فصلنامهٔ علمی ـ پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۹

بررسی عوامل و راه کارهای رعایت حقوق بیمار

میثم موسایی*، مرضیه فاطمی ابهری**، فاطمه نیک‌بین‌صداقتی***

طرح مسئله: *افزایش رعایت حقوق بیمار، از اهداف مهم فعالیت‌های گروه درمانی به‌شمار می‌آید که در ارتقای سلامتی بیمار نقش به‌سزایی خواهد داشت. در این میان پزشکان نقش بسیار مهمی در ارائهٔ خدمات بهتر به بیمار دارند. اکثر پزشکان خود را در جایگاهی تصور می‌کنند که مجاز به تعیین سرنوشت برای بیماران هستند و در برخی موارد نیز رفتاری پدرانه با بیماران خود دارند و اگرچه از نظر عقلایی بیمار را فردی بالغ دانسته و او را مجاز به تصمیم‌گیری در مورد خود می‌دانند، ولی عملاً آن چه را که خود صلاح می‌دانند، دربارهٔ آن‌ها اجرا می‌کنند. بر این اساس در این مقاله به دنبال پاسخ‌گویی به این مسئله هستیم که رعایت حقوق بیمار و ارائه بهتر خدمات درمانی تابع چه عواملی است؟ و با چه راه کارهایی می‌توان به افزایش رعایت حقوق بیمار دست یافت؟*

روش: *در این مقاله در یک مطالعهٔ کیفی، ابتدا اطلاعات لازم با استفاده از منابع موجود در کتابخانه‌ها و سایت‌های مربوطه جمع‌آوری شده و سپس سئوالاتی برای مصاحبه طراحی شد. به این منظور ۴۰ مصاحبه با ۲۰ نفر بیمار و ۱۰ نفر همراه بیمار و ۱۰ نفر پزشک در بیمارستان شریعت رضوی تهران صورت گرفته است که در طی آن مشارکت کنندگان تجربیات خود را با توجه به موضوع مطروحه نقل کرده‌اند. تمام مصاحبه‌ها ضبط و پیاده شده است و تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها هم‌زمان با پیاده کردن متن و با استفاده از «آنالیز درون‌مایه‌ای» انجام گرفته است.*

یافته‌ها: *درونمایه‌های پدیدارشده در این بررسی مربوط به افزایش رعایت حقوق بیمار از دید بیماران و همراهان آنان شامل: مشارکت بیمار در تصمیم گیری‌ها، اختصاص دادن وقت کافی برای شنیدن صحبت‌های بیمار، دریافت حمایت روانی، اهمیت به نظر بیمار، دادن اطلاعات کافی به بیمار، رضایت از انجام درمان، مسئولیت پزشک در قبال بیمار، حق پرسش کردن بیمار و شنیدن جواب منطقی از سوی پزشک، ارتباط نزدیک بیمار و پزشک، حق معاینه و برخورد مناسب از سوی پزشک می‌باشد. همچنین موانع رعایت حقوق بیمار از دید پزشکان شامل: پایین بودن فرهنگ عامه، ازدحام بیماران، کمبود تجهیزات و امکانات بیمارستانی، فضای کوچک و قدیمی بیمارستان، کمبود نیروی کار و زمان، سخت‌تر بودن دسترسی بیمار به پزشک، رویه‌های نادرست درمان در مراکز خصوصی، مقررات بیمارستان و ساعات کار اضافی پزشک می‌باشد.*

نتایج: *بیمارستان مورد مطالعه وابسته به سازمان تأمین اجتماعی است. به طور کلی حقوق بیمار در این بیمارستان در سطح ضعیف رعایت می‌شود که از یک سو به دلیل پایین بودن فرهنگ عامه و عدم آگاهی بیماران از حقوق خود با توجه به مفاد منشور حقوق بیمار می‌باشد، که نیازمند برنامه‌ریزی دقیق در خصوص آموزش می‌باشند و از سوی دیگر کمبود تجهیزات و امکانات بیمارستانی و نیروی کار با توجه به ازدحام بیماران و همچنین مقررات بیمارستان و رویه‌های نادرست درمان در مراکز خصوصی به عنوان مانعی درجهت افزایش رعایت حقوق بیمار می‌باشد. توجه به این دیدگاه می‌تواند دست اندرکاران و مسئولین را در ایجاد شرایط بهتر با توجه نیازها و فرهنگ بیماران در جهت افزایش رعایت حقوق بیمار یاری دهد.*

کلیدواژه‌ها: بیمار، بیمارستان شریعت رضوی، تهران، حقوق بیمار

تاریخ دریافت: ۸۸/۶/۲۳ تاریخ پذیرش:۸۹/۱۰/۱۵

* دکتراقتصاد، دانشگاه تهران <mousaaei@ ut.ac.ir>

** دارای بورد تخصصی اطفال دانشگاه علوم پزشکی کرج

*** کارشناس ارشد برنامه ریزی اجتماعی، دانشگاه تهران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مقدمه

واژهٔ حقوق در تمام زبان‌ها به معنی آن‌چه راست و سزاوار است، تعریف می‌شود. حقوق بشر و حقوق بیمار نیز به همین شکل تعریف می‌شوند(آتش خانه، ۱۳۸۰).

حقوق بیمار بستگی به الزامات جامعه دارد و به عبارت دیگر توسط دولت یا سایر مراجع حقوقی عمومی یا خصوصی به مورد اجرا در می‌آید تا امکانات لازم برای سلامتی آحاد جامعه فراهم آید. بیمار مانند هر انسان دیگری نیازهایی حیاتی دارد. او به علت بیماری نمی‌تواند برخی از نیازهایش را به طور کامل تأمین کند و به کمک اطرافیان نیاز دارد. با آگاهی از نیازهای بیماران می‌توان آن‌ها را بهتر شناخت و راه‌های مناسب‌تری برای کمک به این افراد انتخاب کرد. شناخت این نیازها چارچوب مفیدی برای ارائهٔ خدمات لازم خواهد بود.

در گذشته نقش بیمار، محرومیت از استقلال و قدرت تصمیم‌گیری بود و پزشک و دیگر افراد تیم بهداشتی ـ درمانی باید برای او تصمیم‌گیری می‌کردند و او نیز با اعتماد، این تصمیم‌گیری‌ها را می‌پذیرفت، پس حقوق بیمار همان بود که پزشک برای او تعیین می‌کرد، در حالی که در تعاریف جدید از «حقوق بیمار» تغییری اساسی در برداشت عمومی از نقش بیمار، مراقبت‌های بهداشتی و حیطهٔ اختیارات و تصمیم‌گیری بیماران ایجاد شده است(Ingram,1998). به گونه‌ای که در حال حاضر برای حقوق بیمار منشوری تحت عنوان «منشور حقوق بیمار» تدارک دیده شده است. به نظر مالیک (Mallik) در آمریکا، افزایش سطح تحصیلات افزایش آگاهی عمومی از فواید و خطرات پیشرفت تکنولوژی پزشکی، عدم اعتماد به متخصصین، افزایش مشتری محوری و نهضت حقوق شهروندی همگی از عواملی هستند که در افزایش انتظارات مردم از تأمین حقوق خود به عنوان مددجو / بیمار، نقش اساسی داشته‌اند (Mallik,1997). به هر شکل و با هر انتظار بیمار مرکز و محور کلیهٔ فعالیت‌های تیم بهداشتی ـ درمانی است و این مرکزیت می‌بایست در تمام فعالیت‌های این تیم به روشنی مورد توجه قرار گیرد. بنابراین گروه درمان باید دربارهٔ

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

نیازها و چگونگی ارضای آن‌ها، دانش و آگاهی کافی داشته باشند و موقعیت‌هایی را که سبب ارضای این نیازها می‌شود، به‌خوبی بشناسند و در هنگام تأمین این نیازها، حقوق انسانی بیماران را رعایت نمایند. افزایش رعایت حقوق بیمار از اهداف مهم فعالیت‌های گروه درمانی به شمار می‌آید که در ارتقای سلامتی بیمار نقش به سزایی خواهد داشت. عدم رعایت حقوق بیمار می‌تواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطهٔ بین پزشکان و بیماران گردد که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات برای بیماران می‌شود. متأسفانه در کشور ما، اکثر بیماران از حقوق خویش مطلع نیستند و پزشکان نیز این مهم را به فراموشی سپرده‌اند. از طرفی کمبود امکانات و تجهیزات بیمارستانی و نیروی کار و زمان و رویه‌های نادرست درمان در مراکز خصوصی منجر به بروز مشکلاتی برای بیماران و سازمان‌های ارائه دهندهٔ خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود. مفاد این منشور نیز به دلایلی در بیمارستان‌ها رعایت نمی‌گردد. از جهتی اهمیت این تحقیق از چند جنبهٔ دیگر نیز حائز اهمیت است:

۱- علت اهمیت حقوق بیمار و پرداختن به آن بدین خاطر است که بیمار به دلیل قرار گرفتن در شرایطی خاص، برای یافتن بهبودی نیازمند کمک تکمیلی فردی دیگر می‌باشد؛ به علاوه بیماری هر فردی منجر به معاف شدن وی از مسئولیت‌هایش در جامعه می‌گردد. بیکار شدن و معاف شدن افراد از مسئولیت‌هایشان به هنگام بیماری، علاوه بر تحمیل بار مالی بر خانواده و کاهش توان اقتصادی خانواده، در سطح کلان جامعه نیز منجر به تحمیل هزینه‌های درمانی و کاهش توان اقتصادی جامعه می‌گردد. بنابراین توجه به رعایت حقوق بیمارهم در سطح خرد و هم در سطح کلان نتیجه بخش خواهد بود.

۲- در سال‌های اخیر علیرغم پیشرفت‌های شگرف در زمینه‌های مختلف به ویژه علوم پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی، شاهد افزایش موج اعتراضات و شکایات از سیستم ارائه دهندهٔ خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشیم؛ از آن‌جا که در میان ارائه دهندگان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

خدمات درمانی، پزشک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و به علاوه امروزه به دلایل متعددی شاهد افزایش شکایت از پزشکان نیز می‌باشیم؛ پرداختن به نقش پزشک در رعایت حقوق بیمار از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از جمله دلایل شکایات بیماران از پزشکان می‌توان به آگاهی ندادن بیماران و منسوبین از عوارض احتمالی دارو و روش‌های درمان و هم‌چنین نگرفتن شرح حال از بیمار(عموئی، ۱۳۷۹: ۳۰) اشاره کرد، که عدم رعایت این موارد از فاکتورهای عدم رعایت حقوق بیمارشناخته می‌شود.

بنابراین با توجه به اهمیت رعایت حقوق بیمار از سویی و اهمیت پرداختن به نقش پزشک با بیمار در یک رابطهٔ درمانی از سویی دیگر، سئوال اساسی در این پژوهش این است که رعایت حقوق بیمار و ارائه بهتر خدمات درمانی تابع چه عواملی است؟ و با چه راه کارهایی می‌توان به افزایش رعایت حقوق بیمار نائل شد؟

بدین ترتیب سعی شده است که عوامل و راه کارهای رعایت حقوق بیمار در بیمارستان شریعت رضوی تهران در سال ۱۳۸۸ بررسی شود.

مرور انتقادی منابع

در طی سال‌های اخیر، تحقیقاتی پیرامون حقوق بیمار انجام شده است، که به اختصار به آن اشاره می‌کنیم. در پژوهشی، پزشکان اسرائیلی تمایلی برای شرکت در اجرای منشور حقوق بیمار نداشتند(siegal G & Siegal N & Weisman Y, 2001).

در بررسی منشور حقوق بیمار و نگرش پزشکان نسبت به آن در یک بیمارستان عمومی در مکزیک، ۳٤ درصد پزشکان به بیمار حق تصمیم‌گیری می‌دادند، ۳٤ درصد آن‌ها مخالف این قانون بودند و ۳۲ درصد هم حق تصمیم‌گیری را به شخص دیگری به جز بیمار واگذار می‌کردند، ۲٦ درصد پزشکان نسبت به بیماران مهربان بودند، در حالی که ۲۷ درصد چنین دیدگاهی را نداشتند. ٤۰ درصد پزشکان دربارهٔ جنبه‌های قانونی فعالیت‌های پزشکی اطلاع نداشتند. نتیجهٔ نهایی حاکی از این بود که دانش پزشکان مکزیکی نسبت به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

حقوق بیماران و جنبه‌های قانونی فعالیت‌های پزشکی کم می‌باشد(Lopez de la penax A, 1995).

حسین درگاهی و شبنم اسحاقی در مقاله‌ای تحت عنوان «مطالعهٔ تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب با کشور ایران» دریافتند که از مجموع ۲۹ مؤلفهٔ مشخص شده در منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب، تنها ۷ مؤلفه در منشور حقوق بیمار در کشور ایران مورد توجه قرار گرفته است که از این نظر از جامعیت مطلوبی برخوردار نیست. این ۷ مؤلفه عبارتند از: حق قبول یا رد پژوهش‌های بالینی توسط بیمار؛ حق محرمانه بودن اطلاعات و مدارک پزشکی؛ حق ترک بیمارستان بدون نظر پزشک معالج؛ حق آگاهی از تشخیص، درمان و پیش آگهی بیماری؛ حق دریافت درمان بدون هرگونه تبعیض؛ حق آگاهی از زمان و محل ملاقات با پزشک و حق آگاهی از روش‌های جانشین درمان (حسین درگاهی و شبنم اسحاقی، ۱۳۸٦).

رضایی در پژوهشی که با عنوان «بررسی میزان آگاهی پزشکان و پرستاران نسبت به منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های استان کهکیلویه و بویر احمد» انجام داد. به این نتیجه رسید که میزان آگاهی در گروه پزشکان ۷۱ درصد، در گروه پرستاران ۵۸ درصد، در گروه بهیاران ٦۸/۵ درصد و در گروه کمک بهیاران ۳٦ درصد بوده است. در ارتباط با حساسیت نشان دادن به ابراز درد بیماران، ۲۵ درصد از کل گروه‌های فوق و در ارتباط با حق اعتراض بیمار نسبت به برخورد پرسنل، ٤۵ درصد از گروه‌های فوق آگاهی داشته‌اند (رضایی، ۱۳۷۹).

معصومه سرباز زین آباد در پژوهشی تحت عنوان «بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور و ارائهٔ راه حل مناسب برای ایران» به این نتیجه رسید که حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، حق رضایت برای درمان، حق حریم شخصی و حق حفظ حقوق بیمار (حق شکایت) در منشور حقوق بیمار همهٔ کشورهای مورد بررسی به جز ایران وجود دارد. حق محرمانگی اطلاعات در همهٔ کشورهای مورد بررسی وجود داشت و

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

حق استفاده از مترجم و حق تسکین درد فقط در منشور حقوق بیمار از ایالت‌های آمریکا به چشم می‌خورد. سپس با استفاده از مجموعهٔ منشورهای حقوق مورد مطالعه و مقایسهٔ آن با یکدیگر، راهکارهای مناسبی برای منشور حقوق بیمار ایران ارائه گردید(سرباز زین آباد، ۱۳۸۱).

زیاری و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که منشور حقوق بیمار در ایران همهٔ محورها و مؤلفه‌های حقوق بیمار را در بر ندارد. لذا ضرورت تدوین منشور کامل حقوق بیمار جهت نظم بخشیدن به روابط بیمار با پزشک و مؤسسات بهداشتی درمانی به ویژه بیمارستان‌ها اجتناب ناپذیر است(زیاری و همکاران، ۱۳۸۲).

نرجس خاتون اسعدی خلیلی در پژوهشی تحت عنوان بررسی عوامل مؤثر بر رعایت حقوق بیمار با نگاهی به منشور حقوق بیمار در بیمارستان امام خمینی به این نتیجه رسیده است که بین متغیرهای آگاهی پزشک از حقوق بیمار، نگرش زیستی پزشک نسبت به بیمار، حفظ تسلط پزشک بر بیمار، قابلیت نزدیک شدن بیمار به پزشک تأکید پزشک بر حفظ رابطهٔ حرفه‌ای، اعتماد بیمار به پزشک با رعایت حقوق بیمار از سوی پزشک رابطهٔ معناداری وجود دارد .

هاتوری و همکاران در تحقیقی تحت عنوان «حقوق بیماران از نظر دریافت اطلاعات در قوانین ژاپن و نقطه نظرات پزشکان» می‌گویند: نتایج تحقیق، نشان می‌دهد که اگرچه پزشکان ژاپن، مایل به دادن اطلاعات کافی جهت گرفتن رضایت نامه هستند ولی هنوز جانب احتیاط را رعایت می‌کنند. نتیجهٔ دیگر این تحقیق این است که پزشکان اعتقاد دارند که وقتی درمان هنوز مراحل آزمایشی خود را می‌گذراند باید کاملاً محرمانه بماند. به هرحال با وجود افکار روشنفکرانهٔ پزشکان ژاپن در ارتباط با رضایت آگاهانه، پزشکان نسبت به دادن اطلاعات پروندهٔ پزشکی به بیمار بی‌میل هستند (Hattori & et al, 1991).

وات در مقاله‌ای تحت عنوان «افرادی که خواستار پایان دادن به زندگی هستند، چگونه از نحوهٔ مراقبت مطلع می‌شوند» نوشته است: اخیراً تبلیغاتی که در مورد پایان دادن به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

زندگی (در هنگام ابتلا به بیماری‌های صعب العلاج یـا زنـدگی نبـاتی) انجـام مـی‌شـود و متعاقب آن در مورد افزایش تعداد بیماران درخواست کننـده بـه پرسـتاران، در ایـن زمینـه هشدار می‌دهد. در مورد قانونی بودن این درخواست‌ها و به حـساب آوردن آن بـه عنـوان یک مدرک، برای افرادی که مجاز به دریافت اطلاعات در مورد مراقبت هستند و نیز نقـش کارکنان مراقبت بهداشتی در این رابطه هنوز سردرگمی وجود دارد (Watt, 1995).

خدایار و همکاران پژوهشی در زمینهٔ بررسی میزان رعایت حقوق بیمـاران بـستری، از دیدگاه پرستاران شاغل در دو بیمارستان آموزش علوم پزشکی اهـواز انجـام دادنـد. نتـایج بیان‌گر آن است که پرستاری از بیمار با رعایت ادب و احترام صورت می‌گیـرد. امـا بیمـار، اطلاعات کافی درباره بیماری خود دریافـت نمـی‌دارد، از بیمـار رضـایت آگاهانـه کـسب می‌شود ولی برای حضور به بالین وی و انجام مراقبت، معمولاً از او اجازه گرفته نمی‌شـود (نصیریانی، ۱۳۸۱).

تری، والیماکی و کاتاجسیتو پژوهش توصیفی دربارهٔ نظرات بستگان بیماران روانـی در ارتباط با رعایت حقوق بیمار در مؤسسات بهداشتی انجام دادند. نتایج پـژوهش نـشان داد، وابستگان بیمار حق دریافت مراقبت و درمان خوب را مهم‌ترین حق بیمار دانسته و معتقـد بودند که به خوبی رعایـت مـی‌گـردد و در مـورد حـق آگـاهی دادن، علـت آن را کمبـود اطلاعات خود پرسنل، بیان کردند. حق استقلال را کافی ندانسته و ٤٤ درصد پاسـخ‌گویـان نتوانستند در این مورد که آیا بستگان قادر به رد درمان هستند، پاسخ دهند. بنابراین بستگان بیمار، به خصوص فرزندان بیماران بیش‌ترین نارضایتی را از رعایت حق دریافت اطلاعات و استقلال داشتند(نصیریانی، ۱۳۸۱).

السن و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان «بهبود کیفیت حقـوق بیمـار» برنامـه‌ای را در زمینهٔ بهبود مداوم کیفیت حقوق بیمار، با فلسفهٔ شرکت بیمار در تصمیم گیری‌های مربـوط به مراقبت بهداشتی، پیشنهاد می‌کنند (Oleson & et al, 1994).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مکلین در مقاله‌ای تحت عنوان «اخلاق و رضایت آگاهانه» می‌گوید: رضایت آگاهانه برای انجام درمان، یکی از الزامات اخلاقی است(Maklin, 1995).

سگست در مقاله‌ای تحت عنوان «وضعیت قانونی رضایت آگاهانه در دانمارک» می‌نویسد: بنا به گفتهٔ پزشکان در این مورد چهار اشکال مهم وجود دارد: کمک‌های قانونی در این زمینه‌ها، قوانین تشریفاتی، عملکرد اجرائی هیأت انضباطی و تصمیم گیری‌های دادگاه. به هرحال قوانین مربوط به رضایت آگاهانه، دست پزشکان را در مورد مقدار اطلاعاتی که باید در اختیار بیمار بگذارند باز گذاشته است(Segest, 1995).

در یک پژوهش صورت گرفته در هنگ کنگ، بیماران به شرکت در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی تمایل داشتند و بیماران جوان‌تر تمایل به همکاری بیش‌تری با پزشکان نشان می‌دادند، در حالی که بیماران پیرتر ترجیح می‌دادند که پزشکان با احترام برای آن‌ها تصمیم بگیرند(Sacchini D & Antico L, 2000).

عزیزیان و همکاران در ارائهٔ نتایج پژوهش خود اعلام داشتند که اجرا و تحقق حقوق بیمار نیاز به فعالیت همه جانبه، منسجم و هماهنگ دارد. از یک سو باید شرایط محیطی و امکانات فیزیکی و پرسنلی آن را فراهم کرد و از سوی دیگر با تصویب قوانین و مقررات و آیین نامه‌های دقیق، ضمانت و پشتوانهٔ اجرایی مناسبی برای آن مهیا نمود(عزیزیان و همکاران، ۱۳۸۲).

با مروری انتقادی بر منابع این نتیجه حاصل می‌گردد که اکثر تحقیقات به بررسی میزان آگاهی نسبت به حقوق بیمار و منشور حقوق بیمار صورت گرفته است و اکثر نتایج نشان می‌دهد. کادر پزشکی آگاهی کمی از حقوق بیمار داشته‌اند و میزان رعایت حقوق بیمار توسط پزشک در حد پائینی بوده است. به علاوه رعایت منشور حقوق بیمار بر اساس مؤلفه‌ها و محورهای آن در ایران در حد انگشت شمار بوده است و این از یک سو ناشی از قوانین و مقررات و آئین نامه‌های موجود و از سوی دیگر ناشی از شرایط محیطی و فیزیکی و همین طور عدم آگاهی از وجود این حقوق می‌باشد بنابراین برای ایجاد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

چارچوب اصولی برای ارائهٔ مراقبت‌های درمانی در جهت ارتقای هر چه بهتر و سریع‌تر بیمار و همین طور رضایت بیمار از خدمات ارائه شده که از اهم اهداف فعالیت‌های درمانی می‌باشد ضرورت ایجاب می‌کند به تحقیقاتی در این زمینه بپردازیم با توجه به این که تاکنون بررسی راجع به عوامل و راه کارهای رعایت حقوق بیمار صورت نگرفته لذا مطالعهٔ حاضر با تأکید بر پزشک به این مورد می‌پردازد.

همچنین مطالعهٔ حاضر از نوع کیفی و بررسی عمیق و همه جانبه نسبت به موضوع می‌باشد در حالی که اکثر مطالعات صورت گرفته از نوع کمی و توصیفی است به طوری که در این مطالعه علاوه بر نکات مطروحه در منشور حقوق بیمار، به بیماران فرصت مطرح کردن موارد دیگری از دیدگاه خودشان برای به چالش کشیدن بحث و تجدید نظر در مفاد منشور حقوق بیمار می‌باشد. علاوه بر این، در این مطالعه علاوه بر حقوق بیماران به مسائل و مشکلات پزشکان از لحاظ شرایط کاری و به طور کلی حقوق پزشکان نیز توجه شده است به طوری که رعایت حقوق پزشک به عنوان پایه‌ای برای رعایت حقوق بیمار در نظر گرفته شده است، در حالی که در مطالعات پیشین فقط به مسائل بیماران پرداخته‌اند. بنابراین با توجه به تمایز موضوع با مطالعات صورت گرفته به این مهم پرداخته می‌شود.

چارچوب مفهومی

ابتدا نظریه‌های موجود در رابطهٔ میان پزشک و بیمار را مرور می‌کنیم و سپس به بررسی چارچوب نظری و مدل تحقیق می‌پردازیم؛

کاربردشناسی صوری هابرماس که تناسب روشنی برای برخوردهای پزشک ـ بیمار دارد، گوینده صاف و پوست کنده اهداف غیربیانی یا غیرلفظی را دنبال می‌کند، «من پزشک هستم، من بهتر می‌دانم»(Graham & Oakley,1981).

اشتراوس تحلیل می‌کند از نظر ملاقات بین پزشک و بیمار، مفهوم داد و ستد این حسن را دارد که امکان می‌دهد، این دو با یکدیگر به صورت باز برخورد کنند و هریک از

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

آن‌ها بتوانند بر ادامهٔ کار و نتایج حاصله تأثیر بگذارند. اما این نشان می‌دهد که پزشک نه فقط در دادن پاسخ به پرسش‌های بیمار تسلط دارد، بلکه همچنین با طرح بیش‌ترین پرسش‌ها به گفت و گو جهت می‌دهند و به روابط خود با بیمار سازمان می‌دهد (Strauss et al,1992).

نظریه پردازان کنش متقابل نمادین، به پیروی از مید، برای کنش متقابل اجتماعی اهمیت اعلی قائلند. بر اساس این دیدگاه، افراد پس از تفسیر نمادهای معنی‌دار به کنش و واکنش در برابر یکدیگر می‌پردازند؛ که این امر منجر به ایجاد رابطهٔ بین کنشگران می‌گردد. و از آن‌جا که (رابطهٔ درمانی اغلب به اتکاء وجود دو نفر مورد بررسی قرار می‌گیرد: از یک سو بیمار و از سوی دیگر پزشک و دانش و فن او) (محسنی، ۱۳۷٦) می‌توان رابطهٔ پزشک و بیمار را نوعی کنش و واکنش بین پزشک و بیمار در نظر گرفت.

پارسونز در نظریه «نقش بیمار» به بررسی رابطه پزشک و بیمار پرداخته است. بیماری اغتشاشی در روند طبیعی داد و ستدهای اجتماعی ایجاد می‌کند. از این رو فرد باید سعی کند این نقش «اجراشده به صورت منفی» را ترک گوید، یعنی شفا یابد و برای این کار باید از کمک تکمیلی یک پزشک یاری جوید. از جمله مفاهیمی که در نظریهٔ نقش بیمار پارسونز به چشم می‌خورد عبارتند از: برتری پزشک نسبت به بیمار به دلیل دارابودن اطلاعات و دانش و تسلیم بودن بیمار در مقابل پزشک، به دلیل این که نیازمند کمک تکمیلی پزشک برای یافتن بهبودی اش می‌باشد. (محسنی، ۱۳۵۷) پارسونز در ادامه به بیان قابلیت نزدیک شدن بیمار به پزشک و بیان نمودن جزئیات بیماری از سوی بیمار بدون احساس خجالت و یا ناراحتی و یا احساس اتلاف وقت پزشک می‌پردازد (Armestrong: 1983).

در نظریهٔ گافمن، پزشک به عنوان بازیگر برای نمایش دادن توانمندی خود بر بیمار (تماشاگر) و حفظ کنترل و نظارت بر وی نیازمند اتخاذ یک رشته تدابیر می‌باشد که از جملهٔ آن‌ها تأکید وی بر حفظ رابطهٔ حرفه‌ای و پنهان نمودن اشتباهات همکاران پزشک خود در مقابل بیمار می‌باشد (Ritzer: 1988).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جیوسون در نظریهٔ تأثیر پایگاه بیمار در رابطه پزشک و بیمار استدلال می‌کند که پایگاه اجتماعی و اقتصادی بیمار در این که نقش منفعل و تسلیم و یا بالعکس نقش مسلط بازی نماید، تأثیر به‌سزایی دارد(Armestrong, 1983).

بر اساس نظریهٔ زیست پزشکی، پزشک نگرشی متفاوت از نگرش بیمار را دارا می‌باشد. پزشک در رابطه‌اش با بیمار تنها به جسم وی و به بیماری وی توجه دارد و به دل‌نگرانی‌های بیمار در مورد بیماری‌اش توجهی ندارد. که این امر ممکن است در برخی موارد به عدم تسلیم بیمار در مقابل نظر پزشک منجر شود (Armestrong, 1983).

هولندر (Hollender) و همکارانش که مطالعاتی پیرامون روابط پزشک و مؤسسات درمانی انجام داده‌اند بر این عقیده‌اند که سه شکل اساسی در روابط درمانی وجود دارد:

الف) حالت اول این که پزشک نقش فعال را بر عهده دارد و بیمار حالت انفعالی به خود می‌گیرد.

ب) همکاری توأم با رهبری است، بیمار وخامت کم‌تری دارد.

ج) نوع سوم مبتنی بر مشارکت دوجانبه است و این بیش‌تر در مورد بیماری‌های مزمن مصداق پیدا می‌کند. (Szass & Hollender, 1959).

بررسی نوشته‌ها و ادبیات موجود و مطالعهٔ دیدگاه‌های نظری صاحب‌نظران در مورد رابطهٔ پزشک و بیمار، نظریه‌ای که به تمامی ابعاد پزشک و بیمار بپردازد به چشم نخورده است. بنابراین به انتخاب مفاهیم مرتبط در نظریه‌های مختلف در مورد پزشک و بیمار اقدام نموده‌ایم.

بر اساس مفهوم قدرت و سلطهٔ ناشی از دانش، اطلاعات در کاربردشناسی صوری هابرماس و رابطهٔ کنش و واکنش بین پزشک و بیمار در نظریهٔ کنش متقابل نمادین مید، برتری پزشک نسبت به بیمار و مفهوم اعتماد بیمار به پزشک و قابلیت نزدیک شده بیمار به پزشک در نظریهٔ نقش بیمار پارسونز، حفظ تسلط پزشک بر بیمار و جهت دادن پزشک به گفتگوها در نظریهٔ اشتراوس، تأثیر پایگاه اجتماعی و اقتصادی بیمار در نوع رابطهٔ

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

برقرارشده بین پزشک و بیمار در نظریهٔ جیوسون، نگرش زیست پزشکی پزشکان و عدم توجه آنان به دلنگرانی و روحیهٔ بیمار در انگارهٔ زیست پزشکی، مشارکت بیمار در تصمیمات اتخاذشدهٔ پزشک در مطالعات هولندر، مفهوم تشکیل گروهه‌ها توسط بازیگران و تأکید آنان بر پنهان نمودن اشتباهات پشت صحنه در نظریات گافمن، آگاهی پزشکان از حقوق بیمار و مطرح نمودن موانع رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پزشکان و تأثیر آن بر رعایت حقوق بیمار، ابتدا به ارائهٔ متغیرهای مؤثر بر متغیر وابسته که شامل عوامل مؤثر بر رعایت حقوق بیمار از دیدگاه بیمارانی که وضعیت مساعدی داشتند و همین طور همراهان بیمارانی که به علت وخامت بیماری، کهولت سن و طفولیت قادر به پاسخ‌گویی نبودند و همچنین موانع رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پزشکان و راه کارهای موجود می‌پردازیم؛

مؤلفه‌های مربوط به عوامل رعایت حقوق بیمار ازدیدگاه بیماران و همراهان شامل: اختصاص دادن وقت کافی برای شنیدن صحبت‌های بیمار و دادن اطلاعات کافی به بیمار، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و پرسش کردن بیمار و شنیدن جواب منطقی از سوی پزشک، مسئولیت پزشک در قبال بیمار به طور کلی ارتباط نزدیک بیمار و پزشک، حمایت روانی و آرامش روحی و برخورد نرم و ملایم با بیمار، رضایت بیمار از انجام درمان و حق معاینه می‌باشد.

مؤلفه‌های مربوط به موانع رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پزشکان، شامل: پایین بودن فرهنگ عامه در مورد مسائل پزشکی و درمانی و استاندارد نبودن اطلاعات بیمار، کمبود نیروی کار، سخت‌تر بودن دسترسی بیمار به پزشک، رویه‌های نادرست درمان در مراکز خصوصی، مقررات بیمارستان و ساعات کاراضافی وعدم رعایت حقوق پزشک، محدودیت‌های خاص مربوط به محیط کار از جمله ساختار کاری و محیط ارتباطی، کمبود تجهیزات و امکانات بیمارستانی، ازدحام بیماران، کمبود زمان و فضای کوچک و قدیمی بیمارستان می‌باشد.

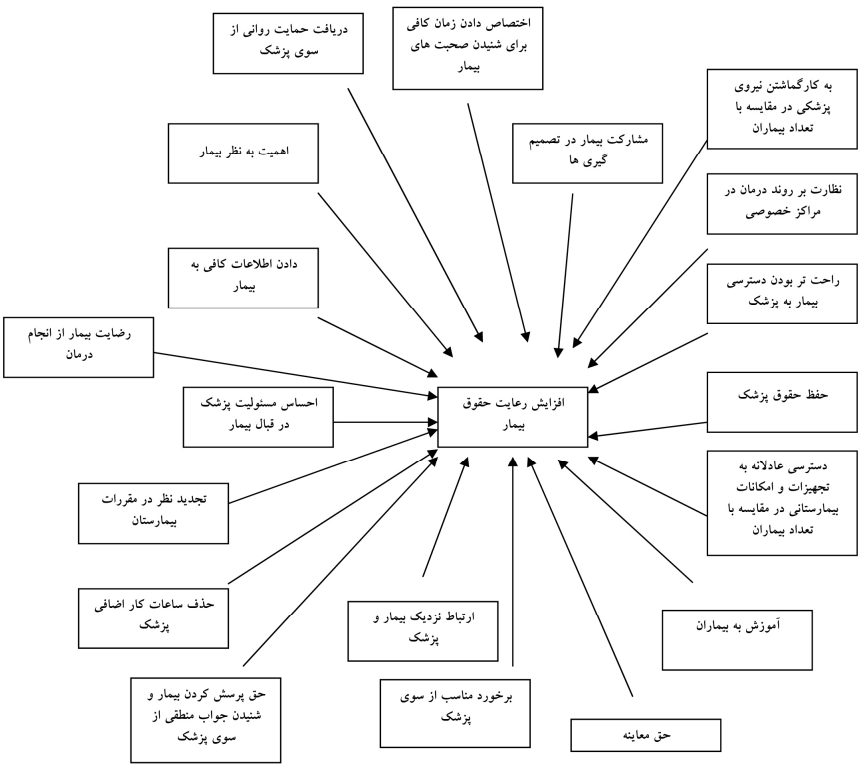
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

بنابراین با توجه به عوامل رعایت حقوق بیمار و موانع رعایت حقوق بیمار، راه کارهای افزایش رعایت حقوق بیمار شامل مشارکت بیمار در تصمیم گیری‌ها، اختصاص دادن زمان کافی برای شنیدن صحبت‌های بیمار، دریافت حمایت روانی از سوی پزشک، اهمیت به نظر بیمار، دادن اطلاعات کافی به بیمار، رضایت بیمار از انجام درمان، مسئولیت پزشک در قبال بیمار، حق پرسش کردن و شنیدن جواب منطقی از سوی پزشک، ارتباط نزدیک بیمار و پزشک، برخورد مناسب از سوی پزشک، حق معاینه، دسترسی عادلانه به امکانات و خدمات بهداشتی درمانی در مقایسه با تعداد بیماران، آموزش بیماران در خصوص خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و آگاه نمودن آن‌ها از مفاد منشور حقوق بیمار، تجدید نظر در مقررات بیمارستان، حذف ساعات کار اضافی پزشک، حفظ حقوق پزشک، راحت‌تر بودن دسترسی بیمار به پزشک، نظارت بر روند درمان در مراکز خصوصی و به کار گماشتن نیروی پزشکی در مقایسه با تعداد بیماران می‌باشد.

بنابراین با توجه به مرور انتقادی منابع، چارچوب مفهومی و توضیحات مطرح شده در خصوص مؤلفه‌های مربوط به عوامل رعایت حقوق بیمار و موانع رعایت حقوق بیمار و راه کارهای موجود به عنوان متغیرهای مستقل تحقیق، به انتخاب یک مدل تلفیقی با توجه به موارد مطروحه می‌پردازیم؛

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مدل پیشنهادی برای مطالعهٔ حقوق بیمار



روش‌ها

مقالهٔ حاضر حاصل یک مطالعهٔ کیفی است که در بیمارستان شریعت رضوی تهران که شامل سه بخش داخلی، اطفال و قلب می‌باشد، در سال ۱۳۸۸ صورت گرفته است. در این مطالعهٔ پژوهش‌گر باید افرادی را که در زمینه‌های خاص اطلاعات دارند تعیین و انتخاب کند. بسیاری از محققین از نمونه‌گیری تئوریک که در جریان پیشرفت مطالعهٔ خود به خود پدید آمده و قابل پیش بینی و برنامه‌ریزی از قبل نیست استفاده می‌کنند. فرآیند گزینش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

نمونه‌ها ادامه پیدا می‌کند تا هنگامی که در جریان کسب اطلاعات هیچ عقیدهٔ جدیدی پدیدار نشده و به عبارتی داده‌ها به اشباع(Saturation) می‌رسند(Morse,1995) در این بررسی نیز از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شده و گردآوری اطلاعات از آن‌ها تا دست‌یابی به اشباع داده‌ها یعنی در طی ٤٠ مصاحبه با ٤٠ شرکت کننده در محیط بخش و درمانگاه و در شرایط طبیعی ادامه یافت علاوه بر مصاحبه از روش مشاهدهٔ فعال و ثبت رفتار و تعاملات مشارکت کنندگان در طی مصاحبه به صورت ضبط شده جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد که اطلاعات ارزشمندی را در اختیار پژوهش‌گر قرار داده است. به این ترتیب پژوهش‌گران پس از گوش دادن چندین بارهٔ متن مصاحبه‌ها و پیاده کردن آن‌ها متون مزبور را مکرراً مورد مطالعه قرار داده و یک ادراک کلی از آن به دست آوردند. سپس داده‌های مهم شامل تشابهات و افتراقات معانی متون خام اولیهٔ مشخص و معانی این مفاهیم توسط پژوهش‌گر تعیین شده است. استفاده از نظرات کارشناسان و متخصصین (Panel of judge) جهت بررسی و تأیید درون‌مایه‌ها نیز در طی مراحل مختلف پژوهش‌گر را در دست‌یابی به عمق معنای مطرح شده توسط مشارکت کنندگان هدایت کرده است. مشارکت کنندگان در این پژوهش از بین بیماران بستری و سرپایی در بیمارستان شریعت رضوی تهران در درمانگاه و همین طور در بخش‌های داخلی، اطفال، قلب بستری بوده و حال عمومی مناسبی داشتند و همراهانی که درکنار بیمار حضور داشته و مسئولیت انجام کلیهٔ خدمات جانبی بیماران به عهدهٔ آنان بود و پزشکان متخصص و عمومی مربوط به آن‌ها انتخاب شدند.

یافته‌ها

از تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده در این پژوهش، دو طبقهٔ اصلی از دیدگاه مشارکت کنندگان پیرامون حقوق بیمار پدیدار شده است که عبارتند از:

- عوامل رعایت حقوق بیمار از دیدگاه بیماران و همراهان آن‌ها؛
- موانع رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پزشکان.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

از درون‌مایه‌هایی که در این بررسی از دید بیماران و همراه آنان، به عنوان عوامل رعایت حقوق بیمار مطرح شده عبارت است از اختصاص دادن وقت کافی برای شنیدن صحبت‌های بیمار و دادن اطلاعات کافی به بیمار، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و پرسش کردن بیمار و شنیدن جواب منطقی از سوی پزشک، مسئولیت پزشک در قبال بیمار به طور کلی ارتباط نزدیک بیمار و پزشک می‌باشد تقریباً در تمام مصاحبه‌ها این مسئله به شکلی خود را نشان داده است و همهٔ آنان در تجربیات خود به نوعی این موارد را به عنوان تضییع حقوق خود مطرح کرده‌اند. علاوه بر آن پژوهش‌گر نیز در مشاهدات خود با مواردی از این دست مواجه شده است:

- بعضی پزشک‌ها اخلاق خوبی ندارند، مثلاً تَشَر می‌زنند. قبلاً یک پزشک این‌جا بود وقتی با او صحبت می‌کردیم به حرف ما توجه نداشت چون بیمارانش زیاد بودند، این‌جا بیماران زیاد هستند و بعضی پزشک‌ها می‌گویند که بیمار حق اظهار نظر نداره. (پزشک‌ها) می‌گویند بیمار نباید دخالت کنه. هر چی پزشک تشخیص داد همان است. من می‌گفتم این مشکل را دارم تَشَر زدند.
- این‌جا آن قدر تعداد بیماران شان زیاد هستند که نمی‌گذارند با پزشک صحبت کنیم، زیاد آزادی صحبت کردن نداریم. پزشکان هم زیاد وقت نمی‌گذارند و می‌گویند ما خودمان تشخیص می‌دهیم حق سئوال کردن از پزشک را خیلی کم داریم، چون اعصابشون خورد می‌شه، خسته می‌شند. بیمارها هم سروصدا می‌کنند اونا (پزشک‌ها) نمی‌تونند زیاد جواب بیماران را بدند.
- خودشان (پزشک‌ها) تشخیص می‌دهند که این بیماری احتیاج به بستری دارد یا نه. بعضی خانم دکترها خیلی خوبند می‌پرسند که آیا دوست داری بستری شوی یا نه، دوست داری دارو بهت بدم یا نه، اما دکتر من اصلاً به من اهمیت نداد و با من در این باره صحبت نکرد و از من نظر نخواست.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

- یکی از همراهان بیمار می‌گوید، دکتر اصلاً در مورد بیماری مادرم با من صحبت نکرده. من خودم دنبالش می‌روم باز هم چیزی نمی‌گه، خودش(بیمار) که نمی‌تونه صحبت کنه، پزشک با ما هم صحبت نمی‌کنه وقتی پیر می‌شند نباید ترک شوند.
- دکتر من در مورد بیماریم توضیحات کافی به من نداده، خودش(پزشک) تصمیم گیرنده است. این‌جا میاد تمام بخش رو ویزیت می‌کنه تازه در درمانگاه هم ۵۰ تا مریض باید ببینه. کلاً براشون عادی شده که این قدر مریض دارند این‌جا خیلی شلوغه. تخت خالی هم نیست.
- همین امروز گفتم آقای دکتر به جای انسولین، قرص بده گفت نه، اصلاً خوششون نمی‌یاد ما هم اظهار نظر کنیم همیشه نظر خودشون بوده.
- دکتر هیچ مسئولیتی در قبال بیمار نداره فقط دارویش رو می‌نویسه چون دولتی است، پول نمی‌گیرن ما رایگان درمان می‌شیم به آن صورت توجهی که باید بکنند نمی‌کنند.
- دکترها می‌گویند سازمان به ما گفته باید یک دارو بنویسی داروهای دیگه را نمی‌نویسه من به خاطر همین دوماه و نیم دکتر نیامدم.
- خیلی کم حق داریم سئوال کنیم، زیاد وقتشان را روی این کار نمی‌گذارند. اگر سئوال پیچ کنیم (پزشک‌ها) خوششان نمی‌آید، فقط پرونده را می‌خوانند.
- این دفعه چهارمین دفعه است که اینجا هستم. من سکتهٔ قلبی کردم (پزشک‌ها) فقط کار تخصصی شان را انجام می‌دهند چیز دیگری عمل نمی‌کنند مثلاً من بعضی وقتها سئوال می‌کنم درد من چیه (پزشک‌ها) شفاف جواب نمی‌دهند تا من بفهمم که دردم چیه. ٤ الی ٥ روز می‌خوابونند بعد مرخص می‌کنند، این‌جا پول نمی‌گیرن شخصی پول می‌گیره این‌جا فقط معاینه می‌کنند، بعد نسخه می‌نویسند و می‌روند. اگر ازشون سئوال کنیم محل نمی‌گذارن آنور سر مریض دیگه می‌روند.
- پزشک میاد یک معاینه می‌کنه و می‌ره خوشش نمی‌یاد ما هم نظر بدیم. اصلاً با ما صحبت نکرده، راجع به بیماریمون اگه ازش بپرسیم هم جوابی نمی‌ده وقتی ما بی‌سوادیم اون که کلاسش بالاتره به ما اهمیت نمی‌ده.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

- اگه دکتر نظر من رو می‌خواست کمرم را عمل نمی‌کرد، ۵ میلیون پول دادم کمرم را عمل کردم خوب نشد اصلاً در مورد بیماریم با من صحبتی نمی‌کنه اگه ازش بپرسی هم جواب سر بالا می‌ده، می‌گه مریضی دیگه.
- همراه بیمار می‌گوید، (پزشک) جوری نیست که بنشیند و با ما صحبت کنه مثلاً بگه بچتون چشه اصلاً وقت کافی نداره. همون لحظه که میان و می‌بینند.
- یک سئوال نهایت دو سئوال، سومی دیگه هیچی (پزشک) تا حدی (ای) جواب می‌ده یعنی اصلاً درست و حسابی جواب نمی‌ده.
- چون مال تأمین اجتماعی است باید طرفدار ضعیف‌ها باشند، زیاد به مریض اهمیت نمی‌دند. من خودم اطلاعات به اونا(پزشک‌ها) می‌دم (پزشک) اصلاً صحبتی با من نکرد.
- همراه بیمار می‌گوید: (پزشکان) راجع به بیماری توضیح نمی‌دهند، فقط می‌گن این بیماری رو داره. شاید بگن داروهاشو این طوری مصرف بکنه ولی این‌که مثلاً چه پیشگیری‌هایی بکنیم، بیماری چه اثراتی داره، چطور کنترلش بکنیم، اگه کنترلش نکنیم این بلا سرش می‌یاد تا حالا نگفتند.
- من هر چی می‌گم آقای دکتر پام درد می‌کنه، کلیه‌ام درد می‌کنه هیچی نمی‌گه. می‌گم دستم درد می‌کنه یک چیزی انگار توش فرو می‌کنند باز هیچی نمی‌گه. بعد (پزشک) می‌گه تو که همه جات درد می‌کنه می‌گم اگه سالم بودم چرا این‌جا اومدم. اهمیت نمی‌دهند، نمی‌گه دستت بابت دیابت درد می‌کنه یا پیریه (پزشک)هیچی نمی‌گه.

حمایت روانی و آرامش روحی و برخورد نرم و ملایم با بیمار، یکی از مهم‌ترین نیازهای بیمار و خانواده او است و باعث دلگرمی بیمار و کاهش استرس و فشارهای روانی برای تطابق با شرایط موجود می‌شود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

بعضی از گفته‌های مشارکت کنندگان در این رابطه را مرور می‌کنیم؛

- این‌جا چون بیماران زیادند، بیماران خودشان با پزشک صحبت می‌کنند اونا(پزشک‌ها) فقط معاینه می‌کنند و بس و هیچ صحبتی نمی‌کنند چه برسد به آرامش روحی و روانی،
- همراه بیمار می‌گوید، بچه وقتی دکترش رو می‌بینه می‌ترسه لرزش می‌گیره (پزشک) نمی‌یاد با بچه صحبت کنه، اگه هم ازش(پزشک) سئوال کنیم حرصش می‌گیره و می‌گه چیزی را که گفتم یک بار می‌گم.
- همراه بیمار می‌گوید، (پزشک) اگه فقط یک بار وقت بگذارند و اون اضطراب اصلی رو برطرف کنه دیگه مشکلی پیش نمی‌یاد با ۵ دقیقه ویزیت همچین چیزی امکان نداره من فکر می‌کنم اگه یک مشاوره در هر بیمارستان باشه بهتره.
- این‌جا اصلاً راضی نیستم، از هیچ کدام شان راضی نیستم، اصلاً برخورد خوبی ندارند. وقتی من دردمو دارم می‌گم، من می‌گم آقای دکتر فلان جام درد می‌کنه (پزشک) می‌گه متوجه‌ام متوجه‌ام! بعد که می‌رم می‌بینم داروی خواب داده و من بهش (پزشک) می‌گم چیزی ندادی. من می‌خوام پزشک‌ها اخلاق داشته باشند با مریض‌هاشون خوب باشند.
- (پزشک‌ها) برخوردشون خشکه اگه یک ذره واز و ولنگ باشی، آرایش کرده باشی، بهت جواب می‌دند خدا وکیلی این طوری است من می‌پرسم جواب نمی‌دند. بیمار دوست داره که دکتر و پرستار خوش اخلاق باشند ولی این دکتر من زیاد خوش برخورد نیست اصلاً نمی‌گه دردت چیه! نمی‌گه سرگیجهٔ تو به خاطر چیه؟ فقط پرونده رو می‌نویسه و می‌ره. خدا نکنه پائین شهری هم باشی. حتی لباس به ما نمی‌دند عوض کنیم انگار ارث باباشونه (بیمار دیگر هم تأیید می‌کند و می‌گوید اصلا به بیماران لباس نمی‌دهند).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

از دیگر درون‌مایه‌هایی که در این بررسی از دید بیماران و همراه آنان، به عنوان عوامل رعایت حقوق بیمار مطرح شده عبارت است از رضایت بیمار از انجام درمان و حق معاینه می‌باشد بعضی از گفته‌های مشارکت کنندگان در این رابطه را مرور می‌کنیم:

- همراه بیمار می‌گوید، نمی‌گذارند مریض خوب بشه تا حالا هفت هشت بار بستری شده یکبار که برای قندش بستری می‌کنند دیگه به بیماری دیگرش توجه نمی‌کنند آسم داره ناراحتی قلبی داره نمی‌گویند که پزشک دیگه هم اون رو ببینه (بیمار دیگری هم تصدیق می‌کند).
- وقتی برام آزمایش نوشت حتی منو یک بار هم معاینه نکرد که ببینه مریضیم چیه. دکتر نباید یک معاینه کنه؟ هیچ اطلاعاتی هم راجع به بیماریم نداده.
- (پزشک) صبح میاد، اصلاً معاینه نمی‌کنه با من کار نداره با این کاغذها کار داره. درد ما رو نمی‌پرسه. نمی‌فهمم خوبم، بدم میاد می‌نویسه و می‌ره.

درون‌مایه‌های پدیدارشده از بیانات پزشکان درخصوص موانع رعایت حقوق بیمار عبارتند از پایین بودن فرهنگ عامه در مورد مسائل پزشکی و درمانی و استاندارد نبودن اطلاعات بیمار، کمبود نیروی کار، سخت‌تر بودن دسترسی بیمار به پزشک، رویه‌های نادرست درمان در مراکز خصوصی، مقررات بیمارستان و ساعات کاراضافی وعدم رعایت حقوق پزشک می‌باشد. برخی از گفته‌های مشارکت کنندگان در این رابطه را مرور می‌کنیم:

- به نظر من مریض حق داره از پزشکش بخواد که در مورد بیماریش صحبت کنه، اما حق اظهار نظر نداره فقط اظهار نظر در حد آگاهی می‌تونه باشه حق ارتباط صمیمانه هم هست اگه اون ارتباط نباشه اعتماد نمی‌شه به نظر من باید اعتماد مریض رو جلب کنیم اگه به پزشک اعتماد داشته باشه ۱۰۰ نفر هم چیزی بگن اون(بیمار) قبول نمی‌کنه. ما این‌جا در جایی کار می‌کنیم که مریض‌ها از نظر شعور و آگاهی یک مقدار در سطح پایین هستند از نظر فرهنگ اجتماعی پایین‌تر هستند ولی ما سعی می‌کنیم وقت کافی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

بگذاریم. تمام اطلاعات من راجع به بیماری مریض برای اونا مفید نیست اگه به مریض اونا رو بدیم ممکن است در روحیه اش اثر ناجور داشته باشه بنابراین ما باید یک اطلاعاتی که به نفع ادامهٔ درمان است به مریض بدیم این باز به فرهنگ مریض بر می‌خورد.

- به علت شلوغی هیچ کس نمی‌تونه اون ارتباطی که باید داشته باشه را داشته باشه اگر به تعداد لازم مریض دیده بشه و در محیط آرام باشه و پزشک هم از نظر مالی مشکلی نداشته باشه، خیلی راحت‌تر برخورد می‌کنه.
- من خودم سعی می‌کنم بیش‌تر اطلاعات به مریض بدم تا دارو. مواقعی که نیاز به دارو نباشد اطلاعات می‌دهیم. مثلاً مریض با یک سرماخوردگی ویروسی می‌یاد و نیاز به درمان دارویی قوی نداره، فقط ممکن است درمان‌های علامتی برای کاهش درد بدیم، ولی خیلی از مریض‌ها به خاطر این‌که فرهنگ عامه کلاً در مورد مسائل درمانی و پزشکی پائینی که دارند و در مورد مثلاً یک سرماخوردگی ساده که خیلی نیاز به درمان‌های دارویی ندارد. اونا(بیماران) مد نظرشون این است که چندین آمپول یا آنتی بیوتیک قوی باید استفاده بشه، من بیش‌تر سعی می‌کنم در این مواقع به مریض اطلاعات بدم چون خوردن اون داروها علاوه بر این که براش(بیمار) فایده نداره مضرات بیش‌تری داره، سیستم ایمنی را ضعیف می‌کنه و خود اون سرماخوردگی که در عرض چند روز با کم‌ترین دارو برطرف بشه به یک سرماخوردگی مزمن و طولانی تبدیل میشه و فرد را با خیلی از مسائل دیگه مواجه می‌کنه.
- این‌جا مشکلات زیاد است ممکن است بیماران به حرف‌های ما زیاد گوش ندند به خاطر حجم بالای مریض‌ها و کمبود امکانات و سخت‌تر بودن دسترسی بیمار به پزشک به طوری که بیمار این بار پیش من میاد و من یک سری راه کار درمان را می‌گویم دفعهٔ بعد براش سخت است که من رو پیدا کنه چون کار پزشک‌ها شیفتی است ممکن است من امروز برم تا دو روز دیگه هم نباشم دسترسی یک مقدار سخت است و هماهنگ کردن این برنامه با مریض یک مقدار مشکله.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

- این‌جا حقوق پزشک زیاد رعایت نمی‌شه کلاً در سیستم بهداشت و درمان این طور است یکی این که حجم بالای مریض باعث خستگی پزشک می‌شود و در نتیجه کارآیی لازم را از نظر عملکردی ندارد. من از کارم به عنوان پزشک خیلی راضیم ولی از محیط کارم خیلی راضی نیستم یعنی کل همکارانمان نسبت به محیط کار و شرایط کار رضایت نداریم.
- الان به بیمارم گفتم که این آمپول‌ها کورتونه، پوکی استخوان میاره، این‌جا چون سیستم تأمین اجتماعی است و مجانی است، این‌ها فکر می‌کنند که ما دوست نداریم دارو بنویسیم اشکال این‌جاست به خاطر این‌که (بیمار) بدعادت شدند. متأسفانه بعضی از همکاران به نگاه مادی برای مریض، داروهای اضافی می‌نویسند و داروهایی که لازم نیست تجویز می‌کنند مثل سرم و آمپول، و مریض را بدعادت می‌کنند در ایران مصرف سرم و آمپول به صورت سرپایی بسیار بالاست در صورتی که در کشورهای دیگر آمپول و سرم فقط برای کسی است که بستری می‌شه. برای مریض سرپایی حق ندارند آمپول و سرم بدهند. در صورتی که در ایران به صورت بی‌رویه تجویز می‌شه، چون تو خصوصی این درمان‌ها را گرفته یا دوست همسایه گفته که این آمپول خوبه. الان اسرار می‌کنه که شما باید این آمپول را بدید وقتی بهش ندی فکر می‌کنه ما براش کم کاری کردیم بعد توضیح که می‌دی بعضی‌ها می‌پذیرند بعضی‌ها با نارضایتی ظاهراً می‌پذیرند.
- من اگه ببینم مریض روی اطلاعات درستی اظهارنظر می‌کنه چرا خیلی مواقع به تشخیص آدم هم کمک می‌کنه. ولی مریض‌ها اطلاعات نادرستی را از اطرافیانی که اطلاعات در این زمینه نداشته باشند می‌گیرند. خیلی از مریض‌ها میان پیش من می‌گن خانم دکتر این آزمایش را برام بنویس من از بیمار سئوال می‌کنم که برای چی این آزمایش یا دارو را می‌خوای (بیمار) می‌گه خانم همسایه گفته.
- یک وقت می‌بینی هیچ چیزش نیست، بعد (بیمار) میگه اینجامم اینجوریه اونجامم اینجوریه، مگه ما چقدر وقت داریم که باهاش صحبت کنیم و آرامش بدیم آرامش و روحیه دادن مربوط به مطب است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

- من دوست دارم که تعداد مریض را کم‌تر ببینم در این مورد باید تعداد پزشک‌ها را بیش‌تر کنند چون مریض را نمی‌شود کم کرد.
- مریض‌های ما این‌جا خیلی بی‌فرهنگند، مثلاً می‌گن همسایه‌ها گفتند تو باید این جوری کنی و داروهاشون هم به همدیگر می‌دهند یک همچین بیماری را باید یک کم با احتیاط برخورد کرد.
- حرف‌های بیمار را باید گوش داد باید باهاش حرف زد ممکن است بعضی مواقع کمک کند اما بعضی وقت‌ها چیزهای غیرضروری می‌خواهد این‌جا در تأمین اجتماعی شرایط متفاوت است چون حجم بیمار خیلی بالاست، نمی‌تونی به اندازه کافی وقت بگذاری. تمام اطلاعات رو هم نمی‌شه به مریض داد یک مسئلهٔ، علمی است مشکل است تا حدی می‌شود توضیح داد ولی خیلی زیاد بیمار متوجه نمی‌شه مریض گیج می‌شه این به فرهنگ مریض برمی گردد.
- در این‌جا حقوق پزشک خیلی کم رعایت می‌شه حدودا تا ۲۰ درصد رعایت می‌شه. ساعات کار اضافه داریم در این زمان تعداد مریض زیادی را باید ویزیت کنیم برای ما محدودیت هم گذاشتند این دارو را نمی‌توانی بنویسی و می‌گن این دارو را فقط متخصص می‌تونه بنویسه، اقلام دارویی در ماه نباید بیش‌تر از این قدر بشه. اینها خودش استرس ایجاد می‌کنه باید وظیفهٔ اخلاقی و قانونی را برای مریض انجام داد ممکن است برای یکی کم و برای دیگری زیاد باشد.

محدودیت‌های خاص مربوط به محیط کار از جمله ساختار کاری و محیط ارتباطی از دید مشارکت کنندگان در این مطالعه از دیگر عوامل بازدارندهٔ رعایت حقوق بیمار هستند. کمبود تجهیزات و امکانات بیمارستانی، ازدحام بیماران، کمبود زمان و فضای کوچک و قدیمی بیمارستان از بیانات مشارکت کنندگان در این رابطه هستند. در این رابطه به بیانات برخی از مشارکت کنندگان توجه می‌کنیم:

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

- قبلاً در همین بیمارستان در ٦ ساعت باید ۹۰ مریض را می‌دیدیم، بعد ۹۰ تا را ۸۰ تا کردند بعد ۸۰ تا را ٦۰ تا رسماً نوشتند ولی الان ۸۰ تا شماره می‌دند اصلاً تو ٦ ساعت ۸۰ تا مریض رو می‌تونه پزشک جواب سلامش را بگیره؟ تا بتونه منشور حقوق بیمار رو رعایت کنه؟ یا این که راجع به بیماریش توضیح دهد و به حرف‌های مریض گوش کنه؟ من آرزوم این است که حق و حقوقم کافی باشه که یک جا کار کنم ولی من الان سه جا کار می‌کنم و این به خاطر مشکلات مالی است شما به یک افغانی بگید بیائید شبی ۲۰ هزار تومان بهت بدیم بیدار بمان مریض هم نبین ببین قبول می‌کنه؟ با شبی ۲۰ هزار تومان باید مریض‌ها را با لوازم محدود ببینی. من شش ماهه درخواست کردم که فشارسنج دیجیتال بدند الان باز هم امروز زنگ زدم گفتم دست من درد می‌کنه کشش نداره (شخص مربوطه) میگه آقای دکتر فشارسنجی که می‌خواهیم بخریم بالای ۵۰ هزارتومان است اجازه نداند حالا من می‌خوام زیر ۵۰ هزار تومان برای شما پیدا کنم صحبت ٦ ماه پیش تا الان است. تمام وسایل غیر استاندارد است (پزشک فشار سنج را به پژوهش‌گر نشان می‌دهد) شما یک بار پمپ این رو بزنید دیگه نمی‌زنه تمام دستامون آرتروز گرفته.
- به کارمان علاقمندیم ولی از محیط کاری‌مان اصلاً راضی نیستیم، چوی فضای این‌جا یک فضای قدیمی است در واقع اتاق معاینه این نیست که شما می‌بینید. اتاق ۵ الی ٦ متری است و تجهیزات کافی ندارد همهٔ بخش‌ها را ندارد، فقط سه تا بخش داخلی، قلب و اطفال است. هیچ نوع جراحی این‌جا انجام نمی‌شه.
- این‌جا مریض‌ها زیادند و مشکلات خیلی زیاده، همهٔ هدف و کار ما این است که تا جایی که می‌تونیم مریض رو به حقش برسونیم، خوب متأسفانه این وسط خیلی مشکلات هستند که سلسله وار به هم متصل هستند. این مشکلات مانع می‌شوند مشکلات شامل کمبود تجهیزات، کمبود امکانات بیمارستانی، مثلاً توی اورژانس با این فضایی که شما می‌بینید، مثلاً در یک ساعت و کم‌تر شاید ده‌ها مریض اورژانسی که

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

واقعاً نیاز داشته باشند مراجعه کنند. ولی ما با توجه به فضای کوچکی که داریم و قطعاً نیروی کار کم‌تری که می‌تونیم در این فضا قرار دهیم ممکن است واقعاً نتونیم اون حقوقی که شامل بیمار باشه رو اجرا کنیم. من خودم وقتی در جایگاه مریض به یک مرکزی مراجعه می‌کنم متوجه می‌شوم یعنی اگر خودمان را جای مریض بگذاریم واقعاً این کمبودها به چشم می‌آید یعنی خیلی وقت‌ها حقوق‌ها رعایت نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه افزایش رعایت حقوق بیمار از دیدگاه بیماران و همراه آن‌ها و پزشکان در بیمارستان شریعت رضوی تهران که وابسته به سازمان تأمین اجتماعی است، مورد بررسی قرار گرفته است از دید مشارکت کنندگان در این مطالعه عوامل و راه کارهای رعایت حقوق بیمار شامل مشارکت بیمار در تصمیم گیری‌ها، اختصاص دادن زمان کافی برای شنیدن صحبت‌های بیمار، دریافت حمایت روانی از سوی پزشک، اهمیت به نظر بیمار، دادن اطلاعات کافی به بیمار، رضایت بیمار از انجام درمان، مسئولیت پزشک در قبال بیمار، حق پرسش کردن و شنیدن جواب منطقی از سوی پزشک، ارتباط نزدیک بیمار و پزشک، برخورد مناسب از سوی پزشک، حق معاینه، دست‌رسی عادلانه به امکانات و خدمات بهداشتی درمانی در مقایسه با تعداد بیماران، آموزش بیماران در خصوص خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و آگاه نمودن آن‌ها از مفاد منشور حقوق بیمار، تجدید نظر در مقررات بیمارستان، حذف ساعات کار اضافی پزشک، حفظ حقوق پزشک، راحت‌تر بودن دسترسی بیمار به پزشک، نظارت بر روند درمان در مراکز خصوصی و به کار گماشتن نیروی پزشکی در مقایسه با تعداد بیماران که با مروری گذرا در می‌یابیم که این موارد تا حدی در تمام بیانیه‌ها و منشورهای بین المللی حقوق بیمار و هم چنین در منشور حقوق بیمار ایران مورد تأکید هستند. اما باید توجه داشت که بین تدوین منشور حقوق بیمار و به تحقق رساندن آن در عمل فاصلهٔ زیادی وجود دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

یکی از ابعاد مسئله، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌ها و دادن اطلاعات کافی به بیماراست در این رابطه کالتر معتقد است که این امر می‌تواند به افزایش کارآیی یک رشته معالجات از طریق افزایش‌هایی در اطلاعات و دانش هردو طرف بینجامد. یکی ازراه‌هایی که با آن می‌توان به این امر تحقق بخشید، ارائهٔ اطلاعات تکمیل شده به بیماران است (Coulter et al, 1999). بیماران مورد مطالعه در این بررسی انتظار داشتند که پزشکان زمان بیش‌تری را برای صحبت کردن با آن‌ها در مورد بیماریشان و روحیه دادن به آن‌ها صرف کنند و آن را از حقوق اولیهٔ خود می‌دانستند. از دید آن‌ها این امر چیزی فراتر از انجام فعالیت‌های تکنیکی روزمرهٔ پزشکی است اما با نگاهی گذرا در می‌یابیم که رعایت این اصل در درجهٔ اول به فرهنگ بیمار بر می‌گردد آموزش و فرهنگ سازی در این زمینه از اهمیت به سزایی برخوردار است. میشلر عقیده دارد که اگر پزشکان بیش‌تر به صحبت‌های بیماران گوش می‌دادند، سئوال‌های قابل انعطاف‌تر و بازتری مطرح می‌کردند، زبان فنی را به زبان جهان زیست برمی گرداندند. و برای تقسیم قدرت مذاکره می‌کردند کارورزانی نه تنها انسانی‌تر بلکه مؤثرتر از کار در می‌آمدند(Waitzkin,1991). نظریهٔ دیگر انگارهٔ زیست پزشکی می‌باشد. براساس این نظریه، پزشک نگرشی متفاوت از نگرش بیمار را دارا می‌باشد. پزشک در رابطه اش با بیمار تنها به جسم وی و به بیماری وی توجه دارد و به دلنگرانی‌های بیمار در مورد بیماری اش توجهی ندارد که این امر ممکن است در برخی موارد به عدم تسلیم بیمار در مقابل نظر پزشک منجر شود(Armestrong,1983). از سوی دیگر، بیماران اظهار داشتند که چون بیمارستان مورد مطالعه وابسته به سازمان تأمین اجتماعی است و بیماران به صورت رایگان از خدمات استفاده می‌کنند، این امر منجر به تقاضای بالای بیماران و ازدحام آن‌ها می‌شود.

طبقهٔ دیگری از درون‌مایه‌ها که در این مطالعه پدیدار شده است مربوط به عوامل بازدارندهٔ رعایت حقوق بیمار است، پزشکان ناراضی یکی از این درون‌مایه‌ها هستند. کمبود نیرو در بخش‌ها، ساعات کار اضافی، محدودیت زمان و این واقعیت که حقوق خود

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

پزشکان رعایت نمی‌شود از درونمایه‌های این طبقه‌اند. پزشکان در محیط کاری خود ناراضی بوده و احساس عدم امنیت می‌کنند. این موضوع منجر به ایجاد مشکلاتی برای ارائهٔ خدمات واقعی به بیماران می‌گردد. موانع ساختاری در جذب و استخدام نیروهای پزشکی از دیگر مواردی است که پزشکی ایران را با مشکلات زیادی مواجه کرده است. از سوی دیگر کمبود تعداد پزشکان در بخش‌ها موجب شده تا پزشکان به ناچار به انجام شیفت‌های کاری اضافه و فراتر از توان خود گردند که با درنظر گرفتن کمبود درآمد معمول ماهیانهٔ آنان و کمبود نیرو دور از انتظار نیست. به این ترتیب سیستم ارائهٔ خدمات بهداشتی نمی‌تواند از پزشکان انتظار داشته باشد بدون این که حقوق خودشان مورد توجه قرار گیرد حقوق بیماران را رعایت کرده و بهترین خدمات را به آنان ارائه دهند. محدودیت‌های محیط کاری، نواقص ساختاری و کمبود تسهیلات و پائین بودن فرهنگ عامه و رویه‌های نادرست درمان در مراکز خصوصی، مقررات بیمارستان از جمله دیگر درون‌مایه‌های بازدارندهٔ رعایت حقوق بیماران در این مطالعه پدیدار گشت. مشارکت کنندگان در مطالعه بر این باور بودند که محدودیت‌های مربوط به محیط بیمارستان و حجم بالای بیمار در مقایسه با تعداد پزشکان و محدودیت‌های ساختاری از موانع اساسی رعایت حقوق بیماران هستند. به نظر می‌رسد این بخش از درونمایهٔ مربوط به شرایط اجتماعی، اقتصادی خاص ایران بوده و به این شکل در بیانیه‌های بین المللی مطرح نشده‌اند. با توجه به تأکید سازمان بهداشت بر طراحی راه حل‌های ویژهٔ مطابق با شرایط هر کشور برای برخورد با پدیدهٔ حقوق بیمار و ضرورت مشارکت دادن شهروندان در تصمیم‌گیری‌ها و تدوین و طراحی قوانین مربوط به خودشان به نظر می‌رسد بررسی و استفاده از دیدگاه‌های خود بیماران و افراد ذی‌نفع در این زمینه می‌تواند یکی از راه کارهای مناسب برای طرح گسترده‌تر و عمیق‌تر این پدیده در جامعه باشد. هم چنین استفاده از دیدگاه‌های خود بیماران و خانوادهٔ آن‌ها به همراه دیدگاه و نقطه نظرات پزشکان می‌تواند اطلاعات جامعی را به دست اندرکاران وتصمیم گیرندگان سیستم خدمات بهداشتی و درمانی برای برنامه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ریزی‌های آتی در این زمینه، ارائه دهد. به این ترتیب لازم است هر جامعه با توجه به شرایط و بافت فرهنگی ویژهٔ خود و با استفاده از مشارکت مردم قوانین متناسب و واقع گرایانه‌ای در مورد حقوق بیماران تدوین کند، یکی از گام‌های اولیه در این زمینه، دست‌یابی به مجموعه‌ای از اطلاعات عمیق کیفی از دیدگاه‌ها و درک افراد در این حوزه است. این بررسی می‌تواند مقدمه‌ای برای دست یابی به اطلاعات جامع جهت پایه گذاری گام‌های بعدی در این رابطه باشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش در مجموع، بیان‌گر این نکته است که بیماران و همراهان آنان، باوجود نداشتن آگاهی مستقیم از حقوق خود، کاملاً حس می‌کنند که مشکلی در انجام فعالیت‌ها وجود دارد، بررسی نقطه نظرات آن‌ها و همچنین پزشکان در این رابطه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای تحقیقات بیش‌تر در این زمینه و طراحی منشوری متناسب با نیازها و انتظارات آنان بر حسب زمینهٔ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور ایران توسط مسئولین و سیاست‌گذاران برنامه‌های بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- آتش خانه، مریم(۱۳۸۰)، **حقوق بیمار**، مدیریت درمان اجتماعی فارس، شیراز.
- درگاهی، حسین و اسحاقی، شبنم (۱۳۸٦)، **مطالعهٔ تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب با کشور ایران**، ویژه نامهٔ اخلاق پزشکی، مجله دیابت و لیپید ایران.
- رضایی، ن(۱۳۷۹)، **بررسی میزان آگاهی پزشکان و پرستاران نسبت به منشور حقوق بیماران در بیمارستانهای استان کهکیلویه و بویراحمد**. خلاصهٔ مقالات اولین همایش کشوری مدیریت منابع در بیمارستان. تهران: دانشگاه امام حسین (ع).
- زیاری و همکاران(۱۳۸۲)، **مقایسهٔ پشتوانه‌های قانونی حقوق بیمار در ایران با برخی از کشورهای توسعه یافته**، خلاصهٔ مقالات اولین همایش سراسری منشور حقوق بیمار، دانشگاه علوم پزشکی فسا.
- سخنور، رستم(۱۳۸۰)، **بررسی میزان آگاهی از اصول پرستاری در تصمیم گیری‌های بالینی و به کارگیری آن از دیدگاه پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی شیراز**، پایان نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشکدهٔ علوم پزشکی، دانشگاه شیراز.
- سرباز زین آباد، معصومه (۱۳۸۱)، **بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ارائهٔ راه حل مناسب**، پایان نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشکدهٔ علوم پزشکی، دانشگاه ایران.
- عزیزیان و همکاران(۱۳۸۲)، **منشور حقوق بیمار و قانون‌های مصوب برای اجرای آن در ایران**، خلاصهٔ مقالات اولین همایش سراسری منشور حقوق بیمار، دانشگاه علوم پزشکی فسا.
- عموئی محمود و همکاران (۱۳۷۹) «**بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸**» مجله علمی پزشکی قانونی سال ٦ شماره ۲۱ زمستان ۷۹ تهران.
- لاریجانی، باقر (۱۳۸۳)، **پزشک و ملاحظات اخلاقی**، تهران، برای فردا.
- محسنی، منوچهر (۱۳۵۷)، **جامعه شناسی پزشکی و بهداشت**، تهران، طهوری.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷٦)، **جامعه شناسی پزشکی**، تهران.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ

References

- هروآبادی و همکاران (۱۳۷۵)، **مدیریت پرستاری و مامایی**، تهـران: انتـشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- Armstrong, David.(1983**), An outline of sociology as Applied to medicine.**
- Coulter,A. Entwistle, V and Gilbert, D.(1999**), sharing decision with patients: is the information good enough?**" British medical journal.
- Graham, H & Oakley , A. (1981), **competing ideologies of reproduction: medical and maternal perspectives on pregnancy**. In Roberts, H.(ed.)**women, Health and Reproduction**, London: Routledge & keganpaul.
- Hattori, H. etal.(1991), **The pationts rights to information in japan legal rules and doctors opinions**, soc-sci-med.
- Ingram, R.(1998),**The nurse as the patients advocate**.MscDessertation University of portsmouth. School of Social & Historical Studies.
- Lopez de penax, A.(1995**), Medical attitude and legal concepts about som patient rights**. Revista de Investigation Clinical.
- Maklin, R.(1995), Ethics information **consent and assisted reproduction**. J- Assist reprod- Genet.
- Mallik, M.(1997), Advocacy in nursing: **a review of the literature**. jAdv Nurse.
- Morse, JM.(1995),**The significance of saturation**. Qualitative health research.
- Ritzer,George.(1988**), contemporary sociological theory**, new york: mc graw-hill.
- Sacchini D, Antico L.(2000), **The professional autonomy of the medical doctor in Italy**. Theor Med Bioeth.
- Segest, E.(1995), **The legal position with regard to informed consent indenmark**. Med-law.
- Siegal, G. Siegal, N. Weisman, Y.(2001), **Physicians attitudes towards patients right legislation**. Med Law.
- Strauss,A , et al. (1992), lhopitalet son order negocie, in: **la trame de la negociation**: sociologie qualitative interactionisme, texts reunis par I. Baszanger, paris, LHarmattan.
- Szass,T. Hollender,M.(1959), **A contribution to philosophy of medicine**, Archives of Internal Medicine.
- Waitkin, H.(1991**),The politics of medical Encounters: How patients and Doctors Deal with social problems**. New Haven, CN: Yale University press.
- Watt, P.(1995), Living wills: **how do they inform care**. Br-j-nurse.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]