه آن‌ها. حیات ۱۳۸۵؛ دوره ۱۲ (شماره ۴): ۶۶-۵۷.

ف، لاریجانی ب. بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران در خصوص ضرورت رعایت حقوق بیمار. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۴): ۷۹-۹۰.

۱۱- بدون نام. منشور حقوق بیمار. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران

http://lawoffice.mohme.gov.ir/laws/dedicated_law/laws_all.jsp?id=1&id2=1383 (accessed on Dec 2009)

12- Anonymous. World Health Organization, WHO Regional Office for Europe, Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/patientsrights.html> (accessed on Dec 2009)

13- Kuzu A, Erqin A, Zencir M. Patients awareness of their rights in a developing country. Public Health 2006; 120(4): 290-6.