

مقایسه‌ی حقوق بیماران در تحقیقات پزشکی در جهان

محسن داورزنی^۱

چکیده

اعمال غیراخلاقی در تحقیقات پزشکی در گذشته موجب شده که امروز حساسیت نسبت به این موضوع افزایش یابد. مروری بر قوانین بین‌المللی نشان می‌دهد که گاه، این تحقیقات ملاحظات اخلاقی را زیر پا گذاشته و افراد را برخلاف میل‌شان مورد آزمایش قرار داده‌اند. «قانون نورنبرگ در سال ۱۹۴۷ برای محاکمه پزشکان نازی تصویب شد که افراد را برخلاف میل‌شان مورد تجربه آزمایشگاهی قرار داده بودند. برطبق این قانون رضایت داوطلبانه افراد مورد مطالعه صددرصد ضروریست. اعلامیه هلسینکی در سال ۱۹۶۴ تصریح کرد پزشکان با اجازه قیم‌های قانونی افراد فاقد صلاحیت، با دادن رضایت از طرف آنها، حداقل در تحقیقات روی معالجه آنها مجازند.» (آنگلیر، ۲۰۰۱) در برخی بیماری‌ها به دلایل متعدد تحقیقات کلینیکی روی بیماران مسائل اخلاقی متعددی را مطرح می‌کند. در چنین مواردی قوانین ملی و بین‌المللی چنین تحقیقاتی را با توجه به موضوع آنها مجاز می‌دانند. با توجه به موارد فوق سؤال اصلی این مقاله این است که قوانین ملی و بین‌المللی چه میزان تحقیقات پزشکی را مجاز می‌دانند؟ هدف ما در این مقاله این است که در وهله اول مروری بر قوانین بین‌المللی در این رابطه داشته باشیم و سپس قوانین داخلی در این زمینه را بررسی کنیم. مطالعه اسنادی - مقایسه‌ایست و منابع مورد مطالعه، کتب و قوانین مرتبط با علم پزشکی می‌باشند.

واژگان کلیدی

تحقیق پزشکی؛ حقوق بیمار؛ اصول اخلاقی.

۱. محسن داورزنی: دانشجوی دوره دکتری حقوق عمومی دانشگاه دولتی باکو

مقایسه‌ی حقوق بیماران در تحقیقات پزشکی در جهان

بیماران به‌عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی چه به لحاظ فیزیکی و چه به لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی در معرض خطر قرار دارند و این عامل توجه خاص مجامع بین‌المللی حقوق بشر به حقوق بیمار است. از آنجا که نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است، ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای و حساسیت نسبت به تفاوت‌های موجود، لازمه مراقبت مطلوب از بیمار است. بیمارستان‌ها و کلیه مراکز ارائه خدمات سلامت باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف باشند و به آن احترام گذارند. در سایه 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. (حقیقی، ۱۳۷۷)

پیشرفت‌های علمی بشری زمانی برای نوع بشر مفید و ثمربخش است که پشتوانه اخلاقی داشته باشد. علم و تخصص بدون بهره‌مندی از اخلاقیات پاسخگوی نیازهای فطری بشر نبوده و گاهی نقض غرض است، زیرا هر نوع پیشرفت باید دارای جهت و هدف باشد و اخلاق به پیشرفت علمی جهت و هدف می‌بخشد. در عرصه پزشکی نیز این حکم صادق است و به‌طور کلی حرکت طب بر محور اخلاق بوده و پایه‌های آن بر مبانی اخلاقی استوار است. جلوه‌گاه این کرامت اخلاقی در دنیای پزشکی در مرحله حساس و سرنوشت‌ساز برخورد پزشک با بیمار است. هر قدر این برخورد انسانی، اخلاقی، شرافتمندانه و احترام‌آمیز باشد، حصول آرمان‌های مقدس پزشکی و امنیت روانی، جسمی بیمار و رضایت خاطر او و اطرافیانش قطعی‌تر خواهد بود. ممکن است پزشک از دیدگاه علمی و فنی به وظیفه خود عمل و حتی بیمار را معالجه نماید؛ اما مراعات نکردن جنبه‌های اخلاقی

و انسانی در برخورد با بیمار او را از هدف عالی پزشکی دور کند و کوچک‌ترین غفلت، مسامحه و لغزش از موازین اخلاقی و وجدانی و بی‌حرمتی به شخصیت بیمار و اطرافیان او سبب از بین رفتن امنیت خاطر، و سلب اعتماد او از پزشک معالج گردد. (عباسی، ۱۳۸۲)

مبانی و اصول علم اخلاق پزشکی به موازات علم پزشکی از دیرباز مورد توجه حکما بوده و انعکاس آن در سوگندنامه‌ها و جای جای آثار کهن پزشکی مشهود است. در دوران پرافتخار تمدن اسلامی به اخلاق به‌طور عام به عنوان هدف اصلی بعثت پیامبر اکرم (ص) و در منابع ارزشمند طب دوران اسلامی به موضوع اخلاق پزشکی به عنوان یکی از مهم‌ترین حوزه‌های اخلاق کاربردی توجه خاصی وجود داشته است. این امر را می‌توان در جای جای متون مناجات‌نامه‌ها و سوگندنامه‌های این دوران مشاهده کرد. در طول تاریخ مفاهیم اخلاقی همواره در کنار پزشکی مطرح بوده و قدمتی به بلندای تاریخ طب دارد (عباسی، ۱۳۷۹). به‌رغم توجه به حقوق بیماران در کلیه تمدن‌های گذشته و تأکید سازمان‌های بین‌المللی حقوق بشر در عصر حاضر گاه تخلفاتی توسط پزشکان صورت گرفته و بیماران مورد سوءاستفاده‌های پزشکی واقع شده‌اند. یکی از این موارد مربوط به تحقیقات پزشکی است که روی بیماران انجام می‌شود. در طی جنگ جهانی اول و دوم حدود ۷۰۰۰۰ انسان بی‌گناه از افراد ناتوان جسمی و عقب افتاده فکری به جرم بی‌خاصیت بودن و مفید نبودن به حال جامعه توسط نازی‌ها به کام مرگ رفتند. نازی‌ها با اعتقاد به لزوم اصلاح نژاد جامعه انسانی، مبادرت به حذف فیزیکی این عده در اردوگاه‌های مرگ نمودند. (یوناس، ۱۹۶۹)

سوءاستفاده‌های علمی منحصر به نازی‌ها نبود. جنایات ژاپنی‌ها در خلال جنگ دوم جهانی و کشتن برای آموزش دادن و تجربه‌اندوزی، سر از خاستگاه مدعی

تمدن و حقوق بشر یعنی ایالات متحده آمریکا درآورد. دو افتضاح عمده در آمریکا موجب تسریع تدوین کد اخلاق پزشکی شد. در این موارد، سلول‌های سرطانی را برای شناخت تأثیر آن بر روی انسان به پیران و کودکان عقب‌افتاده ذهنی و جسمی بدون رضایت آنها تزریق نمودند. (میلر، ۲۰۰۶) آمریکایی‌ها که روزگاری به جنگ نازی‌ها رفته و اعمال آنها را در پاکسازی نژادی محکوم می‌نمودند خود گرفتار تجربه‌آموزی بشر شدند. مبتلا کردن صدها نفر از مردم گواتمالا به بیماری‌های مقاربتی چون سوزاک و سیفلیس در خلال آزمایش‌ها و تحقیقاتی که از سال ۱۹۴۶ تا سال ۱۹۴۸ صورت گرفته است از موارد غیراخلاقی و شرم‌آور محققان و پزشکان آمریکایی در گواتمالاست. در این تحقیقات پزشکان آمریکایی عمداً ششصد و نود و شش مرد و زن را در ندامتگاه ملی گواتمالا و تیمارستان ملی این کشور به بیماری سیفلیس و سوزاک مبتلا کرده‌اند. (فریدن و کولینز، ۲۰۱۰، صص ۲۰۶۳-۲۰۶۴) در گزارشی جدیدتر در زندان‌های چین محکومان به اعدام به دست پزشکان سپرده می‌شوند تا اندام‌های بدن آنها جراحی و از بدن آنها جدا شده و به بیماران نیازمند به این اندام‌ها فروخته شوند. (کرام، ۲۰۰۹)

بیچر در تحلیلی تحت عنوان اخلاقیات در تحقیقات پزشکی بیست و دو مورد از مثال‌های محققانی که سلامت یا زندگی افراد مورد مطالعه‌شان را بدون اطلاع آنها از خطرات آزمایش‌ها و یا اجازه آنها به مخاطره انداختند مورد بررسی قرار داد. در یک مورد محققان پنسلین را از افراد با عفونت استرپتوکوکول به منظور مطالعه داروهای جایگزین برای پیشگیری از بیماری، دریغ کردند. این بیماران کلاً از این بی‌خبر بودند که بخشی از یک تجربه هستند. اینها در معرض تب رماتیسم رها شدند و بیست نفر آنها مردند. بیچر نتیجه می‌گیرد که روش‌های غیراخلاقی یا روش‌هایی که به لحاظ اخلاقی سؤال‌برانگیزند در میان محققان غیرمعمول نیستند

(بیچر، ۱۹۹۶). مورد دیگری که بیچر به آن اشاره می‌کند، محققانی است که ویروس زنده هپاتیت را به ساکنان ویلوبروک تزریق کردند تا بیماری را علت‌شناسی کنند و تلاش کردند واکسنی محافظ بر ضد بیماری بسازند. مورد دیگر پزشکانی بودند که سلول‌های زنده سرطانی را به بیست و دو بیمار مسن و ضعیف در بیمارستان بیماری‌های مزمن بروکلین وابسته به یهودیان برای مطالعه پاسخ‌های ایمنی بدن تزریق کردند، بدون اینکه به آنها بگویند این سلول‌ها سرطانی هستند. (بیچر، ۱۹۹۶)

مطالعه دیگر که واکنش عمومی شدیدی در دهه ۱۹۷۰ به دنبال داشت تحقیق سرویس بهداشت عمومی ایلات متحده بود. محققان این مرکز آمریکاییان آفریقایی‌تبار ساکن آلاباما را از دهه ۱۹۳۰ مورد بررسی قرار دادند. آنها افرادی را که از سیفلیس نوع دوم رنج می‌بردند مورد بررسی قرار دادند. هدف، مطالعه پیشرفت طبیعی سیفلیس معالجه نشده بود. چهار صد قربانی مورد مطالعه بودند و دویست نفر گروه کنترل را تشکیل می‌دادند. اولین مقاله علمی این تحقیق در سال ۱۹۳۸ چاپ شد و مطالعه تا سال ۱۹۷۲ که مقاله خبری جدیدی چاپ شد ادامه داشت. در این مطالعه قربانیان از هدف مطالعه و آزمایش‌های مرتبط با آن آگاه نبودند یا اطلاعات غلطی به آنها داده شده بود. بعد از واکنش عمومی وزیر بهداشت ایالات متحده به سختی توانست از آن دفاع کند و بدتر اینکه نتوانست نارضایی از دادن معالجه را حتی بعد از کشف پنسیلین توجیه کند. (ریچ، ۱۹۹۵، صص ۲۵۴-۵۸) در طی دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ نه فقط متخصصان منفرد بلکه آژانس‌های دولتی نیز تحقیقاتی انجام دادند که غالباً رضایت افراد مورد آزمایش را نادیده گرفتند و آنها را در معرض خطر جدی قرار دادند. بسیاری از این مطالعات دربر گیرنده آزمایش اشعه ایکس روی انسان بود. بخشی از انگیزه این

مطالعات این بود که فیزیولوژی انسان‌ها بهتر شناخته شود و حتی مهم‌تر از این هدف، حفظ دفاع ملی با شناخت اثرات احتمالی اشعه روی نیروهای در حال جنگ بود. به همین سیاق، زندانیان ایالت اورگون در تجربه‌هایی برای بررسی آثار تولید اسپرم در معرض اشعه ایکس، مورد آزمایش قرار گرفتند. اگرچه به زندانیان گفته شد این آزمایش‌ها دارای برخی خطرات است، اما آنها اطلاع نداشتند که ممکن است اشعه موجب سرطان شود. همچنین بیماران مبتلا به بیماری‌های لاعلاج در بیمارستان سین سیناسی در یک تحقیق کل بدنشان در معرض اشعه ایکس قرار گرفت. دپارتمان دفاع ایالات متحده آنها را به منظور سنجش آثار اشعه ایکس بر ضد سرطان مورد آزمایش قرار نداد بلکه هدف آنها بررسی خطرات اشعه ایکس برای پرسنل نظامی بود. در طی این دوره آژانس اینتلیجنس عمومی نیز تحقیقاتی روی بدن افراد بدون اطلاع آنها انجام داد که هدف مطالعه بهبود روش‌های بازپرسی و شستشوی مغزی بود. بخش‌هایی از این تحقیق در دهه ۱۹۸۰ و کل ابعاد آن در سال ۱۹۹۴ علنی شد. هیچ یک از این افراد مورد مطالعه هرگز معالجه‌ای دریافت نکردند و وضعیت آنها بعد از اتمام پروژه پیگیری نشد. برخی از آنها بسیار متأثر شدند و خودکشی کردند. (مک آلوانی، ۱۹۹۶، ص ۲۴)

بسیاری از تحقیقات غیراخلاقی تنها بعد از سال‌ها از انجام آنها علنی می‌شوند. بسیاری از تحقیقات نظامی غیراخلاقی توسط ایالات متحده در طی جنگ دوم جهانی و بلافاصله بعد از جنگ جهانی دوم انجام شد. در آن زمان بیش از ۶۰ هزار نیروی آمریکایی غیرداوطلبانه برای مطالعاتی ثبت‌نام شدند که مستلزم این بود که در معرض آزمایش‌های شیمیایی قرار گیرند. در این مطالعه دست کم ۴۰۰۰ هزار نفر از آنها در معرض آزمایش‌های میدانی و در آزمایشگاه‌ها با تمرکز بالا قرار گرفتند. (ریچ، ۱۹۹۵، ص ۲۲۵۸) در مطالعه‌ای که از سال‌های ۱۹۴۵ تا ۱۹۴۷ به طول

انجامید، به هجده بیمار لاعلاج دوز بالایی از پلوتونیم تزریق شد. هدف این بود که مشخص شود پلوتونیم چه مدت در بدن انسان باقی خواهد ماند. به بیماران گفته نشد که به آنها پلوتونیم تزریق می‌شود. محققان به افراد مورد مطالعه گفتند داروی جدیدی را به آنها تزریق می‌کنند. در آزمایش دیگری به نوجوانان معلول ذهنی در مؤسسه‌ای در ماساچوست مقادیر خیلی کوچکی از آهن و کلسیوم رادیو اکتیو خورانده شد. هدف مطالعه جذب این مواد در بدن انسان بود. نوجوانان مورد مطالعه معلول ذهنی بودند و والدین آنها از طرف آنها رضایت به آزمایش‌هایی برای سوء تغذیه روی آنها داده بودند. (ریچ، ۱۹۹۵، صص ۲۵۸-۵۹)

نمونه دیگری از این مطالعات بیماری مخصوص جنگ خلیج بود. این بیماری مجموعه‌ای از بیماری‌هایی بود که در نتیجه قرار گرفتن در معرض منابع چندگانه شیمیایی / بیولوژیکی چون سلاح‌های شیمیایی / بیولوژیکی تولید شد. تمامی سربازان ایالات متحده و متحدان آنها مجبور بودند مجموعه‌ای از واکسن‌ها را تزریق کنند و قرص‌های آزمایشی را بخورند که توسط اف دی ای تأیید نشده بود و بسیاری از سربازان آمریکایی را بیمار کرده بود (مک آلوانی، ۱۹۹۶، ص ۶).

بنابراین، این امکان وجود دارد که دولت‌ها با آگاهی کامل شهروندان را در معرض تسلیحات بیولوژیکی و شیمیایی مضر قرار دهند. سربازان آمریکایی در جنگ خلیج فارس مجبور به تجربه داروها و واکسن‌هایی بودند که چیزی در مورد آنها نمی‌دانستند و به این تجربه‌ها رضایت نداده بودند. تجربه طوفان صحرا، تجربه انسانی است که نیازمند سال‌ها مطالعه پاتولوژیک در مورد عفونت‌های شیمیایی و بیولوژیک است. سؤالی که اینجا مطرح می‌شود این است که چه تعداد باید به نام علم و امنیت ملی جان خود را ازدست بدهند. گزارش‌هایی از خاورمیانه خصوصاً کشورهای حوزه خلیج فارس یا نزدیک به منطقه جنگی نشان داد که بیش از ۲۵

درصد شهروندان درگیر عفونت‌های ناشی از بیماری جنگ خلیج فارس هستند. تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد ساکنان خلیج فارس با این بیماری درگیر هستند. برطبق گزارش مأموران مخفی عراق ۲۵۰۰۰۰ نفر از بیماری جنگ خلیج فارس جان خود را از دست داده‌اند و میلیون‌ها نفر بیمارند. کشورهای خلیج فارس از جمله عراق، ایران، عربستان سعودی، کویت، بحرین، عمان و امارات متحده عربی از جمله کشورهای هستند که با این بیماری درگیرند. (ریلی، ۱۹۹۰، مک آلوانی، ۱۹۹۶، ص ۲۱) مطالب متعددی در مورد تحقیقات غیراخلاقی منتشر شده و این مطالعات احتمالاً روی افراد طبقات پایین و فقیر جامعه انجام می‌شود. زمانی که به این تحقیقات اعتراض عمومی وجود نداشته باشد می‌تواند برای سال‌ها ادامه یابند. مطالعات بزرگ‌تر به خصوص احتمال دارد توسط سازمان‌های مربوط به امنیت ملی و با بودجه نظامی انجام شود.

اینجاست که این سؤال مطرح می‌شود که چگونه پزشکانی که اصولاً برای نجات جان آدمی باید در تلاش باشند، به جان آدمیان افتاده‌اند. علمی که اساساً برای حیات آدمی مفید است، با استعانت از آخرین دستاوردهای علوم و توسط پزشکان غیرمتمدن به ابزاری برای مرگ بیچارگان و بیماران مبدل شده است. این سؤال مطرح می‌شود که اخلاق پزشکی در خصوص بیمار و حقوق وی چه جایگاهی دارد و چگونه باید رعایت شود؟ آیا پزشکان مجازند بدون رضایت بیمار هر مطالعه‌ای روی او انجام دهند؟ در مقاله حاضر هدف شناخت منشورهای اخلاق پزشکی در رابطه با این گونه تخلفات، رفتارهای غیراخلاقی و غیرانسانی برخی پزشکان و مقایسه آن در کشورهای مختلف است. برای دستیابی به این هدف مروری بر منشورهای پزشکی حقوق بیماران و تعهدات پزشکان در این رابطه خواهیم داشت و در نهایت به ارائه راهکارهایی در جهت از بین بردن این اعمال

غیرانسانی ارائه خواهیم داد. در بررسی این موضوع منابع مورد استفاده متون موجود در کتابخانه‌ها و کتابخانه‌های دیجیتال خواهد بود و بدین ترتیب مطالعه اسنادی - توصیفی است.

بحث و بررسی

پزشکان از جمله اولین کسانی بودند که به طرح مباحث اخلاقی پرداخته و اولین کدهای اخلاق پزشکی را نوشته‌اند. به تدریج اخلاق پزشکی از محدوده علم پزشکی فراتر رفته و علوم مختلفی را دربر گرفت. غیرپزشکان و بخصوص مذهبیون کلیسا، کنیسه، مسجد، فلاسفه، سیاسیون و طرفداران حقوق بشر این سؤال را مطرح کردند که در پس پرده آزمایشگاه‌های علوم پزشکی چه می‌گذرد؟ به‌طور مشخص لزوم مداخله قانونگذار در این رابطه در مقاطعی به‌طور واضح‌تر معلوم شد و از اینجا بود که حقوق‌دانان نیز وارد این حیطه شدند و در امر ایجاد ارتباط بین مردم و پزشکان با تنظیم قواعد مشخص حقوقی به یاری قدرت حاکمه در جهت انتظام جامعه همت گماردند. سوءاستفاده پزشکان از تخصص خود و انجام آزمایش‌هایی روی انسان‌ها در برخی کشورها موجب شد که کشورهای مختلف قوانین و منشورهایی برای مشخص کردن حقوق بیماران در ارتباط با پزشکان و مجموعه پزشکی تهیه و لازم‌الاجرا نمایند. به این منظور، پزشک در حیطه تخصص خویش و به اندازه توانایی‌ها و قابلیت‌های علمی‌اش، بر وفق نظامات مقرر وظیفه دارد ضمن عنایت به حفظ اسرار این رابطه و افشا نکردن آنها، در درمان و معالجه بیمار همت گمارد و هرگونه «خطا و قصور» از سوی وی، موجب تحقق مسؤلیت حقوقی و کیفری خواهد بود. پیشرفت‌های سریع و چشمگیر در حوزه پزشکی، موضوعات و چالش‌های بسیاری را در اخلاق پزشکی مطرح کرده

است که از جمله می‌توان به اخلاق در پژوهش اشاره کرد. بحث تحقیقات پزشکی از مباحثی است که در حوزه علم اخلاق پزشکی جای می‌گیرد. از جمله مباحث اخلاق پزشکی می‌توان به اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، حقوق و نقش بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشکی، فایده رساندن و زیان وارد نکردن و تعدادی دیگر اشاره کرد. در چند دهه گذشته رفتار پزشک با بیمار دچار دگرگونی شده است و براساس چنین تحولاتی اولین بار چیلدرس و بیرچامپ اصول اخلاقی پزشکی نوین را تدوین کرد که هم اکنون در بسیاری از کشورها به مورد اجرا گذاشته شده است.

این اصول چهارگانه عبارتند از:

۱. احترام به خودمختاری بیمار (اصل اتونومی)
۲. ارائه اقدامات مفید و سودمند (اصل سودمندی)
۳. جلوگیری از صدمه و آسیب (اصل عدم ضرر رسانی)
۴. عدالت (اصل عدالت) (یوناس، ۱۹۶۹).

حق هر انسانی در قبال جسم و جان خود از حقوق اولیه وی بوده و از طرف قانون به شدت حمایت می‌شود. احترام به خودمختاری افراد یکی از اصول اساسی اخلاق عمومی بوده و در اخلاق پزشکی تحت عنوان اصل بین‌المللی خودمختاری بیمار به منظور بررسی تصمیم‌های افراد در مراقبت‌های بهداشتی و خصوصاً در ارتباط با رضایت آگاهانه به کار برده می‌شود.

این حق در اعلامیه جهانی حقوق بشر تحت عنوان حق برخورداری از امنیت شخصی آمده و در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران طی اصل ۲۲ با تأکید بر مصونیت جسم و جان از تعرض، به آن اشاره شده است. طبق بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی اگر پزشک بدون رضایت بیمار اعمال طبی و جراحی روی وی

انجام دهد مرتکب جرم شده است.

از سال ۱۹۵۹ که اتحادیه ملی پرستاری آمریکا، اولین اعلامیه حقوق بیمار را منتشر کرد، تغییرات اساسی در رفتار بیماران بستری و بیمارستان‌های این کشور مشهود گردید. در پاسخ به توقعات بیماران، اصول قانونی درباره‌ی رضایت آگاهانه، جنبه محرمانه بودن اطلاعات بیمار، حفظ حرمت و عزت بیمار، پذیرش بدون تبعیض و... در مجموعه قوانین کشورها ظاهر گردید. (یوناس، ۱۹۶۹)

اکثر کشورها اصول حقوق بیمار را در مجموعه‌ای تحت عنوان «منشور حقوق بیمار» تدوین کرده‌اند تا حقوق اساسی بیماران که در مؤسسات درمانی پذیرفته می‌شوند، بدان گونه که ضوابط و قوانین پیش‌بینی و تأکید کرده‌اند، به آنها تفهیم گردد. منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف دارای اصول مشترکی است که این اصول تعیین کننده حقوق بیماران است.

منشور اروپایی حقوق بیماران

موضوع حقوق بیماران با اتخاذ و تصویب منشور اروپایی حقوق بشر در نوامبر ۲۰۰۲ نهایتاً مورد توجه کامل قرار گرفت. در این منشور ۱۴ عنوان از حقوق بیماران درج گردید، که موارد زیر مستقیم و غیرمستقیم به تحقیقات پزشکی مربوط است:

الف) حق برخورداری از اطلاعات

هر فردی حق دسترسی به تمام انواع اطلاعات مرتبط با وضعیت سلامت خود، خدمات بهداشتی درمانی و نحوه‌ی استفاده از آنها و تمام خدماتی که به واسطه تحقیقات علمی و نوآوری تکنولوژیک حاصل می‌آید را داراست.

ب) حق اظهار رضایت

هر فردی حق دارد از تمام اطلاعاتی که وی را قادر می‌سازد در تصمیم‌گیری‌های متخذه در خصوص سلامت‌ش مشارکت نماید، آگاه شود.

پ) حق انتخاب

هر فردی حق دارد از میان روش‌های درمانی مختلف و مراکز مختلف درمانگر براساس اطلاعات کافی یکی را برگزیند (گیفورد، ۲۰۰۷).
قوانین و تمهیدات قانونی برخی از کشورهای جهان در رابطه با حقوق بیماران در تحقیقات پزشکی.

فرانسه

مفهوم حقوق بیماران و به رسمیت شناخته شدن آن در فرانسه به خیلی قبل‌تر یعنی به سال ۱۹۳۳م. برمی‌گردد؛ زمانی که دادگاه عالی رابطه میان پزشک و بیمار را نوعی قرارداد درمانی لحاظ کرد. طبق این مفهوم، بیمار از این حق برخوردار بود که انتظار دریافت درمان منطبق با پیشرفت‌های علمی روز را داشته باشد و پزشک مسؤول درمان بیمار خود بود. اولین سند فرانسه در زمینه حقوق بیماران بخشنامه‌ای به تاریخ ۲۰ سپتامبر ۱۹۷۴م. در سطح وزارت بود که در آن منشوری درباره بیماران پذیرش شده در بیمارستان جهت بستری عرضه شد. این منشور بعدها مورد تجدیدنظر قرار گرفته و نسخه‌ی جدید آن در سال ۱۹۹۵م. صادر شد. فرانسه چندین قانون دیگر را هم به تصویب رسانده که در آن به حقوق بیماران، تحقیقات زیست‌پزشکی و تأثیرات اخلاقی پیشرفت‌های تکنولوژیک پزشکی اشاره شده است (وندلر، ۲۰۰۰).

حقوق دانان فرانسوی، معتقدند که انسان تنها موجودی است که حق تصرف در جسمش را دارد و از این رو، پزشک باید موافقت صریح بیمار را به دست آورد. رویه قضایی فرانسه، در آرای متعددی به اهمیت این موضوع توجه داشته است و شعبه عرایض دیوان آن کشور در ۲۸ ژانویه ۱۹۴۲م. رأی داده است که عمل جراحی و معالجه نباید انجام گیرد، مگر بعد از آنکه مریض آزادانه و صریحاً رضایت بدهد. ماده ۷ قانون اخلاق پزشکی فرانسه می گوید چنانچه پزشک و بیمار، هنگام طبابت، با یکدیگر، گفتگو کرده باشند، بیمار می تواند از انجام مراقبت های پزشکی خودداری کند. این قانون پزشک را ملزم می کند تا در شرایطی که زندگی بیمار در خطر است، به کار خود ادامه دهد. ماده ۳۷ قانون اخلاق پزشکی فرانسه اظهار می دارد که پزشکان ملزم هستند تا تجویز خود را به وضوح بیان کنند و اطمینان حاصل کنند که بیمار و اطرافیان او، قادر به درک آن هستند. همچنین لازم است نهایت سعی خود را مبذول دارند تا بیمار مطمئن شود که به بهترین وجه معالجه خواهد شد. اهمیت کسب رضایت آگاهانه در حقوق فرانسه تا حدی است که براساس بند ۸ ماده ۲۲۳ قانون مجازات فرانسه، در صورتی که پزشک برای آزمایش ها و تحقیقات پزشکی بیمار را از جوانب امر آگاه نکند، به سه سال حبس و سیصد هزار فرانک جریمه، محکوم می شود. رویه قضایی فرانسه نیز بر لزوم رضایت آگاهانه از بیمار، تأکید نموده است. محکمه تمییز فرانسه، در سال ۱۹۵۵م. پزشک را ملزم به اخذ رضایت از بیمار، قبل از اقدام به عمل اشعه درمانی، نموده است و در گرفتن رضایت، اختیار، ادراک و به طور کلی، اهلیت بیمار را شرط دانسته است (برودی، ۱۹۹۸).

انگلستان

در انگلستان، آگاهی در مورد حقوق بیماران و مسائل مرتبط به آن به سرعت در

اوایل دهه‌ی ۹۰م. افزایش یافت. منشور بیماران در سال ۱۹۹۱م. توسط دولت بریتانیا اجرا شد و نگاه به فرد مصرف کننده‌ی خدمات پزشکی را با اصلاحات ساختاری در مراکز ملی بهداشت انگلستان گره زد. منشور بیماران، حقوق و استانداردهای ملی شامل حق برخورداری از درمان، حفاظت فیزیکی، حق انتخاب، دسترسی به اطلاعات، حفظ اطلاعات فردی، و حق اقامه‌ی دعوی و شکایت را مطرح نمود و هدف آن ارتقاء کیفیت خدمات و ارزش نهادن بر دیدگاه‌های بیماران و درمانگران بود. تحت قوانین جدید، مراکز خدمات حمایتی و ارتباطی بیماران در هر دفتر سرپرستی و در هر مرکز مستقل حمایت از دعوی، مستقر در هر منطقه، تشکیل می‌شود. اقدامات قوی‌تر در عرصه‌ی محلی در راستای برنامه‌های دولت جهت بهبود آینده بیماران و مشارکت عموم در عرصه بهداشت و تأمین اجتماعی صورت پذیرفته، از جمله تشکیل شبکه‌های مشارکت محلی که جایگزین گروه‌های بیماران برای تبادل نظرات و آراء خواهد شد. با وجود گروه‌های داوطلب و محلی و همچنین افراد علاقه‌مند می‌توان به موفقیت این برنامه در تأثیرگذاری بر مردم و گروه‌های محلی در بهداشت و درمان و تأمین اجتماعی امیدوار بود. هدف از طراحی این مجموعه از برنامه‌ها ارتقاء نقش و جایگاه مشارکت مصرف‌کنندگان و مردم در تمام سطوح سیستم بهداشت و درمان و تأمین اجتماعی و ایجاد سیستمی است تا به کمک آن افراد بیشتری مشارکت یافته و نقطه‌نظرات و دیدگاه‌های خود را بیان کنند. (ورتیمیر، ۲۰۰۸)

ایالات متحده آمریکا

در سال ۱۹۹۷م. رئیس‌جمهور وقت آمریکا دستور تشکیل کمیسیون مشاور در امور حمایت از مصرف‌کنندگان و کیفیت در صنعت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را داد. این کمیسیون در بخشی از فعالیتش، درمانی بهتر برای تمام

آمریکایی‌ها را مطرح کرد و در این راستا سه هدف مطرح بود:

الف) افزایش اطمینان مصرف‌کننده با تضمین اینکه سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مطلوب و برآورده‌کننده نیازهای مشتریان است. یعنی سازوکارهای قابل قبول و مؤثری برای مصرف‌کنندگان پدید می‌آورد تا نگرانی‌های ایشان رفع شود و باعث ترغیب آنها در ایفای نقشی فعال در بهبود و تقویت سلامتشان گردد،

ب) تأکید مجدد بر اهمیت ارتباط قوی میان بیماران و کادر پزشکی و (پ) تأکید مجدد بر نقش حیاتی مصرف‌کنندگان در حفظ سلامتشان از طریق تثبیت و احراز حقوق و مسؤولیت‌های تمام افراد دخیل در بهبود سطح سلامت و بهداشت بیماران. در اول ماه مارس ۱۹۹۹م. لایحه جدیدی ارائه شد تا قوانین مربوط به حقوق بیماران در رابطه با مضایقه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از بیماران به اجرا درآید. این قوانین برای مصرف‌کنندگان این فرصت را فراهم می‌آورد تا در صورت عدم دریافت برنامه‌های درمانی مناسب از آن روی برگردانند و در ضمن این قوانین به بیماران کمک می‌کند تا حقوق و مسؤولیت‌های خود را در چارچوب سیستم بهداشتی و درمانی درک نمایند. در سال ۲۰۰۱م. رئیس‌جمهور آمریکا اصول مورد انتظار خود در لایحه فدرال حقوق بیماران را این‌گونه عنوان نمود:

اول از همه، لایحه فدرال حقوق بیماران باید همه را پوشش دهد، تمام بیماران در تمام برنامه‌های درمانی در بخش خصوصی. استاندارد مراقبتی باید آن‌قدر قوی باشد که از همه بیماران حمایت کند و در عین حال به اندازه کافی قابلیت انعطاف داشته باشد تا کارهای خوبی را که در برخی ایالات صورت گرفته در خود جا دهد، دوم، ما باید تمام حقوق مهم و اساسی بیماران را تضمین کنیم: حق برخورداری از درمان اورژانس در نزدیک‌ترین فوریت‌های پزشکی، حق ویزیت

یک متخصص در صورت نیاز برای مثال ویزیت متخصص قلب در صورت مواجهه با مشکل قلبی، سوم، اگر مراقبت‌های پزشکی به بیماران ارائه نشود، آنها حق دارند به سرعت و به‌طور منطقی علت آن را جویا شوند. مردم خواهان دریافت مراقبت‌های درمانی فوری هستند. آنها مایل نیستند روند حقوقی و طولانی را جهت نیل به آن طی کنند. من می‌خواهم لایحه‌ای را امضا کنم که به‌واسطه آن بتوان روندی مستقل، الزام‌آور و مستحکم را جهت حمایت از حقوق بیماران طی نمود. اگر در برنامه‌ی درمانی به مراقبت و سلامت شما بها داده نمی‌شود، شما باید قادر باشید که فوراً به گروه پزشکی مستقل و بی‌طرفی جهت رفع مشکل مراجعه نمایید.

چهارم، لایحه‌ی حقوق بیماران باید به بیماران صدمه دیده، درمان منطقی ارائه دهد بدون آنکه به دعوی حقوقی بی‌اهمیت بینجامد. متعاقب طی روند مستقل گروه پزشکی، اگر سازمان درمانی مربوطه باز هم در ارائه درمان تعلل کرد، آنگاه شما حق مشروع طرح دعوی خواهید داشت و باید از دادگاه چاره‌جویی کنید. این روند مستقل باعث شده که دیگر اختلاف‌ها به دادگاه ختم نشود. قوانین فدرال ما باید این امکان را فراهم آورد تا روند فوق صورت پذیرد و از بی‌اعتنایی به این روند که زمینه‌ساز طرح دعاوی حقوقی غیرضروری در دادگاه‌هاست جلوگیری به‌عمل آید. در نتیجه، این پزشکان خواهند بود که به اتخاذ تصمیمات پزشکی می‌پردازند و حقوق بیماران، نقش وکلاً در این بین به حداقل کاهش می‌یابد. اگرچه در ماه می ۲۰۰۵م. یک قانونگذار از حزب جمهوری‌خواه و دیگر قانونگذاران دموکرات نسبت به انجام اقدام جدیدی برای لایحه‌ی حقوق بیماران مبادرت ورزیدند که به‌واسطه آن پرسنل درمانی بتوانند از بیمه‌گران خود در زمینه اختلافات در مورد پوشش خدمات درمانی شکایت کنند. این اقدام که براساس

لایحه مصوب سنا در سال ۲۰۰۱م. بنا نهاده شده تضمین کننده استانداردهای اولیه برای دسترسی به مراقبت‌های درمانی شامل آزمایش‌های بالینی و دسترسی به متخصصان پزشکی بوده و بیماران در صورت مضایقه‌ی سازمان درمانی مربوطه از ارائه درمان می‌توانند از روند مستقل و معقول اشاره شده بهره‌گیرند (میلر، ۲۰۰۶).

مالزی

قانون بهداشت و سلامت در سال ۱۹۹۲م. در مالزی به تصویب رسید که در آن مواد قانونی در مورد حقوق بیماران از جمله حق دسترسی به اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه، حفظ اسرار پزشکی فرد، حق نظرخواهی از پزشکان دیگر، حق دسترسی به پرونده پزشکی و حق انتخاب پزشک و بیمارستان مورد نظر ذکر شده است. اطلاعات بیشتری درباره گستره‌ی اجرایی این قوانین در دسترس نبود (ساتن، ۲۰۰۳).

در ۲۱ آگوست ۱۹۹۵م. یادداشت تفاهمی درباره حقوق بیماران میان فدراسیون انجمن‌های مصرف کنندگان مالزی، انجمن پزشکی مالزی، انجمن دندانپزشکان مالزی و جامعه دارویی مالزی منعقد شد، اگرچه هیچ اطلاعاتی در زمینه وضعیت پیشرفت و اجرای این یادداشت تفاهم در دسترس نیست. از وجوه مثبت منشور بیماران مالزی می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

ارتباط میان پزشک و بیمار خدشه‌ناپذیر و محرمانه است، عالی‌ترین اصول در عرصه‌ی درمان بر اعتماد متقابل و احترام دوطرفه میان پزشک و بیمار استوار است. مشارکت معنادار میان پزشک و بیمار نیازمند مشارکت فعال بیمار در تصمیمات درمانی است، بیمار با حقوق و مسؤولیت‌های خود آگاه باشد، این منشور از تفکرات و استانداردهای جهانی در مراقبت‌های درمانی حمایت کرده که

دولت، پزشکان و عموم مردم باید در نیل به آن تلاش کنند، و این منشور سندی آموزشی حاوی قوانین اخلاق پزشکی است. (گیفورد، ۲۰۰۷)

هندوستان

انجمن اقدامات عملی مصرف کنندگان در زمینه سلامت و بهداشت و درمان نسبت به تبلیغ و نشر منشور حقوق بیماران که انجمن داوطلب سلامت هند در سال ۱۹۹۳م. توسط گروه عملیاتی مصرف کنندگان تهیه شده، اقدام کرده و از آن سال به بعد جهت اجرای آن در حال تلاش بوده است. در اواسط سال ۱۹۹۵م. گروه کاری متشکل از نمایندگان از گروه‌های مصرف کننده، انجمن پزشکی و مجمع پزشکی هند نسبت به تهیه و تدوین طرح منشور شهروندی که دولت قصد اجرای آن در آینده نزدیک را از طریق وزارت امور مصرف کنندگان دارد، اقدام کرد. ایالت ماهاراشتا سعی در تثبیت حقوق مصرف کنندگان در عرصه بهداشت و درمان دارد و در این راستا دولت ایالتی در سال ۲۰۰۶م. پیش‌نویس قانونی را تهیه کرد که در آن حقوقی که بیماران در هر مرکز درمانی در سطح ایالت از آن برخوردارند فهرست شده است. تنها حمایتی که مصرف کنندگان هندی در رابطه با عرضه کنندگان خدمات درمانی دارند مجموعه قوانین جزایی هند و مصوبه‌ی مصرف کنندگان برای بیماران است که در برابر جرایم و تخلفات جنایی پزشکان مصونیت فراهم می‌کند. مصوبه ثبت بیمارستان‌ها و مراکز پرستاری بمبئی به برخی از این موضوعات پرداخته است اما فقط در ایالت ماهاراشتا کاربرد دارد. فقدان قوانین متمرکز برای حقوق بیماران تا حدی ناشی از موقعیت برتری است که به پزشکان و بیمارستان‌ها در هند اعطا شده است. بیماران خود را به عنوان مصرف کنندگان خدمات قلمداد نمی‌کنند و پزشکان هم به عنوان عرضه کنندگان خدمات

پزشکی در نظر گرفته نشده و در عوض به عنوان منجیان زندگی انسان مطرحند که نمی‌توان آنها را زیر سؤال برد و خطایی نیز از آنها سر نمی‌زند. (ورتیمر، ۲۰۰۸)

پاکستان

جنبش بهداشت و درمان خلق در سال ۲۰۰۰م. در شهر سوار در بنگلادش تشکیل شد که در آن ۱۴۵۳ نماینده از ۷۵ کشور شرکت داشتند. منشور بهداشت و درمان خلق جهت احیاء روح آلماتا که خواهان سلامت و بهداشت برای همه است، تصویب شد. شبکه‌ی حمایت از مصرف کنندگان هم ابتکار عمل را به دست گرفت و با سازمان‌های همکار در جلسه‌ای ملی مشاوره کرد. گفتگو میان متخصصان پاکستانی و هندی در روند این جلسه آغاز شد. اولین تبادل تخصصی در حوزه بهداشت عمومی، نه تنها از روند صلح میان این دو کشور حمایت کرد، بلکه مردم هر دو کشور را تحریک کرد تا حقوق بهداشتی و درمانی خود را مطالبه نمایند. برگزاری جلسات در کشور با مشارکت تمام بخش‌های جامعه از جمله متخصصان حوزه درمان و بهداشت، سازمان‌های غیردولتی، دانشگاهیان، مطبوعات و مردم عادی تأکیدی بر اهمیت اشتراک تمام گروه‌ها در ارتقاء سطح سلامت در کل پاکستان بود. این رویداد جان تازه‌ای به جنبش بهداشت و درمان خلق در پاکستان بخشید و تمام بخش‌های جامعه را بسیج کرد. (رسنیک، ۲۰۰۵م.)

ایران

علم پزشکی دارای تاریخ دیرینه‌ای در ایران است و مباحث مرتبط با اخلاق پزشکی و امور پزشکی مربوط به اخلاق انسانی نیز در کشور تاریخ کهنی دارد. امروزه نیز این حوزه علم از مباحث حائز اهمیت است. در سال ۱۳۸۱ش. 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 عرصه درمان تدوین گردید. متن نهایی منشور حقوق بیمار در آبان ماه ۱۳۸۸ ش. 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 بینش و ارزش و یک تبصره‌ی پایانی تنظیم گردیده است. محورهای پنج‌گانه منشور شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزدانه 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، ۴، ۷، ۹ و ۳ بند تدوین گردیده است (آتش‌خانه، ۱۳۸۵). در عرصه‌ی پژوهش‌های پزشکی اولین کمیته‌ی ملی اخلاق در تحقیقات پزشکی در سال ۱۳۷۷ ش. به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و یک سال پس از آن کمیته‌های منطق اخلاق در تحقیقات پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی ایران آغاز به کار نمودند. همزمان با بررسی اعلامیه‌های بین‌المللی موجود در حوزه‌ی اخلاق در پژوهش آیین‌نامه‌ی اجرایی اصول اخلاقی در پژوهش‌های پزشکی توسط گروه کاری مرکب از صاحب‌نظران حوزه‌های مختلف علوم پزشکی، فقه، حقوق و اخلاق تدوین شد که به کدهای عمومی ۲۶ گانه اخلاق در پژوهش، شهرت یافت و مبنای قضاوت اخلاق کمیته‌های کشوری و منطقه‌ای قرار گرفت. با توجه به نیازهای خاص حوزه‌های اختصاصی پژوهش به تدوین راهنمای اختصاصی مورد

نیاز در آن حوزه خاص در سال ۱۳۸۵ش. به دنبال دو سال بررسی منابع موجود راهنماهای اختصاصی شش گانه اخلاق در پژوهش تدوین شد و به دانشگاه‌ها ابلاغ شد. عناوین این راهنماها عبارت است از:

۱. راهنمای اخلاقی کارآزمایی‌های بالینی
۲. راهنمای اخلاقی پژوهش بر گروه‌های خاص
۳. راهنمای اخلاقی پژوهش بر گامت و جنین
۴. راهنمای اخلاقی پژوهش بر حیوانات
۵. راهنمای اخلاقی پیوند عضو و بافت (الهی، ۱۳۸۷).

نتیجه

اخلاق پزشکی، نظامی از اصول اخلاقی است که ارزش‌ها و قضاوت‌ها را در پزشکی به کار می‌گیرد. تحقیقات بالینی داوطلبان و بیمارانی را درگیر می‌کند و جنبه‌های معینی از آزمایش‌ها و تحقیقات بالینی با توجه به فرهنگ کشورها و در طول زمان به لحاظ اخلاقی بحث برانگیزند. اجماع عمومی روی مؤلفه‌های اخلاقی و قوانین مربوط به اصول اخلاقی در آزمایش‌ها و تحقیقات بالینی مشکل است. با توسعه سریع تکنولوژی پزشکی، علوم مربوط به زندگی انسان، طیفی از موضوعات اخلاقی باید مورد ملاحظه قرار گیرد. تحقیقات پزشکی با یک نفر که موافقت می‌کند موضوع تحقیق باشد شروع می‌شود، اما افراد بیشتری به مطالعه می‌پیوندند و محققان شروع به ساختن مجموعه‌ای از داده‌ها می‌کنند. این اطلاعات به محققان کمک می‌کند علم پزشکی و معالجات را که برای جامعه بزرگ‌تر مفید است گسترش دهند. اما همه‌ی تحقیقات با مخاطراتی همراه هستند و سؤالاتی که همواره مطرح می‌شود این است که چگونه این خطرات برآورد می‌شوند و چطور به لحاظ اخلاقی بر این تحقیقات نظارت می‌شود.

در دهه‌های اخیر، متناسب با پیشرفت خیره‌کننده علوم خصوصاً پزشکی و پیدایش روش‌های روزآمد درمانی و پیشرفت فناوری‌های علوم پزشکی، حوزه‌ی تعامل و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده است و این خود چالش‌های اخلاقی زیادی را به دنبال داشته است. 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.

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، لازمه مراقبت مطلوب از بیمار است.

به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات سلامت، بیمارستان‌ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده آنان، پزشکان و سایر مراقبت‌کنندگان باشند. بیمارستان‌ها و کلیه مراکز ارائه 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.

از مطالعه‌ی منشورهای حقوق بیمار در آزمایش‌های پزشکی که روی او انجام می‌شود می‌توان منشور زیر را استخراج کرد:

۱. اصل اساسی رضایت آگاهانه بیمار برای مشارکت در آزمایش‌هاست.

۲. بیمار حق دارد بداند چه نوع مطالعه‌ای روی او انجام می‌شود.

۳. بیمار باید بداند که در نتیجه‌ی تحقیقات پزشکی چه اتفاقی برای او خواهد افتاد و اینکه آزمایش‌ها، داروها و توصیه‌های جدید چه تفاوتی با معالجات استاندارد قبلی دارد.

۴. بیمار باید در مورد میزان خطرات مهم، آثار جانبی یا ناراحتی‌هایی که در تحقیق روی او اتفاق خواهد افتاد، اطلاع داشته باشد.

۵. بیمار حق دارد بداند شرکت در آزمایش‌ها چه مزایایی برای او دارد.

۶. بیمار باید از درستی انجام آزمایش‌ها و دقت در انجام آنها و جزئیات این آزمایش‌ها آگاه باشد.
 ۷. بیمار باید اجازه داشته باشد هر سؤالی را در مورد آزمایش‌ها و مطالعات قبل از مطالعه و در طی مطالعه بپرسد.
 ۸. بیمار حق دارد بداند در صورت بروز مشکلاتی در طی آزمایش‌ها چه نوع از معالجات در دسترس است.
 ۹. بیمار باید مجاز باشد از مشارکت امتناع کند و یا بعد از شروع مطالعه نظرش را در مورد مشارکت تغییر دهد. همچنین درخواست برای مشارکت باید آزاد باشد.
 ۱۰. تحقیقات علمی نباید روی بیمارانی که قادر به اعلام رضایت خود نیستند صورت پذیرد مگر آنکه نماینده قانونی بیمار رضایت خود را اعلام کرده و خود تحقیق هم منافی برای بیمار به همراه داشته باشد.
- باید توجه داشت که اگر چه تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار اقدامی ارزشمند در جهت ایفای حقوق بیماران می‌باشد، زمانی می‌توان به رعایت مفاد آن امیدوار بود که تمهیدات لازم جهت فرهنگ‌سازی مناسب، توجه همه‌جانبه به حقوق کلیه ذی‌نفعان، شناسایی موانع، راهکارهای اجرایی شدن منشور و همچنین لحاظ نمودن رعایت حقوق بیماران به عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت فراهم گردد. به نظر می‌رسد با توجه به شرایط و توانمندی‌های متفاوت مراکز درمانی در کشور برای رعایت کامل مفاد حقوق بیماران براساس منشور مصوب، اجرای مرحله‌ای این منشور می‌تواند مدنظر قرار گیرد.
- تصویب قانون تنها راه ارتقاء حقوق بیماران نیست. بسیاری از کشورها از منشورهای برخوردارند که در سطح مؤسسات و سازمان‌های آنها کاربرد دارد، اما

حقوق بیماران در آنجا وضعیت مطلوبی را نشان نمی‌دهد. به نظر می‌رسد 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 در تهیه و ابلاغ منشور حقوق بیمار به مراکز درمانی اگر چه گامی مؤثر در جهت طرح موضوع حقوق بیمار و رعایت آن است، اما بین تدوین و تحقق مفاد حقوق بیمار فاصله قابل توجهی وجود دارد. بنابراین، از یک سو مشارکت فعالانه‌ی گیرندگان و ارائه کنندگان خدمت در علم پزشکی برای ارتقای خدمات درمانی، امری ضروری است و از سوی دیگر ضروری است اقدامات تکمیلی ذیل جهت نیل به آن محقق گردد:

الف) مطالعات میدانی در کشور در خصوص نگرش جامعه درباره‌ی حقوق بیمار و در صورتی که بیماران آگاهی خوبی از حقوق بیمار ندارند یا حقوق بیماران نیز به صورت مطلوب رعایت نمی‌شود، جهت ارتقای رعایت حقوق بیماران، ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی به جامعه در مورد حقوق بیمار، پیگیری موارد نقض حقوق بیمار، تصویب قانون جامع برای تضمین رعایت حقوق بیماران و طراحی برنامه مشخص برای پایش و نظارت بر اجرای آن پیشنهاد می‌شود.

ب) 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.

ج) طراحی متناسب شاخص‌های ارزیابی رعایت حقوق بیمار و لحاظ آنها در ارزیابی مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت.

ت) ارائه‌ی برنامه‌های مناسب آموزشی و اطلاع‌رسانی در زمینه‌ی منشور حقوق بیمار برای جامعه ارائه دهنده و گیرنده خدمات سلامت.

د) همکاری میان سازمان‌های غیردولتی شبکه‌های بهداشت محلی و سازمان بهداشت جهانی.

سازمان‌های غیردولتی مسیرهای منحصر به فردی را به سازمان بهداشت جهانی ارائه می‌دهند تا در آن راستا اقدام نماید. نقش فزاینده‌ی سازمان‌های غیردولتی در حوزه‌های بهداشت عمومی، مطالبات جدیدی را به سازمان‌های جهانی بهداشت تحمیل کرده است. اما در عین حال، فرصت‌های جدیدی را هم برپایه منافع مشترک به‌عنوان خمیرمایه مشارکت‌ها فراهم آورده است.

ه) مشارکت رسانه‌های جمعی در حقوق بیماران

صدا و سیما و مطبوعات نقش مهمی در آگاهی مردم در زمینه‌ی حقوق بیماران دارند، اگرچه دشوار است که بتوان به این موضوع، ارزش خبری داد. مطبوعات به‌رحال از طریق ارتقاء موضوع حقوق بیماران در میان عامه‌ی مردم و تصمیم‌گیران و با انجام نظرسنجی‌هایی جهت ارزیابی رضایت مصرف‌کنندگان و از طریق مصاحبه‌ها و تلفن گویا به این مهم اقدام می‌کنند.

فهرست منابع

- آتش خانه، مریم - (۱۳۸۵)، حقوق بیمار، شیراز، سازمان تأمین اجتماعی
- الهی منش، محمدرضا - (۱۳۸۷)، حقوق کیفری و تخلفات پزشکی، تهران، مجد
- حقیقی، زهره - رضایت آگاهانه، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی
- شهیدی، مهدی - (۱۳۸۳)، حقوق تعهدات، تهران، انتشارات مجد
- عباسی، محمود - (۱۳۷۹)، حقوق پزشکی، ج ۱، تهران، انتشارات حقوقی
- عباسی، محمود - (۱۳۷۹)، حقوق پزشکی، ج ۲، تهران، انتشارات حقوقی
- عباسی، محمود - (۱۳۸۲)، حقوق پزشکی، ج ۳، تهران، انتشارات حقوقی
- عباسی، محمود - (۱۳۷۷)، مجموعه مقالات حقوق پزشکی، ج ۲، تهران، انتشارات حیان
- Angell, M., 2008. "Industry sponsored clinical research: a broken system," The Journal Of The American Medical Association.
- Angellier. Lucchi (۲۰۰۱). "Patients' rights during medical research and specifics in oncology" (in France). Laboratoire d'éthique médicale, 156, rue de Vaugirard, 75015 Paris, France.
- Australian Government. National Health and Medical Research Council. 1999. National Statement on Ethical Conduct in Research Involving Humans. Ch 2.1: 92. Commonwealth of Australia, 1999.
- Beecher, H. K., 1966. "Ethics and clinical research," N Engl J Med, 274: 1354-60.
- Brock, D. W., 1994. "Ethical issues in exposing children to risks in research," Chapter 3 (pp. 81-101) of Grodin and Glantz (eds.), Children as Research Subjects, New York: Oxford University Press.
- Brody, B.A., 1998. The Ethics of Biomedical Research: An International Perspective, Oxford: Oxford University Press.
- Dworkin, R., 1989, "The Original Position," in Reading Rawls, Norman Daniels (ed.), Stanford: Stanford University Press, 16-53.
- Emanuel, E.J., Wendler, D., and Grady, C., 2000. "What Makes Clinical Research Ethical?," The Journal of the American Medical Association, 283: 2701-11.
- Faden, R.R., and Beauchamp, T.L., 1986. A History and Theory of Informed Consent, New York: Oxford University Press, pp. 200-232.
- Feinberg, J., 1986. Harm to Self, Oxford: Oxford University Press, pp. 3-26.
- Field, M.J., and Behrman, R.E., 2004. The Ethical Conduct of Clinical Research Involving Children, Washington DC: National Academies Press, Ch. 2.
- Gifford, F., 2007. "Pulling the Plug on Clinical Equipoise: A Critique of Miller and Weijer," Kennedy Institute of Ethics Journal, 17: 203-26.
- Grodin, M.A., and Annas, G.J., 1996. "Legacies of Nuremberg: medical ethics and human rights," The Journal of the American Medical Association, 276: 1682-83.

- Jonas, H., 1969. "Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects", *Daedalus*, 98: 219–247. Referenced from *Ethical and Regulatory Aspects of Clinical Research*. The Johns Hopkins University Press, 2003.
- Katz, J., 1996. "The Nuremberg Code and the Nuremberg Trial. A reappraisal," *The Journal of the American Medical Association* 276: 1662–6
- Kram, Dena. 2009. "Illegal Human Organ Trade from Executed Prisoners in China ." 01 Apr. 2001. American University, Web.
- Lederer, S.E., 1995. *Subjected to Science: Human experimentation in America before the Second World War*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Levine, R.J., 1988. *Ethics and Regulation of Clinical Research*. 2nd ed. New Haven, Conn: Yale University Press.
- McAlvaney, Donald S. 1996. "Special Report: Germ Warfare against America - The desert Storm Plague and Cover-up." *The McAlvaney Intelligence Advisor*. PS.3, 6, 8,18,19,21. McAlvaney Intelligence Advisor (MIA).
- Miller, P.B., and Weijer, C., 2006. "Trust based obligations of the state and physician-researchers to patient-subjects," *Journal of Medical Ethics*, 32: 542–47.
- Nicholson, R.H., 1986. *Medical research with children: ethics, law, practice*. Oxford: Oxford University Press. Especially pages 87–100.
- Nuremberg Code, 1947, in *Trials of War Criminals before the Nuernberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*, Vol. 2, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949, pp. 181–182. Reprinted in *The Journal of the American Medical Association*, 276: 1961.
- Resnik, D.B., 2005. "Eliminating the daily life risks standard from the definition of minimal risk," *Journal of Medical Ethics*, 31: 35–8.
- Riley, Joyce. 1996. "Gulf War Syndrome, Biological Warfare Conducted on U.S. Military Members, and Corporate Bio-Genocide Levied on the Planetary Population." USAF, Houston, Texas.
- Reich, W. T. 1995. "Human Research in the war against Disease," *Encyclopedia of Bioethics*, volume IV, PS. 2252-54, 58, 59, New York: Macmillan.
- Shuster, E., 1997. "Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code," *The New England Journal of Medicine*, 337: 1436–40.
- Spilker, B., 1991. *Guide to clinical trials*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Stark, C., 2000. "Hypothetical Consent and Justification," *Journal of Philosophy*, 97: 313–34.
- Sutton, G., 2003. "Putrid gums and 'Dead Men's Cloaths': James Lind aboard the Salisbury," *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96: 605–8.
- T.R. Frieden and F.S. Collins. 2010. "unethical research on sexually transmitted diseases in Guatemala in 1946-1948": *Journal of the*

- American Medical Association, 304 (18): 2063-2064, www.bioethics.gov.
- Tuite. James J.1994. U.S Chemical and Biological Exports to Iraq and Their Possible Impact on the Health Consequences of the Persian Gulf War. Committee Staff Report No.3:"Chemical warfare Agent Identification, Chemical Inquiries, and other Findings." p.1. <http://www.calpte.com/PGW/tuite/chembio.html>
- Weinstein N., 1989. "Optimistic biases about personal risks," Science, 246: 1232-3.
- Wenar, L., 2008. "John Rawls", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (summer 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL <http://plato.stanford.edu/archives/sum2008/entries/rawls/>.
- Wertheimer, A., 2008. "Exploitation", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/exploitation/>.
- World Medical Organization, 1996. Declaration of Helsinki, British Medical Journal, 313 (7070): pp.1448-1449.

یادداشت شناسه‌ی مؤلف

محسن داورزنی: دانشجوی دوره دکتری حقوق عمومی دانشگاه دولتی باکو

نشانی الکترونیکی: Davarzani110@gmail.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۹/۱/۳۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۲۴