

Upper Documents and Laws of the Islamic Republic of Iran Regarding the Right to Health and the Rights of the Patient: A Qualitative Study

Morteza Darabinia¹, Ebrahim Nasiri Formi², Alimorad Heidari Gorgi³, Siavash Moradi^{4*}

1. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2. Associate Professor, Department of Anesthesiology, School of Allied Medical Sciences, Traditional and Complementary Medicine Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3. Associate Professor, Education Development Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4. Associate Professor of Social Medicine, Education Development Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

***Corresponding Author:**
Siavash Moradi, Education Development Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email: d.smor86@yahoo.com

Received: 09 Aug 2024

Revised: 31 Aug 2024

Accepted: 10 Sep 2024

Abstract

Background and Purpose: The right to health and the rights of the patient are fundamental rights in Islam and legal systems, and their inclusion in the upper documents and laws of each country highlights the great concern of that system for human dignity. The present study aimed to examine upper documents and laws of the Islamic Republic of Iran regarding the right to health and the patient's rights.

Materials and Methods: This qualitative research was conducted using content analysis. The research steps in this study included sampling using the total number method of nine upper documents and the law of the Islamic Republic of Iran. Three units, namely text, counting, and analysis, were considered to ensure the accuracy of receiving the content. After coding, construction, and analysis of the category, semantic units in each upper document were extracted.

Results: A total of 162 codes were extracted from the nine official upper documents and laws of the Islamic Republic of Iran related to the health of individuals and the rights of patients. Their semantic units included prevention (27 units), supportive (39 units), servicing (27 units), caring (13 units), special groups (4 units), and strategic (31 units).

Conclusion: Most of the extracted semantic units pertained to strategy, and the least were assigned to special groups, indicating the insignificant role of paying attention to the health rights of special groups in upper documents; therefore, it is necessary to carry out necessary studies regarding its development in upstream documents and laws.

Keywords: Health, Law, Rights, Upper documents

► **Citation:** Darabinia M, Nasiri Formi E, Heidari Gorgi A, Moradi S. Upper Documents and Laws of the Islamic Republic of Iran Regarding the Right to Health and the Rights of the Patient: A Qualitative Study. Investigating the Effect of Mobile-based Sharia Medical Education on the Knowledge and Attitude of Nursing Students. Religion and Health, Spring & Summer 2024; 12(1): 61-72 (Persian).

اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران ناظر بر حق سلامت و حقوق بیمار: مطالعه کیفی

مرتضی دارابی‌نیا^۱، ابراهیم نصیری فرمی^۲، علیمراد حیدری گرجی^۳، سیاوش مرادی^۴*

چکیده

سابقه و هدف: حق بر سلامت و حقوق بیمار یکی از حقوق بنیادین در اسلام و نظام‌های حقوقی و گنجاندن آن در اسناد و قوانین بالادستی هر کشور بیانگر اهتمام آن نظام به کرامت انسانی است. این مطالعه با هدف بررسی اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران ناظر بر حق سلامت و حقوق بیمار صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کیفی و تحلیل محتواست. گام‌های پژوهش در این مطالعه شامل نمونه‌گیری با استفاده از روش تمام‌شماری ۹ سند و قانون بالادستی جمهوری اسلامی ایران بوده است. برای اطمینان از صحت دریافت محتوا، سه واحد با عناوین واحد متن، واحد شمارش و واحد تحلیل در نظر گرفته شد و پس از کدگذاری، ساخت و تحلیل مقوله، نسبت به استخراج واحدهای معنایی در هریک از اسناد و قوانین بالادستی اقدام به عمل آمد.

یافته‌ها: از ۹ سند رسمی در اسناد و قوانین بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران، مرتبط با سلامت افراد و حقوق بیماران، در مجموع ۱۶۲ کد در بخش‌های مرتبط به هر سند استخراج شدند که واحدهای معنایی آن‌ها شامل پیشگیری ۲۷ واحد، حمایتی ۳۹ واحد، خدماتی ۲۷ واحد، مراقبتی ۱۳ واحد، گروه‌های خاص ۴ واحد و راهبردی ۳۸ واحد بوده‌اند.

استنتاج: بیشترین واحدهای معنایی به‌دست آمده مربوط به حمایتی و کمترین آن به گروه‌های خاص تعلق گرفت که بیانگر نقش اندک توجه به حقوق سلامت گروه‌های خاص در اسناد بالادستی است. بنابراین لازم است درخصوص توسعه آن در اسناد و قوانین بالادستی مطالعات لازم صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: سلامت، حقوق، اسناد بالادستی، قوانین

۱. استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار گروه هوش‌بری، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، مؤسسه ترک اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار مرکز توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* مؤلف مسئول:

سیاوش مرادی، مرکز توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email: d.smor86@yahoo.com

دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۹

اصلاحات: ۱۴۰۳/۰۶/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

◀ **استناد:** دارابی‌نیا، مرتضی؛ نصیری فرمی، ابراهیم؛ حیدری گرجی، علیمراد؛ مرادی، سیاوش. اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی

ایران ناظر بر حق سلامت و حقوق بیمار: مطالعه کیفی. بهار و تابستان ۱۴۰۳؛ ۱(۱): ۶۱-۷۲ (فارسی).

مقدمه

تا تکمیل فرایند درمان از بنیادی‌ترین حقوق او محسوب می‌شود (۷). بیمار بر مبنای کرامت انسانی که ذاتی اوست، دارای حقوقی غیرقابل سلب است که حق تعیین سرنوشت به‌عنوان یک انسان مسلط بر نفس خویش از جمله این حقوق است (۸). یکی از اصول چهارگانه در نظام جامع سلامت اصل سودمندی است. یعنی بیشترین خدمت، مانند مراقبت‌های سلامتی پایه، به بیشترین افراد با کمترین هزینه و با حفظ شأن و کرامت انسانی تعلق گیرد (۹). برای مرتفع ساختن نسبی اصل سودمندی، ضرورت اولویت‌گذاری منابع و خدمات سلامت مطرح می‌شود (۱۰). طبق نظریه دانیل با عنوان «پاسخ‌گو بودن برای عدالت»، در تصمیمات مربوط به اولویت‌گذاری سلامت باید چهار شرط اساسی شفافیت، مرتبط بودن، نظرخواهی و اجرا برقرار باشد (۱۱). تصمیمات مربوط به اولویت‌گذاری و برنامه‌ریزی در اسناد بالادستی هر کشور تدوین می‌شوند. منظور از اسناد بالادستی (فراذستی) اسنادی است که به تصویب بالاترین مراجع قانون‌گذاری کشور رسیده است و جنبه قانونی دارد. این اسناد باید محور برنامه‌ریزی بلندمدت، میان‌مدت و کوتاه‌مدت کشور به‌منظور تحقق اهداف توسعه همه‌جانبه قرار گیرد (۱۲). جمهوری اسلامی ایران اسناد و نقشه‌های بالادستی را طراحی و تدوین کرده است تا ضمن مشخص کردن حوزه عمل، جهت‌گیری همه دستگاه‌ها و سازمان‌های دخیل را بازتعریف کند. از جمله سیاست‌های کلی نظام که در قالب اسناد بالادست و نقشه‌های جامع تدوین شده‌اند، می‌توان به نقشه‌های بالادستی سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور، نقشه جامع علمی کشور، سند تحول بنیادین آموزش و پرورش و برنامه‌های پنج‌ساله پیشرفت و توسعه اشاره کرد (۱۳). تمرکز این مطالعه بر بررسی حق سلامت و حقوق بیمار در تمام اسناد و قوانین عمده بالادستی تا سال ۱۴۰۳ است؛ به‌نحوی که سیاست‌های کلی ابلاغی رهبری برای برنامه پنج‌ساله هفتم و قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران که برای سال‌های ۱۴۰۳ لغایت ۱۴۰۷ تنظیم شده است را نیز دربر می‌گیرد، درحالی که تحقیقات پیشین فاقد جامعیت این پژوهش از لحاظ بررسی تعداد و حجم اسناد و قوانین بالادستی‌اند. هدف از این پژوهش، دستیابی به درک روشنی از سطوح

جمهوری اسلامی ایران نظامی دینی و برخاسته از آموزه‌های اسلامی است که مطابق اصل ۴ قانون اساسی، کلیه قوانین و مقررات حاکم در این نظام می‌بایست منطبق بر موازین اسلامی باشند. در واقع این اصل بیانگر لزوم ابتدای تمام قواعد قانونی حاکم با موازین اسلامی در نظام جمهوری اسلامی ایران است. از سوی دیگر، در اسلام حق بر سلامت و حقوق بیمار مورد تأکید قرار گرفته و توجه داده شده است که انسان‌ها موظف‌اند به مصداق آیه شریفه ۱۹۵ در سوره مبارکه بقره که می‌فرماید «وَلَا تَقْتُلُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» از به خطر انداختن سلامتی و حیات خود اجتناب کنند. همچنین، حق بر سلامتی به‌عنوان یک حق ذاتی به‌این‌معناست که هر کس حق دارد به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط‌زیست تمیز را دربر می‌گیرد (۱). به‌عبارت‌دیگر، حق بر سلامت و حقوق بیمار از یک سو ریشه در تعالیم و آموزه‌های دین اسلام دارد، به‌نحوی که برخی معتقدند مقام سلامت در مرتبه بعد از ایمان و باور به خداوند مهربان قرار داده شده است و پیامبر اسلام (ص) در روایت‌های مختلفی به این مهم اشاره کرده و فرموده است: پس از نعمت باور به خداوند مهربان و ایمان به او، نعمتی هم‌تا و هم‌سنگ سلامتی به انسان ارزانی نشده است (۲) و از سوی دیگر از حقوق اولیه و بنیادین انسانی در حقوق داخلی و حقوق بین‌الملل به‌شمار می‌رود (۳). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی عبارت است از «حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی، اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» و بیمار فردی است که فاقد سلامتی کامل باشد (۴). بیمار دارای حقوقی قانونی، اخلاقی و سازمانی است. حق قانونی بیمار مربوط به قوانین، دستورالعمل‌ها و سیاست‌هایی است که سیستم خدمات بهداشتی‌درمانی را برای تضمین ارائه مراقبت با کیفیت و اجرای مؤثر استانداردهای بهداشتی‌درمانی هدایت می‌کند (۵). سازمان جهانی بهداشت شرط اولیه برای تصمیم‌گیری واقع‌گرایانه و تضمین حقوق بیماران را وجود و رعایت قوانین حامی این حقوق می‌داند (۶). حفظ ایمنی روحی و روانی بیمار از لحظه ابتلا به یک بیماری

برنامه‌ریزی شده در اسناد بالادستی مصوب در جمهوری اسلامی ایران در راستای شناخت حق بر سلامت و حمایت از حقوق بیمار و خدمت‌رسانی ساختارمند به بیماران در سیاست‌های کلان کشوری در سال ۱۴۰۳ است؛ چراکه بُعد مهمی از سطح ارتقای کیفی درمانی و مراقبت‌های مرتبط برای بیماران، مربوط به شناسایی شفاف و علمی حقوق سلامت و بیمار در اسناد بالادستی هر کشور (که به‌عنوان سند و میثاق ملی نیز از آن یاد می‌شود و عالی‌ترین ضمانت اجرا و پشتوانه حکومتی و ملی در هر کشور را دارد) است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کیفی و تحلیل محتواست که در آن به جست‌وجو در اسناد و قوانین بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران برای کشف و استخراج میزان توجه به حقوق سلامت و بیمار پرداخته شده است. گام‌های پژوهش در این مطالعه شامل نمونه‌گیری با استفاده از روش تمام‌شماری اسناد و قوانین بالادستی بوده است. جامعه موردبررسی در این پژوهش با توجه به استفاده از روش تمام‌شماری، اسناد بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران در این تحقیق را شامل می‌شود که عبارت از هشت سند به شرح زیر هستند:

- ۱- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
 - ۲- سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴
 - ۳- نقشه جامع علمی کشور در افق ۱۴۰۴
 - ۴- نقشه جامع علمی سلامت
 - ۵- سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری برای قانون و برنامه پنجم توسعه
 - ۶- قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی
 - ۷- قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی
 - ۸- سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری برای برنامه پنج‌ساله هفتم
 - ۹- قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران
- معیار ورود، تمامی واژه‌ها و مفاهیمی است که

به‌صورت مستقیم یا تلویحی به سلامت و حقوق بیمار اشاره دارد. برای اطمینان از صحت دریافت محتوا، سه واحد با عناوین واحد متن، واحد شمارش و واحد تحلیل در نظر گرفته شدند. واحد متن به هر یک از اسناد بالادستی اطلاق می‌شود. واحد شمارش، تعداد کدهای داده‌شده به مضامین است و درنهایت در واحد تحلیل، مضمون در نظر گرفته شده تا بتوان هر جمله یا سطر یا پاراگرافی را که درباره «مضمون» موضوع است، کدگذاری کرد.

کدگذاری اولیه (توسط کدگذاری باز): هر جمله یا پاراگراف مربوط به این پژوهش به یک کد مرتبط شده است.

ساخت مفاهیم (توسط کدگذاری محوری): کدهایی که در مرحله قبل استخراج شده بودند، با هم دسته بزرگ‌تری را در قالب هم‌واژگانی تشکیل می‌دهند که زیرعنوان مفاهیم دسته‌بندی شده‌اند.

ساخت مقوله‌ها از طریق کدگذاری گزینشی: مقوله‌ها و زیرمقوله‌های ساخته‌شده به‌گونه‌ای هستند که چند مفهوم زیر یک مقوله فراگیرتر قرار گرفته‌اند. برای تحلیل داده‌های کیفی پژوهش از تحلیل محتوا استفاده شده است. در این طرح مراحل تحلیل داده‌های کیفی گردآوری‌شده در دو مرحله کدگذاری باز و کدگذاری محوری انجام شده است. در مرحله کدگذاری باز، پژوهشگر مفاهیم را شناسایی کرده و برحسب خصوصیات و ابعادشان بسط داده است. در این مرحله، پژوهشگر از درون داده‌های خام اولیه، مقوله‌های مقدماتی را در ارتباط با پدیده موردبررسی از طریق جزء‌جزء کردن اطلاعات استخراج می‌کند و به شکل‌بندی مقوله‌های اطلاعات درباره پدیده مورد مطالعه، مقایسه موارد، رویدادها و دیگر حالات پدیده‌ها برای کسب شباهت‌ها و تفاوت‌ها می‌پردازد.

در مرحله بعد، یعنی کدگذاری محوری، پژوهشگر یکی از مقوله‌ها را محور فرایند درحال‌بررسی و اکتشاف قرار می‌دهد (بُعد اصلی) و سپس مقوله‌های دیگر را (عوامل) به آن مرتبط می‌کند. در این ارتباط، شناسایی ابعاد اصلی و مؤلفه‌های مرتبط موردنظر بوده است. در این مرحله، یعنی شناسایی ابعاد اصلی و مؤلفه‌ها، بر اساس فرایند کدگذاری باز و محوری داده‌های حاصل از بررسی

سلامت افراد و حقوق بیماران، طبق واژه‌های کلیدی مطرح‌شده مرتبط با سلامت و حقوق بیماران، در مجموع ۱۶۲ کد در بخش‌های مرتبط به هر سند به شرح زیر استخراج شدند:

۱- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (۱۵): در این قانون ۱۱ کد با عناوین رفع نیازهای ضروری، رفع محرومیت در زمینه تغذیه و بهداشت، تعمیم بیمه، حمایت از مادران باردار و گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان بی‌سرپرست، بیمه خاص برای بیوگان و زنان سال‌خورده و بی‌سرپرست، حمایت از جان‌افراد، تأمین خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در قالب بیمه، تأمین نیازهای اساسی همچون بهداشت و درمان، پیشبرد سریع‌تر برنامه‌های بهداشتی و توسعه تجهیزات امدادی شناسایی شدند. واحدهای معنایی استخراج‌شده از نظر جنبه‌های پیشگیری ۱ واحد، حمایتی ۶ واحد، خدماتی ۳ واحد، گروه‌های خاص ۱ واحد و راهبردی ۳ واحد را شامل می‌شوند (ردیف ۱- جدول ۱).

۲- سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران (۱۶): در این سند تعداد ۲ کد با عناوین حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها و بهره‌مندی از محیط‌زیست مناسب شناسایی شدند که واحدهای معنایی آن از جنبه حمایتی ۱ واحد و راهبردی ۱ واحد را دربر می‌گیرند (ردیف ۲- جدول ۱).

۳- سند نقشه جامع علمی کشور (۱۷): در این سند تعداد ۱۵ کد با عناوین سلامت معنوی، جسمی، روانی و اجتماعی، انسان‌های سالم، مدیریت دانش سلامت، طب سنتی، تجهیزات پزشکی، فرآورده‌های زیستی، فناوری تغذیه، مقابله با انواع اعتیاد، ایمنی و امنیت غذایی، جهت‌دهی به علوم پزشکی سلامت و نهادینه‌سازی تلاش برای سلامت جامعه شناسایی شدند که واحدهای معنایی آن از جنبه پیشگیری ۳ واحد، از جنبه خدماتی ۳ واحد و از جنبه راهبردی مشتمل بر ۴ واحد هستند (ردیف ۳- جدول ۱).

۴- نقشه جامع علمی سلامت (۱۸): در این سند تعداد ۲۶ کد با عناوین بالاترین و توسعه‌یافته‌ترین سطح و نظام سلامت در منطقه، اولویت به فناوری پاسخ‌گو به نیازهای سلامت، کاهش تصدّی‌گری دولت، تحوّل نظام آموزش سلامت، پاسخ‌گویی نظام سلامت، عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها در هزینه سلامت، تولید ۲۰۰۰۰

اسناد و انجام عمل پالایش، کدهای مفهومی ارائه شده است و اولویت هریک از عوامل براساس فراوانی مفاهیم ذکرشده در اسناد مشخص گردیده است. مفاهیم واحد اصلی تحلیل برای کدگذاری باز و محوری هستند. هنگام تجزیه و تحلیل دقیق داده‌ها، مفاهیم از طریق کدگذاری به‌طور مستقیم و با توجه به موارد مشترک کاربرد آن‌ها ایجاد شده‌اند. برای یافتن مقوله‌های اصلی و فرعی و میزان اهمیت و اولویت این مقوله‌ها، اسناد به‌طور منظم بررسی شده‌اند. داده‌ها در سطح جمله و عبارت برای هریک از موارد بررسی شده و کدهای مفهومی استخراج شده‌اند. با استخراج کدهای مفهومی مشترک و با پالایش و حذف موارد تکراری، با بهره‌گیری از مبانی نظری و تطبیق برخی از کدهای مفهومی، مفاهیم شناسایی و مشخص و با انجام پالایش و عمل کاهش، این مفاهیم در قالب مقوله‌های فرعی (مؤلفه‌ها) سازمان‌دهی شده‌اند و نیز از روش پیشنهادی گوبا و لینکلن برای اطمینان درستی و اطمینان از استحکام مطالعه استفاده شده است (۱۴). از واحدهای معنایی به‌دست‌آمده در اسناد و قوانین بالادستی در ۶ عنوان پیشگیری، حمایتی، خدماتی، مراقبتی، گروه‌های خاص و راهبردی نام‌گذاری و طبقه‌بندی شده‌اند. منظور از پیشگیری در این مطالعه، مجموعه حقوق ناظر بر اقدامات به‌منظور جلوگیری از بروز بیماری و ناهنجاری جسمی روحی است. منظور از حمایتی در این پژوهش، مجموعه حقوق یاری‌کننده افراد در به دست آوردن فرصت‌ها و نگهداشت موقعیت‌های موجد سلامتی است. منظور از خدماتی مجموعه حقوق ناظر بر فعالیت‌ها و اقدامات با هدف تسهیل در کسب سطحی از سلامت و یا بهبودی برای بیمار است. منظور از مراقبتی در این تحقیق، حقوق ناظر بر نگهداشت یا بازیافت سلامتی افراد است. منظور از گروه‌های خاص، مجموعه قوانینی است که صرفاً برای گروه‌های ویژه جامعه، مانند سالمندان، معلولین، مادران باردار و غیره وضع و منظور از راهبردی مجموعه قوانینی است که برای نیل به اهداف بلندمدت سلامت وضع شده‌اند.

یافته‌ها

براساس نتایج به‌دست‌آمده از ۹ سند رسمی در اسناد و قوانین بالادستی نظام جمهوری اسلامی ایران، مرتبط با



مواد غذایی سالم، توسعه طب سنتی و داروهای گیاهی، تعیین مقدار مصرف مجاز سموم، یکپارچه‌سازی در مدیریت سلامت، درمان فوری مصدومین حوادث رانندگی، ممنوعیت تبلیغ کالاهای تهدیدکننده سلامت، توسعه بیمه‌های سلامت و استقرار پزشک خانواده مشخص شدند که واحدهای معنایی آنان، حمایتی ۴ واحد، خدماتی ۴ واحد و مراقبتی ۴ واحد به دست آمد (ردیف ۶- جدول ۱).

۷- قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۲۱): در این قانون تعداد ۲۵ کد با عناوین زیر شناسایی شدند: توسعه کشت محصولات سالم، مجازات عدم رعایت مقررات در تولید و توزیع فراورده‌های دامی، مدیریت پساب و فاضلاب، توسعه بیمه‌های سلامت، رعایت تعرفه‌های مصوب توسط پزشکان و مراکز مربوط، مجازات تجویز داروهای خارج از فهرست، ممنوعیت عرضه محصولات ناشی از استفاده از کود و سم غیرمجاز، ارائه خدمات الکترونیکی سلامت، ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، ارائه مراقبت‌های پرستاری، ادغام خدمات طب سنتی در نظام سلامت، ارتقای ایمن‌سازی کودکان، ارتقای خدمات مراکز بهداشتی‌درمانی در مناطق نفت‌خیز، غربالگری متقاضیان ازدواج، دسترسی متقاضیان ازدواج به مراکز مشاوره، تأمین سلامت مادر و نوزاد، کاهش آسیب‌های اجتماعی با اولویت اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی، کودکان کار و مفاسد اخلاقی، پیشگیری اولیه از آسیب‌های اجتماعی، تدوین اطلس سالانه آسیب‌های اجتماعی، خدمات‌رسانی به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی، حمایت از بیماران روانی و مزمن و سالمندان و مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان. واحدهای معنایی برگرفته از کدهای ذکر شده عبارت‌اند از پیشگیری ۶ واحد، حمایتی ۴ واحد، خدماتی ۵ واحد، مراقبتی ۳ واحد و راهبردی ۳ واحد (ردیف ۷- جدول ۱).

۸- سیاست‌های کلی مقام رهبری برای برنامه پنج‌ساله هفتم (۲۲): در این سند تعداد ۵ کد با این عناوین به دست آمده‌اند: استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی در سطوح پایه، مازاد و مکمل، تأمین امنیت غذایی، افزایش سطح سلامت و ایمنی مواد غذایی و ارتقای نظام سلامت. واحدهای معنایی که از کدهای ذکر شده مشخص شدند، به این شرح‌اند: حمایتی ۱ واحد و

مقاله علوم‌پزشکی نمایه‌شده در سال، فعالیت ۷۰۰ مرکز پژوهشی، ۹۰ پژوهشگاه و مرکز رشد دولتی و غیردولتی در حوزه سلامت، کاهش ۱۰ درصدی هزینه‌های درمانی نظام سلامت، سرمایه‌گذاری پژوهش در علوم بنیادی به میزان ۲۵٪، در علوم کاربردی ۳۵٪، توسعه‌ای ۳۰٪ و در پژوهش‌های بازار سلامت ۱۰٪، مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد آموزش‌پزشکی- مدیریت اطلاعات و دانش سلامت- پیشگیری و ارتقای سلامت- ارتباط علوم پایه و کاربردی، توسعه سیاست‌گذاری، بهبود تخصیص منابع مالی، تسهیل و افزایش سرمایه‌گذاری، توسعه و به‌اشتراک‌گذاری دانش تولیدشده، توسعه منابع انسانی، تسهیل کارآفرینی، ارتقای هنجارها و فرهنگ عمومی، استقلال دانشگاه‌ها در سیاست‌گذاری، به‌روزرسانی قوانین سلامت، قانون الزام تدوین اولویت‌های وزارت بهداشت، تخصیص ۷۰ درصد منابع مالی پژوهشی کشور به حوزه‌های اولویت‌دار، ساده‌سازی آیین‌نامه‌ها و قوانین برای افزایش سهم مشارکت بخش غیردولتی و تربیت و توانمندسازی نیروی انسانی استخراج شدند که واحدهای معنایی پیشگیری ۶ واحد، حمایتی ۹ واحد، خدماتی ۳ واحد، مراقبتی ۱۰ واحد و راهبردی ۷ واحد را نشان می‌دهد (ردیف ۴- جدول ۱).

۵- سیاست‌های کلی مقام رهبری برای برنامه پنجم توسعه (۱۹): در این سند تعداد ۱۳ کد با عناوین سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان، انسان سالم و سلامت همه‌جانبه، ارتقای شاخص‌های سلامت، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی، کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامت، اصلاح الگوی تغذیه، بهبود سلامت مواد غذایی، توسعه بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه سلامت، مبارزه با مواد مخدر و ارتقای بهداشت شناسایی شدند که واحدهای معنایی آن پیشگیری ۲ واحد، حمایتی ۲ واحد و راهبردی ۷ واحد را نشان می‌دهد (ردیف ۵- جدول ۱).

۶- قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۲۰): در این قانون تعداد ۱۵ کد با عناوین تأمین بهداشت، استقرار بیمه‌های اجتماعی، درمانی، پایه و مکمل در مناطق محروم، دارا بودن بیمه‌نامه حوادث و بیماری برای اتباع بیگانه، سامانه خدمات جامع سلامت، توسعه واحدهای بهداشتی درمانی، اعلام فهرست



راهبردی ۳ واحد (ردیف ۸- جدول ۱).

جدول ۱: مقوله‌های استخراج شده مرتبط با سلامت و حقوق بیمار در اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران

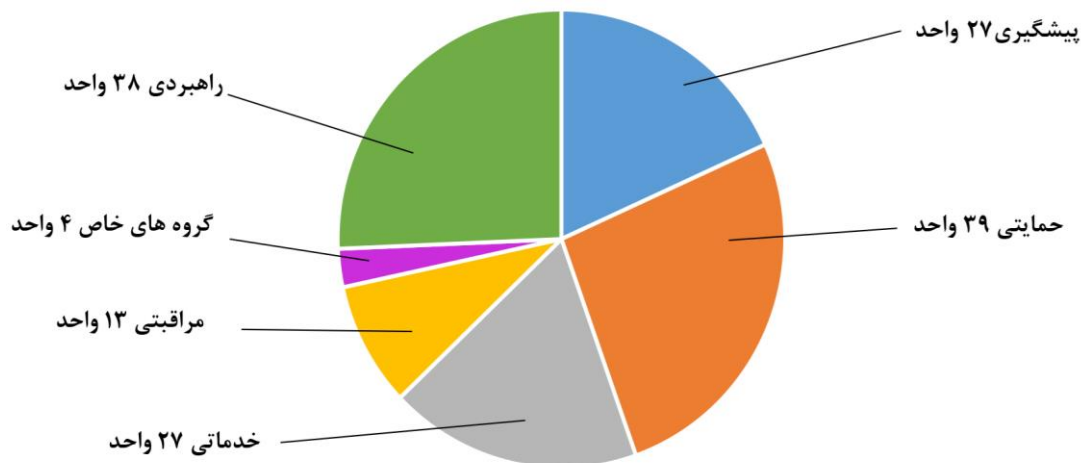
ردیف	اسناد و قوانین بالادستی	واحد‌های معنایی				گروه‌های خاص	راهبردی
		پیشگیری	حمایتی	خدماتی	مراقبتی		
۱	قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران	۱	۶	۳	-	۱	۳
۲	سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴	-	۱	-	-	-	۱
۳	نقشه جامع علمی کشور در افق ۱۴۰۴	۳	-	۳	-	-	۷
۴	نقشه جامع علمی سلامت	۶	۹	۳	۱	-	۷
۵	سیاست‌های کلی مقام رهبری برای برنامه پنجم توسعه	۲	۲	-	-	-	۴
۶	قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	-	۴	۴	۴	-	-
۷	قانون برنامه ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران	۶	۳	۵	۳	۱	۳
۸	سیاست‌های کلی مقام رهبری برای برنامه پنج‌ساله هفتم	-	۱	-	-	-	۳
۹	قانون برنامه هفتم جمهوری اسلامی ایران	۹	۱۳	۹	۵	۲	۱۰
	مجموع	۲۷	۳۹	۲۷	۱۳	۴	۳۸

۹- قانون برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران (۲۳): در آخرین قانون بالادستی مورد مطالعه تعداد ۵۰ کد با عناوین آتی شناسایی شدند: کارآمدسازی نظارت بهداشتی و فنی، نظارت بر تولید و عرضه محصولات تراریخته، کاهش هزینه‌ها و افزایش رضایتمندی بیماران، ایجاد نظام هوشمند اطلاعات سلامت، تهیه نقشه راه سلامت الکترونیک، ارائه داده‌های سلامت به صورت برخط به وزارت بهداشت، ارتقا و تجمیع قواعد بیمه‌ای سلامت، الزام صندوق‌های بیمه به پوشش بیمه‌ای منحصراً از طریق پایگاه ملی بیمه‌های سلامت، راه‌اندازی پایگاه قواعد سلامت، ارسال الکترونیکی اسناد بیمه، مجاز نبودن پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان که مستخدم دستگاه‌های اجرایی هستند به فعالیت انتفاعی، افزایش ظرفیت پزشکی تخصصی، افزایش ظرفیت تربیت نیروی انسانی پزشکی، سامان‌دهی خدمات طب سنتی، توسعه پایگاه‌های پزشکی زمینی، جاده‌ای، هوایی و دریایی، تهیه سند جامع مراقبت‌های سلامت، ارتقا و دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، استقرار برنامه پزشک خانواده، تغییر تعرفه خدمات پزشکی به شیوه پرداخت هزینه، الزام به رعایت تعرفه‌های مصوب دولت توسط پزشکان و پیراپزشکان، الزام پزشکان متخصص به پذیرش تعداد مشخصی از بیماران ارجاعی برنامه پزشک

خانواده، افزایش اثربخشی و کارایی امکانات بهداشتی‌درمانی، منطقی‌سازی ارائه خدمات درمانی، تدوین شاخص‌های نظارت و مراقبت‌های سلامت، مدیریت خطر حوادث جهت پیشگیری و کاهش آسیب، غربالگری جهت سلامت خون و نجات جان بیماران، تأمین پایدار ذخایر دارو، اولویت‌دهی به تولید دارو و تجهیزات در داخل، پرداخت سهم یارانه دولت در تأمین دارو و تجهیزات، تکمیل سامانه ردگیری دارو و تجهیزات، قیمت‌گذاری تجهیزات و داروهای پزشکی به صورت سامانه‌ای، تدوین فهرست رسمی دارویی و ممنوعیت تجویز دارو خارج از فهرست مذکور، تدوین برنامه بازسازی صنایع دارو و فراورده‌های سلامت، قبول کمک اشخاص به هلال‌احمر به‌عنوان هزینه مالیاتی، ارزیابی باقی‌مانده سموم کشاورزی در محصولات، اجرایی شدن تغذیه با شیر مادر، تبدیل ایران به قطب تأمین سلامت منطقه، خودکفایی در مواد اولیه دارو، تأمین منابع مالی بخش سلامت، توسعه نظام بیمه، اجباری بودن پایش بیمه پایه برای جمعیت کشور، تعیین بیمه سلامت ایران برای ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت، استطاعت‌سنجی مالی با هدف کاهش پرداخت از جیب مردم، درمان بیمار مازاد بر بسته بیمه پایه، رایگان شدن سهم بیمه‌گذار مددجویان و دهک‌های پایین، ارتقای اصول پیشگیری در

جامعه، افزایش مالیات بر دخانیات، ممنوعیت فعالان غیرمجاز دخانی و مجازات چایخانه‌های غیرقانونی محصولات دخانی. واحدهای معنایی کدهای بالا عبارت‌اند از پیشگیری ۹ واحد، حمایتی ۱۳ واحد، خدماتی ۹ واحد، مراقبتی ۵ واحد، گروه‌های خاص ۲ واحد و راهبردی ۱۰ واحد (ردیف ۹- جدول ۱). یافته‌ها نشان می‌دهد که از ۱۴۸ واحد معنایی در ۹

سند و قانون بالادستی جمهوری اسلامی ایران، به ترتیب حمایتی با ۳۹ واحد، راهبردی با ۳۸ واحد، پیشگیری و خدماتی هریک به‌طور مساوی با ۲۷ واحد، مراقبتی با ۱۳ واحد و گروه‌های خاص با ۴ واحد دارای بیشترین تا کمترین فراوانی در اسناد و قوانین بالادستی هستند (نمودار ۱).



نمودار ۱: فراوانی واحدهای معنایی شش‌گانه پیشگیری، حمایتی، خدماتی، مراقبتی، گروه‌های خاص و راهبردی در اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران

نتایج همچنین نشانگر این است که از لحاظ فراوانی مفاهیم و مقرره‌های حق بر سلامت و حقوق بیمار در اسناد و قوانین نه‌گانه مورد مطالعه، به ترتیب مقرره‌ها مربوط به قانون برنامه هفتم پیشرفت با ۴۸ واحد، نقشه جامع علمی سلامت با ۲۶ واحد، قانون برنامه ششم توسعه با ۲۱ واحد، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با ۱۴ واحد، سند نقشه جامع علمی کشور با ۱۳ واحد، قانون برنامه پنجم توسعه با ۱۲ واحد، سیاست‌های کلی برای برنامه پنجم با ۸ واحد، سیاست‌های کلی برنامه هفتم با ۴ واحد و سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران با ۲ واحد، بیشترین تا کمترین تعداد واحدها را به خود اختصاص داده‌اند.

۹ سند و قانون بالادستی مورد واکاوی متون، شمارش، کدگذاری و تحلیل قرار گرفتند که در مجموع ۱۶۲ کد و ۱۴۸ واحد در مقوله‌های شش‌گانه معنایی با عناوین پیشگیری، حمایتی، خدماتی، مراقبتی، گروه‌های خاص و راهبردی شناسایی و دسته‌بندی شدند. در این تحقیق واحدهای حمایتی بیشترین فراوانی و گروه‌های خاص، کمترین میزان فراوانی را به خود اختصاص دادند.

غفاری چراتی و همکار (۲۴) در مطالعه خود تأکید دارند که دولت‌ها نمی‌توانند به‌طور کامل سلامتی و مطلوبیت سلامتی افراد را تضمین کنند، اما می‌توانند شرایطی را فراهم آورند که در آن سلامتی افراد مورد حمایت قرار گیرد. بدین لحاظ باید مراقبت شود که قوانین مربوط به مقابله با جرائم در حوزه سلامت دارای کارایی و اثربخشی لازم باشند. در مطالعه حاضر کدهای مقابله‌ای در قالب مقوله معنایی پیشگیری با فراوانی ۳۹ واحد شناسایی شده‌اند که نشانگر اهتمام نظام در برقراری نظام تنبیه و تشویق هم‌زمان در اسناد و قوانین بالادستی

بحث

این مطالعه با هدف بررسی کیفی حق بر سلامت و حقوق بیمار در اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران صورت گرفت. برای پاسخ به سؤال تحقیق،

جلال توحیدی و همکار (۲۷) در مطالعه خود مواردی را به‌عنوان نقایص و کاستی‌ها در اسناد و قوانین درخصوص سلامت و حقوق بیمار گزارش می‌کنند: عدم نظارت کافی بر مؤسسات پزشکی، عدم پذیرش بیماران اورژانسی توسط مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی و خصوصی، کمبود تجهیزات و ملزومات پزشکی یا استفاده از وسایل تقلبی به‌لحاظ عدم دقت در تهیه وسایل مذکور، عدم تکافوی بیمه‌ها، عدم اخذ تصمیمات انتظامی قاطع درخصوص اشخاصی که به نقض حقوق بیماران اقدام می‌کنند، عدم تعیین صلاحیت شغلی دقیق صاحبان حرف پزشکی و عدم جبران خسارات واقعی بیماران. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نقایص ذکرشده، به‌ویژه در برنامه هفتم قانون پیشرفت، با استقرار انواع سامانه‌های الکترونیکی و الزام واحدها و مراکز در اتصال به آن‌ها ترمیم شده و به‌تدریج از نقایص مذکور کاسته شده است. مطالعه مذکور به حقوق بیماران و چالش‌های قضایی اختصاص دارد و اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران را به‌طور مستقل بررسی نمی‌کند و از این جهت با مطالعه حاضر متفاوت است.

تقریباً تمام تحلیلگران اهمیت حق بر سلامتی و حقوق بیمار را از حقوق بنیادین انسانی محسوب می‌کنند تا اندازه‌ای که روشن (۲۸) در گزارش تحلیلی خود با عنوان «درمان در کشاکش حق و تکلیف» به این نتیجه می‌رسد که درمان به‌عنوان حقی در ذیل حق حیات شناسایی شده است و دولت، جامعه و متخصصان درمان در قبال آن مسئول شناخته می‌شوند تا جایی که در صورت مسامحه و یا استنکاف مرتکب یا مرتکبین مجازات می‌شوند. دایره این مسامحه و استنکاف تا حدی گسترده و عمیق است که شامل عدم توجه به نگرش حقوق سلامتی و درمان بیماران در اسناد و متون بالادستی هم می‌شود و تعلل قانون‌گذاران و تصمیم‌سازان در این رابطه نابخشودنی تلقی می‌شود.

گزارش بالا از این جهت با مطالعه حاضر همسوست که در اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران بر اصل درمان به‌عنوان حق حیاتی و بنیادین انسانی با عناوینی همچون تأمین نیازهای اساسی، انسان‌های سالم، سلامت و جسمی و روانی، سلامت توسعه‌یافته، کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامت، ایمن‌سازی کودکان و غیره تأکید شده

است. هرچند تحقیق مذکور آگاهی خدمت‌گیرندگان حوزه سلامت و بیمار از حقوق خویش را یکی از مؤلفه‌های مهم برمی‌شمارد و لزوم اتخاذ پیشگیرانه تدابیر را مهم می‌داند که با کدهای شناسایی‌شده این تحقیق همسوست، اما پژوهشگران کنکاشی در اسناد و قوانین بالادستی انجام درخصوص تدابیر پیشگیرانه در حوزه سلامت به انجام نرسانده‌اند و از این جهت با مطالعه حاضر تفاوت دارد.

صحرایور و همکار (۲۵) در بررسی حقوق بیمار، برای وی حق مداخله در روند پزشکی قائل‌اند و بسیاری از بیماران را از حق تصمیم‌گیری خود به‌دلیل ذهنیت اشتباه بی‌اطلاع می‌دانند و معتقدند در غالب متون حقوق پزشکی تنها به اخذ نظر بیمار در انجام درمان پرداخته شده، درحالی‌که در فرایند تشخیص، مراحل نهفته است که انجام آن مراحل بدون اتخاذ تصمیم بیمار امری غیرحقوقی است و نادیده گرفتن موقعیت بیمار در یک ارتباط پزشکی قلمداد می‌شود. در اسناد و قوانین بالادستی که در مطالعه حاضر بدان پرداخته شده است، بر رعایت منزلت بیمار با عناوینی همچون حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها، ارتقای دانش سلامت، سلامت همه‌جانبه، ارتقای شاخص‌های سلامت، حمایت از بیماران و مراقبت‌های سلامت تأکید شده که حداقل در نوشتار و متن اسناد بالادستی بر رعایت حقوق بیمار تأکید شده است. اما قابل‌پذیرش است که ممکن است حقوق بیمار در مقام عمل ناشناخته بماند و به‌طور کامل و مناسب در مراکز درمانی رعایت نشود.

حسین غلامی (۲۶) در تحقیق خود به این نتیجه می‌رسد که تنظیم‌کنندگان متون و اسناد حقوقی باید نسبت به بیماران دیدگاه افتراقی داشته باشند. بدین معنی که بیماران عادی نسبت به بیماران با وضعیت خاص و روانی باید از عدالت و حمایت بیشتری همانند بیمه درمانی مناسب و ویژگی مستمر برخوردار شوند. تحقیق مذکور با مطالعه حاضر تا حدودی از این جهت همسویی دارد که در تحقیق حاضر نیز نشان داده شد گروه‌های خاص که طیفی از سال‌خوردگان، مادران باردار، ازکارافتادگان و رنج‌دیدگان از بیماری‌های صعب‌العلاج و آسیب‌دیدگان روانی را شامل می‌شوند، از کمترین مقرره‌های حقوقی در اسناد و قوانین بالادستی برخوردارند.

است. وجه افتراق تحقیق مذکور این است که برخلاف مطالعه حاضر، نخست اینکه مختص و متمرکز بر قوانین و اسناد بالادستی جمهوری اسلامی ایران نیست و مختصری از قوانین بین‌المللی را نیز مورد مطالعه قرار داده است؛ دوم تعداد محدودی از اسناد و قوانین بالادستی ایران بررسی شده‌اند و سوم اینکه قوانین عادی مانند قوانین تأمین اجتماعی نیز در شمول بررسی قرار گرفته‌اند.

حکیمه مصطفوی و همکاران (۲۹) در مطالعه خود ارزش‌های اجتماعی در اولویت‌گذاری سلامت را در اسناد بالادستی بررسی کرده و نتیجه گرفته‌اند که در برخی از اسناد صراحتاً به بیان ارزش‌های اجتماعی و لزوم توجه به آن‌ها پرداخته شده است، درحالی‌که در برخی دیگر تلویحاً به تعدادی از آن‌ها اشاره شده است؛ اگرچه به‌مرور زمان، اهمیت ارزش‌های اجتماعی در اسناد بالادستی افزایش یافته است. نقشه تحول سلامت، جامع‌ترین سند از نظر توجه به ارزش‌ها و ارزش عدالت‌پرتکرارترین ارزش در اسناد بود. اثربخشی بالینی در هیچ‌یک از اسناد، مورد توجه قرار نگرفته بود. این تحقیق از این نظر با مطالعه حاضر همسویی نشان می‌دهد که اسناد و قوانین بالادستی به‌مرور از پختگی و جامعیت لازم برخوردار می‌شوند و حقوق و تکالیف عینی و کاربردی‌تری در آن گنجانده می‌شود، ولی در تحقیق مذکور تا قانون برنامه پنجم، قانون اساسی و نقشه تحول سلامت بررسی شد و قوانین عادی دیگری مانند قانون بیمه همگانی، برنامه پزشک خانواده و غیره تحلیل شدند که اسناد و قوانین بالادستی محسوب نمی‌شوند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به طیف وسیعی از کدهای تقریباً نامتجانس اشاره کرد که ریشه در انشا و نگارش هریک از اسناد و متون در مقاطع مختلف از سال ۱۳۶۸ تا سال ۱۴۰۳ به مدت تقریبی ۳۵ سال دارد که تجمیع، دسته‌بندی و کددار کردن این تعداد از متون متنوع را با دشواری مواجه می‌کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده حاکی از نقاط قوت و ضعف در توجه به مقوله بنیادین حق بر سلامتی و حقوق بیمار در اسناد و قوانین بالادستی جمهوری اسلامی ایران است. از نقاط قوت می‌توان به این موارد اشاره کرد:

۱- در اسناد و متون حقوقی بالادستی شاهد رشد تصاعدی توجه به حق سلامتی و حقوق خدمت‌گیرندگان سلامت هستیم؛ این شیب تصاعدی به‌خوبی از شماره کدهای روبه‌تزايد استخراج‌شده از قانون اساسی تا برنامه پنجم، برنامه ششم و برنامه هفتم پیشرفت قابل‌مشاهده است.

۲- نگاه واضعین حقوق سلامتی و بیمار در احکام و قوانین بالادستی به‌تدریج کیفی‌تر و موشکافانه‌تر شده است.

۳- حیطه‌های معنایی پیشگیری، حمایتی، خدماتی، مراقبتی و راهبردی (به استثنای گروه‌های خاص) نوعی هم‌سطحی و مقارنت را در عملیات و اهداف نشان می‌دهند که در نگاه برنامه‌نویسی حاکی از هویت متوازن در اسناد و قوانین بالادستی است. از نقاط ضعف می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- همچنان که در نمودار ۱ مشخص است، تنظیم‌کنندگان احکام و قوانین بالادستی، کمتر به حقوق گروه‌های خاص توجه داشته‌اند، هرچند که حقوق همین دسته از خدمت‌گیرندگان سلامت از قانون برنامه ششم به بعد رشد تصاعدی نسبی را نشان می‌دهد.

۲- در اسناد و قوانین بالادستی، توجه و اقبال به سلامت معنوی در روند سلامت‌بخشی، در حیطه‌های پیشگیری، حمایتی، مراقبتی، خدماتی، راهبردی و حتی گروه‌های خاص ملاحظه نمی‌شود، درحالی‌که براساس مطالعات متعدد انجام‌شده، درمان‌های معنوی تأثیر قابل‌توجهی در پیشگیری، توقف پیشرفت بیماری و مداوای آن دارند.

پیشنهادات

از آنجایی‌که به نظر می‌رسد توجه به حقوق سلامت گروه‌های خاص جامعه و نیز به‌کارگیری مؤلفه‌های سلامت معنوی در اسناد و قوانین بالادستی مورد غفلت واقع شده است، پیشنهاد می‌شود درخصوص چگونگی گنجاندن این موارد در اسناد و قوانین بالادستی مطالعات لازم صورت گیرد.

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران صورت گرفته است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با رعایت اصول اخلاقی و در راستای عمل به کدهای اخلاق در پژوهش صورت پذیرفته است.

تعارض منافع

نویسندگان فاقد هرگونه تعارض منافع‌اند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.7909 است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به دلیل حمایت مالی تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

1. Abbasi M, Rezaee R, Dehghani G. Concept and situation of the right to health in Iran legal system. *Medical Law Journal*. 2014; 8(30):183-99.
2. Al-Qazwīnī IM. *Sunan Ibn Mājah. Dār Ihyāi al-Kutub al-'Arabiyyah*. 1999.
3. Ketabi Roudi A, Abdi Y. The position of the right to health in Islam and international law. *Social Security Journal*. 2014; 13(2-3): 99-124.
4. Kaplan HI, Sadok BJ. Abstract of psychiatry behavioral science. *Clinical psychiatry*. 1st ed, Tehran. Sohrab publication. 2000: 257-81.
5. Annas GJ. *The rights of patients: the authoritative ACLU guide to the rights of patients*. NYU Press. 2004.
6. Larijani B, Alemi O, Alizadeh K. Prioritized list of health services in the Islamic Republic of Iran. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2000; 6(2-3): 367-71.
7. Yavari F. Patient's safety and the human rights system. *Medical Law Journal*. 2011; 5(18): 117-31.
8. Poorabhari Langroudi S, Asadinejad SM. Place the patient in medical decisions. *Journal of Medical Law*. 2013; 7(27): 11-36.
9. Zali A, Abbasi M, Mozafarizade S. The Relationships between Law and Morality: a Comparison between English Law and Islamic Law. *Iranian Journal of Medical Ethics*. 2012; 1(1): 46-55 .
10. Teng F, Mitton C, MacKenzie J. Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. *BMC health services research*. 2007; 7(1): 84.
11. Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *British Medical Journal*. 2000; 321(7272): 1300-1
12. Norouzzadeh R, Fathi Vajargah K, Kayzouri AH. Content Analysis of National Documents for Composing Policies in five Years Plan in Higher Education, Science and Technology of Iran. *Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education*. 2023; 15(3): 29-50.
13. Banafi M, Noruzi M. A Problem-Oriented Analysis of Operationalization of Meta Policy in Operational Programs: Policy Considerations. *JPBUD*. 2013; 18(4): 161-95.
14. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins. 2011.
15. Ramazani RK. Constitution of the Islamic Republic of Iran. *Middle East Journal*. 1980, 1;34(2):181-204.
16. The Office for the Preservation and Publication of the Works of the Grand Ayatollah Sayyid Ali Khamenei. *Khamenei Vision Document of the Islamic Republic of Iran*. 2003.
17. Law and regulations portal of Islamic Republic of Iran. *Comprehensive Scientific Map Document of the Country*. 2011.
18. Ministry of Health and Medical Education. *Comprehensive Health Plan*. 2010.
19. The Office of the Supreme Leader. *General Policies of the Leadership for the Fifth Development Plan*. 2009.
20. Islamic Parliament Research Center of The Islamic Republic of IRAN. *Law of the Fifth Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. 2010.
21. Islamic Parliament Research Center of The Islamic Republic Of IRAN. *Law of the Sixth Development Plan of the Islamic Republic of Iran*. 2017.
22. Government of the Islamic Republic of Iran. *General Policies of the Leadership for the Seventh Plan of the Islamic Republic of Iran*. 2022.
23. Law and regulations portal of Iran. *Law of the Seventh Development Program of the Islamic Republic of Iran*. 2024.
24. Ghafari Cherati S, Zahedian MH. The criteria and foundations of differentiating the criminal policy of crimes and violations related to health with a reflection on the cooperative criminal policy. *journal of legal studies*. 2020; 45(5):155-68.

25. Poorabhari-Langeroodi S, Asadinejad M. Place the patient in medical decisions. *Medical law journal*. 2013; 7(27): 11-36.
26. Gholami H. Patients' Rights in the Criminal Justice System. *Journal of Medical Law*. 2010; 4(14): 13-45.
27. Tohidi J, Askaripour H. Patients rights and Juridicial challenges. *Medical Law Quarterly*. 2011; 5(18): 61-73.
28. Roshan M. Treatment in contention right and duty. *Journal of Medical Law*. 2007; 1(2): 43-53.
29. Mostafavi H, Arab M, Rashidian A. Social Values in Health Prioritizing: the analysis of national documents of Iran. *Health and Development Journal*. 2017; 6(3): 191-205.