



بنام خدا

چارچوب مستند حمایت‌طلبی (فرم پیوست شماره ۳)

عنوان: میزان رعایت کرامت انسانی مددجویان در ایران

مجری طرح: دکتر لادن‌ناز زاهدی،

همکاران طرح: دکتر محمدعلی چراغی، دکتر سادات سیدباقرمداح، دکتر آرپی مانوکیان

الف- تحلیل موضوع (مسئله چیست؟)

تاریخچه مسئله و تلاش‌های گذشته

واژه‌شناسی کرامت انسانی

کرامت انسان از مباحث مهمی است که در حوزه‌های مختلف از جمله فلسفه، حقوق، انسان‌شناسی، روان‌شناسی فردی و اجتماعی، جامعه‌شناسی، دین‌شناسی و غیره مورد بررسی قرار گرفته است. واژه‌شناسان و فرهنگ‌نامه‌نویسان برای واژه‌ی کرامت معانی مختلفی را ذکر کرده‌اند، که می‌توان از مجموع معانی ذکرشده دریافت که بیشتر آن‌ها، کرامت را به معنای شرافت، بزرگواری، بزرگ‌منشی، علو و شرافت دانسته‌اند.^۱ این واژه همچنین به معنای «حریت خاص» یا گرامی‌داشتن و بزرگداشت دیگران و یا بزرگی‌ها، جوانمردی‌ها، نوازش و اشیاء نفیس آمده است. "کرامت" در لغت‌نامه انگلیسی آکسفورد بصورت "وضعیت دارا بودن ارزش شرافت یا احترام" تعریف شده است.

کرامت انسانی از نگاه قرآن کریم

در متون اسلامی عالی‌ترین مراتب کرامت برای خداوند سبحان و نازل‌ترین مراحل آن برای موجود ممکن لحاظ می‌شود. کرامت در مورد انسان، اشاره به نعمت‌های خدادادی دارد که بدون تلاش حاصل شده باشد، حتی ممکن است به نعمت‌های مادی هم اشاره داشته باشد.^۲

خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: (وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا)؛ و ما فرزندان آدم را بسیار گرامی داشتیم و آن‌ها را بر مرکب برّ و بحر سوار کردیم... این آیه بدین معنا است که کرامت و شرافت و بزرگواری را در سرشت و آفرینش او قرار دادیم. کرامت و عزّت و بزرگواری، جزئی از سرشت انسان است. اگر انسان، خود را آن چنان که هست، بیابد، به کرامت و عزّت می‌رسد. پس کرامت

همان نزاهت از پستی و فرومایگی خواهد بود و کریم غیر از کبیر و عظیم است. همچنین تعبیر "بنی آدم" بعد از "کرمانا" نه تنها اشاره به حضرت آدم (ع) دارد، بلکه طبق آن نسل انسان مورد کرامت و برتری است.

به تعبیر مرحوم علامه طباطبائی(ره): مقصود از تکریم بنی آدم، اختصاص دادن او، به عنایت و شرافتی خاص است که در غیر بشر نباشد و فرقی با تفضیل این است که شخص مورد تفضیل با غیرش در اصلی مشترکند، ولی از غیرش بیشتر دارد. اما خصوصیت منحصر به فرد بنی آدم، که خداوند سبحان به او مکرمت فرموده، نعمت عقل است و تفضیل او بر سایر موجودات، بیش تر داشتن خصوصیات غیر عقل از سایر موجودات است.

از دیدگاه قرآن کریم دو گونه از کرامت برای انسان بیان شده است: الف- کرامت تکوینی یا ذاتی^۳، ب- کرامت ارزشی یا اکتسابی^۴. به این ترتیب، کرامت ذاتی کرامتی اعطا شده از جانب خداوند سبحان برای همه ی آدمیان است، به طوری که همه ی انسان ها در این نوع از کرامت با هم برابرند، از این حیث نسبت به یکدیگر امتیازی ندارند و در حقوق عمومی و اجتماعی با هم برابرند. این نوع از کرامت حاکی از عنایت ویژه خداوند به انسان است.^۵ به عبارت دیگر، کرامت ذاتی یا تکوینی کرامت در آفرینش است، نظیر این که حق تعالی فرمود: ما انسان را در احسن تقویم بیافریدیم. لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَن تَقْوِيمٍ. اگر احسن تقویم، تمام شئون و جهات خلقت انسان را شامل می شود، تعبیر «کرمانا» نیز درباره خلقت و هوش و استعداد او است که دارای قانون آسمانی و رهبری معصوم است و مسجود فرشتگان، واقع شده است. امام علی(ع) نیز کرامت انسانی را به عنوان محوری اساسی معرفی می کند و منشأ کرامت انسانی را، دمیدن روح خدایی در آدم می داند.^۶

کرامت اکتسابی نیز آن منزلت و جایگاهی است که انسان در سایه اختیار و منزلت خود به آن دست می یابد و به عده خاصی از انسان ها اختصاص دارد. این نوع از کرامت، عرصه ای است که باید مجاهدت نمود و به اختیار خود به کمالات آن دست یافت.^۷ به عبارت دیگر، کرامت اکتسابی یا ارزشی، کرامت معنوی و اکتسابی و نزد خدا است، مثل کرامتی که خاص اهل تقوا است؛ چنانچه خداوند متعال فرمود: همانا بزرگوار [و با افتخار]ترین شما نزد خدا باتقواترین شما است. إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ اتَّقَاكُمْ.

مطلب دیگر این است که خدای کریم، انبیای عظام را عموماً و نبی مکرّم اسلام را خصوصاً به مقام کرامت رساند و جمله معروف «بعثت لأتمم مكارم الأخلاق» را برای تتمیم کرامت ها فرموده اند.^۲ بدیهی است موضوع این مستند حمایت طلبی، کرامت ذاتی مددجویان است.

سطوح مختلف کرامت انسانی در متون علمی

در متون غربی وقتی واژه "کرامت" با صفت "انسان" همراه می شود، به این مفهوم است که همه انسان ها دارای ارزش برابر و ذاتی هستند و بنابراین باید صرف نظر از سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، شرایط سلامت، منشأ قومی، عقیده سیاسی، یا مذهب، به آنها بیش ترین میزان احترام و توجه اعطا شود.

به این معنا "کرامت ذاتی انسان" از "کرامت اخلاقی" که هم معنی "شرافت" است، افتراق داده می شود. در حالی که عبارت اول نقش محوری در ابزارهای حقوقی مرتبط با اخلاق پزشکی دارد، عبارت دوم از اهمیت کمتری در این زمینه برخوردار است. از یک سو، کرامت ذاتی، که از انسان جدایی ناپذیر است، برای همگان یکسان است، نمی تواند بدست آید یا از دست برود، و قابل درجه بندی نیست، بطوری که حتی بدترین مجرمان را نمی توان از کرامت ذاتی خود محروم ساخت و بنابراین حق دارند مورد رفتارها یا مجازات غیر انسانی یا تحقیرآمیز قرار نگیرند.

از طرف دیگر، کرامت اخلاقی با بحث وجودی در فرد ارتباط ندارد، بلکه با رفتار فرد مرتبط است و حاصل زندگی فضیلت‌مندانه، به معنای زندگی منطبق با اصول اخلاقی، است. به این دلیل، کرامت اخلاقی در آحاد بشر به یک اندازه مساوی نیست (یعنی یک شهروند درستکار کرامت بیشتری از یک مجرم دارد). لذا این نوعی کرامت است که مردم گاهی نشان می‌دهند، فاقد آن هستند، یا از دست می‌دهند، اما کرامتی که در آن همه انسان‌ها با یکدیگر برابر هستند، ویژگی است که بطور دائمی و ذاتی به هر انسانی تعلق دارد.

بطور کلی، در متون علمی کرامت انسانی در سطوح مختلفی اعم از حقوق بشر، قوانین حقوقی شامل قوانین اساسی و مدنی کشورها، اجتماع و بحث عدالت اجتماعی، گروه‌های تخصصی خاص اعم از پزشکی و پرستاری، و فردی (مراقبت) مورد توجه قرار گرفته است و این موضوع نشان‌دهنده آن است که این مفهوم به علت گستردگی خود، قابلیت بررسی در لایه‌های مختلف را دارد.

۱. کرامت انسانی و حقوق بشر

بر مبنای بیانیه جهانی حقوق بشر، انسان‌ها برابر متولد می‌شوند و از نظر کرامت و شأن و حقوق انسانی برابر هستند. برخی از صاحب‌نظران این بیانیه را به عنوان "بیانیه جهانی کرامت انسانی" تعریف کرده‌اند. این بیانیه دولت‌های جهان را ملزم کرده است که مصادیق کرامت انسانی شامل برخورداری انسان‌ها از حقوق خود نظیر رفع تبعیض، رفع بهره‌کشی و برخورداری از حداقل درمان استاندارد را رعایت کنند. در این بیانیه، کرامت انسانی و حقوق انسانی دو مفهوم هم‌معنا و موازی هستند که همه انسان‌ها به طور ذاتی از آن‌ها برخوردارند.^۱ در ادامه، این موضوع مورد توجه دقیق‌تری قرار می‌گیرد.

۲. کرامت انسانی مبنای قوانین حقوقی

کرامت انسانی در قانون اساسی بسیاری از کشورها تصریح شده است و بخشی از چارچوب مفهومی را تشکیل می‌دهد که حقوق مترتب بر انسان‌های آن جامعه در قالب آن تعریف شده‌اند. این مفهوم در بسیاری از بیانیه‌ها، منشورها و کدهای اخلاقی ارائه شده در چارچوب نظام سلامت کشور ما، از جمله نقشه جامع علمی سلامت جمهوری اسلامی ایران هم مورد تاکید فراوان قرار گرفته است.

در قوانین حقوقی کشورها کرامت انسانی را می‌توان در سه سطح تعریف نمود. سطح اول: کرامت انسانی بطور کلی، سطح دوم: کرامت انسانی گروه‌های اجتماعی خاص، و سطح سوم: کرامت انسانی آحاد مردم. ملاحظات حقوقی هر یک از این سه دسته تا حدودی با هم فرق دارد. در قوانین سطح اول، باید به ملاحظات مربوط به افتراق کرامت انسانی از سایر گونه‌های موجودات و حفاظت از تمامیت انسان پرداخته شود. در قوانین سطح دوم، به منع تبعیض بین گروه‌های خاص، و احترام به موجودیت و سنت‌های یک گروه در مقابل سایر گروه‌ها پرداخته می‌شود. در قوانین سطح سوم، کرامت بوسیله قوانینی اعمال می‌شود که از حق تصمیم‌گیری آگاهانه و آزادانه برای سرنوشت خود، و مشارکت در تصمیماتی که دیگران برای فرد اتخاذ می‌کنند حمایت می‌کند. در تفکر حقوقی، کرامت هم شامل قوانین محدودکننده و هم شامل قوانین آزادکننده است.

۳. کرامت انسانی محور عدالت اجتماعی

برخی از صاحب‌نظران مفهوم کرامت انسانی را معادل معنای موجودیت انسان، و برخی دیگر ویژگی آن را بر مبنای اخلاقیات تعریف کرده‌اند. از دیدگاه انسان‌شناختی، مفهوم کرامت انسانی عبارت از این است که مردم درباره ارزش خود و

دیگران چگونه احساس می‌کنند، می‌اندیشند، و رفتار می‌کنند. قائل بودن کرامت برای انسان‌ها به این معنی است که با آن‌ها به‌طور محترمانه رفتار شود و آن‌ها احساس کنند که ارزشمند شمرده شده‌اند.^۹ همچنین تعریف هر فرد از کرامت، منعکس‌کننده باور او از زندگی خوب است. درک انسان از موجود بودن یا نبودن کرامت و حس او از به مخاطره افتادن یا حفظ کرامت، به منزله ابزاری برای قضاوت درستی اخلاقی است. به این معنا که تعهدات فردی و اجتماعی درباره کرامت انسانی الزامات اخلاقی را با خود به همراه می‌آورند.^{۱۰}

به این ترتیب، در سطح فردی، تعهد به حفظ و ارتقای کرامت، شخص را ملزم می‌کند که به دیگران - مددجویان - احترام بگذارد، اما در سطح اجتماعی، به معنای سطح سازمانی یا جامعه، لازم است سازوکار اجتماعی برای رعایت برابری و دسترسی یکسان به خدمات مراقبت فراهم شود. لذا، کرامت به عنوان یکی از اصول مبنایی عدالت اجتماعی بوده و ساز و کاری که برای آن در نظر گرفته می‌شود عبارت است از: احترام گذاشتن، آزادی انتخاب بر مبنای شناخت، ایجاد قدرت و تأثیر بر تصمیم‌گیری‌های اجتماعی، روشن‌گری و انتشار اطلاعات و دانش، ایمنی، ایجاد ثروت و تعیین نحوه توزیع و مصرف کالا و خدمات، کنترل منابع، کسب مهارت، تأکید بر دوستی و وفاداری، مشارکت و تأکید بر استقرار هنجار رفتار مسئولانه.

۴. کرامت انسانی و اخلاق در گروه‌های تخصصی خاص اعم از پزشکی و پرستاری

امروزه کرامت انسانی در زمینه‌های فلسفه اخلاق، اصول اخلاق پزشکی، اخلاق کاربردی و سایر موضوعات اخلاقی نمود دارد. از منظر فلسفه اخلاق، جایگاه کرامت انسان در مکاتب فلسفی مورد بحث قرار می‌گیرد، از جمله این که در امریکا مفهوم کرامت بیشتر در قالب اتونومی فردی به بحث گذاشته شده، ولی در اروپا به‌صورت تقابل ارزش‌ها در جوامع مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، به این معنا که اگر کرامت انسانی به خطر بیفتد، تمامیت آن جامعه - نه یک فرد واحد - به خطر خواهد افتاد. به این ترتیب، از منظر اصول اخلاق پزشکی، اخلاق پزشکی / پرستاری کاربردهایی دارد، از جمله در موضوعات انتخاب با حق اختیار (اتونومی)، پایان حیات، اتانازی، کمک به خودکشی، حق کنترل بر فرایند مرگ، و بی‌ارزش ساختن حیات انسانی. البته در دهه‌های اخیر، نوع دیگری از موضوعات مرتبط با کرامت انسانی نظیر دوره‌های موجود در بیوتکنولوژی و ژنتیک نیز مطرح شده است.^{۱۱} در ادامه، به نقش کرامت انسان در اصول اخلاق پزشکی پرداخته خواهد شد.

۵. کرامت انسانی در سطح فردی: مراقبت

به نظر می‌رسد ملاحظات مربوط به کرامت در سطح فردی از مراقبت تسکینی و پایان حیات شروع شده است و امروزه، بحث ارائه خدمات سلامت ابعاد اجتماعی پیدا کرده است و ا فشار وسیعی از گروه‌های آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین نظیر سالمندان، فقرا، افراد بی‌خانمان و غیره را نیز در بر گرفته است. کرامت در این شرایط به چپستی و چگونگی ارائه مراقبت تأکید دارد و هدف، آن است که مراقبتی ارائه شود که تمامیت و ارزش فردی دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمات را تضمین کند. از این رو، کدهای اخلاقی به منظور حفظ و احترام به کرامت انسانی مددجو ارائه شده است.^{۱۲}

کرامت انسان در قوانین بین‌المللی (زمینه‌ساز اصول اخلاق پزشکی)

به اعتقاد روبرتو اندورنو، استاد حقوق دانشگاه زوریخ، مفهوم کرامت انسانی ذاتی که در دوران مدرن به عنوان اساس نظام حقوق بشر بین‌المللی عمل می‌کند، پس از جنگ جهانی دوم ظهور یافته است و نقش محوری در اسناد سیاست‌گذاری

بین‌المللی مرتبط با اخلاق پزشکی، مصوب شده در پایان دهه ۱۹۹۰، ایفا می‌نماید. این کرامت انسانی می‌تواند به عنوان "اصل شکل‌دهنده" اخلاق پزشکی بین‌المللی یا به عنوان "اصل فراگیر" هنجارهای جهانی در مدیریت موضوعات اخلاق پزشکی قلمداد شود.

بلافاصله بعد از وحشت جنگ جهانی دوم، جامعه بین‌المللی این ضرورت را احساس کرد که قویاً بر مفهوم کرامت انسانی تأکید نماید تا از وقوع دوباره "بربریت که وجدان نوع بشر را به خشم آورده بود" جلوگیری نماید. سه سال قبل از تنظیم بیانیه جهانی حقوق بشر، منشور ملل متحد، که معاهده مبنایی این نهاد مهم بین‌دولتی است، "وفاداری به کرامت و ارزش انسان" را به تأیید دوباره دولت‌های عضو رساند. بیانیه جهانی حقوق بشر به عنوان ستون نظام نوین بین‌المللی حقوق بشر خدمت کرد که بر بستر "به رسمیت شناختن کرامت ذاتی و حقوق برابر و غیرقابل سلب حقوق همه انسان‌ها" قرار داشت. از همان آغاز، این بیانیه ابراز می‌دارد که "همه انسان‌ها آزاد متولد می‌شوند و دارای کرامت و حقوق یکسان هستند (ماده ۱)".

بر اساس قوانین بین‌المللی، ارتباط بین کرامت انسانی و حقوق بشر، معادل است با ارتباط بین اصل مبنایی احترام برابر به همه انسان‌ها و هنجارهای اصیلی که برای بسط این اصل به زندگی اجتماعی مورد نیاز است. کرامت انسانی مبنای حقوق بشر است؛ حقوق از کرامت انسانی منشأ می‌گیرند.

در حال حاضر، تمامی نظام بین‌المللی حقوق بشر بر مبنای این فرضیه استوار شده است که انسان‌ها واقعاً دارای ارزش ذاتی هستند. با به رسمیت شناختن قانونی حقوق بشر بوسیله دولت‌ها، اثربخشی کاربردی این حقوق ارتقای قابل توجهی خواهد یافت. اما ویژگی اعتباربخشی نهایی حقوق پایه، مشروط به این به رسمیت شناختن نیست. به عبارت دیگر، نظام‌های حقوقی، به عنوان یک فرضیه نظری صرف یا یک افسانه حقوقی معرف مفهوم کرامت انسانی نیستند، بلکه "مبنایی حتمی برای کارکرد منصفانه جامعه بشری" هستند. از این رو شامل تمام نهادهایی می‌شود که به نحوی از انحا با انسان‌ها سروکار دارند.

این نکته قابل ذکر است که کرامت انسانی بوسیله قوانین بین‌المللی بطور شفاف تعریف نشده است. بلکه مفهوم آن به "درک شهودی مشروط به معیارهای فراوان عوامل فرهنگی" واگذار شده است. این موضوع با توجه به ماهیت مبنایی این مفهوم و دشواری زیاد در یافتن یک معنای دقیق از این مفهوم پایه قابل قبول همگان بویژه در شرایط بین‌فرهنگی، تعجیبی ندارد. این موضوع با این واقعیت هم توضیح داده می‌شود که قانون‌گذاران اکراه دارند از این که تعاریف مؤکدی ارائه دهند که ممکن است دشواری‌های غیرقابل حلی در اجرای هنجارهای حقوقی بوجود آورد. در این ارتباط، آنها ترجیح می‌دهند از این ضرب‌المثل قدیمی تبعیت کنند که "هر تعریفی در حقوق خطرآفرین است".

به رغم نبودن تعریف، قوانین بین‌المللی راهنمای سودمندی برای درک بهتر مفهوم کرامت ارائه می‌نمایند: اول این که کرامت "برای همه انسان‌ها" ذاتی است، دوم، همه انسان‌ها "آزاد و دارای کرامت و حقوق برابر هستند"، و سوم، "این حقوق از کرامت ذاتی نوع بشر منشأ می‌گیرند."

کرامت انسانی در حوزه اخلاق پزشکی

در سال ۱۹۴۸ مفهوم کرامت انسانی به عنوان سنگ بنای قوانین حقوق بشر بین‌المللی استقرار یافت و به تدریج نقش مهمی در حوزه اخلاق پزشکی ایفا نمود. جالب آن که تأکید بر کرامت انسان در اخلاق پزشکی نوین بسیار شبیه وقایعی

است که به پیدایش قوانین حقوق بشر بین‌المللی منجر شد. پیش‌نویس بیانیه جهانی حقوق بشر تا حد زیادی الهام گرفته از افشای وقایع وحشت‌آور اردوگاه‌های کار اجباری از جمله افشای استفاده از زندانیان برای آزمایشات پزشکی بی‌رحمانه بود.

مصادیق اخلاق پزشکی در تمامی علوم پزشکی وجود دارد، از این رو، کرامت انسانی به عنوان یک مفهوم مبنایی در اخلاق پزشکی، به همه رشته‌های گروه پزشکی قابل اطلاق است و به عنوان یک مفهوم عام در همه آنها به حساب می‌آید.

کرامت انسان در اخلاق پزشکی در سه مرحله نمادین مورد توجه قرار گرفته است. مرحله اول که بلافاصله بعد از پایان جنگ جهانی دوم رخ داد، بر موضوعات مرتبط با پژوهش‌های پزشکی بر روی آزمودنی‌های انسانی، بویژه الزام به اخذ رضایت آگاهانه و آزادانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش، تمرکز داشت. این موضوع در سال ۱۹۴۷ در بیانیه معروف نورمبرگ که کارآزمایی‌های پزشکان نازی را محکوم می‌کرد، مورد تأکید قرار گرفت. اگر چه اصول مندرج در بیانیه نورمبرگ بطور واضح به کرامت انسانی اشاره‌ای نداشت، اما روشن است که روح این بیانیه متوجه آن بوده است. ماهیت "غیرقابل چانه‌زنی" اصول این بیانیه شاهدهی بر این مدعا است که در ذهن تدوین‌کنندگان آن ارزش بی‌قید و شرط انسان وجود داشته است. در این ارتباط تأکید شده است که "هرگز قبلاً در تاریخ آزمایش بر روی انسان و بعد از آن، هیچ کد یا مقررات پژوهشی اینگونه بی‌امان و غیر قابل انعطاف، تمامیت و انسجام روان‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش را "بطور مطلق" مورد حمایت قرار نداده بود". بر اساس اصل ۱، "رضایت داوطلبانه آزمودنی‌های انسانی مطلقاً اساسی است" و "فرد مورد آزمایش باید اهلیت قانونی ارائه رضایت را داشته باشد، و در شرایطی قرار بگیرد که بتواند آزادانه انتخاب کند، و توانایی کافی برای درک عناصر موضوع پژوهش را داشته باشد تا بتواند تصمیم قابل درکی اتخاذ نماید". بر اساس این کد همچنین یک پژوهش "باید به گونه‌ای انجام شود که از رنج و آسیب جسمی یا روانی غیرضروری اجتناب شود" (اصل ۴)، نباید "در جایی که یک علت پیشینی برای این باور وجود دارد که مرگ یا آسیب ناتوان‌کننده‌ای رخ خواهد داد" انجام شود (اصل ۵)، و "میزان خطر قابل قبول هرگز نباید از نظر انسانی، از اهمیت مشکلی که قرار است بوسیله آزمایش حل شود بیشتر باشد" (اصل ۶). همگام با تمرکز بر پژوهش‌های پزشکی در این اولین مرحله، در تنها ماده معاهده بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی سال ۱۹۶۶ که مستقیماً به اخلاق پزشکی مرتبط است، آمده است که "هیچ کس نباید بدون رضایت آزادانه مورد آزمایش پزشکی یا علمی قرار گیرد" (ماده ۷). بیست سال پس از بیانیه نورمبرگ، این ماده هنوز بازتاب آن تصمیم تاریخی قلمداد می‌شود.

دومین مرحله توجه به کرامت انسانی در حوزه پزشکی در پایان دهه ۱۹۷۰ رخ داد. در این مرحله کرامت انسانی از حوزه پژوهش‌های پزشکی فراتر رفت و هر اقدام یا تکنیک پزشکی که در مرزهای حیات انسان، اعم از آغاز حیات (تکنولوژی‌های کمک به تولید مثل، تشخیص ژنتیک قبل از لانه‌گزینی، پژوهش بر روی رویان، و غیره) و پایان حیات (درمان بیهوده، کمک به خودکشی، اتانازی)، قابل انجام است را پوشش داد. همچنین کرامت انسان به نقد برخی اقدامات به عنوان شکل‌های نوین کالایی کردن بدن انسان، نظیر فروش اعضا و مادر جایگزین، پرداخت. در این موقعیت‌های گوناگون، تعجبی ندارد که واژه "کرامت" گاهی برای حمایت از نظرات مختلف و گاهاً متضاد، نظیر بحث بر سر کمک به خودکشی، مورد استفاده قرار گرفته است. این کارکرد گسترده و چندوجهی کرامت انسان در ابزارهای بین‌دولتی از اواخر دهه ۱۹۹۰ مشهود بوده است. از چشم‌انداز جهانی، دو مورد از مهمترین این ابزارها عبارتند از بیانیه جهانی ژنوم انسانی و حقوق بشر، و بیانیه جهانی حقوق بشر و اخلاق پزشکی، که به ترتیب در سال‌های ۱۹۹۷ و ۲۰۰۵ بوسیله نمایندگان تقریباً همه کشورها در کنفرانس عمومی یونسکو به رسمیت شناخته شدند. بیانیه جهانی حقوق بشر و اخلاق پزشکی احتمالاً بهترین مثال برای نشان دادن نقش کلیدی و چندوجهی کرامت انسانی در اخلاق پزشکی است. هدف اصلی این بیانیه ترویج احترام به کرامت انسان است، که اولین اصل مدیریت حوزه زیست‌پزشکی، مهم‌ترین استدلال بر ضد هر نوع تبعیض از جمله تبعیض ژنتیکی،

و چارچوبی است که در قالب آن به تنوع فرهنگی احترام گزارده می‌شود، همچنین مهم‌ترین اصل تفسیرکننده سایر بندهای این بیانیه است.

شورای اروپایی کنوانسیون ۱۹۹۷ حقوق بشر و زیست‌پزشکی مثال خوب دیگری از نقش محوری و فراگیری است که کرامت انسانی در حوزه زیست‌پزشکی دارد. بر اساس گزارش توصیفی آن، "مفهوم کرامت انسان یک ارزش اساسی است که باید مورد توجه قرار گیرد و بیش‌تر ارزش‌های مندرج در این کنوانسیون بر مبنای آن قرار گرفته است. در مقدمه این بیانیه سه بار به کرامت اشاره شده است: اول، وقتی که به اهمیت تضمین کرامت انسان می‌پردازد، دوم، در بیان اینکه سوءاستفاده از زیست‌شناسی و پزشکی ممکن است به رفتاری منجر شود که کرامت انسانی را به مخاطره اندازد، و سوم، وقتی برای حفاظت از کرامت انسانی و حقوق و آزادی‌های بنیادین فردی در زیست‌شناسی و پزشکی لازم است گام‌های ضروری برداشته شود. هدف این بیانیه کاربرد مفهوم کرامت انسان است. اگرچه این مفهوم یک ابزار منطقه‌ای است، نه جهانی، در یک مقیاس جهانی تأثیر بالقوه آن را نمی‌توان نادیده انگاشت، زیرا تنها ابزار قانونی بین‌دولتها است که بطور جامع به ارتباط بین حقوق بشر و زیست‌پزشکی می‌پردازد.

مطمئناً حتی با به رسمیت شناختن کرامت انسان به عنوان یک اصل مبنایی، بین کشورها یا درون آنها درباره ملاحظات واقعی این مفهوم، بویژه در خصوص اقدامات پزشکی آغاز و پایان حیات، همواره اتفاق آراء وجود ندارد. با وجود این، این لزوماً به این معنا نیست که یک مفهوم عام از کرامت وجود ندارد، بلکه تنها مطرح کننده این است که در حاشیه‌ها و مرزها^۱ یک درک عام از کرامت وجود ندارد. سومین مرحله افزایش رجوع به موضوع کرامت انسان در اخلاق پزشکی در اواخر دهه ۱۹۹۰ رخ داد که با تغییر چشمگیری در مقایسه با مراحل قبلی همراه بود. این مفهوم از کرامت انسان برای بیان نگرانی از پیشرفت‌های بیوتکنولوژی که بر کل انسانیت اثرگذار است بکار برده شد. در این مفهوم جدید آنچه به مخاطره می‌افتد نه تنها کرامت افراد موجود، بلکه ارزش‌های مرتبط با موجودیت و تمامیت نوع بشر است. توجه به این مطلب حائز اهمیت است که رویکرد خالص حقوق بشری در مواجهه با این چالش‌های نوین فاقد قدرت است، زیرا "حق" در ارتباط با افراد موجود معنا می‌یابد، نه در ارتباط با کل نوع بشر یا نسل‌های آتی. به این دلیل است که ابزار جدید مربوط به اخلاق پزشکی، هنگامی که کلونینگ تولیدمثلی یا مهندسی ژنتیک در انسان را محکوم می‌کنند، مستقیماً به مفهوم کرامت انسان می‌پردازند، نه به حقوق بشر. سه مثال زیر این روند را بهتر توضیح می‌دهند: بیانیه جهانی ژنوم انسانی و حقوق بشر در سال ۱۹۹۷، که بر نیاز به حفظ ژنوم انسانی به عنوان "میراث نوع بشر" تأکید دارد و بطور صریح کلونینگ تولیدمثلی و مداخلات در سلول‌های زایا در انسان را "مغایر با کرامت انسان" می‌داند؛ بیانیه سازمان ملل متحد درباره کلونینگ انسانی در سال ۲۰۰۵، که از کشورهای عضو می‌خواهد همه شکل‌های کلونینگ انسانی را از آنجایی که مغایر با کرامت انسانی و حفظ حیات انسان هستند، قدغن نمایند؛ شورای اروپایی کنوانسیون حقوق بشر و زیست‌پزشکی سال ۱۹۹۷، که مداخلات سلول‌های زایا را بر این مبنا قدغن می‌نماید که ممکن است نه تنها فرد، بلکه تمامی گونه را به خطر اندازد؛ و پروتکل الحاقی ۱۹۹۸ همان کنوانسیون که کلونینگ تولیدمثلی انسان را بر این اساس که "مغایر با کرامت انسان" است ممنوع می‌سازد.

با وجود این، اگرچه حقوق بشر به لحاظ فلسفی در بستر دکترین اخلاقی فردی قرار دارد، باید دانست که تلاش‌های جدی بوسیله جامعه بین‌المللی در جهت کاربردی کردن آنها در جوامعی که جامعه‌مدارتر هستند صورت گرفته است. این تمایل که بیشتر جنبه اجتماعی دارد در ابزارهای بین‌دولتی مرتبط با اخلاق پزشکی نیز یافت می‌شود. برای مثال، بیانیه جهانی اخلاق پزشکی و حقوق بشر ۲۰۰۵، بر اهمیت ایجاد "رویکردهای نوین به مسئولیت‌پذیری اجتماعی، جهت تضمین اینکه پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیکی به حصول عدالت، برابری و مصالح انسانی کمک می‌کند"، پافشاری می‌نماید. در

¹ the margins

این بیانیه "نیازهای خاص کشورهای در حال توسعه، جوامع بومی و جمعیت‌های آسیب‌پذیر مدنظر قرار گرفته است. همچنین ارتقای "همبستگی و همکاری اجتماعی"، و سهیم شدن در منافع حاصل از پژوهش‌های علمی در هر جامعه و بین جوامع مورد تأکید واقع شده است. در مجموع، کرامت انسان و حقوق بشر، که بر اساس تعریف مقوله‌ای عام هستند، لزوماً در تعارض با احترام به تنوع فرهنگی نیستند. این مطلب در زمینه اخلاق پزشکی نیز صادق است. شرایطی که در آن موضوعات اخلاق پزشکی ارتباط تنگاتنگی با عمیق‌ترین ارزش‌های اجتماعی - فرهنگی و مذهبی هر جامعه‌ای دارند، مانعی برای شکل‌دهی به هنجارهای عام به حساب نمی‌آید، بلکه کاملاً بر عکس، می‌توان آن را در تلاش برای تدوین اصول اخلاق پزشکی جهانی، یک ثروت ارزشمند محسوب نمود. دقیقاً به همین علت که اخلاق پزشکی به آرمان‌های محبوب مردم بسیار نزدیک است، و مردم اساساً در همه جا شبیه هم هستند، تدوین برخی از استانداردهای مشترک حداقلی در این حوزه شدنی و آسان است. در این ارتباط کرامت انسان، با یادآوری اینکه همه انسان‌ها دارای حق بهره‌مندی از خیرات و خوبی‌های پایه هستند و بنابراین حقوق مبنایی برابری دارند، نقش وحدت‌بخشی دارد. از این منظر، کرامت انسان به منزله پل ارزشمندی بین فرهنگ‌ها می‌باشد.^{۱۳}

کرامت انسانی در اخلاق پرستاری

در کدهای حرفه‌ای پرستاری کشورهای مختلف، از جمله کشور کانادا، نیز احترام به کرامت انسانی به صورت ۵ اصل متمایز، لیکن مرتبط با هم، تعریف شده است و رفتار قابل انتظار از پرستاران را بیان می‌نماید: ۱- مسئولیت‌پذیری در قبال جامعه، ۲- مسئولیت‌پذیری در قبال مددجویان، ۳- مسئولیت‌پذیری در قبال حرفه، ۴- مسئولیت‌پذیری در قبال همکاران، و ۵- مسئولیت‌پذیری در قبال خود.^{۱۴}

در شرایط ارائه خدمات سلامت، کرامت مددجو به معنی احترام به ارزش‌های اخلاقی او در حین ارائه مراقبت است. کرامت به همه انسان‌ها اعم از افرادی که دارای ظرفیت تصمیم‌گیری و کسانی که فاقد آن هستند، به علت دارا بودن شأن انسانی آن‌ها، به‌طور مساوی تعلق می‌گیرد و تحت تأثیر محیط فیزیکی، فرهنگ سازمانی، و نگرش و رفتار اعضای گروه مراقبت سلامت، به‌ویژه پرستاران، قرار دارد.^{۱۵}

حفظ کرامت انسانی مددجو، زیربنایی‌ترین اصل اخلاق حرفه‌ای پزشکی و پرستاری^{۱۶} است و در کلیه بیانیه‌ها، منشورها و کدهای اخلاقی ارائه شده در چارچوب نظام سلامت کشور، از جمله نقشه جامع علمی سلامت جمهوری اسلامی ایران مورد تأکید قرار گرفته است.

بومی‌سازی مفهوم کرامت انسانی

اگرچه معیارهای حفظ کرامت انسانی مددجویان در کشورهای غربی عبارتند از: حفظ حریم خصوصی جسمی، حفظ حریم خصوصی مکانی، اختصاص زمان کافی، رفتار با مددجویان به عنوان یک انسان کامل و دادن حق اختیار و اتونومی به آن‌ها؛ لیکن معیارهای آن در کشورهای آسیایی و از جمله ایران به خوبی معلوم نشده است^{۱۷} و به عبارت دیگر، معنای دقیق و کاملی برای کرامت انسانی موجود نیست. به عنوان مثال باید معلوم شود که مددجویانی که سودمندی بیشتری در اجتماع دارند در قیاس با افرادی که اجتماع از آن‌ها چندان منتفع نمی‌شود، کدامیک کرامت بیشتری دارند، تفاوت مفهوم مبنایی کرامت با مفهومی از کرامت که برای اشخاص معین در نظر گرفته می‌شود روشن شود، و در شرایط کمبود منابع انسانی

نظیر کمبود پرستار در ارائه خدمات مراقبت، عدالت و حفظ کرامت انسانی مددجویان تعریف شود. بدیهی است هر یک از این مقوله‌ها موضوع پژوهش‌های مجزا می‌باشد.

فرایند تحلیل و بررسی چالش‌ها

در این مطالعه، ابتدا مفهوم و مصادیق کرامت انسانی در منابع علمی دسته‌بندی شد. به شرحی که در پی می‌آید، در مرحله بعد میزان توجه به آن در اسناد بالادستی کشور، و در مرحله سوم میزان رعایت کرامت انسانی مددجویان در ایران، به روش مرور منابع داخلی و خارجی تدوین شد. در پایان با استفاده از یافته‌های مرور منابع و انجام بحث‌های گروهی با حضور متخصصان (روش Focus Group Discussion یا FGD) به میزان حدود ۷۰ نفر/ ساعت، چارچوب چالش‌های موجود با استفاده از روش gap analysis به شرح مندرج در بخش بعد تنظیم شد. سپس وضعیت کلی ترسیم گردید و در مورد هر چالش، وضعیت مطلوب حل آن بیان شد و در پایان، راه‌کار رسیدن از وضع موجود به وضع مطلوب (حل چالش/ پر کردن شکاف) پیشنهاد گردید.

وضعیت فعلی مسئله، روند در گذشته، حال و آینده؟

کرامت در اسناد بالادستی کشوری

به منظور تعیین وضعیت فعلی کرامت انسانی مددجویان در نظام سلامت کشور، تلاش‌های انجام شده در خصوص حفظ و ارتقای کرامت انسانی آن‌ها در اسناد بالادستی کشوری مطالعه شد و موارد ذیل مشاهده گردید:

- تأکید بر اصل کرامت در مبانی ارزشی نقشه جامع علمی سلامت کشور: "اصل کرامت، صرف‌نظر از سودمند بودن یا سودمند نبودن حیات یک انسان به لحاظ اجتماعی، برقراری ارتباط مسئولانه و محترمانه به هنگام ارائه خدمات پزشکی را مطرح و بر آن تأکید می‌کند".
- تأکید مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلان سلامت ابلاغی: "رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات؛ ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه".
- تأکید بر حفظ کرامت انسانی مددجو در اولین محور و اولین بند منشور حقوق بیمار: "دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است و باید شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، و اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد".
- تأکید بر حفظ کرامت انسانی مددجو به عنوان اولین ارزش بنیادین مورد تأکید در کدهای اخلاق حرفه‌ای آئین اخلاق پرستاری جمهوری اسلامی ایران.
- و استقرار و اجرای برنامه‌های حاکمیت بالینی و اعتباربخشی.

کرامت در متون علمی داخلی

در متون علمی کشور ما نیز در معدود مقالاتی، حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجویان به دلیل نقش آن در سلامت ایشان، مورد توجه قرار گرفته و مطرح شده است که در برخی از موقعیت‌ها، رفتارهایی در بالین مشاهده می‌شود که جایگاه ارزش انسانی مددجویان را تحت‌الشعاع قرار داده و به تبع آن منجر به کاهش رضایت‌مندی آن‌ها از کیفیت خدمات بالینی و اثربخشی مراقبت‌های دریافتی می‌گردد که در زیر به تعدادی از آن‌ها اشاره می‌شود. هرچند موضوعاتی نیز وجود دارند که هنوز مورد بررسی قرار نگرفته‌اند، از جمله: میزان درک مددجویان و پرستاران از کرامت انسانی، نوع اقداماتی که موجب تقویت یا تضعیف کرامت مددجویان می‌شوند، نقش ویژگی‌های شخصی پرستاران در حفظ کرامت مددجویان، نحوه حفاظت پرستاران از کرامت مددجویان، و غیره.

با توجه به این که تعداد تحقیقات انجام شده در زمینه حفظ کرامت انسانی مددجو در داخل کشور اندک است، به نتایج تعدادی از پژوهش‌های انجام شده در رابطه با حفظ کرامت انسانی مددجو اشاره می‌گردد تا از این رهگذر وضعیت فعلی حفظ کرامت انسانی مددجویان در ایران با شفافیت بیشتر تبیین گردد.

مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور، میزان رضایتمندی بیماران از حفظ ارزش انسانی خود در بالین نامطلوب است. در این رابطه، ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۲) در یافته‌های تحقیق کیفی خود در رابطه با ادراک بیماران از حفظ کرامت انسانی خویش در سیستم بهداشتی درمانی ایران، به صراحت بیان می‌دارند که از ۲۰ بیمار تحت مطالعه، هیچ‌یک از آن‌ها از وضعیت حفظ ارزش انسانی خود در این سیستم راضی نبوده و همه‌ی آن‌ها شکایات مشترکی داشته‌اند. مضامین اصلی این پژوهش بر شکایاتی هم‌چون عدم رعایت حریم خصوصی بیمار، برقراری ارتباط بی‌روح و بی‌احترامی نسبت به همراهان دلالت داشت^{۱۸}. در زمینه معنای حفظ کرامت انسانی بیمار در بافت و فرهنگ ایرانی، چراغی و همکاران (۱۳۹۲) ضمن اشاره به سه مضمون صیانت ایجابی از شأن ذاتی انسان، خدمت توأم با عشق و ملاحظت و خدمت حرفه‌ای تعالی‌جویانه اکرام‌بخش، تفاوت بین دیدگاه‌ها و انتظارات بیماران با واقعیت موجود را به چالش کشیدند و بر اهمیت استفاده از نتایج یافته‌های تحقیقات مشابه جهت برنامه‌ریزی و تدوین راه‌کارهای عملی تکریم بیمار در راستای عمل در حد بالاترین استانداردهای مطرح در چارچوب برنامه‌های حاکمیت بالینی تأکید می‌نمایند^{۱۹}.

همچنین، مطابق با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور، در برخی موقعیت‌ها تفاوت‌های بارزی بین دیدگاه‌ها و انتظارات ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات مشاهده می‌گردد؛ که این خود، از عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات ارائه شده می‌باشد. در این راستا، مطابق با نتایج مطالعه‌ای در رابطه با بررسی میزان رعایت آیین اخلاق پرستاری از دیدگاه پرستار و بیمار در یکی از بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱، تفاوت معناداری بین میانگین میزان رعایت اصول و ارزش‌های اخلاق پرستاری از دید پرستاران و بیماران وجود داشت و در مجموع میزان رعایت ارزش‌های اخلاقی پرستاری از دیدگاه بیماران در سطح پایین‌تری گزارش گردید^{۲۰}.

همان‌گونه که در بالا نیز اشاره شد، احترام به مددجو و حفظ شأن وی، بنیادی‌ترین اصل منشور حقوق بیمار است. در این رابطه، یافته‌های چندین مطالعه در نقاط مختلف کشور بیانگر این واقعیت بود که فاصله‌ی نسبتاً زیادی بین استانداردهای مورد انتظار و واقعیت مشاهده شده در مطالعه وجود دارد. به عنوان مثال، یافته‌های پژوهشی که در دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ صورت گرفت بیانگر این واقعیت بود که کمترین میانگین رعایت حقوق بیمار مربوط به حیطة احترام به بیمار و حریم خصوصی او و عدم تبعیض (۲/۰۹ ± ۱/۰۳) می‌باشد^{۲۱}؛ و یا در پژوهش دیگری در رابطه با وضعیت رضایت بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی کرمانشاه از رعایت حقوق بیمار در سال ۱۳۹۰، نتایج پژوهش بیانگر کمترین میزان رضایت بیماران (۴۰/۷٪) در رابطه با محور اول منشور حقوق بیمار یعنی دریافت مطلوب خدمات سلامت (اولین بند آن دلالت بر ارائه‌ی خدمات شایسته شأن و منزلت انسانی) بود^{۲۲}.

از طرفی، مطابق با برخی دیگر از پژوهش‌های انجام شده در رابطه با رضایتمندی مددجویان از خدمات دریافتی و ارتباط آن با تحقق حفظ کرامت انسانی ایشان، بیشترین درصد رضایتمندی بیماران در سطح متوسط گزارش گردیده است.^{۲۴،۲۳} هر چند رضایتمندی بیماران از خدمات مذکور در سطح متوسط گزارش شده است؛ لیکن می‌بایست در مسیر تعالی، برای ارتقای کیفیت خدمات و در نتیجه‌ی آن، حفظ و ارتقاء شأن و ارزش انسانی مددجویان تلاش نمود. در ادامه، در این مطالعه تلاش شد تا با استفاده بهینه از نتایج تحقیقات انجام شده در داخل کشور در رابطه با این مهم و بازبینی برنامه‌ها، رویکردها و فرایندهای موجود در حیطه‌های مرتبط از جمله منشور حقوق بیمار، کدهای اخلاق حرفه‌ای پرستاری و اسناد مرتبط، انواع چالش‌های برنامه‌های موجود در سه سطح مدیریت کلان، مدیریت میانی و ارتباط بین اعضای گروه سلامت و مددجو کشف و تحلیل شده و راه‌کارهای عملیاتی و اختصاصی در خصوص حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجویان نظام سلامت برنامه‌ریزی و تدوین شود.

اثرات روند شامل:

گروه‌های تحت تأثیر (+ و -)؛ چه کسانی بیشترین تأثیرپذیری را دارند؟

در صورت تحقق تکریم مددجو در نظام سلامت، فواید آن در وهله‌ی نخست عاید مددجویان نظام سلامت و متعاقب آن سیاست‌گذاران، مجریان نظام سلامت و حتی کل جامعه خواهد شد. (توضیحات تکمیلی در پاسخ به سؤال ذیل آورده شده است).

اثرات اقتصادی (هزینه‌ها و منفعت‌های اقتصادی چقدر و برای چه کسانی؟)؛ اثرات اجتماعی (هزینه‌ها و منفعت‌های اجتماعی چقدر و برای چه کسانی؟)

توجه به فواید و اثرات حفظ کرامت انسانی مددجو، همچون ایجاد احساس امنیت و اعتماد متقابل، تسریع در بهبود برآیندهای درمانی و به دنبال آن کاهش مدت اقامت در بیمارستان و نیز افزایش رضایتمندی مددجویان از کیفیت خدمات دریافتی، از جمله مواردی هستند که می‌توانند برآیندها و منافع اقتصادی متعددی هم برای سازمان مربوطه و هم برای مجموعه‌ی نظام سلامت کشور به دنبال داشته باشند.^{۲۵، ۲۶، ۲۷} از سوی دیگر، تحقق حفظ و ارتقاء کرامت انسانی مددجو، تأثیر به‌سزایی بر تقویت جنبه‌ی رضایت درونی و رضایت شغلی عاملین حرف پزشکی و پرستاری بر جای خواهد گذاشت که فواید اقتصادی حاصل از آن، از جمله کاهش ترک کار، غیبت، جابجایی و غیره، شامل حال مسئولین، کارگزاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت خواهد شد.^{۲۸}

موارد اشاره شده در فوق، فواید و ثمرات اجتماعی متعددی برای مددجو، کارکنان نظام سلامت و سلامت کل جامعه به دنبال خواهد داشت. اهمیت این مهم با تأمل بر تعریف سلامت مبنی بر ابعاد پزشکی، روانی، اجتماعی و معنوی و با در نظر گرفتن پیوستگی و ارتباط تنگاتنگ اصل کرامت و اصل عدالت در تأمین نیازهای بهداشتی - درمانی اقشار جامعه قابل تبیین است. به بیان دیگر، مددجویی که در نظام سلامت کشور کرامت انسانی‌اش حفظ می‌گردد، عضو جامعه‌ای است که سلامت آن در گرو سلامت روانی - اجتماعی اعضای آن جامعه بوده و برخورداری از احساس ارزش، عزت نفس، احترام و خودباوری اقشار مختلف جامعه از اصولی‌ترین پیش‌نیازهای تحقق سلامت آن جامعه می‌باشد.

همچنین، مقوله‌ی حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجو نه تنها به عنوان یک وظیفه و الزام اخلاقی حرف درمانی مراقبتی، بلکه به مثابه کمال مطلوب و آرمان اخلاقی این حرفه مقدس، مفروض می‌باشد. بر این اساس، در صورت تحقق این مهم در عمل، علاوه بر افزایش رضایت شغلی کارکنان نظام سلامت، ثمرات مثبت آن در ابعاد سلامت روانی، اجتماعی، معنوی و کیفیت زندگی آن‌ها مشهود بوده و از این رهگذر در تأمین سلامت کل جامعه نیز ایفای نقش خواهند نمود.

علل عوامل مؤثر بر مسئله (علل مستقیم، علل غیرمستقیم)

عوامل مؤثر بر میزان رعایت کرامت انسانی مددجویان در ایران بر مبنای چالش‌های موجود، در سه سطح مدیریت کلان، مدیریت میانی و ارتباط بین اعضای گروه سلامت و مددجویان به شرح زیر دسته‌بندی شد:

چالش‌های موجود

الف- چالش‌های مدیریت کلان

الف- ۱- قانون‌گذاری

- (a) عدم انطباق مفاد راهنمای کشوری مصوب با الزامات حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجویان در بالین،
- (b) وجود قوانین پراکنده و نبود قانون معین،
- (c) فقدان جرم‌انگاری موارد عدم حفظ و ارتقای کرامت انسانی،

الف- ۲- سیاست‌گذاری

- (a) شفاف نبودن موضوع کرامت انسانی نزد سیاست‌گذاران و مدیران کلان،
- (b) بی‌ثباتی یا روشن نبودن سیاست مدون در خصوص کرامت انسانی،
- (c) عدم انطباق ساز و کار اجرایی مناسب برای ملزم کردن کارکنان نظام سلامت به حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجویان،
- (d) نبود ساز و کار نظارتی مناسب برای ملزم کردن کارکنان نظام سلامت به حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجویان،

ب- چالش‌های اخلاق سازمانی در نظام سلامت

ب- ۱- قانونی

- (a) نقص محتوای برنامه‌های اعتباربخشی بیمارستانی در خصوص حفظ کرامت انسانی،
- (b) نبود دستورالعمل برای مشارکت مددجویان در درمان،
- (c) تاکید نمودن به الزام به تبعیت از دستورالعمل‌های کشوری به شرح بند الف،

ب- ۲- ساختاری

- (a) نبود تعریف ساختار مدیریتی و اجرایی مناسب در سطح سازمانی برای الزام به حفظ کرامت انسانی،
- (b) کمبود یا نبود کمیته‌های اخلاق بیمارستانی کارآمد برای حل مشکلات احتمالی درباره حفظ کرامت انسانی،
- (c) نبود ساختار نظارتی مناسب در سطح سازمانی درباره الزام به حفظ کرامت انسانی،
- (d) تعریف نشدن نظام جبران یا غرامت در موارد عدم حفظ کرامت انسانی،

ب- ۳- منابع انسانی و محیط فیزیکی

- (a) نبود دانش و نگرش صحیح درباره الزام به حفظ کرامت انسانی برای مدیران سازمان‌های نظام سلامت،
- (b) ناکارآمدی رعایت استاندارد تأمین منابع انسانی که بار کاری زیاد را به مؤسسه مربوطه تحمیل می‌کند،
- (c) نبود اعضای آموزش‌دیده و متخصص حوزه اخلاق پزشکی و پرستاری در معهود کمیته‌های بیمارستانی موجود،
- (d) عدم آموزش درباره حفظ کرامت انسانی مددجو توسط پرسنل، حتی پرسنل اداری و نگهداری،
- (e) نارسایی‌های موجود در فضای فیزیکی،

ج- چالش‌های ارتباط بین اعضای گروه سلامت و مددجویان

ج- ۱- چالش‌های مربوط به ارائه‌دهنده خدمات سلامت

لازم است چالش‌های مربوطه در حوزه دانش، نگرش و عملکرد مورد بررسی قرار گیرند.

- (a) ناکامل بودن درک صحیح اعضای گروه سلامت از مفهوم و ضرورت حفظ کرامت انسانی،
- (b) نارسایی پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های الزام به حفظ کرامت انسانی،
- (c) عدم اطلاع کارکنان نظام سلامت از منشور حقوق بیمار،
- (d) کم‌توجهی به نقش ویژگی‌های فردی، عقاید و باورهای شخصی افراد (اعم از کارکنان نظام سلامت و مددجو) که در ایجاد نگرش مطلوب در اعضای گروه سلامت مؤثر است،
- (e) کم‌توجهی به نقش میزان تعهد و شایستگی حرفه‌ای ارائه‌دهنده خدمات سلامت،
- (f) کم‌توجهی به اهمیت وجود نگرش مطلوب در اعضای گروه سلامت در خصوص حفظ کرامت انسانی،
- (g) وجود فرهنگ عمومی طب پدرسالاری و بی‌توجهی به اهمیت حفظ کرامت انسانی در تبعیت مددجو از درمان،
- (h) عملکرد غیرهمدلانه ناشی از نارضایتی شغلی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت،
- (i) کم‌توجهی به نحوه‌ی تعاملات و رفتارهای بین‌فردی (رفتارهای همدلانه، تعاملات کلامی و غیرکلامی، اختصاص زمان، ...) مؤثر در حفظ کرامت انسانی توسط اعضای گروه سلامت،

ج- ۲- چالش‌های مربوط به دریافت‌کننده خدمات سلامت

- (a) ماهیت و وخامت بیماری (میزان وابستگی مددجو به سایرین و تحت تأثیر قرار گرفتن حس استقلال او)،
- (b) ناآگاهی مددجو از حقوق خود.

ب: تحلیل محیط سیاسی:

آیا این موضوع یک اولویت است؟ و در برنامه‌های نظام سلامت برای این موضوع جایی وجود دارد؟

با توجه به تأکید قانون اساسی نظام جمهوری اسلامی ایران بر کرامت انسان و فراهم‌سازی زمینه رشد و تکامل انسانی، همچنین نقشه جامع علمی سلامت کشور بر اصل کرامت انسانی و باورهای غنی اسلامی مورد تأکید در این زمینه^۲، مقوله‌ی حفظ و ارتقاء کرامت انسانی مددجوی نظام از سلامت از مهم‌ترین اولویت‌های نظام سلامت کشور بوده و نقش آن در ارتقای شاخص‌های سلامت جامعه انکارناپذیر است. از این رو باید میزان آن تعیین و راه کارهای مناسبی برای حل کمبودهای موجود ارائه شود.

دینفعان این برنامه چه کسانی و یا چه بخش‌ها و دستگاه‌هایی هستند؟

مددجویان نظام سلامت، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران میانی، استادان و دانشجویان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی، مجریان نظام سلامت، کل اقشار جامعه

^۲ بر خلاف باور اندیشه‌های محدود و لایبیک که هویت انسان را در سه بعد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی (bio-psycho-social) تعریف می‌کنند، باور اسلامی علاوه بر سه بعد دیگر، بر هویت معنوی انسان و توجه ویژه به بعد ملکوتی و روحی او (bio-psycho-socio-spiritual) اهتمام دارد. این تأکید با توجه به درک ویژه از مفهوم حیات انسان و نیز فلسفه آفرینش او در هر گام از مطالعه، اعم از بررسی، برنامه‌ریزی، آموزش و ارائه خدمات سلامت، حضور دارد و این بعد روحی و معنوی و به اعتباری، بعد خدایی وجود انسان را چشمگیر و درخشان می‌سازد و تأثیر عوامل روحی و ارتباط عاطفی و معنوی را در سلامت و بیماری مورد تأکید قرار می‌دهد (نقشه جامع علمی سلامت کشور؛ ۱۳۸۸).

فرآیند رسمی و غیررسمی سیاست‌گذاری این موضوع چیست؟

با توجه به مطالب پیش‌گفت، آموزش افراد ذی‌ربط در خصوص حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجویان به تغییر آگاهی، نگرش و عملکرد آن‌ها منجر خواهد شد. همچنین تدوین دستورالعمل‌های مربوطه موجب ارتقای رفتار حرفه‌ای ذی‌نفعان خواهد گردید.

آیا یک موضوع عمومی است؟ آیا رسانه روی آن تأکید کرده و به طور مفصل توصیف شده است؟

کرامت انسانی موضوعی عمومی و مرتبط با همه انسان‌ها است. رسانه‌ها نیز عموماً به مصادیق رعایت و یا خدشه‌دار شدن کرامت انسان‌ها به‌عنوان یک "موضوع داغ" می‌پردازند و حتی میزان رعایت حقوق بشر در کشورها را بر اساس آن محک می‌زنند.

در سال‌های گذشته کدام سیاست مرتبط با موضوع تأیید یا رد شده است؟

با تعمق بر سیاست‌های کلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طی سال‌های اخیر در می‌یابیم که هدف نهایی کلیه مدل‌ها و برنامه‌های تحول و ارتقای کیفیت، از جمله برنامه‌های حاکمیت بالینی و تغییر برنامه‌های ارزشیابی بیمارستانی به سمت برنامه‌های اعتباربخشی، همانا حفظ ارزش انسانی مددجو و اهمیت قائل شدن برای ارزش حیات انسانی می‌باشد. لازم به ذکر است که مدل حاکمیت بالینی در برنامه پنجم توسعه و در سیاست‌های کلان نظام سلامت مورد قبول واقع شده و در طی چهار سال اخیر به عنوان مدل نهایی ارتقای کیفیت خدمات مطرح می‌باشد. در همین راستا، می‌توان به بازتنظیم منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۸ بر اساس محورهای پنج‌گانه، و همچنین تدوین و ابلاغ کدهای آئین اخلاق پرستاری نظام جمهوری اسلامی ایران اشاره نمود.

نقش مردم در این مسئله یا موضوع چیست؟

مردم معمولاً در جایگاه مددجو قرار می‌گیرند. میزان رعایت کرامت انسانی برای آن‌ها موجب تبعیت کامل‌تر از درمان و ارتقای روند درمان، حفظ و برقراری اعتماد بین پزشک و بیمار، ارتقای احساس امنیت اجتماعی، و در نتیجه کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود.

ج: تحلیل مخاطبان:

موافقان یا حمایت‌کنندگان و مخالفان موضوع و یا مسئله مورد بحث چه کسانی هستند و قدرت اثرشان روی مسأله چقدر است؟

بر این اساس، ضرورت تعیین میزان رعایت کرامت انسانی مددجویان به عنوان زیرساخت مبنایی در بازبینی برنامه‌ها، رویکردها و فرآیندهای موجود در حیطه‌های مرتبط از جمله منشور حقوق بیمار، کدهای اخلاق حرفه‌ای پرستاران و غیره و تحلیل علل ناکارآمدی برنامه‌های موجود و برنامه‌ریزی و تدوین راه‌کارهای عملیاتی و اختصاصی در خصوص حفظ و ارتقاء کرامت انسانی مددجویان نظام سلامت محسوس می‌باشد.

د: اهداف مستند حمایت‌طلبی:

اهداف مورد انتظار

۱. تبلور و تحقق زیربنایی‌ترین ارزش‌های ذاتی حرف پزشکی و پرستاری در عمل
۲. تدوین دستورالعمل‌های کشوری در خصوص الزام به حفظ و ارتقای کرامت انسانی مددجوی نظام سلامت
۳. تدوین بسته‌های سیاستی مدیریت سوءرفتار با مددجویان
۴. تدوین مواد آموزشی استاندارد در این خصوص
۵. تنظیم مواد قانونی مرتبط
۶. ایجاد ساختار مناسب سازمانی برای حفظ کرامت انسانی
۷. ایجاد ساز و کار نظارتی مناسب
۸. ارتقای کیفیت ارائه خدمات سلامت و افزایش رضایتمندی مددجو از کیفیت خدمات دریافتی و هم‌راستا با آن،

به گونه‌ای که:

- احتمال همه انواع سوءرفتار با مددجو به صفر برسد،
- مددجو بتواند بیشترین سطح عدم وابستگی را به دست آورد،
- از مددجو حمایت شود تا بتواند نیازها و خواست خود را بیان نماید،
- احساس امنیت و اعتماد متقابل در مددجو افزایش یابد،
- مدت اقامت در بیمارستان به علت کاهش مشکلات روانی و تسریع در فرایندهای درمانی و بهبود، کاهش یابد،
- هزینه‌ها کاهش یابد،
- انگیزه کارکنان به سبب ارائه‌ی خدمات مطلوب افزایش و به دنبال آن نارضایتی شغلی، ترک کار، جابجایی، و موارد دیگر کاهش یابد،^{۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳}

تحلیل فرصت‌ها، تهدیدها، قوت‌ها و ضعف‌های موجود به منظور عملیاتی نمودن مصادیق حفظ و ارتقاء کرامت انسانی مددجویان نظام سلامت

نقاط قوت	نقاط ضعف (فرصت‌های بهبود)
----------	---------------------------

<p>۱. نبود یا کمبود ضمانت اجرایی در خصوص عملیاتی نمودن مفاد منشور حقوق بیمار و آیین اخلاق حرفه‌ای پرستاری</p> <p>۲. عدم بسترسازی مناسب جهت نهادینه‌سازی فرهنگ حفظ کرامت مددجو (تأکید بیش از حد بر ظواهر، مستندسازی‌های صوری در رابطه با برنامه‌های اعتباربخشی و حاکمیت بالینی)</p> <p>۳. کمبود منابع انسانی و عدم امکان انتخاب نیروی انسانی متعهد و کارآمد (با توجه به ضرورت و فوریت نیاز)</p> <p>۴. ناکارآمدی نسبی معیارهای استخدامی و ارزشیابی عملکرد حرفه‌ای (درخصوص تحقق حفظ کرامت انسانی)</p> <p>۵. کمبود انگیزه، بی‌تفاوتی و عدم وجود حساسیت‌های اخلاقی در برخی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت</p> <p>۶. پایین بودن سطح رضایت شغلی</p> <p>۷. کمبود فضا، تسهیلات و تجهیزات</p> <p>۸. بی‌اطلاعی افراد جامعه از حقوق اولیه‌ی خود</p> <p>۹. فعال نبودن کمیته‌های اخلاق پزشکی در برخی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت</p>	<p>۱. تدوین و بازنگری منشور حقوق بیمار</p> <p>۲. تدوین و ابلاغ کدهای اخلاق حرفه‌ای آئین اخلاق پرستاری جمهوری اسلامی ایران.</p> <p>۳. طراحی و پیاده‌سازی برنامه‌های ارتقاء کیفیت خدمات از جمله حاکمیت بالینی</p> <p>۴. گسترش دیدگاه مددجومحور در نظام سلامت کشور و توجه بیشتر مسئولین به مقوله‌ی حفظ کرامت انسانی و رضایت مددجو در طی سال‌های اخیر</p> <p>۵. وجود نیروهای متخصص و متعهد به اخلاق حرفه‌ای</p> <p>۶. تشکیل کمیته‌های اخلاق سازمانی در تعدادی از مراکز سلامت</p> <p>۷. برنامه‌های آموزش مداوم و توانمندسازی نیروهای انسانی در خصوص اخلاق حرفه‌ای</p> <p>۸. اقبال عمومی به اخلاق حرفه‌ای طی دو دهه اخیر</p> <p>۹. گنجانده شدن اخلاق حرفه‌ای در برنامه‌های درسی گروه‌های پزشکی و پرستاری</p>
---	--

تهدیدها	فرصت‌ها
<p>۱. ضعف در کاربرد یافته‌های حاصل از پژوهش‌های انجام شده در حیطه‌های مرتبط جهت تشریح وضعیت موجود و تعیین شکاف بین واقعیت موجود و وضعیت مطلوب مورد انتظار</p> <p>۲. معضلات اجتماعی و اقتصادی جامعه (تأثیر آن بر کارگزاران، متولیان، عوامل درمانی مراقبتی و مددجویان)</p> <p>۳. بحران‌های سیاسی (تغییر جهت اولویت و تمرکز بر برنامه‌های سایر حوزه‌ها)</p> <p>۴. ضعف در حرکت نظام‌مند و یکپارچه جهت تحقق اهداف کلان سلامت</p> <p>۵. فرهنگ ضعیف کار گروهی در جامعه</p> <p>۶. مهاجرت سرمایه‌های انسانی خلاق و متخصص</p> <p>۷. مشکلات زمینه‌ساز نقض عدالت اجتماعی، از قبیل تبعیض، حاشیه‌نشینی، فقر، اعتیاد، بی‌خانمانی، و غیره</p>	<p>۱. آموزه‌های دینی و فرهنگ غنی اسلامی- ایرانی مبتنی بر کرامت انسان</p> <p>۲. تأکید بر اصل کرامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در مبانی ارزشی نقشه جامع علمی سلامت و چشم‌انداز بیست ساله کشور</p> <p>۳. تأکید مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلان سلامت ابلاغی بر رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات؛ ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی- اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه</p> <p>۴. تحقیقات انجام شده در داخل کشور در زمینه اخلاقیات حرفه‌ای، عوامل بازدارنده و تسهیل کننده</p> <p>۵. امکان بهره‌برداری از ظرفیت‌های داخل کشور و مشارکت دوجانبه با مراکز تحقیقاتی اختصاصی در زمینه طراحی پژوهش‌های کاربردی در حوزه اخلاق پزشکی</p> <p>۶. امکان بهره‌مندی از رسانه‌های سلامت- محور جهت گسترش فرهنگ حفظ کرامت انسانی مددجو و افزایش آگاهی مددجویان از حقوق اولیه خود</p> <p>۷. گسترش فعالیت‌های بین‌المللی در حوزه سلامت؛ امکان استفاده از تجارب و نتایج تحقیقات بین‌المللی و امکان توسعه‌ی پروژه‌های بین‌المللی مشترک حول محور اخلاقیات حرفه‌ای و کرامت انسانی</p> <p>۸. امکان بازتنظیم ابعاد محتوایی و ساختاری آموزش در برنامه‌های بازنگری دروس پزشکی و پرستاری با هدف کاستن شکاف بین تئوری و عمل</p> <p>۹. گسترش زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات</p>

	۱۰. افزایش آگاهی عمومی در خصوص حقوق مددجو ۱۱. توجه رسانه‌ها به اخلاق پزشکی و حقوق مددجو ۱۲. توجه اسناد بالادستی به اخلاق پزشکی و حقوق مددجو
--	---

ه: راهبردها و مداخلات پیشنهادی:

راهکارهای اجرایی کردن:

۱. شناسایی مهم‌ترین علل ناکارآمدی (یا کارآمدی نسبی) برنامه‌های حاکمیت بالینی، بیانیه‌ها، منشورها و کدهای اخلاقی در جهت تحقق همه جانبه‌ی حفظ کرامت انسانی مددجویان
۲. برنامه‌ریزی و ارائه‌ی راه‌کارهای عملی در رابطه با مرتفع‌سازی علل مذکور
۳. تدوین دستورالعمل بالینی و خط‌مشی اختصاصی حفظ و ارتقاء کرامت انسانی در نظام سلامت (اعم از مددجو، خانواده، و کارکنان نظام سلامت) بر اساس نتایج تحلیل حاصل از SWOT
۴. بازبینی معیارهای ارزشیابی عملکرد حرفه‌ای و استخدامی عاملین حرف مراقبتی درمانی (با تأکید بر ویژگی‌های فردی، ارزش‌های اخلاقی...)
۵. تأکید بر اهمیت فعال‌سازی کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در ساختار سازمانی
۶. بازنگری برنامه‌های آموزشی گروه‌های پزشکی و پرستاری و تصحیح ابعاد محتوایی و ساختاری آموزش (تلفیق آموزش نظری و عملی اخلاقیات حرفه‌ای)
۷. تنظیم دوره‌های بازآموزی و توانمندسازی با محوریت حفظ کرامت انسانی مددجو و اخلاق حرفه‌ای (بهره‌مندی از تلفیق مبانی و آموزه‌های دینی، فلسفی، معنویت‌گرایی، فرهنگی و ارزش‌های انسانی - اسلامی و حرفه‌ای جهت خودآگاهی هر چه بیشتر کارکنان نظام سلامت نسبت به تکلیف الهی و حرفه‌ای خویش و نهادینه‌سازی آن در جامعه)
۸. بهره‌برداری از ظرفیت‌های داخل کشور و مشارکت دوجانبه با مراکز تحقیقاتی اختصاصی در زمینه طراحی پژوهش‌های کاربردی در حوزه اخلاق پزشکی
۹. بهره‌مندی از رسانه‌های سلامت - محور جهت گسترش فرهنگ حفظ کرامت انسانی مددجو و افزایش آگاهی مددجویان از حقوق اولیه خود
۱۰. گسترش فعالیت‌های بین‌المللی در حوزه سلامت؛ امکان استفاده از تجارب و نتایج تحقیقات بین‌المللی و امکان توسعه‌ی پروژه‌های بین‌المللی مشترک حول محور اخلاقیات حرفه‌ای و کرامت انسانی
۱۱. امکان بازتنظیم ابعاد محتوایی و ساختاری آموزش در برنامه‌های بازنگری دروس پزشکی و پرستاری با هدف کاستن شکاف بین تئوری و عمل
۱۲. گسترش زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات

۱۳. افزایش آگاهی عمومی در خصوص حقوق مددجو
۱۴. توجه رسانه‌ها به اخلاق پزشکی و حقوق مددجو
۱۵. توجه اسناد بالادستی به اخلاق پزشکی و حقوق مددجو

تحلیل خطر، هزینه و موفقیت (مقابله و یا همکاری) برای هر یک از راهبردها و مداخلات پیشنهادی صورت گیرد.

نظر به آن که این مطالعه به صورت نظری صورت می‌گیرد، هزینه زیادی در بر نخواهد داشت. از طرف دیگر، با توجه به احتمال ایجاد تغییر در شرایط کنونی، خطر تقابل بین وضعیت قدیم و وضعیت جدید به وجود خواهد آمد. لیکن فرهیختگی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، موجب همکاری بهینه ایشان خواهد شد.

و: خروجی‌های برنامه حمایت‌طلبی

خروجی‌های این برنامه حمایت‌طلبی در دو بخش قابل دسته‌بندی است:

الف- تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران نظام سلامت (حمایت‌طلبی از دولت محترم، مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و شوراهای وابسته)، و

ب- ارائه مطالب مبتنی بر شواهد (انتشار پیام‌های اصلی حمایت‌طلبی به منظور افزایش آگاهی صاحبان حرف پزشکی، اساتید، و جامعه)

این خروجی می‌تواند بر حسب موضوع شامل موارد ذیل باشد:

- تدوین متن حمایت‌طلبی برای مخاطبان موردنظر (اعم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و شوراهای سیاست‌گذاری وابسته، گروه اخلاق پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی)
- انتشار خلاصه به صورت پیام‌های اصلی حمایت‌طلبی به کلیه ذی‌نفعان نظام سلامت اعم از گروه‌های علمی و واحدهای ستادی و اجرایی از طریق نامه رسمی و درج در سایت فرهنگستان

ز: کاربست

- نهاد هدف عبارت است از: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجلس شورای اسلامی، فرهنگستان علوم پزشکی.
- نتیجه این مستند عبارت است از: طرح موضوع برای کلیه ذی‌نفعان نظام سلامت و طرح در رسانه‌ها و سایت فرهنگستان علوم پزشکی.

ح: پیگیری

مجری زمان بندی دستیابی به خروجی های برنامه حمایت طلبی را در این قسمت پیشنهاد دهد.

ارسال متن حمایت طلبی برای سیاست گذاران نظام سلامت و رسانه ها در فاصله چهار ماه از تصویب مستند حمایت طلبی

حاضر.

ی: منابع (رفرنس‌ها)

کلیه مطالب درج شده در مستند حمایت‌طلبی بر اساس منابع معتبر باشد که منابع در این قسمت آورده می‌شوند.

-
۱. یدالله‌پور، بهروز، معناشناسی کرامت انسان در قرآن، پژوهشنامه علوم و معارف قرآن کریم، شماره ۲، بهار ۱۳۸۸.
 ۲. طباطبایی، سید محمد، کرامت انسانی در اسلام و ادیان دیگر آسمانی، ۱۳۸۶، اصول و مبانی کرامت انسان
 ۳. قرآن کریم، (اسراء، ۷۰).
 ۴. قرآن کریم، (حجرات، ۱۳).
 ۵. آرامش، کیارش؛ کرامت انسانی در اخلاق زیست- پزشکی، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره چهارم، شماره ۳، خرداد ۹۰.
 ۶. نهج‌البلاغه، خطبه ۵۱۷.
 ۷. صالحی، حمیدرضا؛ عباسی، محمود؛ کرامت انسانی، فصل‌الخطاب اندیشه‌های دینی و تفکرات اخلاقی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال پنجم، شماره ۱۶، سال ۱۳۹۰.
 - 8 Jacobson N, Dignity and Health: a Review, Soc Sci Med. 2007 Jan;64(2):292-302. Epub 2006 Oct 10.
 - 9 Dignity in Care Policy, Policy no ULH P&D 01 – Version 2.4, 4th August 2011, pp. 5.
 - 10 Crigger NJ, Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics, Nurs Ethics. 2008 Jan;15(1):17-27.
 - 11 Benatar SR, Bioethics: Power and Injustice: IAB Presidential Address, Bioethics. 2003 Oct;17(5-6):387-98.
 - 12 Brennan F, Palliative Care as an International Human Right, J Pain Symptom Manage. 2007 May;33(5):494-9.
 - 13 Henk A. M. J. ten Have, Bert Gordijn, Handbook of global bioethics, 2014, Springer Science, Springer Dordrecht Heidelberg New York London
 - 14 Code of Ethics for Licensed Practical Nurses in Canada, Canadian Council for Practical Nurse Regulations, 2013, CCPNR
 - 15 Dignity in Care Policy, United Lincolnshire Hospitals, NHS, 2013.
 - 16 Walsh K, Kowanko I, Nurses' and Patients' Perceptions of Dignity, Int J Nurs Pract, 2003, Jun, 8(3):143-51.
 - 17 Lin YP, Tsai YF, Maintaining Patients' Dignity During Clinical Care: a Qualitative Interview Study, J Adv Nurs. 2011 Feb;67(2):340-8.doi:10.1111/J.1365-2648.2010.05498.x.Epub 2010 Nov 2.
 - 18 Ebrahimi, H., Torabizadeh, C., Mohammadi, E., Valizadeh, S., 2012. Patients' Perception of Dignity in Iranian Healthcare Settings: a Qualitative Content Analysis. Journal of Medical Ethics, 38 (12), pp.723-8.
 - ۱۹ چراغی، م.، ع.، نیکبخت نصرآبادی، ع.، مانوکیان، آ. ۱۳۹۲. تبیین تجارب زیسته بیماران از حفظ کرامت انسانی. پایان نامه دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری مامایی.

۲۰ قورچیانی، ف.، و همکاران. رعایت آیین اخلاق پرستاری از دیدگاه پرستار و بیمار در یکی از بیمارستان های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱، اخلاق پزشکی، ۷ (۲۳)، صص: ۶۳-۷۹.

۲۱ کاظم نژاد، س.، م.، حسام زاده، ع. ۱۳۹۱. بررسی میزان رعایت منشور حقوق بیمار به وسیله پزشکان و پرستاران از دیدگاه همکاران شاغل آنان در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۹۷، صص: ۲۲۳-۲۱۶.

۲۲ جلالی، الف.، و همکاران. ۱۳۹۲. وضعیت رضایت بیماران بستری در بیمارستان های آموزشی دانشگاهی شهر کرمانشاه از رعایت حقوق بیمار در سال ۱۳۹۰، فصلنامه تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی، ۲ (۲)، صص: ۹۸-۹۰.

۲۳ جولایی، س.، حاجی بابایی، ف.، جعفر جلال، ع.، بحرانی، ن.، ۱۳۹۰. میزان رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری ارائه شده در مراکز آموزشی درمانی. حیات، ۱۷ (۱)، صص ۳۵-۴۴.

۲۴ جولایی، س.، نیکبخت نصرآبادی، ع. ر.، پارسا یکتا، ز.، ۱۳۸۶. پدیدارشناسی حقوق بیمار. پایان نامه دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری مامایی.

25 Baillie L, Gallagher A, Wainwright P, 2008, Defending Dignity – Challenges and Opportunities for Nursing, Royal College of Nursing. [pdf]. Available at: www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/1666655/003257.pdf. [Accessed 11 Sep. 2012]

26 Matiti M.R., (2002) *Patient Dignity in Nursing : a Phemomenological Study*. Doctoral thesis, University of Huddersfield.[online] Available at: <http://eprints.hud.ac.uk/4599/1/DX228309.pdf>[Accessed 11 Jul 2012].

۲۷ صادقی، ت.، دهقان نیری، ن.، ۱۳۸۸. شأن و منزلت بیمار: بررسی متون. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۳ (۱)، صص ۱۹-۹.

28 Stievano, A., et. al. 2013. Dignity in Professional Nursing: Guaranteeing Better Patient Care. Journal of Radiology of Nursing, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jradnu.2013.02.001>

29 Bagheri H1, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F., Patient Dignity and its Related Factors in Heart Failure Patients, Nurs Ethics. 2012 May;19(3):316-27. doi: 10.1177/0969733011425970. Epub 2012 Feb 20.

30 Manookian A1, Cheraghi MA, Nasrabadi AN., Factors Influencing Patients' Dignity: A Qualitative Study, Nurs Ethics. 2014 May;21(3):323-34. doi: 10.1177/0969733013498526. Epub 2013 Sep 27.

³¹ Matiti, M., R. and Trorey, G., M., Patients' Expectations of the Maintenance of Their Dignity. Journal of Clinical Nursing, 17, 2008, pp. 2709-2717.

³² McQueen, A., Nurse -Patient Relationships and Partnership in Hospital Care, Journal of Clinical Nursing, 9(5), 2000, pp. 723-731.

³³ Kalb, K. A. and O'Conner-Von, S., Ethics Education in Advanced Practice Nursing: Respect for Human Dignity, Nursing Education Perspectives, 28(4),2007, pp. 196-202.