

سلامت باروری از منظر اخلاق و حقوق

تهمینه فرج‌خدا

ریاب لطیف‌نژاد رودسری^۱

محمود عباسی

چکیده

مفهوم سلامت باروری به عنوان جزء اصلی سلامت جامعه توسط همه کشورهای منطقه مدیترانه شرقی از جمله ایران مورد پذیرش قرار گرفته است. مباحث حقوقی و اخلاقی سلامت باروری در ایران از جنبه‌های متعددی حائز اهمیت می‌باشد. طراحی برنامه‌ها و روش‌های جدید مراقبتی و درمانی در حیطه سلامت باروری انتخاب‌های جدیدی را برای زنان واقع در سنین باروری اعم از روش‌های جدید غربالگری و تشخیص و درمان را به ارمغان آورده است و از طرفی دیگر این پیشرفت فناوری مباحث اخلاقی متعددی را برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری، زنان و جامعه برای تطابق با آن مطرح نموده است. یک مطالعه مروری با هدف بررسی سلامت باروری از منظر اخلاق و حقوق انجام گردید که طی آن با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی SID، IRAN DOC، PUBMED، CINAHL و MEDSCAPE از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ با استفاده از کلید واژگان Reproductive Health، Ethics، Law تعداد ۴۰ مقاله مرور شدند. به نظر می‌رسد در ایران علی‌رغم وجود پیشینه ارزشمند تاریخی و اسلامی در زمینه حقوق و اخلاق پزشکی به تلاش بیشتری در این خصوص نیاز هست. توجه بیشتر به این مباحث در ارائه خدمات سلامت باروری می‌تواند سبب ارتقای کیفیت خدمات شده و علاوه بر تأمین رضایتمندی مددجو و رعایت حقوق مصوب آنان به ارائه‌کنندگان خدمات نیز کمک کند تا در یک چهارچوب اخلاقی و قانونی نظام‌مند خدمات خود را ارائه نمایند.

واژگان کلیدی: سلامت باروری، اخلاق، حقوق

۱. دکترای تخصصی بهداشت باروری، استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مشهد. ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: latifnejadr@mums.ac.ir

مقدمه

علم اخلاق^۱ در دنیا تاریخچه‌ای طولانی با سابقه بیش از ۲۵۰۰ سال دارد (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۳). این علم به عنوان یک ساختار منظم تعیین می‌کند که آیا اعمال، ارتباطات و سیاست‌های اتخاذ شده صحیح یا نادرست هستند. اخلاق باید بر پایه ثبات منطقی، حقایق صحیح و جمع‌آوری داده‌های مورد اعتماد بوده و به شکل جهانی و یک‌پارچه اجرا شود. علم اخلاق به عنوان مطالعه درستی، دقت و انعکاس منظم تصمیمات و رفتار در گذشته، حال یا آینده نیز تعریف شده است. اخلاق، ارزش بعد انسانی تصمیم‌گیری و رفتار را نشان می‌دهد و زبان بیان آن بر مبنای استفاده از عناوینی نظیر تبیین حقوق، مسؤولیت‌ها، توانایی‌ها و صفاتی نظیر خوب و بد، درست و نادرست، عدالت و بی‌عدالتی است. اخلاق را خوی‌ها و ویژگی‌های درونی انسان نیز تعریف کرده‌اند که منشأ رفتار انسان بوده و عمیق‌ترین نفوذ و اثر را در حوزه رفتاری دارد (سازمان جهانی بهداشت^۲ ۱۹۹۸، جونس^۳ ۲۰۰۶). واژه اخلاق گاه به معنای عام به کار رفته و منظور از آن همه ویژگی‌های درونی انسان اعم از خوب یا بد می‌باشد. اما در اکثر موارد اخلاق به معنای خاص رفتار و خصوصیات روحی و معنوی مثبت نیز به کار می‌رود. از این رو رفتار اخلاقی نیز رفتاری است که مطابق با ارزش‌های والای انسانی باشد. ریشه لغوی اخلاق از کلمه یونانی «اتوس^۴» به معنای ویژگی و منش است که هم به خصوصیات فرد و هم شیوه‌های رفتاری مربوط می‌گردد. در واقع اخلاق شاخه‌ای از فلسفه و مرتبط با ارزش‌های انسانی است که دو رویکرد دستوری (آنچه باید انجام دهیم) و رویکرد توصیفی (آنچه واقعاً انجام می‌دهیم) در آن وجود دارد (ویلیامز^۵، ۲۰۰۵ م؛ خداپرست و همکاران^۶، ۱۳۸۶ ش.). وجود این ارتباط نزدیک در مفهوم واژه اخلاق، ویژگی عقلانی مردم را نشان می‌دهد که به

طریقی متمایز از یکدیگر تصمیم می‌گیرند یا رفتار می‌کنند (جونس، ۲۰۰۶ م.). سطوح مختلف اخلاق عبارتند از: فرااخلاق^۷، اخلاق هنجاری^۸ و اخلاق کاربردی^۹. فرااخلاق در حقیقت آنچه را که مبانی اخلاقی از آن نتیجه می‌شوند را مورد بررسی قرار می‌دهد و به معنای بررسی عمیق‌تر فلسفی در هر امر نظیر واژه درست و نادرست است. به عبارت دیگر فرااخلاق را می‌توان مطالعه منشأ و محتوای اصول اخلاقی دانست. اخلاق هنجاری، تعیین اصول و استانداردهای اخلاقی بر اساس مشخص نمودن رفتار درست و نادرست تعریف شده است که نشانگر وجود فلسفه اخلاق در اعمال و کارهای روزمره می‌باشد. اخلاق کاربردی نیز به عنوان رویکردی برای حل مسائل اخلاقی در موضوعات مورد بحث و اختلاف نظر رایج ذکر شده است (فیشر و دودن^{۱۰}، ۲۰۰۳ م.؛ جونس، ۲۰۰۶ م.). بر اساس نتایج مطالعه جانسون و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۱ م.) اخلاق کاربردی و هنجاری به هم پیوسته بوده و اخلاق هنجاری می‌تواند بر عملکرد بالینی ارائه‌کنندگان تأثیر به‌سزایی داشته باشد. امروزه واژه‌هایی نظیر اخلاق، اخلاق حرفه‌ای^{۱۲}، اخلاق سلامت^{۱۳}، اخلاق پزشکی^{۱۴}، اخلاق زیست پزشکی^{۱۵}، اخلاق مراقبتی^{۱۶}، اخلاق بالینی^{۱۷} و اخلاق مبتنی بر شواهد^{۱۸} در ارائه خدمات سلامت کاربرد وسیعی دارند (ویلیامز، ۲۰۰۵ م.؛ استرچ^{۱۹}، ۲۰۰۸ م.؛ لاولیل و همکاران^{۲۰}، ۲۰۰۸ م.).

اخلاق حرفه‌ای

اخلاق حرفه‌ای را به عنوان اصول زیر بنایی تعریف کرده‌اند که قوانین، آداب و رسوم جامعه و نظام‌نامه گروه‌های حرفه‌ای را در بر می‌گیرد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م.). اخلاق حرفه‌ای در مفهوم سازی‌های اولیه به معنای اخلاق در مشاغل به کار می‌رفت، ولی امروزه در مفهوم نوین آن مسئولیت‌های اخلاقی

سازمان یا نهاد در قبال محیط کار را شامل می‌شود که در برگیرنده مسؤلیت‌های فرد در حرفه‌ای خاص بوده که ناظر به روابط عینی و متضمن رهنمودهای عملی و کاربردی است (خانیک، ۱۳۸۸؛ سینگر^{۲۱}، ۱۳۸۶ ش.).

ارتباط میان حقوق و اخلاق

پیوستگی میان حقوق و اخلاق از دیر باز مورد توجه پژوهشگران قرار داشته است و کدهای اخلاق حرفه‌ای به خوبی این ارتباط را نشان می‌دهند. علم اخلاق به عنوان اصول زیر بنایی، متصل‌کننده حقوق، سنت‌های اجتماعی و قوانین تنظیم شده (کد^{۲۲}) حرفه‌ای است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م.). اخلاق حرفه‌ای ارتباط نزدیکی با حقوق و قوانین دارد. در اکثر کشورها این قوانین هستند که روش حل مباحث اخلاقی در ارائه خدمات سلامت و انجام تحقیقات را تعیین می‌کنند. علی‌رغم این که قوانین به طور قابل ملاحظه‌ای از کشوری به کشور دیگر متفاوت هستند، اما سازمان‌های وضع‌کننده قوانین و صدور مجوزها در حرف مختلف گروه پزشکی می‌توانند افرادی که اخلاق حرفه‌ای را نادیده گرفته، مجازات نمایند. در واقع علم اخلاق استانداردی بالاتر از قانون را تعیین کرده است که گاهی اوقات صاحبان حرف پزشکی را وادار می‌کند از قوانینی که متضمن رفتار غیراخلاقی است، سرباز زنند (تاری وردی و عباسی، ۱۳۸۹ ش.، ویلیامز، ۲۰۰۵ م.).

در سال‌های اخیر حقوق بشر بر اخلاق در ارائه خدمات سلامت بسیار تاثیرگذار بوده است (کوک و دیکنس^{۲۳}، ۲۰۰۰ م.، ویلیامز، ۲۰۰۵ م.، عابدی، ۱۳۸۴ ش.) و در اصل حقوق بشر و اصول اخلاقی به هم پیوسته‌اند (مککوئید و میسن^{۲۴}، ۲۰۰۸ م.). چالش‌های اخلاقی معاصر پیرامون حقوق بشر اهمیت روز افزون مفهوم اخلاق در حرفه‌های مختلف به ویژه آن‌هایی که به طور مستقیم با انسان سرو کار دارند را

خاطر نشان ساخته است (دفتر سازمان جهانی بهداشت منطقه اروپا^{۲۵}، ۲۰۰۹ م.). بیانیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ که بر احترام به شأن ذاتی انسانها تأکید داشت به عنوان مبنایی برای توسعه حقوق بیمار قرار گرفت (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹ م.). حقوق بیمار آینه‌ای از حقوق بشر، حقوق پزشکی و مبنایی برای ارتقای سلامت بیماران است. حقوق بیمار همان انتظاراتی است که او از مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی دارد. به عبارت دیگر، حقوق بیمار عبارت است از وظایفی که گروه پزشکی در قبال تأمین نیازهای جسمی، روحی، روانی و اجتماعی مشروع و معقول بیمار دارند (پوربخش، ۱۳۸۸ ش.). بیانیه جهانی حقوق بشر ابزاری برای نشان دادن شأن انسانی در قوانین بین‌المللی بوده که زمینه قانونی و اخلاقی را برای ارتقای استانداردهای مراقبت از بیمار فراهم کرده و دستورالعمل مهمی را برای مباحث حیاتی اجتماعی، قانونی و موضوعات اخلاقی فراهم می‌آورد. بنابراین مسئولین این حرفه‌ها را بر آن می‌دارد تا با در نظر گرفتن حقوق اساسی انسان در راستای دستیابی به حقوق شهروندی، حقوق بیماران را به عنوان افرادی آسیب‌پذیر و دارای نیازهای خاص بشناسند و حقوق آنها را پیش از پیش مورد توجه و تأکید قرار دهند (دفتر سازمان جهانی بهداشت منطقه اروپا، ۲۰۱۲ م.؛ داگات^{۲۶}، ۲۰۱۰ م.). اما هنوز هم اقدامات زیادی لازم است تا ارتباط میان حقوق بشر و حق سلامت از جمله حقوق بیمار واضح و شفاف شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹ م.).

اصول اخلاق پزشکی به کار رفته برای همه افراد نظیر سود رسانی^{۲۷} (بهترین پیامدهای سلامت)، عدم ضرر رسانی^{۲۸} (عدم انجام اعمال مضر)، حق اختیار فرد^{۲۹} (حقوق فردی برای انتخاب آگاهانه درباره نحوه مراقبت از سلامت خودش) و عدالت^{۳۰} از اصول مطابق با حقوق بشر مشتق شده‌اند (بوچامپ و چیلدرس^{۳۱}، ۲۰۰۱ م.؛ دباغ^{۳۲}، ۲۰۰۸ م.؛ کافمن و همکاران^{۳۳}، ۲۰۱۰ م.؛ سینگه^{۳۴}، ۲۰۱۰ م.). از آنجا که هدف

اصلی حقوق بشر ارتقای شأن انسانی است این حقوق به صورت الزام سودرسانی به مددجو در روند انجام مراقبت (رعایت هم سلامت جسمانی و هم روانی آنان) و متعهد بودن به عدم انجام هرگونه عمل مضر تبیین می‌شود. حقوق بشر از جمله حق بهره‌وری مددجو از بالاترین سطح مراقبت استاندارد و فواید پیشرفت‌های علمی از اصول اساسی تعهد حرفه‌ای برای رعایت اصل سودرسانی و عدالت محسوب می‌شود. سایر اجزاء حقوق بشر نظیر حق بهره‌مندی از یک زندگی خصوصی، آزادی عقیده و امنیت یک شخص نیز از اجزاء اصلی حق اختیار فرد بوده که شامل وظیفه رعایت حق محرمانه نگهداشتن اطلاعات^{۳۵} در ارائه خدمات سلامت می‌شود (انجمن بین‌المللی زنان مامایی^{۳۶}، ۲۰۰۳ م؛ انجمن زنان مامایی اتیوپی^{۳۷}، ۲۰۰۵ م؛ داگات، ۲۰۱۰ م). در مطالعه بایللیل و گالاگهر^{۳۸} (۲۰۱۱ م.) مفاهیم استخراج شده درباره راهکارهای رعایت شأن انسانی در ارائه خدمات که توسط بیماران مطرح شده بودند شامل تشخیص افراد آسیب‌پذیر در معرض خطر از دست‌دادن شأن انسانی، ارتقای حریم خصوصی، بهبود ارتباط بین ارائه‌کننده خدمات و بیمار و خانواده وی و نیز ارتباط‌سازی بود. این یافته‌ها اجزاء اصلی در ارتقای رعایت شأن انسانی را نشان می‌دهد که در همه مراکز ارائه خدمات قابل استفاده است.

منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف متفاوت بوده و اغلب بر اساس هنجارهای اجتماعی و فرهنگی استوار است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹ م.). تفاوت‌های فرهنگی نقش مهمی را در ایجاد نگرش و دیدگاه حقوقی به طور اعم و اخص به حقوق بیماران به وجود می‌آورد. زمینه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌تواند موانع و تسهیل‌کننده‌های متعددی را جهت رعایت حقوق بیماران ایجاد کند. گروه پژوهشگران حقوق بیمار سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد کرده‌اند هر کشوری بر اساس علایق، اولویت‌ها و نیازهای فرهنگی اجتماعی خویش حقوق

بیماران را تبیین نموده و در حفظ و ارتقا آن بکوشد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م؛ جولایی و همکاران^{۳۹}، ۲۰۰۸ م؛ خداپرست و همکاران، ۱۳۸۶ ش.). به دلیل این که رسالت اصلی سازمان جهانی بهداشت تأمین سلامتی برای همه است که سنگ بنایی برای دستیابی به این هدف مهم و بزرگ محسوب می‌شود. در یک دنیای کثرت‌گرا و با فرهنگ‌ها و سنت‌های اخلاقی بسیار متفاوت، توافق بین‌المللی بر حقوق بشر می‌تواند یک پایه اصلی برای رعایت اصول اخلاقی که توسط ملت‌ها و فرهنگ‌های مختلف مورد پذیرش قرار گرفته را فراهم آورد. (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹ م.).

عدم رعایت اصول مصوبه حقوق بشر و حقوق بیمار از مسائل شایعی است که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به کرات با آن مواجهند (کوک و دیکنس، ۲۰۰۰ م؛ ویلیامز، ۲۰۰۵ م، جولایی و همکاران، ۲۰۰۸ م). در حالی که حقوق بشر به وسیله قوانین ملی، اساس‌نامه‌ها و عهدنامه‌های منطقه‌ای و بین‌المللی محافظت می‌شود، اخلاق حرفه‌ای نیز به وسیله کدهای اخلاقی در حیطه پزشکی پایش می‌گردد (انجمن بین‌المللی زنان مامایی، ۲۰۰۳ م). بنابراین کدهای اخلاق حرفه‌ای که شالوده هر حرفه‌ای را تشکیل می‌دهند یک چارچوب عملکردی برای تعیین بایدها و نبایدهای حرفه‌ای فراهم می‌نمایند که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌توانند با رعایت آن‌ها به حریم و محدوده قانونی حقوق مددجو احترام گذارده و شرح وظایف شغلی خود را با توجه به نقش‌ها و مسؤولیت‌های مشخص حرفه ایشان ایفا نمایند (تامس و همکاران^{۴۰}، ۲۰۰۲ م؛ ارائه‌کنندگان خدمات اجتماعی انگلستان^{۴۱}، ۲۰۰۲ م؛ انجمن روانپزشکان امریکا^{۴۲}، ۲۰۰۲ م؛ انجمن مشاوران امریکا^{۴۳}، ۲۰۰۵ م؛ انجمن پرستاری و مامایی استرالیا^{۴۴}، ۲۰۰۸ م؛ انجمن فیزیک پزشکی امریکا^{۴۵}، ۲۰۰۹ م). از آنجا که ارائه خدمات به صورت گروهی و دسته جمعی انجام می‌شود، لذا لازم است تک‌تک ارائه‌کنندگان نسبت به نجات جان انسان‌ها احساس مسؤولیت نموده و بیشترین

توجه را در خصوص حمایت و حفاظت از بیماران به عمل آورند (شت^{۴۶} ۱۹۹۸، راتر و همکاران^{۴۷}، ۲۰۱۱). سوء عملکرد پزشکی یک سهل انگاری حرفه‌ای محسوب شده که با انجام یا عدم انجام عملی ضروری توسط ارائه کننده خدمات که برخلاف استانداردهای پذیرفته شده حرفه پزشکی است و سبب ایجاد صدمه یا مرگ می شود، تعریف می گردد (ریگ و بیات^{۴۸}، ۱۹۹۷ م). برخورداری از مهارت ارتباطی، اجرایی آموزش مداوم، وجود کمیته اخلاق، بررسی و ارائه گزارش هایی از سوء رفتار و عملکرد یا سهل انگاری و نیز تلاش در جهت رفع این نقایص در ارتقای کیفیت خدمات ضروری به نظر می رسد (شت، ۱۹۹۸ م؛ ساوج و همکاران^{۴۹}، ۲۰۱۰ م؛ داها رامسی و همکاران^{۵۰}، ۲۰۱۱ م).

بر اساس نتایج مطالعه تمبلین و همکاران^{۵۱} (۲۰۰۷ م) مهارت های ارتباطی ضعیف با میزان رضایت مندی کم مددجو، میزان شکایت بیشتر مددجو و افزایش میزان دعاوی ناشی از سوء عملکرد همراه است. همچنین میزان رضایت مندی مددجو از خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مهم ترین شاخص های رعایت حقوق بیمار محسوب می شود (پوربخش، ۱۳۸۸ ش).

ارتباط حقوق و اخلاق با ارائه خدمات سلامت

در دهه اخیر تمرکز بر کیفیت خدمات سلامت به طور قابل توجهی افزایش یافته است (نلسون و گاردنت^{۵۲}، ۲۰۰۸ م؛ پراجر^{۵۳}، ۲۰۰۸ م). ارتقای کیفیت خدمات سلامت با ۲۳ درصد آرا مهم ترین موضوع مطروحه در ارائه خدمات سلامت امریکا در سال ۲۰۰۵ میلادی بود که در سال ۲۰۰۷ با کسب ۳۳ درصد آرا برجسته ترین و مهم ترین موضوع را در این خصوص به خود اختصاص داد (نلسون و گاردنت، ۲۰۰۸ م). علی رغم سرمایه گذاری زیاد در امر ارائه خدمات سلامت، کیفیت مراقبت، پیامدها و دستاوردهای آن بر اساس استانداردها ناکافی بوده و ارتقای

عملکرد نظام ارائه خدمات سلامت یکی از مهم‌ترین چالش‌هایی است که کارکنان با آن مواجه‌اند (لامبر^{۴۴}، ۲۰۰۸ م.). رعایت اخلاق حرفه‌ای به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت کمک می‌کند تا بتوانند علاوه بر تأمین رضایت‌مندی مددجو کیفیت ارائه خدمات را نیز ارتقا دهند (برنامه برای فناوری مناسب در سلامت^{۴۵}، ۲۰۰۳ م؛ میراندا و یامین^{۴۶}، ۲۰۰۸ م؛ صالحی و همکاران^{۴۷}، ۲۰۱۰ م.). در مطالعه انجام‌شده توسط پلیت و همکاران^{۴۸} (۲۰۰۸ م.) با عنوان حفظ سلامتی بیماران، نقش رعایت اصول اخلاقی در ارتقای کیفیت خدمات مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، شش ویژگی ارائه خدمات سلامت با کیفیت مؤثر بودن، مددجو-محور بودن، عادلانه بودن، کارآمد بودن و به موقع بودن تعیین گردید که هدف بسیاری از فعالیت‌های ارتقای کیفیت نیز دستیابی به این شش ویژگی عنوان شد. همچنین پیشنهادات ارائه‌شده در جهت ارتقای کیفیت خدمات شامل افزایش کارآیی، مددجو-محور بودن خدمات و ارتقا ساختاربخش ارائه خدمات سلامت بود که بر تربیت نیروی انسانی با صلاحیت، متوازن، با انگیزه، با اطلاعات و دانش صحیح و آشنا با فناوری تأکید داشت تا کارکنان قادر به استفاده صحیح از اطلاعاتشان بوده و در زمان مناسب و به روش درست با بهره‌گیری از دانش و ابزارهای موجود خدمات اساسی سلامت را با کیفیت مطلوب به مددجویان ارائه نمایند (لدفورد و همکاران^{۴۹}، ۲۰۰۸ م؛ هنسن و کرخوف^{۵۰}، ۲۰۱۱ م.).

به طور کلی هنگامی که فعالیت‌های ارتقای کیفیت خدمات سلامت مد نظر هستند؛ ارتقای کیفیت مراقبت و رعایت اصول اخلاقی را نمی‌توان از یکدیگر جدا نمود (نلسون و گاردنت، ۲۰۰۸ م.). طی ۱۵ تا ۲۰ سال اخیر افزایش هزینه‌ها در ارائه خدمات سلامت، وجود جو رقابتی، تأثیر فناوری مدرن و بروز تغییرات جهانی در اشتغال، وضعیتی را برای سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت به وجود آورده

است که بر محیط اخلاقی سازمان تأثیرگذار بوده است (ولدی^{۶۱}، ۲۰۰۷ م.). با توجه به بحث جهانی‌شدن سلامت و تأثیرات آن بر ارائه خدمات سلامت، بحث اخلاق در حیطه سلامت (انگلیش و همکاران^{۶۲}، ۲۰۰۲ م.) و نیز توجه به رویکرد اخلاقی در امر سیاست‌گذاری سلامت (پراجر، ۲۰۰۸ م.)، ارائه چارچوب اخلاقی برای اصلاح نظام سلامت و وجود دیدگاه اخلاقی برای بیان ارزش‌ها و هنجارها ضروری به نظر می‌رسد (پراجر، ۲۰۰۷ م.).

وایتلی و هیلی^{۶۳} (۱۹۹۵ م.) رویکرد همکاری و مشارکت برای ارتقای مباحث اخلاقی در ارائه خدمات سلامت را عنوان نمودند و معتقدند انعکاس اخلاق در ارائه خدمات سلامت بر اصول عملکرد اخلاقی میان مددجویان، خانواده آنان و ارائه‌کنندگان خدمات استوار است. به اعتقاد آنان تاکنون توجه کافی و نظام یافته‌ای به مباحث اخلاقی در سطح مشارکتی نشده است و محیط ارائه خدمات سلامت نیاز به ملاحظات و تغییراتی در خصوص اقتصاد سازمان، سیاست‌ها، اجتماع، فناوری، مسائل قانونی، اخلاقی و فرهنگی دارد. از دیدگاه آنان نماینده اخلاقی سازمان کسی است که مسؤول رفتار دیگران، سازمان و به علاوه اعمال، تصمیمات و رفتارهای خود نیز باشد به همین خاطر نیروی انسانی مهم‌ترین منبع نظام ارائه خدمات سلامت بوده (دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در آفریقا، ۲۰۰۸ م.) و ارائه‌کنندگان این خدمات باید نسبت به رعایت شأن انسانی و ارزش زندگی آن‌ها و ارائه خدمات بر پایه اصول اخلاقی متعهد باشند (شت، ۱۹۹۸ م.؛ داگات، ۲۰۱۰ م.؛ بایلیل و گالاگهر، ۲۰۱۱ م.).

ارائه خدمات اخلاق‌گرا و قانونمند در حیطه سلامت باروری

در حیطه سلامت باروری^{۶۴} نیز که یکی از مجموعه‌های گسترده ارائه خدمات

سلامت را تشکیل می‌دهد. علی‌رغم گسترش ساختار سلامت ملی، ارائه این خدمات در میان بسیاری از کشورهای در حال توسعه ضعیف باقی مانده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶ م.) با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در فناوری پزشکی و ارائه خدمات سلامت هنوز هم روزانه حداقل ۱۶۰۰ زن در اثر مسائل مربوط به بارداری و زایمان که شایع‌ترین علت مرگ و ناتوانی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله را تشکیل می‌دهد، می‌میرند که در سال رقمی بالغ بر ۵۸۵۰۰۰ نفر می‌شود. همچنین میزان بارداری ناخواسته حدود ۷۵ میلیون در سال برآورد شده است. میزان سقط‌های نایمن در سراسر دنیا هر ساله حدود ۲۰ میلیون است که سبب ایجاد ۸۰۰۰۰ مرگ مادر و صدها مورد ناتوانی آنان می‌گردد. فقدان دستیابی به خدمات مراقبتی از دیگر دلایل مرگ مادران ذکر شده است که بر اساس آمارهای منتشره هر سال حدود دو میلیون کودک مادر خود را از دست می‌دهند که این خدمات به راحتی برای افراد توانمند در دسترس است (صندوق جمعیت سازمان ملل متحد،^{۶۵} ۲۰۰۴ م؛ سو و همکاران^{۶۶}، ۲۰۰۷ م؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶ م.).

بر اساس مطالعه لینر-اباس^{۶۷} (۲۰۰۸ م.) مراقبت اخلاق‌گرا در نجات زندگی انسان‌ها به ویژه در حیطه سلامت باروری نقش بسیار مهمی دارد. بسیاری از ارتباطات انسانی مستلزم تعامل با افراد آسیب‌پذیر می‌باشد که پاسخ اخلاقی مطلوب می‌تواند از طریق رعایت اخلاق مراقبتی در حیطه عملکرد پزشکی حاصل شود و بنابراین قدرت تأمین نیازهای سلامت مددجو، مراقبت صحیح و پیشگیری از آسیب‌ها را داشته باشد. در صورتی ارائه خدمات سلامت باروری با کیفیت همراه است که با رضایتمندی مددجو، افزایش بهره‌وری و سودمندی خدمات و ارتقای پیامدهای نهایی سلامت همراه باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶ م؛ راتر و همکاران، ۲۰۱۱ م.) ارتقای کیفیت خدمات بخشی از فرآیند اصلاحات بخش سلامت

در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود، اما اغلب به کیفیت خدمات سلامت باروری توجه کافی نمی‌شود. ارتقای کیفیت خدمات می‌تواند یک ابراز هزینه اثر بخش برای دستیابی به هدف نهایی سلامت باروری و جنسی باشد. اگر مددجویان به خوبی مورد احترام و تکریم قرار نگیرند و مراقبت و خدمات با کیفیت و سطح بالا را دریافت نکنند ممکن است از خدمات موجود استفاده نکرده یا پیامدهای نامناسب دیگری را از جمله عدم درمان کامل و یا حتی مرگ را تجربه نمایند (برنامه برای فناوری مناسب در سلامت، ۲۰۰۳ م؛ صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۲۰۰۴ م؛ انجمن بین‌المللی زنان و مامایی اتیوپی، ۲۰۰۵ م).

ارتباطات حرفه‌ای نقش مهمی را در چگونگی نحوه ارائه خدمات ایفا می‌کند. این ارتباطات حرفه‌ای را می‌توان شامل ارتباط بین ارائه‌کننده خدمات با مددجویان و همکاران دانست. جایگاه مددجو در نظام فکری و ارزشی ارائه‌کننده خدمات، امر مهمی است که تأثیر زیادی بر رعایت اصول اخلاقی دارد. احترام به اختیار بیمار^{۶۸} (اتونومی)، خودداری از پدرسالاری پزشکی^{۶۹} از سوی ارائه‌کننده خدمات و استفاده از ظرفیت و توان جسمی و روحی مددجو برای تصمیم‌گیری‌های لازم، فرآیندی مهم در حیطه ارائه خدمات محسوب می‌شود. همچنین برخورداری از وجدان کاری، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای، برخورداری از صلاحیت علمی و عملی لازم و عدم بهره‌جویی‌های مادی، جسمی یا روحی از بیمار نیز جزء مقوله‌های مهم به شمار می‌آیند که در حال حاضر از پشتوانه‌های قانونی و اجرایی لازم نیز برخوردارند (لاریجانی ۱۳۸۶ ش. کافمن و همکاران ۲۰۱۰، دها رامسی و همکاران ۲۰۱۱، اختر دانش و همکاران^{۷۰} ۲۰۱۱).

وضع قوانین و توسعه آن در ارتقا و حفاظت از سلامت باروری و جنسی می‌تواند به جای این که یک مانع دستیابی به این خدمات تلقی شود به عنوان یک تسهیل‌کننده مورد استفاده قرار گیرد. اصول قانونی می‌توانند راهنمایی برای بهبود

ارائه این خدمات محسوب شوند (کوک و دیکنس ۲۰۰۰). در سراسر دنیا قوانین حرفه‌ای از طریق تنظیم کدهای اخلاق حرفه‌ای تعیین می‌شوند (دفتر سازمان جهانی بهداشت منطقه اروپا ۲۰۱۲). از آنجایی که شاخص هر حرفه‌ای توانمندی آنان برای وضع قوانین مربوط به حرفه توسط خودشان است بنابراین طراحی و ارتقای کدهای اخلاق حرفه‌ای فعالیتی ضروری برای یک حرفه محسوب شده و ابزارهای لازم را برای تنظیم قوانین حرفه‌ای فراهم می‌آورد. یک کد اخلاقی مشتمل بر مسؤلیت حرفه‌ای است که توسط انجمن حرفه‌ای مربوطه روی آن سرمایه‌گذاری شده است. طراحی کدهای اخلاق حرفه‌ای و درک مناسب از آن‌ها می‌تواند در انجام فعالیتهای حرفه‌ای به عنوان یک راهنمای عملکرد اخلاقی کاربرد داشته و مسؤلیت‌های مشخص و ثابتی را تعیین نماید که رعایت آن‌ها سبب ارائه خدمات با کیفیت می‌گردد (سولر^۱، ۱۹۹۷). یک کد اخلاقی مناسب بیانگر نظریه‌ای جامع و منسجم در فلسفه اخلاق است که با استفاده از آن به صورت شفاف، صریح و دقیق، راهکارهایی درباره همه مسائل مرتبط به موضوع و نه مسائل غیرمرتبط ارائه می‌گردد (خداپرست و همکاران، ۱۳۸۶).

انجمن بین‌المللی زنان و مامایی در سال ۲۰۰۹ اقدام به طراحی دستورالعمل اخلاقی به منظور حل مباحث مهم اخلاقی در عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات زنان و مامایی نمود. متخصصین زنان و مامایی وظیفه مراقبت از سلامت زنان را به عهده دارند. آن‌ها معمولاً اولین حرفی هستند که یک زن برای حل مشکل سلامتی‌اش به آنان مراجعه می‌کنند. به همین دلیل آن‌ها وظیفه فراهم نمودن مراقبت مبتنی بر دانش و مهارت به زنان را دارند. وظیفه متخصصین زنان و مامایی حمایت از توانمندسازی وضعیت اجتماعی زنان است. به منظور تأثیر بر عملکرد نظام سلامت و قانون‌گذاری لازم است متخصصین زنان و مامایی جامعه را درباره مشکلات

سلامت باروری و جنسی آگاه نموده و یک گفت‌وگو جامع با طیف وسیعی از انجمن‌ها، تشکلات زنان، قانون‌گذاران، اساتید، حقوق‌دانان، دانشمندان علوم اجتماعی و مقامات مذهبی جامعه داشته باشند. محورهای اصلی اخلاقی مطرح شده در دستورالعمل شامل ارتباطات میان پزشک و بیمار؛ اخذ رضایت آگاهانه؛ محرمانه نگهداشتن، حریم خصوصی و امنیت اطلاعات بیماران؛ تعارض منافع؛ مسؤلیت‌های حرفه‌ای؛ ارتباطات حرفه‌ای با همکاران، انجمن‌های علمی مرتبط، کارخانه‌های سازنده دارو؛ تبلیغات حرفه‌ای؛ مباحث اخلاقی مربوط به ارائه خدمات سلامت باروری به نوجوانان و زنان سنین باروری؛ مباحث اخلاقی در انجام پژوهش در زنان سنین باروری و مباحث اخلاقی در آموزش پزشکی بود.

در حیطه مراقبت مامایی نیز رعایت اخلاق حرفه‌ای از اهمیت خاصی برخوردار است. ماماها در فعالیتهای حرفه‌ای‌شان با موضوعات اخلاقی مهمی مواجهند. آن‌ها در موقعیتهای مختلف ناگزیر به اخذ تصمیمات در شرایط بحرانی بوده و یا به کمک سایرین شتافته که نتایج آن بر زندگی افراد زیادی تأثیرگذار است. ماماها به ابزاری نیاز دارند تا به کمک آن قادر به ارائه خدمات سازنده، با ثبات و توأم با احترام باشند. برخورداری از قدرت انتقال تفکر اخلاقی و انعکاس آن در عملکرد مامایی فاصله میان علم و عمل را به خوبی از بین می‌برد (تامپسون^{۷۲}، ۲۰۰۹م). از سویی دیگر مددجویان نیز اغلب زمانی که برای دریافت مراقبت مراجعه می‌کنند به حقوق خویش آشنا نبوده و بنابراین در هنگام دریافت خدمات، اطلاعات شخصی بسیار خصوصی آنان از طریق انجام طیف وسیعی از مراقبت‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و آموزشی در اختیار ارائه‌کنندگان خدمات قرار می‌گیرد (جولایی و همکاران ۲۰۰۸م، جونس، ۲۰۰۶م). علاوه بر این تصمیم‌گیری‌های سخت در حیطه بالینی مامایی و یا دوگانگی‌ها و تردیدهای موجود در عملکرد

اخلاقی از دیگر مواردی هستند که ضرورت تدوین کد اخلاق مامایی را نشان می‌دهند (انجمن بین‌المللی مامایی^{۷۳} ۲۰۰۳م، کالج مامایی نیوزیلند^{۷۴} و کد اخلاقی بین‌المللی مامایی^{۷۵} و کالج امریکایی مامایی^{۷۶}، جونس ۲۰۰۶م).

در حیطه ارائه خدمات سلامت باروری نیز اعتقاد بر این است که کدهای اخلاقی موجود برای پزشکان و سایر افراد شاغل در این حرفه تأمین‌کننده نیازهای مطروحه در مباحث مرتبط با سلامت جنسی و باروری نیست. در همین راستا طراحی کد اخلاقی جداگانه و مستقل که ابتدا به صورت پیش‌نویس تهیه شد و سپس طی سه مرحله بازنگری (از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴م) با همکاری انجمن بین‌المللی زنان مامایی و مشارکت مراکز دانشگاهی، مختلف طراحی و تصویب گردید در واقع یک پل اتصالی حفظ تعامل میان مددجویان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری را به وجود آورد. طراحی این کد اخلاقی به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری کمک می‌کند تا علاوه بر این که موضوعات اخلاقی رایج را در حیطه کاری‌شان درک کرده، آن‌ها را در فعالیت‌های روزمره‌شان نیز منعکس نمایند. هدف نهایی طراحی این کد اخلاقی ارتقای کیفیت خدمات سلامت باروری مطرح شد که اساس طراحی آن را همانند سایر کدهای اخلاقی، حقوق بشر و به ویژه حقوق سلامت باروری و جنسی تشکیل می‌داد (انجمن زنان مامایی ایتوپی ۲۰۰۵م).

اعضا انجمن بین‌المللی زنان و مامایی (۲۰۰۴م) نیز مسؤلیت‌های حرفه‌ای در ارائه خدمات سلامت باروری را در سه حیطه صلاحیت حرفه‌ای ارائه‌کننده خدمات سلامت باروری، حق اختیار و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات زنان و مسؤلیت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری نسبت به جامعه بر اساس تعهد به پایبندی به حقوق بشر و اصول اخلاقی در ارائه خدمات سلامت باروری طراحی نمودند و آن را ارتقا دادند. اگر چه این مطالب در خصوص زنان تهیه شد، اما اصول طراحی

شده در مورد مردان نیز کاربرد دارد.

مباحث اخلاقی و حقوقی سلامت باروری در ایران

مفهوم سلامت باروری به عنوان جزء اصلی سلامت جامعه توسط همه کشورهای منطقه مدیترانه شرقی مورد پذیرش قرار گرفته است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱م). مباحث اخلاقی سلامت باروری در ایران از جنبه‌های متعددی حائز اهمیت است. جمعیت زنان و دختران ایران ۳۴۶۲۹۴۲۰ نفر بوده (سازمان آمار ایران ۱۳۸۵ش). و مرگ مادران از ۲۷ در صد هزار تولد زنده به ۲۰ در صد هزار تولد زنده گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۹۱ش). سازمان جهانی بهداشت نیز میزان مرگ مادران را در سال ۲۰۰۸، ۳۰ در صد هزار تولد زنده، نرخ رشد سالیانه جمعیت را ۱/۲ (۲۰۰۹م) و میزان باروری کلی در ایران را ۱/۸ به ازای هر زن در سن باروری برآورد نموده است (سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۱م).

همچنین تشکیل شبکه‌ای مستقل برای تقویت ارائه خدمات سلامت باروری و جنسی در ایران که از برنامه‌های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است گام مؤثری برای دستیابی به اهداف مذکور محسوب می‌شود (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲۰۰۷). طراحی این برنامه‌ها در حیطه سلامت باروری انتخاب‌های جدیدی را برای زنان واقع در سنین باروری اعم از روش‌های جدید غربالگری و تشخیص و درمان را به ارمغان آورده است و از طرفی دیگر این پیشرفت فناوری مباحث اخلاقی متعددی را برای ارائه کنندگان خدمات سلامت باروری، زنان و جامعه برای تطابق با آن مطرح نموده است (شارپ^۷، ۱۹۹۸م). از نگاهی دیگر فرهنگ اسلامی حاکم بر جامعه ایرانی به دلیل این که منشأ اصلی

اخلاق سلامت، نظام‌های ارزشی نشأت گرفته از مذهب، فلسفه، اعتقادات و سایر نظام‌های فرهنگی می‌باشد تا حدود زیادی به تحقق اهداف مذکور کمک کرده و به عنوان یک عامل تسهیل‌کننده ایفای نقش می‌نماید (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸ م). از دیدگاه اسلام زندگی انسان بسیار ارزشمند بوده و به عنوان موهبت الهی قلمداد می‌شود بنابراین لازم است انسان مورد تکریم و احترام قرار گیرد (لاریجانی و زاهدی^{۷۸}، ۲۰۰۷ م). در دین مبین اسلام توجه خاصی به موضوعات اخلاقی در حرف پزشکی شده و بحث اخلاق مورد تأکید فراوان قرار گرفته است (شمالی^{۷۹}، ۲۰۰۸ م). در ایران به نظر می‌رسد علی‌رغم وجود پیشینه ارزشمند تاریخی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی به تلاش بیشتری در این خصوص نیاز هست. پیشنهاد تشکیل شبکه اخلاق پزشکی در سال ۱۳۸۰ انگیزه‌ای برای گردهمایی صاحب نظران، ذینفعان، علاقمندان و طراحان برنامه استراتژیک در این خصوص گردید (لاریجانی، ۱۳۸۳ ش). که با برگزاری دو کارگاه کشوری این برنامه طراحی شد (دفتر مطالعات علوم انسانی در طب و اخلاق پزشکی، ۱۳۸۱ ش). ایجاد جایگاه مناسب منطقه‌ای و بین‌المللی به عنوان قطب اخلاق پزشکی به ویژه در کشورهای اسلامی ترسیم‌کننده چشم‌انداز آینده کشور در این امر است. بی‌شک ارتقای آموزش اخلاق پزشکی و تدوین کدهای اخلاقی بر اساس اصول علمی و متناسب با ارزش‌های اسلامی نیز از دیگر راهکارهای ارتقای الگوهای اخلاق پزشکی قلمداد می‌گردد. در همین راستا موضوعات اخلاقی سلامت باروری در ایران از دیدگاه صاحب‌نظران جزء اولویت‌ها و مباحث مهم در گردهمایی تعیین اولویت‌های اخلاق پزشکی، عنوان گردیده است (لاریجانی، ۱۳۸۳ ش).

نتیجه‌گیری

گوش فرادادن به صدای زنان و خانواده‌هایشان و شنیدن داستان‌های تلخ و ناراحت‌کننده‌شان، نگرانی‌هایشان و نیز نگرانی ارائه‌کنندگان خدمات که چگونه بتوانند مسئولانه و به طریق اخلاقی و پاسخگویانه به عنوان یک فرد اخلاقی و یک ارائه‌کننده خدمات حرفه‌ای عمل کنند، امری خطیر است. این برهه، زمانی هیجان‌آور و حساس برای زنان و ارائه‌کنندگان خدمات محسوب می‌شود که ضرورت یادگیری اخلاق برای فردا را در امروز، نشان می‌دهد (تامپسون، ۲۰۰۴م). بنابراین نظر به اهمیت، وسعت خدمات و گستردگی طیف دریافت‌کنندگان خدمات در حیطه سلامت باروری که کودکان، زنان و مردان را شامل می‌شود، توجه بیشتر به مباحث حقوقی و اخلاقی در ارائه خدمات سلامت باروری در ایران می‌تواند سبب ارتقای کیفیت خدمات شده و علاوه بر تامین رضایتمندی مددجو و رعایت حقوق مصوب آنان به ارائه‌کنندگان خدمات نیز کمک کند تا در یک چهارچوب اخلاقی و قانونی نظام‌مند خدمات خود را ارائه نمایند.

پی‌نوشت‌ها

- 1 Ethics
- 2 World Health Organization (WHO)
- 3 Jones
- 4 Ethos
- 5 Williams
- 6 Khodaparast & et al
- 7 Meta Ethics
- 8 Normative Ethics
- 9 Applied Ethics
- 10 Fisher & Dowden
- 11 Jonasson & et al
- 12 Professional Ethics
- 13 Health Ethics
- 14 Medical Ethics
- 15 Biomedical Ethics
- 16 Care Ethics
- 17 Clinical Ethic
- 18 Evidence Based Ethics
- 19 Strech
- 20 Lavielle & et al
- 21 Singer
- 22 Code
- 23 Cook & Dickens
- 24 McQuoid-Mason
- 25 WHO Regional Office for Europe
- 26 Duguet
- 27 Beneficiary
- 28 Non Mal-efficient
- 29 Autonomy
- 30 Justice
- 31 Beauchamp & Childress
- 32 Dabbagh
- 33 Kaufman & et al
- 34 Singh
- 35 Confidentially
- 36 Federation International of Gynecology Obstetrics (FIGO)
- 37 Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists
- 38 Baillie & Gallagher
- 39 Joolae & et al
- 40** Thomas & et al
- 41 British Association of Social Workers
- 42 American Psychological Association's (APA's)
- 43 American Counseling Association (ACA)

- 44 Australian Nursing & Midwifery Council (ANMC)
 45 American Association of Physicists in Medicine
 46 Sheth
 47 Rathert & et al
 48 Reeg & Bebout
 49 Savage & et al
 50 Dharamsi & et al
 51 Tamblyn & et al
 52 Nelson & Gardent
 53 Prah Ruger
 54 Lambrew
 55 Program for Appropriate Technology in Health (PATH)
 56 Miranda & Yamin
 57 Salehi & et al
 58 Platte & et al
 59 Ledford & et al
 60 Hanson & Kerkhoff
 61 Wlody
 62 English & et al
 63 Whitly & Heeley
 64 Reproductive Health
 65 United Nations Population Fund
 66 Suh & et al
 67 Laner-Abass
 68 Autonomy
 69 Medical Paternalism
 70 Akhtar-Danesh & et al
 71 Soler
 72 Thampson
 73 International Confederation of Midwives (ICM)
 74 New Zealand College of Midwives
 75 International Code of Ethics For Midwives
 76 American College of Midwife
 77 Sharp
 78 Larijani & Zahedi
 79 Shomali

فهرست منابع

منابع فارسی:

- پوربخش، م. (۱۳۸۸ش.). بررسی معیارهای منطقی در تدوین منشور حقوق بیماران، فصلنامه حقوق پزشکی، ۳ (۹)، ص ۳۵-۶۰.
- خانیک، ه. (۱۳۸۸ش.). چهارچوبی برای پژوهش در اخلاق، اخلاق در علوم و فناوری، ۴ (۲)، ص ۷۹-۸۹.

سازمان آمار ایران. (۱۳۸۵ش.). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵. سایت اینترنتی سازمان آمار.

<http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85>. [۱۳۸۳/۳/۳]

سازمان آمار ایران. (۱۳۹۰ش.). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰. سایت اینترنتی سازمان آمار.

<http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=123&articleType=ArticleView&articleId=8>. [۱۳۹۱/۲/۳]

سینگر، ج. (۱۳۸۶ش.). ترجمه شهریار، ح. نگرشی کلی به فلسفه اخلاق: مسائل، دیدگاه‌ها و رشته‌ها.

<http://www.balagh.net/persian/akhlaq/index.htm>. [۱۳۹۰/۳/۳]

عابدی، ح و همکاران. (۱۳۸۵ش.). روش‌های تحقیق کیفی در پرستاری، چاپ اول، انتشارات بشری. تهران.

عباسی، م. (۱۳۸۸ش.). اصول دادرسی منصفانه در محاکم اداری و هیات‌های انتظامی پزشکی فصلنامه حقوق پزشکی، ۳ (۹)، ص ۱۱۳-۱۴۸.

لاریجانی، ب. (۱۳۸۳ش.). پزشکی و ملاحظات اخلاقی، چاپ اول، جلد اول، مروری بر مبانی اخلاق پزشکی، انتشارات برای فردا.

لاریجانی، ب. (۱۳۸۶ش.). نگرشی بر اخلاق پزشکی نوین، فصلنامه پژوهش و حوزه، ۱۷ و ۱۸، ص ۴۲-۵۷.

معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳ش.). سایت اینترنتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی <http://www.hbi.ir>. [۱۳۸۹/۳/۳]

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۶ش.). معاونت سلامت. گزارشی از تشکیل شبکه بهداشت و حقوق باروری درمان و آموزش پزشکی.

<http://www.dme.hbi.ir>. <http://www.hbi.ir>. [۱۳۸۸/۳/۳]

منابع انگلیسی:

Akhtar-Danesh, N. et al. (2011). Perceptions of professionalism among nursing faculty and Nursing Students. *Western Journal of Nursing Research*, 16. [Epub ahead of print].

American Association of Physicists in Medicine. (2009) Code of Ethics for the American Association of Physicists in Medicine: Report of Task Group 109. *Medical Physics*, 36 3-17.

- American College of nurse-midwife. (2004) *Ethics in midwifery & Women Health*. [Online access]. <http://www.internationalmidwives.org>. [May 2011].
- American Counseling Association. (2005) *American Counseling Association (ACA) Code of Ethics*.
[Online access]. http://www.ncblpc.org/Laws_and_Codes/ACA_Code_of_Ethics.pdf. [November 2011].
- American Psychological Association. (2002) *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. *American Psychologist*. [Online access]. <http://www.apa.org/ethics>. [Sep 2011].
- Australian Nursing and Midwifery Council, Australian College of Midwives, Australian Nursing Federation. (2008). *The Code of Ethics for Midwives in Australia*. [Online access]. <http://www.aacn.edu.au/ethics/CodeofEthicsforMidwivesAugust2008.pdf>. [November 2011].
- Baillie, L. Gallagher, A. (2011). Respecting dignity in care in diverse care settings: Strategies of UK nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 17(4): 336-41.
- Beauchamp T L, Childress J F. (2001) *Principles of Biomedical Ethics*. 5th edition. Oxford University Press. British Association of Social Workers. (2002) *The Code of Ethics for Social Work*. [Online access]. <http://www.belfastforum.co.uk/index.php>. [Aug 2011].
- Cook R J, Dickens B M. (2000) *Considerations for formulating Reproductive health laws*. 2nd edition. [Online access]. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/. [Aug 2011].
- Dabbagh, S. (2008). In Defense of Four Principles Approach in Medical Ethics. *Iranian Journal of Public Health*. A supplementary issue on Bioethics, 37(1): 31-8.
- Dharamsi, S, et al. (2011) *The Physician as Health Advocate: Translating the Quest for Social Responsibility into Medical Education and Practice*. *Academic Medicine*, 86(9): 1108-13.
- Duguet, AM. (2010) Respect of patient's dignity in hospitals. *Journal International de Bioethics*, 21(4): 93-101, 162-3.
- English, V, et al. (2002) Ethics briefings. *Journal of Medical Ethics*, 28 53-4.
- Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists. (2005) *Human right code of ethics for reproductive health workers practicing in Ethiopia*. [Online access]. <http://www.esog.org.et/ESOG%20SRH%20Ethical%20Guideline.htm>. [Nov 2009].

- European regional office of who. *Human Rights*. [Online access]. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/HRCIndex.aspx>. [Aug 2009]
- Federation International of Gynecology Obstetrics/FIGO. (2004) *Professional & ethical responsibilities concerning SRH rights*. [Online access]. <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%202009%20-%202012%20pdf.pdf>. [Aug 2011].
- Federation International of Gynecology Obstetrics/FIGO. (2009) *Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the study of ethical aspects of Human Reproduction and Women Health*. [Online access]. <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%202009%20-%202012%20pdf.pdf>. [Aug 2011].
- Hanson SL, Kerkhoff TR. (2011) The APA Ethical Principles as a foundational competency: Application to rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology*, 56(3): 219-30.
- International Code of Ethics for Midwives. (1996) *How Do They Fit Your Practice?* [Online access]. <http://www.midwiferytoday.com/articles/interncode.asp>. [Mar 2012].
- International Code of Ethics for Midwives. (2008) *Code of Ethics*. [Online access]. <http://www.internationalmidwives.org/Whatwedo/Policyandpractice/CoreDocuments/tabid/322/Default.aspx>. [Mar 2012].
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2009) *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*. [Online access]. <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20English.pdf>. [November 2011].
- Jonasson LL, et al. (2011) *Empirical and normative ethics: A synthesis relating to the care of older patients*. *Nursing Ethics*, 6. [Epub ahead of print]
- Jones J, Hunter D. (1995) Consensus methods for medical and health services research. *Biomedical Journal*, 5(311): 376-80.
- Joolae S, et al. (2008) Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians. *International Nursing Review*, (55): 55-61.
- Kaufman H, et al. (2010) Ethical considerations in transition. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(4): 453-9.
- Khodaparast, AH. et al. (2007) Critical Study of the "Six Ethical Codes for Research" in Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, (37): 65-79.
- Lambrew, J. (2008) Getting Better value in health care. Testimony before the House Committee on the Budget. *American Progress*, 16 33-42.

- Laner-Abass, B. (2008) Poverty and maternal mortality in Nigeria: Towards a more viable ethics of modern medical practice. *International Journal for Equity in Health*, 7(11):11-19.
- Lavielle P, et al. (2008) Ethical behaviors in clinical practice among Mexican health care workers. *Nursing Ethics*, 15(6) 729-44.
- Ledford M. (2008) The health care delivery system: *A blueprint for reform*. *American progress*, 31 52-9.
- Mason McQuoid D. (2008) An introduction to aspects of health law: bioethical human rights and the law. *South African Journal of Bioethics and Law*, 1(1) 358.
- Miranda, J J, Yamin, A E. (2008) Health policies and politicized health? An analysis of sexual and reproductive health policies in Peru from the perspective of medical ethics, quality of care, and human rights. *Cadrenos De Saude Publica*, 24(1) 7-15.
- Nelson WA, Gardent P B. (2008) Ethics and quality improvement. *Health Care Executive*, 3 84-91.
- New Zealand College of Midwives Standards of Practice, *Service and Education*. (1988, 1990, 1993, 2002, 2005). [Online access]. <http://www.midwife.org.nz/index.cfm/1,265.html>. [Mar 2009].
- Platte S, et al. (2008) Keeping Patients Safe. The ethics of quality improvement. *Virtual Mentor*, 10(5) 300-3.
- PrahRuger J. (2007) Ethics in American Health 1: Ethical approaches to health policy. *American Journal of Public Health*, 98(10) 1751-8.
- PrahRuger J. (2008) Ethics in American Health 2: An ethical framework for health system reform. *American Journal of Public Health*, 98 1756-63.
- Program for Appropriate Technology in Health (PATH). (2003) Ensuring privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: *A Training Module and Guide for Service Providers*. Washington, D.C. [Online access]. http://www.path.org/files/RH_ensuring_privacy.pdf. [Aug 2011].
- Rathert C, et al. (2011) Beyond service quality: The mediating role of patient safety perceptions in the patient experience-satisfaction relationship. *Health Care Management Review*, 17. [Epub ahead of print].
- Reeg R, Bebout M. (1993) "What's It All About, Daubert?". [Online access]. <http://www.mobar.org/journal/1997/novdec/bebout.htm>. [May 2012].
- Salehi, T. et al. (2010) Ethics: Patients' Rights and the Code of Nursing Ethics in Iran. *Online Journal of Issues in Nursing*. 15(3): 36-43.
- Savage I, et al. (2010) Medication errors with electronic prescribing: Two views of the same picture. *BMC Health Services Research*, 10 135-42.

- Sharp ES. (1998) Ethics in reproductive health care: a midwifery perspective. *Journal of Nurse Midwifery*, 43(3) 235-45.
- Sheetharun V. (1998) Ethical values in health care. *Indian Journal of Medical Ethics*, 6(2).
- Shomali MA. (2008) Islamic bioethics: a general scheme. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 1(1) 25-32.
- Singh, R. (2010) Ethics for Medical Educators: An Overview and Fallacies. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(2) 83-86.
- Soler DA. (1997) Maltese Code of Ethics for Nurses and Midwives. *The Nursing and Midwifery Board*. [Online access]. <http://www.Maltese-Code-of-Ethics-Nurse.pdf>. [Aug 2011].
- Strech D. (2008) Evidence-Based ethics-What it should be and what it shouldn't. *BMC Medical Ethics*, 9(16) 43-52.
- Suh S, et al. (2007) Improving quality of reproductive health care in Senegal through formative supervision: results from four districts. *Human Resource Health*, 5 26- 32.
- http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=831&Itemid=1353
- Thomas J C, et al. (2002) A Code of Ethics for Public Health. American Public Health Association. *American Journal of Public Health*, 92(7) 1057-9.
- Thompson A. (2009) Bridging the gap: teaching ethics in midwifery practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(3) 188-93.
- Thompson JB. (2004) Tomorrow's Ethics for Today's Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(3) 172-4.
- United Nations Population Fund. (2004) *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. [Online access]. <http://www.unfpa.org/public/cache/bypass/parliamentarians/pid/3615;jsessionid=2DA7911C7129701848311B1829EA4ED1?newsLIId=7206>. [Mar 2009].
- Whitley E M, Heeley G F. (1995) A corporate to health care ethics. *Health Care Ethics Forum*, 7(5) 269-301.
- Williams J R. (2005) *Medical ethics manual*, 1st edition, Johnson & Johnson.
- Wlody G S. (2007) Nursing management and organizational ethics in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 35 (2) 29-35.
- World Health Organization. (1998) Ethics of Medicine and Health. *EMRO Technical papers series 4*. WHO-EM/PHP/1/E/G/09.08/1000. [Online access]. <http://www.who.org>. [Mar 2011].

- World Health Organization. (2006) *Background paper on research priorities for quality of care*. [Online access]. http://www.who.int/reproductive-health/care/quality_of_care_background_paper.pdf. [May 2012].
- World Health Organization. (2008) *WHO policies & strategies*. AFR/RC57. [Online access].
- World Health Organization. (2011) *WHO Statistical Information System (WHOSIS)*. [Online access]. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Part2.pdf. [Mar 2012].
- World Health Organization. *Patients' rights*. [Online access]. <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>. [Mar 2011].
- World Health Organization. *Reproductive Health*. [Online access]. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/. [Mar 2012].

یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

تهمینه فرج خدا: دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

رباب لطیف‌نژاد رودسری: دکترای تخصصی بهداشت باروری، استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مشهد، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل).

پست الکترونیک: latifnejadr@mums.ac.ir

محمود عباسی: دکترای تخصصی حقوق و اخلاق پزشکی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۲۰