

تحولات تاریخی و ویژگیهای کار اجتماعی در ویتنام امروز*

نگوین تی اوئانه

(دانشگاه آزاد هوشی مین سیتی، بخش مطالعات زنان)

ترجمه دکتر هرمز همایون پور

مقدمه

کار اجتماعی حرفه‌ای در تمام کشورهای دنیا معمولاً با کارهای انسان دوستانه آغاز می‌شود، و ویتنام نیز از این جهت مستثنی نیست. در مراحل اولیه کار اجتماعی در ویتنام، چگونگی برخورد محلی با مشکلات و حل آنها به ماهیت مشکلات، چگونگی تلقی مقامات دولتی، و منابع مادی و اجتماعی موجود بستگی داشت. در مراحل بعد، یعنی در دوران استعمار و استعمار جدید، کار اجتماعی حرفه‌ای تحت تأثیر شدید الگوهای خارجی قرار گرفت. در مورد ویتنام، بهتر است بررسی خود را در وجهی تاریخی از دوره ماقبل استعمار فرانسه شروع کنیم و بعد بپردازیم به مراحل تحولی مختلف کار اجتماعی تا زمان حاضر: یعنی دوران استعمار فرانسه (۱۹۴۵ - ۱۹۶۲)، دوران پسا استعماری در ویتنام جنوبی (۱۹۴۵ - ۱۹۵۴)، دوره استعمار جدید آمریکا (۱۹۵۴ - ۱۹۷۵)، و نهایتاً دوران سوسیالیستی (۱۹۷۵ - ۲۰۰۰). اقدامات اجتماعی در ویتنام معاصر از همه این مراحل گذر کرده و تحولات مربوط به هر دوره را پشت سر گذارده است. امروزه، که کشور با مشکلات اجتماعی حاد روبرو است، به خدمات مددکاران اجتماعی حرفه‌ای و نیز به آموزش این مددکاران (و آموزشگران) در سطوح عالی و مناسب، نیاز وافر محسوس است.

* نقل از نشریه بین‌المللی رفاه اجتماعی، ۲۰۰۲، شماره ۱۱. *International Journal of Social Welfare*, 2002, 11.

دوران پیش از استعمار فرانسه (قبل از ۱۸۶۲)

قبل از ورود فرانسوی‌ها، حکام محلی به قمار، می نوشی، و مصرف مواد مخدر آلوده بودند؛ تهی‌دستان، درماندگان، بیوه‌ها، یتیم‌ها، و سالخورده‌گان به شدت استثمار می‌شدند. کتاب‌های تاریخی ما به ما می‌گویند که حکمرانان گذشته تأکید داشتند برای تضمین عدالت و برابری اجتماعی، قانون‌شکنان باید مجازات شوند و کالاها به صورتی منصفانه میان نیازمندان توزیع شود. متون قانونی مشخص می‌کردند که چه میزان برنج باید به طبقات مختلف نیازمندان داده شود؛ اینها برنجی بود که در مزارع اشتراکی تولید شده، و برای هدفهای رفاهی کنار گذاشته می‌شد. از ثروتمندان خواسته می‌شد تا فقیران را به خانه‌های خود راه دهند و از آنها مراقبت کنند یا دست کم در طعام خود با آنها شریک شوند؛ در سایر موارد، به فقیران برنج کافی داده می‌شد تا بتوانند برای خود غذایی طبخ کنند. برای موارد و شرایط خاص، سیاستهای تأدیبی به کار می‌رفت. برای مثال، چنانچه کسی که قانون‌شکنی می‌کرد کودکی بیش نبود که به تنهایی مسئولیت مراقبت از پدر و مادرش را برعهده داشت، قانون مقرر می‌کرد که متهم شود، نزد عموم شرم‌انده گردد، جریمه شود، و سپس آزاد گردد تا بتواند به تقبل مسئولیت خود در برابر پدر و مادرش ادامه دهد.

تا ۱۸۷۳، در نایی نام توئیک لوئیک^۱ (سند تاریخی حجیمی که ۳۸ کتاب را دربر می‌گرفت و به دست سلسله نگوین^۲ تدوین شده بود)^۳، هشت بار از تریاک نام برده شد. پادشاه اعلام کرد که «... تریاک را بیگانگان تهیه می‌کنند و به مردم احمق و کله‌شق می‌فروشند، و ماده‌ای است که عقل آدمی را نابود می‌کند.» مجازاتهای شدیدی برای استفاده‌کنندگان از تریاک، بی‌توجه به موقعیت اجتماعی آنها، منظور شد. «به دانشجویان و روشنفکرانی که به مواد مخدر آلوده باشند، یک سال برای بازتوانی مهلت داده می‌شود. و چنانچه به فعل خود باقی بمانند، نام آنها از فهرست نامزدها حذف می‌شود و هیچ یک از آنها اجازه نخواهد یافت در انتخابات خود (برای تصدی سمت‌های اداری) شرکت جوید.»

زندگی اجتماعی بر کنترل شخصی و همبستگی اشتراکی تأکید داشت. "فوآونگ"^۳

1. Nāii Nam Thōic Luic

2. Nguyen Kingdom

* ضبط نام‌های ویتنامی به فارسی، بناچار، تقریبی است - مترجم.

(پایین‌ترین واحد اداری در ویتنام امروز [دایره]) در آغاز به صورت تشکیلاتی تعاونی پدید آمد که مردم به واسطه آن به یکدیگر برای ساختن خانه، مراقبت از ناتوانان و بیماران، و تدفین مردگان کمک می‌کردند.

بنابراین، جامعه محلی، به خودی خود، یک واحد پایه‌ای رفاه اجتماعی بود. امروزه، "فوتونگ"، علاوه بر این که یک واحد اداری محسوب می‌شود، نهاد محلی مبارزه با فقر، پیشگیری از تبهکاری، حل مشکلات جامعه، و بنای حیات اجتماعی است. اما این بنیان رفاهی بر خدمات داوطلبانه مبتنی است و، بنابراین، تحول و توسعه آن در مناطق مختلف نامتوازن بوده است.

دوران استعمار فرانسه (۱۹۴۵ - ۱۸۶۲)

به مشکلات اجتماعی فوق، روسپی‌گری را هم باید اضافه کرد. این واقعیت که قدرت استعماری، استعمال تریاک را قانونی کرده بود نیز بر مشکلات دامن می‌زد. انحصار فروش الکل، نمک، و تریاک در اختیار مقامات استعاری بود. روسپی‌گری ترویج می‌شد تا در خدمت نظامیان و مقامات اداری فرانسوی و نیز دستیاران ویتنامی آنها باشد. بنا به آثار مربوط به آن دوره، روسپی‌گری در آن زمان در زمره تجارتهای بین‌المللی بود، و دختران خارجی (از رومانی، یونان، و دولت‌های بالکان) در ویتنام به آن اشتغال داشتند. مشکل دیگر مورد بحث، ازدواج زنان ویتنامی با مردان خارجی بود (نگوییان خائک ویشیان^۱، ۱۹۶۷).

با این همه، حکمرانان فرانسوی توجه چندانی به این مشکلات نشان نمی‌دادند. به جای آنها، به گونه‌ای که در سایر مستعمرات معمول بود، هیئت‌های مذهبی کاتولیک به تشکیل برخی مراکز مراقبتی، نظیر پرورشگاهها و خانه‌های سالمندان و معلولان، دست می‌زدند؛ در واقع، این الگوهای سازمان یافته را به کشور وارد می‌کردند. محققان غالباً نسبت به منطبق وارد کردن این الگوها ابراز تردید می‌کردند، زیرا جامعه سنتی و خانواده گسترده هنوز در نهایت یکپارچگی و قوت خود بود. در عین حال، ویتنام از فرانسوی‌ها به خاطر ایجاد مدارس نایبئیایان (در شهر هوشی‌مین) و مدارس ناشنوایان (لائویی تیاو^۲) سپاسگزار است؛ این مدارس را دولت ویتنام تحویل گرفت و نوسازی کرد و هنوز به فعالیت مشغول هستند. بازپروری روسپیان و جوانان

3. "Phông"

1. Nguyễn Khắc Việt

2. Lưu Thiệu

تبهکار نیز از فعالیتهای مثبت فرانسوی‌ها بود، زیرا به نشان دادن این واقعیت کمک کرد که به چیزی بیشتر از مجازات و طرد نیز نیاز هست. در عین حال، این فعالیت با کامیابی چندانی همراه نبود و آثار تحول بخش دیرپایی برجای نگذاشت.

توجه به این نکته اهمیت دارد که در آن دوره، کار اجتماعی منحصرأ در شمار مسئولیت نهادهای مذهبی قرار داشت. این موضوع هم جالب نظر است که هر چند فرانسوی‌ها راهبردهای سازمان یافته و بیگانه خود را برای حل مشکلات اجتماعی گسترش دادند - که اساساً بر گرایشهای خیریه و نیکوکاری پایه داشت - ویتنامی‌های انقلابی و وطن پرست کوشش می‌کردند شبکه‌هایی برای جوانان، دانش‌آموزان، و کارگران (درشکه‌رانان، کفاشان، نجاران، باربران) ایجاد کنند که غالباً عنوان "خدمات امدادی سرخ"^۱ داشت و در خدمت تنگدستان بود و مساعدتهای جمعی و مشترک تأمین می‌کرد. این نهضت، که به صورت زیرزمینی در دهه ۱۹۳۰ ولادت یافت، در سالهای بعد سرکوب شد؛ اما در طول تاریخ نشان داد که ویتنامی‌ها همواره رغبت و گرایش نیرومندی برای ایجاد و گسترش الگوهای مساعدت محلی دارند (نگویان تو اوآنه^۲ (۱۹۹۷)

دوران بعد از استعمار فرانسه در ویتنام جنوبی (۱۹۴۵ - ۱۹۵۴)

از ۱۹۴۵ تا ۱۹۷۵ فقط می‌توانیم درباره ویتنام جنوبی بحث کنیم؛ بعد از انقلاب ۱۹۴۵، تنها ویتنام شمالی دارای استقلال پایدار بود و از آنجا که تحت رژیم سوسیالیستی اداره می‌شد به توسعه کار اجتماعی نیازی نداشت. صلیب سرخ فرانسه به تشکیل پاره‌ای دوره‌های آموزشی کوتاه مدت در کشور زده بود، اما همه این کارها در زمان انقلاب متوقف شد؛ شمار اندکی از آموزش‌دیدگان آن دوره‌ها به جماعت پناهندگان جنوب پیوستند.

ویتنام جنوبی فقط برای چند هفته شاهد استقلال ملی بود. با آنکه یک دولت ویتنامی در جنوب تشکیل شد، این بخش از کشور هنوز تحت کنترل فرانسه قرار داشت. در عین حال، این دوره نه ساله (۱۹۴۵ - ۱۹۵۴) به جهاتی واجد اهمیت است زیرا، از یک سو، کار اجتماعی

1. "red relief services"

2. Nguyen Thò Oanh

حرفه‌ای در آن دوره شروع و یک اداره کل دولتی برای رفاه اجتماعی تأسیس شد و، از سوی دیگر، مدرسه خدمات اجتماعی کاریتاس^۱ تشکیل شد (۱۹۴۷)، که صلیب سرخ فرانسه آن را به راه انداخت و بعد به "مؤسسه دختران نیکوکار"^۲ تحویلش داد. این مؤسسه که تا ۱۹۷۵ فعال بود، کاملاً از الگوی فرانسوی پیروی می‌کرد.

نخستین «اداره اجتماعی»^۳ در حوزه بحث ما از سوی ژان کاسن^۴، اسقف فرانسوی، ایجاد شد تا به شهروندان فرانسه که قربانی انقلاب شده بودند کمک کند. این اداره، سپس در ۱۹۵۷، در اداره رسمی خدمات اجتماعی کنسولگری فرانسه ادغام شد. کار اصلی "اداره اجتماعی"، تحویل گرفتن و مراقبت از کودکان یتیم اروپایی - آسیایی بود. این ادارات خدمات اجتماعی جدید، علاوه بر مددجویان فرانسوی، به کارگران ویتنامی شاغل در شرکتهای بزرگ فرانسوی و شماری از کودکان یتیم، بیوه‌ها، و سالخوردگان نیز خدمت می‌کردند. تعداد اندکی از مددکاران اجتماعی زن نیز که دو سال آموزش دیده بودند وجود داشتند، اما در آن زمان هنوز برای جامعه ویتنام شناخته شده نبودند. جورج سیکالت^۵، معاون مدیرکل یونیسف، چنین می‌نویسد: "الگوی خدمات اجتماعی که در مستعمرات پیشین به کار گرفته شد، از گرایشهای ملی فاصله داشت و بر وضع میلیونها تنگدست، بی‌سواد، و بیکار فاقد تأثیر بود" (یونیسف، ۱۹۷۲). این نظر را بر راحتی می‌توان نسبت به تمام فعالیتهای اجتماعی که فرانسوی‌ها در آن زمان در ویتنام آغاز کردند تعمیم داد.

دوران استعمار جدید امریکایی‌ها (۱۹۵۴ - ۱۹۷۵)

کنفرانس ژنو در ۱۹۵۴، ویتنام را به دو کشور در طول مدار ۱۷ درجه جغرافیایی تقسیم کرد؛ ویتنام شمالی تحت رژیم سوسیالیستی قرار گرفت و ویتنام جنوبی به صورت بخشی از اردوگاه به اصطلاح آزاد درآمد. فرانسوی‌ها ویتنام جنوبی را ترک کردند، اما جای آنها را ارتش آمریکا و دستگاه عظیم «کمکهای ایالات متحد»^۶ گرفتند.

در نیمه نخستین آن دوران (۱۹۵۵ - ۱۹۶۵)، حدود ۱,۰۰۰,۰۰۰ نفر از شمالی‌ها به جنوب مهاجرت کردند؛ اکثر آنها کاتولیک بودند. بعدها براساس گزارشهای پنتاگون معلوم شد که این

1. Caritas School of Social Work

2. Daughters of Charity

3. Bureau Social

4. Jean Cassaigne

5. George Sicault

6. USAID

نهضت مهاجرت را سیا (CIA) سازمان داده بوده تا از احساسات ضد کمونیستی کاتولیک‌های ویتنامی بهره‌برداری کند؛ از این جماعت بعدها در جریان جنگ ضد کمونیستی استفاده شد. از همین رو، سازمانهای غیردولتی^۱ مهم امریکایی - نظیر خدمات امدادی کاتولیک^۲، کاره^۳، و کمیته نجات بین‌المللی^۴ آماده بودند تا به نهضت مزبور کمک کنند. مؤسسات دیگر اجتماعی و رفاه کودکان نظیر برنامه آموزش والدین^۵، صندوق مسیحی کودکان^۶، کمیته مرکزی منونایت^۷، و آدونیتست‌های روز هفتم^۸ - نیز کم‌وبیش بی‌درنگ شروع به پیروی از سازمانهای یادشده کردند. امداد و اسکان مهاجران به صورت فعالیت دخالت‌گرانه‌ای درآمد که تا پایان جنگ [امریکا و ویتنام، ۱۹۷۵] ادامه داشت. این فعالیت نه فقط شامل مهاجران شمالی بلکه شامل برنامه «شهرنشینی قهری»^۹ نیز بود؛ از طریق همین برنامه بود که میلیون‌ها تن ناچار شدند از مناطق روستایی به شهرها بکوچند؛ هدف از اجرای برنامه مزبور این بود که کار امریکایی‌ها را در پیگرد و جست و جوی چریک‌های کمونیست تسهیل کند تا بلکه جنبش انقلابی متوقف شود.

حضور امریکا باعث پدید آمدن مشکلات عظیم اجتماعی، نظیر روسپی‌گری، تبهکاری جوانان، شکل‌گیری باندهای جنایتکار، و اعتیاد به مواد مخدر شد. پایگاههای نظامی اشغالگران امریکایی کانون ترویج این بلیات بود. توجه چندانی به این مشکلات مبذول نمی‌شد، جز آنکه برنامه‌های محدود و اندکی برای آموزش جوانانی که به واکنش‌زنی کفش اشتغال داشتند برگزار گردید. دستگاههای عظیم رفاه اجتماعی (با صدها سازمان غیردولتی امریکایی، و بعدها سازمانهای غیردولتی بین‌المللی)، و میلیون‌ها دلاری که صرف «خدمات انسانی» می‌شد، صرفاً در خدمت «جنگی دیگر» بودند که جریان داشت. هدف از فعالیت امداد رسانی به مهاجران، زدودن آثار نبردهای مسلحانه‌ای بود که طرفین به شدت درگیر آنها بودند؛ هدف اصلی از برنامه «آرام‌سازی مناطق روستایی»^{۱۰} (که گاهی برنامه توسعه جوامع روستایی خوانده می‌شد)، «جلب جان و روان» مردم ویتنام به سوی جبهه امریکایی‌ها بود.

1. NGOs (non-government organizations)
2. Catholic Relief Services (CRS)
3. CARE (Cooperation for American Relief Everywhere)
4. IRC (International Rescue Committee)
5. Foster Parents Plan
6. Christian Children Fund
7. The Mennonite Central Committee
8. Seventh Day Adventists
9. "forced urbanization"
10. "rural pacification" programme

در جریان آخرین مراحل جنگ، در میان شهروندان امریکا مخالفت‌های شدیدی نسبت به برنامه‌های کمک جنگی وجود داشت. یکی از راههای تزریق پول به اقتصاد در حال مرگ ویتنام، اجرای برنامه‌های کمک رفاهی به کودکان بود. صدها سازمان غیردولتی محلی و بین‌المللی به کار پرداختند تا میلیونها دلار را در مدت زمانی کوتاه به مصرف رسانند. این جریان باعث بروز فساد و سوء استفاده از فعالیتهای رفاهی اجتماعی، بخصوص در حوزه کمک به کودکان شد. در عین حال، این پیامدهای نامطلوب ظاهراً باعث نگرانی کمک‌دهندگان نمی‌شد، زیرا برای آنها مهمترین موضوع این بود که پولها به هر ترتیب و از طریق هر نوع شبکه ممکن به ویتنام برسد. چه از طریق اعتبارات سازمانی یا جیب‌های گل و گشاد افراد خاص، و چه از راه نهادهای رفاهی و سازمانهای خیریه؛ تفاوتی نمی‌کرد.

جریانهای جالب توجهی که در آن دوران اتفاق افتاد، از جمله عبارت بود از به رسمیت شناختن و استخدام مددکاران اجتماعی آموزش دیده در مؤسسه کاریتاس از سوی ادارات دولتی و سازمانهای غیردولتی بین‌المللی، و بازگشت تعدادی از مددکاران اجتماعی حرفه‌ای و سرشناس آموزش دیده در کشورهای دیگر به ویتنام؛ از جمله، خانم تراآن تو کیم تیآن^۱ (مددکار اجتماعی از بلژیک)، خانم فان تو نگوئیک کووایی^۲ (فوق لیسانس مددکاری از امریکا)، و خانم نگوئیان تو اوناهه^۳، (لیسانس جامعه‌شناسی از امریکا). این هر سه در برنامه‌های مستقیم آموزشی و کارآموزی فعال بودند. دو نفر اخیر به تیم برنامه توسعه ملل متحد (یو ان دی پی)^۴ پیوستند تا «مدرسه ملی خدمات اجتماعی»^۵ را تأسیس کنند.

در آن دوره، تعدادی نهاد آموزشی مهم به مدرسه کاریتاس افزوده شد:

● مدرسه خدمات اجتماعی ارتش ویتنام، که در ۱۹۵۷ تأسیس شد و تحت مدیریت یکی از فارغ‌التحصیلان مدرسه کاریتاس قرار داشت. این مدرسه، هم برنامه‌های آموزشی دو ساله داشت (مثل کاریتاس) و هم دوره‌های آموزشی کوتاه مدت برگزار می‌کرد. حدود ۱,۵۰۰ نفر از آموزش‌دیدگان این مدرسه در واحدهای خانه‌سازی و طرحهای کمک خانواده و رفاه کودکان ارتش اشتغال داشتند.

● مدرسه خدمات اجتماعی جوانان بودایی، که اساساً تلاشی بود برای تربیت متصدیان امور

1. Traàn Thò Kim Tieán

2. Phan Thò Ngoïc Quòuì

3. Nguyeán Thò Oanh

4. UNDP (United Nation Development Programme)

5. National School of Social Work

توسعه روستایی، و بر الگوی چهار وجهی^۱ (کشاورزی- اقتصاد روستایی - بهداشت و درمان- تدبیر منزل) نهضت بازسازی روستایی فیلیپین^۲ تکیه داشت. تأکید آن بر ارزشهای فرهنگی و ظرفیتهای توسعه ویتنام بود.

● وزارت امور اجتماعی ویتنام، با همکاری یوان دی پی، یونیسف، و سایر مؤسسات وابسته به سازمان ملل متحد، در ۱۹۶۸ به تأسیس «مدرسه ملی خدمات اجتماعی» اقدام کرد. برنامه یک ساله آموزش مربیان این مدرسه، که هم برای دانشجویان و هم برای آموزگاران میدانی بود، بهترین مددکاران اجتماعی را که دوره‌های آموزشی دو ساله کاریتاس را طی کرده بودند و نیز صاحبان مدرک کارشناسی علوم اجتماعی را که به فعالیت‌های اجتماعی اشتغال داشتند استخدام کرد. نخستین دوره آموزشی منظم این مدرسه در ۱۹۷۲ شروع شد و شامل گروههایی از فارغ‌التحصیلان دو ساله و یک گروه از آموزش دیدگان برنامه‌های آموزشی یک ساله بود. دانشجویانی که به دریافت دیپلم^۳ آموزش دو ساله نائل می‌شدند، بعد از یک یا دو سال کار تجربی، باید دو سال دیگر آموزش می‌دیدند تا به دریافت مدرک کارشناسی (لیسانس) موفق شوند. برنامه‌های اجرایی این طرح تدوین شد، اما هرگز فرصت اجرا نیافت.

کار اجتماعی در آن زمان در دانشگاه دالات^۴ به عنوان یکی از رشته‌های تحصیلی شناخته شده بود و قرار بود در دانشگاه وان هانه^۵ در سایگون [هوشی مین سیتی کنونی] نیز برقرار شود. یک دانشگاه خصوصی سوم هم برنامه داشت تا دانشکده خدمات اجتماعی خود را تأسیس کند. تمام این برنامه‌های حرفه‌ای عملی و نظری، با پیروزی انقلاب، در آوریل ۱۹۷۵ متوقف شد. در آن زمان، برآورد می‌شد که حدود ۵۰۰ مددکار در دوره‌های آموزشی کوتاه مدت، حدود ۳۰۰ مددکار دارای مدرک دیپلم با دو سال آموزش، و ۲۰ تا ۲۵ مددکار اجتماعی دارای درجه کارشناسی علوم اجتماعی با یک سال آموزش به تحصیل مشغولند؛ به علاوه، ده تن از آموزش دیدگان دوره‌های کارشناسی ارشد (فوق لیسانس) و دکترا در دانشگاههای فیلیپین و یک دکتر آموزش دیده در امریکا نیز به تازگی به ویتنام بازگشته بودند.

«انجمن ویتنامی مددکاران اجتماعی»^۶ رسماً در سال ۱۹۷۰ تشکیل شد، و به «فدراسیون

-
1. Four - Facet 2. Philippines Rural Reconstruction Movement 3. diploma
4. Dalat University 5. Van Hanh University
6. Vietnamese Association of Social Workers (VNASW)

بین‌المللی مددکاران اجتماعی»^۱ پیوست. در همان زمان، کاریتاس و مدرسه ملی خدمات اجتماعی، هر دو، به عضویت «انجمن ویتنامی مددکاران اجتماعی» درآمدند. این انجمن، عضویت «شورای رفاه اجتماعی ویتنام»^۲ را داشت و در «شورای ملی اجتماعی - اقتصادی»^۳، که بتازگی تأسیس شده بود، صاحب کرسی شد. با آنکه نظام دولتی پیشین ویتنام صرفاً آلت دست قدرتهای بزرگ بود، پذیرفته شدن به شورای ملی نشانه موقعیت ممتازی به شمار می‌آمد که مددکاری اجتماعی حرفه‌ای در آن زمان در ویتنام کسب کرده بود.

هرچند رفاه اجتماعی و مددکاری اجتماعی به سرعت گسترش یافتند، آن دوران جنگی آکنده از تنگناها بود. بسیاری از مردم نسبت به اعتبار نظام رفاهی، که چنان آشکارا در خدمت نیروهای متجاوز قرار داشت، بدبین بودند. البته آنهایی که از آن نظام بهره‌مند می‌شدند چندان به واقعیت امور توجه نداشتند اما، از همان آغاز فعالیت نظام رفاهی، گروه کوچکی از حرفه‌ای‌ها و غیرحرفه‌ای‌های درگیر در فعالیتهای اجتماعی تصمیم گرفتند خود را در خدمت تنگدستان و قاطبه مردم قرار دهند. آشنایی نزدیک این گروه با درد و رنج خلق‌های روستایی و شهری به آنها کمک کرد تا بیهودگی جنگ را بهتر دریابند. تأملات این جماعت نسبت به مبارزات آزادی‌بخش باعث شد که به مواضعی ناسیونالیستی و ضدجنگ برسند. برخی تا به آنجا پیش رفتند که به انقلاب پیوستند؛ دیگران مواضعی مترقی اتخاذ کردند و آمادگی یافتند که در کشور باقی بمانند تا با انقلاب همکاری کنند و برای تحقق یک الگوی توسعه‌ی جانسین، که مظهر ارزشهای برابری و عدالت اجتماعی باشد، بکوشند.

تأملاتی در باب دوران استعمار و استعمار جدید

کار اجتماعی، نظیر دیگر فعالیتهای فنی و اجتماعی، به سبب دامنه‌گسترده دانش و روشهای عام و فراگیر خود، فی‌نفسه، چیز خوبی است. اما معرفت بنیادی فقط وقتی می‌تواند بارور شود که به شکل مناسب، در زمان درست و مکان درست به کار رود. این سخن بدین معنا است که وضعیت تکاملی علوم را باید در قیاس با شرایط اجتماعی - اقتصادی سنجد. در حوزه علوم فنی، این امر

1. International Federation of Social Workers (IFSW)

2. Vietnamese Council of Social Welfare

3. National Socio - Economic Council

کاملاً روشن است. تکنولوژی جدید نمی‌تواند به کشورهای در حال توسعه وارد شود، زیرا این کشورها فاقد زیربنای مناسب، سازمانهای کارآمد، و غیره هستند. به جای آن، از این کشورها غالباً به عنوان زباله‌دانی تکنولوژی‌های کهنه استفاده می‌شود، تکنولوژی‌هایی که کشورهای پیشرفته مایلند خود را از شر آنها خلاص کنند.

اما از آنجا که کار اجتماعی وجهی فرهنگی دارد، شناخت مشکلات آن و پیامدهای این مشکلات بسی دشوارتر است. برای مثال، می‌توان به ایجاد پرورشگاهها در دوران اولیه استعماری اشاره کرد؛ این پرورشگاهها را در زمانی به راه انداختند که خانواده‌های گسترده در جا وجود داشتند و حتی اجتماعات روستایی به راحتی می‌توانستند از کودکان بی‌سرپرست به طور کامل مراقبت کنند. با این حال، پدران و مادران تنگدست تدریجاً کودکان خود را به این پرورشگاهها سپردند و دلشان به این خیال خام خوش بود که فرزندان آنها وضع بهتری خواهند داشت. در طول سالیانی دراز، ویتنام دارای پرورشگاههای متعدد بود، همان مؤسسه‌هایی که در جریان جنگ با آمریکا عمدتاً به فکر جمع‌آوری کمکها و هدایای نقدی بودند نه آنکه به فکر بهزیستی و شادکامی کودکان باشند. حتی تا به امروز نیز مردم ویتنام مراقبتهای سازمانی را ترجیح می‌دهند، و بسیار دشوار است که مددکاران حرفه‌ای را به خدمت در داخل خانواده‌ها برانگیخت، زیرا مددکاری در خانواده‌ها طاقتفرساتر است و جبران مادی کمتری دارد.

در طول دوران استعمار فرانسه، الگوهای نامناسبی به کار گرفته شد که هرچند با حسن نیت همراه بود، به سبب فقدان بصیرت و دوراندیشی، آثار منفی پایداری برجای گذاشت. در زمان حضور امریکایی‌ها، از کار اجتماعی آشکارا برای هدفهای جنگی استفاده می‌شد. صدها سازمان غیردولتی در ویتنام وجود داشت که عمدتاً دلمشغول دریافت پول از برنامه‌های کمکی امریکا بودند. دامنه این برنامه‌ها بیش از آن گسترده بود که تکفل آنها از عهده دولت ویتنام برآید. نه تنها حضور ارتش امریکا، بلکه دامنه گسترده عملیات نظام رفاهی نیز که می‌خواست آثار منفی جنگ را تعدیل کند، بنیان برافکن بود زیرا باعث بروز فساد گسترده، رها کردن اطفال به امید مراقبتهای سازمانی، و حتی سوء استفاده از کمکهای مادی بین‌المللی شد.

با این همه، آن دوران زمانی بود که کار اجتماعی در ویتنام در بافت و ساخت توسعه ملی قرار گرفت. علت این تحول، سه رویداد همزمان بود: اول، بازگشت نخستین مددکاران اجتماعی

آموزش دیده از امریکا، اروپا، و آسیا. این مددکاران به دانش نظری کافی مجهز بودند و می توانستند به حرفه خود چشم اندازی گسترده تر دهند. برنامه های آموزش دو ساله اولیه نیز به دانشجویان مهارتهای عملی در مدد رسانی می داد. این برنامه ها در قالب الگوی فرانسوی قرار داشت، و کاری برای برانگیختن نهضت وطن پرستانه کسب استقلال ملی انجام نمی داد. این خود دانشجویان و دانش آموزان بودند که زبان و فرهنگ خویش را به خوبی می شناختند و می توانستند با دیدگاهی ملی به جنگ مشکلات بروند.

رویداد دوم، حضور گروه سازمان ملل متحد برای ایجاد نخستین مدرسه مددکاری اجتماعی بود. این جریان در زمانی اتفاق افتاد که دنیای خدمات اجتماعی داشت درهای خود را به روی مقوله توسعه ملی می گشود.

سومین رویداد درگیر شدن همان مددکاران اجتماعی آموزش دیده در نهضت آزادی بخش ملی بود؛ این جریان، انگیزه های نیرومند برای تلاش در راه برقراری یک الگوی ملی خدمات اجتماعی پدید آورد.

دوران سوسیالیستی، ۱۹۷۵ - ۲۰۰۰

در تاریخ بشر، بیست و پنج سال زمان کوتاهی است، اما آنهایی که انقلاب را زیستند، و شاهد دگرگونیهای ژرف در تمامی وجوه زندگی بودند، باید عمر خود را صرف کنند تا حتی بخشی کوچک از ماجرا را دریابند. در اینجا خواهیم کوشید تا به رغم بضاعت اندک خود مهمترین رویدادهای آن دوره را از دید یک مددکار اجتماعی بازگو کنیم. بدیهی است وقتی بخواهی تاریخ را فقط در چند صفحه توصیف کنی، از اشتباهها و حذفها و جاافتادگی ها گریزی نداری.

سایگون، پایتخت ویتنام جنوبی، به هنگام پیروزی انقلاب، شاهد آشوب سیاسی عظیم، سقوط پی در پی ایالت های مرکزی، خروج خارجیها، و فرار صاحبان قدرت و ثروتمندان ویتنام جنوبی به کشورهای دیگر بود. با این حال، در همان روز ۳۰ آوریل [۱۹۷۵] که کاخ استقلال به دست مبارزان افتاد، دگرگونیهای بنیادی روی داد. روز بعد، ادارات دولتی تعطیل بود یا به نیروهای انقلابی تحویل می شد. البته از آنجا که فعالیتهای رفاهی و کار اجتماعی پیوند نزدیکی با کمکهای خارجی داشتند، احساسات موافقی نسبت به آنها ابراز نمی شد. تمام خدمات

سازمانهای غیردولتی متوقف شد. در این میان، فقط نهادهای بزرگ نظیر کاریتاس و پرورشگاهها و خانه‌های سالمندان، تحت نظر مدیران دولتی جدید، به فعالیت خود ادامه دادند.

آن دوره را به آسانی می‌توان به دو مرحله تقسیم کرد:

● دوران ریاضت از ۱۹۷۵ تا ۱۹۸۵؛

● دوران تغییر^۱ و اصلاح از ۱۹۸۶ تا ۲۰۰۰

۱۹۷۵ - ۱۹۸۵، دوران ریاضت

در این دوره، کم و بیش همه فعالیتهای اجتماعی - اقتصادی موقتاً تعطیل شد. هزاران تن از افراد حرفه‌ای، و از جمله مددکاران اجتماعی، بیکار شدند.

از آنجا که تمامی علوم اجتماعی که ریشه غربی و بورژوایی داشت تحریم شد، سرنوشت مددکاری اجتماعی تیره و محکوم به فنا به نظر می‌رسید. به علاوه، باور بر این بود که به مجردی که سوسیالیسم استقرار یابد، جامعه دیگر مشکلی نخواهد داشت. در واقع، در ساختار تشکیلاتی آن زمان، هیچ‌کسی خارج از نظام - که شامل دولت، تعاونی‌ها، اتحادیه‌های کارگری، و سازمانهای توده‌ای (زنان، جوانان، روستاییان) بود - قرار نمی‌گرفت. هر یک از این نهادها مسئول رفاه و بهزیستی اعضای تشکیل دهنده خود بود. از لحاظ نظری، نیازی به کار اجتماعی و مددکاری اجتماعی وجود نداشت. در الگوهای شوروی و چین، خبری از مددکاران اجتماعی نبود. در اروپای شرقی و مرکزی نیز آنها حضوری بسیار کم‌رنگ داشتند.

بدین ترتیب، مددکاران اجتماعی، اعم از پیر و جوان، چاره‌ای نداشتند جز آنکه خود راه ادغام شدن در جامعه جدید را پیدا کنند. برخی، نظیر بخش بزرگی از جمعیت، ترک وطن گفتند. شماری از مددکاران جوان به اتحادیه‌های زنان و جوانان پیوستند. دیگران به آموزگاری، خدمت در کودکانستانها، و حتی روزنامه‌نگاری روی کردند. تعداد اندکی از آنها، که در مدرسه ملی مددکاری اجتماعی پیشین اشتغال داشتند، به ادارات جدید در جنوب پیوستند. در بین کسانی که تصمیم گرفتند در کشور باقی بمانند تا به مردم خدمت کنند، مددکارانی بودند که ظرفیت و مهارت زیادی برای سازگاری با اوضاع از خود نشان دادند و در اتحادیه‌های کارگری و مؤسسات

1. "Nōai mōhūi"

دولتی و بازرگانی به مقامات بالا رسیدند. مددکارانی که دوران آموزشی خود را به پایان نبرده بودند، به تحصیل در دیگر رشته‌ها پرداختند. از مددکاران دانشگاه دیده، فقط سه نفر در کشور باقی ماندند، که یکی از آنها مرده است. در نهایت، نویسنده این مقاله، تنها فردی با مدرک حرفه‌ای بود که در کشور باقی ماند.

چند هفته پس از روز آزادی، گروه کوچکی از مددکاران اجتماعی را به همکاری با معاون وزیری که مسئولیت رفاه اجتماعی با او بود هدایت کردم تا یک ارزیابی کلی از اوضاع به عمل آورده و پیشنهادهایی برای اقدام و عمل عرضه داریم. خانم بوئی تو متوا^۱، همان معاون وزیر، نسبت به افکار و اندیشه‌های حرفه‌ای برخوردار باز و مناسب داشت و نهایت تلاش را به کار برد تا در آن شرایط بی‌ثباتی شدید سیاسی به این افکار و اندیشه‌ها جامه عمل بپوشاند. دوران تصدی او، وقتی دوره دولت انقلابی [موقت] به سر رسید، پایان یافت. وی، اگرچه امروز بازنشسته شده است، هنوز از کار اجتماعی و مددکاران اجتماعی حرفه‌ای حمایت می‌کند. اما، در آن شرایط، وقتی هنوز بازنشسته نشده بود، کار زیادی نمی‌شد انجام داد.

من به مدت پنج سال به عنوان داوطلب در سازمانهای سیاسی مختلف کار کردم - نظیر انجمن روشنفکران وطن پرست^۲ (اکنون فدراسیون انجمنهای علمی و فنی)، کمیته همبستگی کاتولیک، و انجمن روانشناسی و آموزش، که خود از پایه گذارانش بودم.

در آغاز، به اتفاق مددکار فوق لیسانس دیگری که بعد ویتنام را ترک کرد، به عنوان پژوهشگر در «مؤسسه علوم اجتماعی» استخدام شدم، اما بعد از پنج سال آن کار را رها کردم تا به عنوان دستیار علمی به شغلی انعطاف پذیرتر در «کمیته شهری (اکنون وزارت) علوم و تکنولوژی» مشغول شوم. سپس، از ۱۹۸۵، قادر شدم تا به حیث فردی هر خدمتی را که از یک مددکار اجتماعی انتظار می‌رود ارائه دهم. ابتدا، ایجاد دوره‌های آموزشی ارتباط و کار گروهی برای اتحادیه جوانان شهر بود؛ سپس، به بررسیهای اجتماعی در باب آموزش بهداشت برای وزارت بهداشتی پرداختم. و اوضاع بر همین منوال ادامه یافت. باید بگویم که هر چند مددکاران اجتماعی در بخشهای مختلف به کار مشغول شدند، شماری از آنها که ذهنی مثبت تر داشتند، منظمأ با یکدیگر دیدار می‌کردند تا در شرایط جدید به هم کمک کنند.

1. Буфй Тод Меп

2. Association of Patriotic Intellectuals

۱۹۸۶ - ۲۰۰۰، دوران تغییر و اصلاح

در این دوره حادثه‌ای روی داد که کمک کرد تا مددکاری اجتماعی به عنوان یک حرفه به رسمیت شناخته شود. یک بار که از یکی از واحدهای روانکاوای منطقه‌ای دیدار می‌کردم، روانکاوای که در آلمان شرقی تحصیل کرده بود به من گفت که مددکاران اجتماعی از شمار اعضای تیم‌های پزشکی در بیمارستانها محسوب می‌شوند: «مددکاری حرفه خوب و مفیدی است.» متعاقب آن، از من دعوت شد تا به تشکیل دوره‌های آموزشی برای معلمان و مراقبت‌کنندگان کودکان عقب‌مانده ذهنی کمک کنم. نخستین باری بود که به عنوان «مددکار اجتماعی» معرفی شدم؛ تا آن زمان، و هنوز هم، غالباً مرا روانشناس یا جامعه‌شناس می‌خوانند.

تشکیل دوره‌های آموزشی فوق، که دفتری نیز برای مشاوره^۱ با دو روانکاو در جوار آنها وجود داشت، مهمترین مشارکت حرفه‌ای من بود؛ البته، مثل همیشه، کارم داوطلبانه بود.

بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰، یعنی زمانی که کشور شروع به گشودن دروازه‌های خود کرد و به اقتصاد بازار روی آورد، مشکلات اجتماعی که موقتاً ناپدید شده بود، بسرعت بروز دوباره یافت. نخست، مشکلات مربوط به کودکان فراموش شده مناطق شهری، روسپی‌گری، و مسائل دیگر بود، اما امروزه ویتنام با رشته‌ای گسترده از مسائل ناشی از نوسازی^۲ مواجهه است، مشکلاتی که با سرعتی غیرمنتظره‌ترش یافته است:

- فقر در مناطق شهری و روستایی؛
 - مهاجرت از روستا به شهر، که به بروز مشکلاتی چون پیدایش کودکان خیابانی، کارگران مهاجر، و ایجاد زاغه‌نشین‌ها منجر شده است؛
 - روسپی‌گری - زنانی که به داخل و خارج از کشور رفت و آمد دارند؛
 - مواد مخدر؛
 - ایدز؛
 - از هم گسستگی خانواده‌ها، به فراموشی سپرده شدن کودکان و سوء استفاده از آنها؛
- این مشکلات، نه فقط در شهرهای بزرگ بلکه در تمامی بخشهای کشور محسوس است، و دولت به شدت نگران آنها است. ویتنام اعلام کرده است که به اقتصاد بازار روی آورده اما

همچنان به گرایشهای سوسیالیستی پایبند است، یعنی استقلال اقتصادی و فرهنگی خود را تقویت می‌کند و در راه برقراری عدالت اجتماعی و رفاه مردم می‌کوشد. همه ما آگاهیم که این راه آسانی نیست و، از جهت ایدئولوژیکی، پیشینه‌ای ندارد. همچنین، دولت ویتنام از محدودیتهایی که در برخورد با مشکلات بکلی تازه دارد آگاه است. در عین حال، سازمانهای بین‌المللی که با دولت یا در ویتنام کار می‌کنند، از پایبندی دولت به رفاه مردم ستایش کرده‌اند. برنامه فقرزدایی^۱، که در سراسر کشور به اجرا درآمده است، نتایج مثبتی داشته است. ویتنام، که دومین کشوری بود که به کنوانسیون حقوق کودک^۲ پیوست، از نظر بهداشت عمومی، تأمین آب پاکیزه، مصون‌سازی، کاهش مرگ و میر کودکان، و کاهش بدغذایی به پیشرفت‌های آشکاری دست یافته است. حقوق کودکان، هر چند هنوز به‌طور کامل رعایت نمی‌شود، مقوله‌ای است که عموم مردم از آن آگاهند و این آگاهی آنها به شکلی محسوس افزایش یافته است.

اعتبارات بس ناچیز سیاست تأمین اجتماعی، به سبب همکاری داوطلبانه نهادهای مردمی زیر تا حدود زیادی تقویت می‌شود:

● صندوق امداد عمومی^۳ بسیاری از روزنامه‌ها، که از مشارکت‌های سخاوتمندانه خوانندگان برخوردار هستند. روزنامه‌ها نیز، به نوبه خود، در موارد خاص به دانشجویان، بیماران، و خانواده‌های تنگدست کمک می‌کنند؛

● برنامه‌های کمک هزینه تحصیلی محلی که میلیونها تن از شاگردان مدارس و دانشجویان دانشگاهها در سراسر کشور از آنها برخوردار هستند؛

● خوانندگان روزنامه‌ها به ساختن کلاسهای درس در مناطق دور افتاده نیز کمک می‌کنند؛

● انجمن حمایت از بیماران تنگدست^۴ چندین بیمارستان رایگان را در شهر هوشی‌مین سرپرستی می‌کند و به اجرای طرحهای جراحی رایگان در بسیاری از استانها اقدام کرده است که هزاران تن از کودکان معلول و سالخورده‌گانی که مشکل بینایی دارند از آنها بهره‌مند هستند؛

● انجمنهای جدیدی که برای حمایت از معلولان با حمایت فعالانه مردم تشکیل شده است؛

● نهضت داوطلبانه آموزش‌دیدگان کالج که برای مشارکت در توسعه روستایی به مناطق دور افتاده می‌روند؛

1. Poverty Alleviation Program

2. Convention of the Rights of the Child

3. public relief fund

4. Association for Poor Patients

● نهضتی که اخیراً برای بنای حیات مطلوب در اجتماعات سراسر کشور به راه افتاد، تا همین جا نخستین نتایج خود را بروز داده است؛ اما کار اجتماعی در کجای این تصویر قرار می‌گیرد؟ در آغاز، این طور به نظر می‌رسید که در خارج از جریان اصلی جامعه واقع است یا وضعی فرعی دارد، اما اندک اندک در برخی از مناطق کشور به عاملی مؤثر تبدیل شده است.

وجوهی از کار اجتماعی در ویتنام

قبل از هر چیز باید گفت که در زبان ویتنامی (کوانگ تائوک چائو هوآیی)^۱ کار اجتماعی عبارتی کلی و عام است که شامل انواع کارهای خوب و خیریه می‌شود. کارهایی که هر کسی می‌تواند به آنها دست زند. در نظام سوسیالیستی، علوم اجتماعی، علوم اجتماعی مدرن و کاربردی شناخته شده نیست. سوسیالیسم به اصطلاح «علمی»، هر چند از لحاظ تحلیل تحولات اجتماعی در سطح کلان بسیار عالی و رسا است، به سطوح ریز و خرد نمی‌پردازد. با این حال، تحت تأثیر آن، برای مدتی دراز نوعی برداشت اسفناک از مفهوم خودبستگی جا افتاده بود. مفهومی که فرض می‌شد می‌تواند تمام پدیده‌های اجتماعی را توضیح دهد. بنابراین، مشکلات اجتماعی از قبیل تبهکاری جوانان، روسپی‌گری، اعتیاد به مواد مخدر، و حتی شیوع بیماری ایدز را در غالب اوقات «فساد اجتماعی» می‌خواندند و می‌کوشیدند با سلاح اخلاقی و فشار افکار عمومی به جنگ آنها روند، نه آنکه با راهبردی علمی برای حل آنها بکوشند.

با این همه، در سالهای آخر دهه ۱۹۸۰، که مشکلات اجتماعی گسترش یافته بود، نیاز به کمک مددکاران اجتماعی احساس شد و از آنها درخواست همکاری کردند. در پاسخ، ما گروهی غیررسمی متشکل از ده دوازده نفر تشکیل دادیم تا به نیازهای جدید رسیدگی کنیم. از آنجا که نخستین طرف و همکار ما «بنیاد رفاهی کودکان»^۲ بود، اولین حوزه کار ما رسیدگی به وضع کودکان در شرایط دشوار بود. این بنیاد تازه تأسیس، نهادی محلی و سازمانی (شبه) غیردولتی بود و بنا به تقاضای ما، برای نخستین بار، یک مددکار حرفه‌ای استخدام کرد. طرفهای دیگر ما، کمیته‌های شهری و منطقه‌ای حمایت و مراقبت از کودکان بودند. سازمانهایی دولتی که ایضاً به

1. Công tác xã hội

2. Child Welfare Foundation

تازگی تشکیل شده بودند. امکان‌سنجی‌ها و بررسیهای مربوط به تدوین برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت و نیز ارزیابی طرحها، گروه ما را همه روزه مشغول می‌داشت. سپس، در ۱۹۸۹، خود را تحت عنوان «گروه پژوهش و آموزش خدمات اجتماعی»، وابسته به انجمن روانشناسی، رسمیت دادیم. در همان اوقات، از آنجا که ویتنام دومین کشوری بود که به کنوانسیون حقوق کودکان صحنه نهاد، نهادهایی چون «رفاه کودکان» و «فعالان حقوق کودک» بسربرآورد. به علاوه، طرحهای خلاق دیگری نیز شکل گرفت، از جمله تمرکز بر رشد کودکان، بررسی اجتماعی - اقتصادی اجتماعات مبدأ تا بتوان به کودکان برای بازگشت نزد خانواده‌هاشان کمک کرد، و برنامه‌ای پویا برای امداد شهری. اینها، جملگی، به برکت کمکهای مالی و فنی سازمانهایی غیردولتی نظیر «صندوق حمایت از کودکان» (بریتانیا)، «صندوق حمایت از کودکان» (سوئد)، و یونیسف امکان‌پذیر شدند؛ اما مشخصاً مهارتهای حرفه‌ای کارکنان محلی بود که نقش اصلی را در این جریان بازی می‌کرد. این را نیز باید گفت که پیشرفت‌ها عمدتاً در بخش خصوصی حاصل شد.

به موازات نخستین ارتباطی که با روانکاوان در باب طرحهای مربوط به کودکان عقب مانده ذهنی برقرار کردیم، با پزشکان دیگری نیز که به امور درمانی و آموزشی اجتماعات مردم علاقه‌مند بودند دیدار کردیم. از ما دعوت شد تا دوره‌های تعلیماتی مربوط به آموزشهای مشارکتی^۱ را در مرکز بهداشت دانشگاه هوشی مین اداره کنیم. این دوره‌ها برای مددکاران درمانی و آموزشگران برگزار می‌شد. از طریق همین دوره‌ها بود که علوم رفتاری و توسعه جامعه^۲ را در کالج پزشکی جدید شهر جا انداختیم. این کالج اکنون دارای یک بخش علوم رفتاری و توسعه جوامع است و یک کارشناس ارشد تمام وقت دارد. نخستین مورد بیماری ایدز در ۱۹۹۰، وقتی با مرکز بهداشت فوق همکاری داشتیم، شناسایی شد؛ از آن زمان به بعد، مددکاران اجتماعی همواره بر مبنای کار گهگاهی، هر وقت که از آنها تقاضا شده است، در تحقیقات و فعالیتهای آموزشی مربوط به وجوه اجتماعی این بیماری مشارکت داشته‌اند. همکاری مددکاری اجتماعی و بخش درمان واجد نتایجی کاملاً مثبت بوده است، بخصوص که دو نفر از مددکاران درجه فوق لیسانس خود را در علوم اجتماعی درمانی گرفته‌اند و چندین نفر از مددکاران حرفه‌ای جوان نیز در حوزه پیشگیری از ایدز کار می‌کنند. تا اینجا، فقط «مؤسسه قلب» است که کارشناسی برای

1. participatory education

2. Community development

بررسی موارد قلبی در اختیار دارد. این مؤسسه را فرانسوی‌ها اداره می‌کنند و اعمال جراحی آن رایگان است. از فکر برقراری دفتری برای خدمات اجتماعی در بیمارستانها، بخصوص در زمینه بیماری ایدز، استقبال می‌شود، اما هنوز از لحاظ اداری موانعی وجود دارد که به محدودیتهای بودجه‌ای و شرایط ناشی از این امر مربوط می‌شود.

مقاله‌ای که در ۱۹۹۰ در روزنامه نوشته شد موجب جلب توجه معاون اداره خدمات کشاورزی یکی از استانها (آن گیانگ)^۱ به مقوله توسعه جوامع گردید. شروع به برگزاری تعدادی دوره آموزشی برای کارکنان ترویج^۲ کردیم و، از آن زمان به بعد، این دوره‌ها به صورت رشته‌ای منظم در «مدرسه مدیریت امور اقتصادی و توسعه روستایی»^۳ دانشگاه آزاد هوشی مین (برای استانهای جنوبی) و «کالج کشاورزی و جنگلداری» همین دانشگاه برگزار می‌شود.

پزشکی از استان لونگ آن^۴ به واسطه مقاله دیگری که در یک بولتن خبری درمانی به انتشار درآمد، برانگیخته شد و برنامه‌ای موفقیت‌آمیز در زمینه آموزشهای بهداشتی، که برای روستاییان شرکت‌کننده امتیازاتی مالی در برداشت، به اجرا درآورد. این برنامه تاکنون به سایر استانهای جنوبی کشور گسترش یافته است. اخیراً یکی از مناطق بسیار فقیر در ویتنام مرکزی (کیو آنه، کوانونگ نگائویی)^۵ از سوی کمیته ملی فقرزدایی برگزیده شد تا گزارشی در باب «فقرزدایی پایدار از طریق توسعه اجتماعی»^۶ تنظیم کند. این جریان باعث شگفتی فراوان ما شد، زیرا گروه مسئول تدوین گزارش بتازگی در دوره‌های آموزشی شرکت کرده و با منابع مربوط آشنا شده بود. با این حال، تعداد زیادی از مناطق محلی کشور بسرعت از چنین کاری استقبال کردند.

کارها در شهر زمان بیشتری می‌گیرد، و امور مربوط به نوسازی شهری، جابه‌جایی‌ها، و غیره برای سالیانی چند بدون مشارکت مددکاران اجتماعی صورت می‌گرفت. یک سازمان غیردولتی بین‌المللی، به نام «اقدام برای بهبود محیط زیست در جهان سوم»^۷، از طریق طرحهای کوچک توسعه اجتماعی که بر حفاظت محیط زیست مبتنی بود، توجه مقامات محلی را به اهمیت

1. An Giang 2. extension workers

3. School of Management for Rural Economics and Development

4. Long An

5. Kyø Anh, Quatng Ngaõi

6. "Sustainable Poverty Alleviation Through Community Development"

7. Environmental Development Action in the Third World (ENDA)

مشارکت مردم جلب کرد. در ۱۹۹۰، برای نخستین بار به مفاهیم مشارکت اجتماعی و ظرفیت‌سازی، در برنامه راهبردی نوسازی شهری و بهبود محیط زیست ناحیه کانال (بخش شش شهر هوشی‌مین) اشاره شد. دلیل اصلی این کار این بود که برنامه مزبور فعالیتی مشترک بین دولتهای ویتنام و بلژیک است. تیمی متشکل از شش مددکار اجتماعی، دست در دست معماران، برنامه‌ریزان، و مهندسان به فعالیت پرداختند تا مردم را به مشارکت در بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی و زیست محیطی خویش برانگیزند.

در حال حاضر، مؤسسات بین‌المللی نظیر یو این دی پی و بانک جهانی به دنبال مددکاران اجتماعی هستند تا از آنها به عنوان ناظر اجتماعی و مشاور طرحهای مربوط به خدمات اجتماعی، خانه‌سازی، و برنامه‌های جابه‌جایی به منظور تشویق مشارکت مردم استفاده کنند. به طور کلی، گرایش و تأکید اولیه بر طرحهای توسعه اجتماعی است. امروزه، مسائل و مشکلات جدید نظیر اعتیاد به مواد مخدر و پیشگیری از بیماری ایدز مستلزم درمانهای کلینیکی است که ما برای آنها آمادگی نداریم. با این حال، یکی از مهمترین مراکز توانی معطادان به دست «سازمان جوانان پیشگام»^۱ اداره می‌شود که به اهمیت آموزشهای حرفه‌ای اعتقاد کامل دارد. از همین رو، کلیه مدیران آنجا از دانش‌آموختگان بخش مطالعات زنان دانشگاه آزاد شهر هوشی‌مین هستند. کامیابی نسبی این مرکز، نشانگر ضرورت آموزشهای حرفه‌ای است.

در چند سال گذشته، سازمانهای مهمی نظیر صلیب سرخ خواستار مشارکت ما در آموزشهای مددکاری در سطوح محلی و مرکزی شده‌اند. حدود ۱۰۰ تن از مقامات «اتحادیه ایالتی زنان»^۲ در دوره‌های مرکز مطالعات زنان یاد شده آموزش دیده‌اند. درصد قابل ملاحظه‌ای از دانشجویان از دختران و پسران جوان کاتولیک مذهب هستند، اما در سالیان اخیر جوانان بودایی نیز به آنها پیوسته‌اند. بنابراین، کار اجتماعی در ویتنام جنوبی اندک اندک راه خود را به بخشهای مختلف جامعه باز می‌کند.

در شرایط حاضر، آموزش کارکنان مقوله‌ای فوری و ضروری است. ما که زمانی فقط یک فوق لیسانس در رشته توسعه اجتماعی داشتیم، اکنون دارای ۱۴ نفر هستیم (۱۳ نفر در جنوب و یک نفر در شمال). تلاش ما بر این است که وجوه مختلف کار اجتماعی معرفی شود: خدمات اجتماعی عام، توسعه اجتماعی، و سیاست اجتماعی. تعدادی مشابه نیز دانشجو داریم که در

1. Avant Guard Youth Organisation

2. Provincial Women's Union

خارج از کشور به تحصیل یا گذراندن دوره‌های خاص مشغولند. به این جریان باید سرعت و گسترش داد تا آماده رویایی با مشکلات و مسائل جدید شویم.

گسترش خدمات اجتماعی در شمال تازه است (پنج یا شش سال بیشتر سابقه ندارد) و نیز آهنگی کندتر دارد. مشکل اصلی این است که، برخلاف جنوب، «بذرهایی» آماده پرورش در آنجا وجود نداشت؛ پویش عرصه‌های جدید در آن بخش از کشور نیز اساساً بسیار دشوار است. دوره‌های آموزشی در دانشگاه آنجا برقرار است و برنامه‌های کارآموزی بسیاری برگزار شده است، اما چنین به نظر می‌رسد که این حرکت دانشگاهیان و استادان در شمال کشور به سختی می‌تواند جا باز کند. کار اجتماعی را در آنجا به عنوان مقوله‌ای صرفاً نظری و موضوع درسهای دانشگاهی می‌دانند. اگرچه سازمانهای غیردولتی نقش مهمی در معرفی دیدگاههای حرفه‌ای در طرحهای خود ایفا می‌کنند، گسترش این دیدگاهها به سبب آنکه کارکنان محلی آنها مددکاران آموزش دیده نیستند با دشواری روبرو است. با این همه، این سازمانها نقش با ارزشی در تشویق و ترویج تجربیات جنوب داشته‌اند.

آنچه اکنون در شمال امیدبخش است، حضور گروهی ۱۵ نفره از معلمان و مربیان در دانشگاه شمال کشور، سازمانهای توده‌ای، و کالج‌ها و مؤسسات پژوهشی آن خطه است که آموزشهای پایه‌ای را در مددکاری طی کرده‌اند (در بخش مطالعات زنان یاد شده)؛ اعضای این گروه در بسیاری از دوره‌های آموزشی مشارکت کرده و در طرحهای میدانی فعالند. آنها، تا همین جا، به نحو فعال در امور آموزشی و مشاوره سازمانهای مردمی شرکت دارند. نخستین کسی که اخیراً از دانشگاه نیویورک در رشته مددکاری (فوق لیسانس) فارغ‌التحصیل شد، اکنون از مقامات کمیته مرکزی حزب کمونیست ویتنام است.

کالج مولیزا^۱ (وزارت کار و امور معلولان) اکنون دوره‌های آموزشی سه ساله برگزار می‌کند، اما متأسفانه هیچ یک از معلمان آن مددکار اجتماعی حرفه‌ای نیستند. کار میدانی هنوز در آنجا ناشناخته است، هر چند بی‌تردید بزودی زود آغاز خواهد شد. مشکل از آنجا سرچشمه می‌گیرد که کار اجتماعی را یا صرفاً مقوله‌ای نظری قلمداد می‌کنند یا کاری خیریه که همه کس می‌تواند آن را انجام دهد.

اکنون بر میزان مبادله و همکاریهای حرفه‌ای مشترک شمال و جنوب افزوده شده است. اقدامات اداری لازم صورت گرفته است تا مددکاری اجتماعی به عنوان یک رشته دانشگاهی به رسمیت شناخته شود. ما با امید و خوش‌بینی بر این باوریم که مددکاری اجتماعی در کشور بر جای خواهد ماند.

نتیجه‌گیری

کار اجتماعی به بخشی جدایی‌ناپذیر از دنیای مدرن تبدیل شده است. در همه جا وجود دارد، و احتمالاً به خاطر سودمندی و تأثیر آن در بسیاری از کشورهای سوسیالیستی پیشین و کنونی نیز جا باز کرده است. با این حال، مشکل ادغام کردن آن در بافت‌های اجتماعی سوسیالیستی به جای خود باقی است، و این مشکل را به آسانی نمی‌توان حل کرد. معرفی کار اجتماعی به الگوی امریکایی در کشورهای اروپای شرقی مرکزی و نیز معرفی الگوی هونگ کونگ در چین، علی‌رغم آنکه در همه این کشورها به رسمیت شناخته شده است، روندی ساده و آسان ندارد.

در ویتنام، قاطبه مردم به کار اجتماعی آشنایی کامل دارند، اما شناختن آن به عنوان یک رشته دانشگاهی تازه آغاز شده است. با این حال، تحولات درونی جامعه، و تلاشی که مددکاران اجتماعی آموزش دیده پیشین برای شروع دوباره کار اجتماعی به عمل می‌آورند، به ریشه‌دار شدن و پایداری آن کمک می‌کند. این جریان فقط از آن رو امکان‌پذیر شد که ما، در عین وفادار ماندن به اصول و ارزشهای کار اجتماعی، مصمم به کار در بافت اجتماعی - اقتصادی جدید بودیم. توجه ما به این نبود که «کار اجتماعی را چگونه دوباره شروع کنیم»، بلکه معطوف آن بودیم که چگونه با حداکثر دانش و مهارت خود به بهترین وجه به کشور خویش خدمت کنیم - حتی اگر نتوانیم خود را مددکار اجتماعی بنامیم. ما اصراری به کاربرد واژگان حرفه‌ای نداشتیم؛ به جای آن، کوشش می‌کردیم با استفاده از زبان موجود، ارزشها و اصول کار اجتماعی را بیان کنیم.

جای نهایت خوشوقتی است که بین ارزشهای کار اجتماعی و گرایشهای سوسیالیستی کنونی تضادی موجود نیست. یکی از اعضای اتحادیه جوانان کمونیست شهر هوشی‌مین، پس از

خواندن تعریف جدیدی که از کار اجتماعی تدوین کرده بودیم، چنین اظهار داشت: "این همان سوسیالیسم است". آری، ویتنام مشوق تمام ارزشهای مندرج در آن تعریف است. آنچه فاقد آنیم، تفاهم نسبت به چگونگی به اجرا درآوردن هدفهای مشترک است. ویتنام، در «مواضع سوسیالیستی» خود، خواستار استقلال ملی، هویت فرهنگی، عدالت اجتماعی، و دموکراسی است. موانع بسیاری وجود دارد، اما در ساختار کنونی عوامل بسیاری موجود است که از کار اجتماعی حمایت می‌کند.

با آنکه کار اجتماعی هنوز با موانع سخت و سنگینی روبرو است، مهارتی که برای رسیدگی به مشکلات و دسترسی به نتایج قابل قبول، بخصوص در عرصه‌های ارتباطات آزاد، مشارکت توده‌ای، فنون رهبری، و غیره نشان داده است، نیاز به آن را روزبه‌روز محسوس‌تر می‌کند. توسعه اجتماعی به مثابه راهبردی برای فقرزدایی و نوسازی مناطق شهری مورد استفاده قرار گرفته است. اکنون کار اجتماعی کلینیکی بیشتری وجود دارد و مشاوره اندک اندک مورد پذیرش قرار گرفته است و به آن به صورت عامل حل مشکلات جدید نظیر فروپاشی خانواده‌ها، اعتیاد، و روسپی‌گری می‌نگرند.

به نسبتی که سازمانهای توده‌ای با فلسفه و روشهای کار اجتماعی آشنا تر می‌شوند، استفاده آنها از آن بیشتر می‌شود، و این امر می‌تواند ویتنام را در قالب نظام رفاه اجتماعی خود به میزان کمتری از عرضه خدمات دولتی رهنمون شود، که اکنون در بسیاری از کشورهای پیشرفته (بخصوص از نظر ظرفیت‌سازی) بار سنگینی بر دولتها تحمیل می‌کند. با آنکه کار اجتماعی اکنون در ویتنام وضعیت دشواری دارد، بی‌گمان تاریخ نشان خواهد داد که در ساختن و نو کردن کشور چه نقش مهمی بازی کرده است.

منابع

Nguyeãn Thò Oanh (1977). *Saygon - Ho chi Minh City 300 years.*

UNICEF (1972). *Les Carnets de l'Enfance* 19: 7-9.

Nguyeãn Khaèc Vieän (1967). *Võõng Hoàng Seàn - 1943.*

منشور حقوق بیمار*

گزینش و ترجمه دکتر علی حسن زاده

مقدمه

امروزه رابطه بین پزشکان با بیماران، در بُعد وسیعتر جامعه تغییرات قابل ملاحظه‌ای کرده است. در عین اینکه یک پزشک همواره می‌بایست بر اساس وجدان خود عمل کند، در عین حال ضمن در نظر گرفتن علائق بیماران خود، تلاشی برابر در جهت تضمین استقلال رأی و نزدیک به عدالت بیماران خود به عمل می‌آورد.

اتحادیه جهانی پزشکی^۱ در سی و چهارمین مجمع عمومی خود که در سپتامبر سال ۱۹۸۱

* Patient's bill of rights

1. World Medical Association (WMA)

WMA یک سازمان بین‌المللی است که نماینده پزشکان جهان می‌باشد. این سازمان در ۱۸ سپتامبر ۱۹۴۷ با حضور پزشکیان از ۲۷ کشور جهان در پاریس تشکیل شد تا حفظ استقلال پزشکان و اشتغال در محیط‌های کاری دارای بالاترین استاندارد ممکن را در همه حال ضمن رعایت رفتارهای اخلاقی تضمین نماید. این شرایط در وضعیت بعد از جنگ جهانی دوم بسیار مهم و حساس بود و بنابراین WMA کنفدراسیونی از اتحادیه‌های پزشکی آزاد در سراسر جهان است که هم‌اکنون ۷۰ کشور عضو آن هستند. هدف اتحادیه خدمت به بشریت است به گونه‌ای که بتواند در دستیابی به بالاترین استانداردهای بین‌المللی در آموزش پزشکی، علوم پزشکی، اخلاقیات و هنر پزشکی و مراقبت‌های سلامتی برای کل جمعیت پیشتاز باشد. اتحادیه بعنوان یک شکل صنفی فعالیت‌های ذیل را انجام می‌دهد:

- نمایندگی صاحبان حرف پزشکی در جهان
- تدوین و اجرای استانداردها شامل استانداردهای اخلاقی، رفتاری، کلینیکی و آموزشی این حرفه
- ارائه خط‌مشی بهداشت عمومی به گونه‌ای که دسترسی بیماران را به مراقبت‌های دارای کیفیت بالاتر تضمین نماید. ←

در لیسن پرتقال برگزار شد اعلامیه حقوق بیمار را به تصویب رسانده و در چهل و هفتمین نشست مجمع عمومی در بالی اندونزی (سپتامبر ۱۹۹۵) اصلاحاتی را به آن اضافه کرد. پزشکان و سایر دارندگان حرف پزشکی که درگیر این مراقبتهای درمانی برای بیماران خود هستند، مسئولیت مشترکی در جهت شناسایی و حفظ این حقوق برعهده دارند و بنابراین تحت هر شرایطی چه به موجب قانون و چه بدنبال اقدامات حکومتی و چه به لحاظ عملکرد مؤسسات و نهادها این حقوق در معرض مخاطره قرار گیرد، این پزشکان هستند که بایستی اقدامات مناسبی در جهت تضمین و برقراری حقوق بیمار را تعقیب کرده و به موقع اجرا گذارند.

ناگفته پیداست که در مقوله تحقیقات زیستی پزشکی^۱ که درگیر با موضوعات انسانی است و حتی شامل تحقیقات غیردرمانی نیز می شود، این منشور جاری است. همانند زمانی که بیمار تحت مراقبت درمانی قرار می گیرد.

بخش اول. اصول حقوق بیمار:

۱. حق برخورداری از مراقبتهای درمانی دارای کیفیت مناسب

- هر فردی بدون تبعیض حق برخورداری از مراقبت درمانی مناسب را دارد.
- هر بیماری حق دارد توسط پزشکی تحت مراقبت قرار گیرد که در تصمیمات و اقدامات درمانی کاملاً آزاد است و تحت فشار و محدودیت هیچگونه مداخله گری بیرونی نیست.
- بیمار همیشه باید در سازگاری با بیشترین تمایلاتش تحت درمان قرار گیرد و این درمان بایستی در سازگاری با اصول عمومی و ثابت شده درمانی باشد.

→

- ایجاد دموکراسی در حرف پزشکی و وابسته به آن، در دموکراسیهای جدید و در حال توسعه، به گونه ای که این اتحادیه در خصوص آزاد نمودن پزشکی که بدون دلیل در کشورهای مختلف بازداشت شده اند مبارزه می کند.
- تأکید بر حمایت از علائق مشترک بین بیماران و پزشکان
- توسعه دانش و اطلاعات بمنظور بهینه سازی استانداردهای مراقبت های درمانی
- WMA نقش مشاوره را برای سازمانهای بین المللی مانند «شورای اروپا CE» و شورای اجتماعی اقتصادی سازمان ملل متحد Ecosoc، ایفا کرده و با سازمانهای بین المللی ذیل همکاری دارد:
- اتحادیه توسعه علوم آمریکا (AAAS)، اتحادیه پزشکی کشورهای مشترک انسان المنافع CMA، کنفدراسیون اتحادیه های پزشکی آسیا و اقیانوسیه CMMO، شورای سازمانهای بین المللی علوم پزشکی CIOMS، کمیته بین المللی صلیب سرخ جهانی ICRC، فدراسیون بین المللی دندان IDF، و ده ها سازمان دیگر بین المللی

1. Bio medical research

- اطمینان از کیفیت^۱ همیشه بایستی بخشی از مراقبتهای سلامتی باشد. پزشکان بایستی این مسئولیت را بپذیرند که نگاهبان کیفیت خدمات درمانی باشند.
- در شرایطی که ایجاب می‌کند به لحاظ محدودیت عرضه، انتخاب بین بیماران بالقوه برای درمانهای خاص صورت پذیرد کلیه بیماران واجد شرایط بایستی به روش مناسبی مورد انتخاب قرار گرفته و این انتخاب مبتنی بر شرایط و ویژگیهای پزشکی درمانی باشد و هیچگونه تبعیضی صورت نگیرد.

۲. حق آزادی انتخاب پزشک معالج

- بیمار حق دارد پزشک، بیمارستان و یا مؤسسه فراهم کننده خدمت خود را به طور آزادانه انتخاب کرده و آنرا تغییر دهد.
- بیمار حق دارد در هر مرحله از درمان خود، نظر پزشکی غیر از پزشک معالج خود را اخذ نماید.

۳. حق استقلال رأی^۲

- بیمار حق دارد درباره مسائل مربوط به خود آزادانه تصمیم بگیرد و پزشک موظف است بیمار را از عواقب تصمیمش آگاه سازد.
- هر بیمار عاقل، بالغ و آگاه^۳ (غیرمجنون یا عقب افتاده ذهنی) حق دارد انجام هرگونه درمان یا فرآیند تشخیصی درمانی را در مورد خود بپذیرد یا نپذیرد. هر بیمار حق دارد از اطلاعات لازم به منظور اتخاذ تصمیم در خصوص نحوه درمان خود برخوردار باشد. بیمار بایستی بوضوح بفهمد که هدف از انجام هرگونه آزمایش یا درمان چیست، چه نتایجی بدنبال دارد و عواقب عدم انجام درمان یا آزمایش چه می‌تواند باشد؟
- بیمار حق دارد در پروژه تحقیقاتی یا آموزش پزشکی شرکت کند و یا از انجام تحقیق یا آموزش بر روی خود ممانعت به عمل آورد.
- مورد بیمارانی که هوشیاری خود را از دست داده‌اند^۴
- در شرایطی که بیمار هوشیاری خود را از دست داده و یا قادر به بیان تمایلات و خواسته‌های خود نیست، در هر زمان که ممکن باشد باید رضایت‌نامه درمانی از وی یا نماینده قانونی وی گرفته شود.

1. Quality Assurance

2. Self determination

3. Mentally Competent adult

4. Unconscious Patient

- در صورتی که نماینده قانونی بیمار در دسترس نبوده و انجام مداخله درمانی اضطراری است فرض بر رضایت بیمار گذاشته شده و اقدام درمانی صورت می‌پذیرد مگر اینکه شواهدی دال بر این امر در دست باشد که بیمار در صورتی که هوشیاری خود را از دست نداده بود، بی‌تردید با انجام چنین درمانی مخالفت می‌کرد.
- پزشکان بایستی در همه حال تلاش کنند تا زندگی و حیات بیماری را که به دنبال اقدام به خودکشی هوشیاری خود را از دست داده است، حفظ کنند.
- مورد بیمارانی که به لحاظ قانونی قدرت و توانایی تصمیم‌گیری ندارند
- در خصوص بیمارانی که به لحاظ قانونی تمامی یا بخشی از توانایی ابراز رضایت خود را ندارند، بایستی از وکیل یا نماینده قانونی آنها رضایت‌نامه گرفته شود. مع هذا، اطلاعات لازم را به اندازه ظرفیت تصمیم‌گیری بایستی در اختیار بیمار قرار داد.
- در صورتی که بیماری به لحاظ قانونی اجازه تصمیم‌گیری ندارد ولی می‌تواند تصمیمات منطقی اتخاذ کند، بایستی به نظرات وی احترام گذاشته شده و این حق به وی داده شود که از افشای اسرار بیماری او در نزد نماینده قانونی وی جلوگیری به عمل آید.
- در مواردی که نماینده قانونی یا وکیل بیمار از انجام اقدام درمانی که به نظر پزشک به صلاح بیمار است مخالفت کند، پزشک موظف است نظر خود را با نماینده یا نهاد قانونی بیمار به چالش گذارد و در موارد اضطراری علی‌رغم مخالفت نماینده قانونی اقدامی را که فکر می‌کند به صلاح بیمار است انجام دهد.
- در مورد روشهای درمانی که بیمار تمایلی به انجام آنها ندارد
- اقدامات تشخیصی و درمانی که بیمار تمایلی به انجام آنها ندارد تنها در شرایط استثنائی و مواردی قابل انجام است که پزشک قانوناً موظف به انجام آن است و یا مطابق با اصول اخلاق پزشکی است.
- حق برخورداری از اطلاعات
- بیمار این حق را دارد از کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده پزشکی خود، از جمله وضعیت سلامتش که شامل حقایق پزشکی درمانی نیز هست، مطلع باشد. در عین حال اطلاعات محرمانه مربوط به شخص ثالث (نهاد یا فرد واسطی که با بیمار در ارتباط است) را که در پرونده پزشکی بیمار ثبت است بدون رضایت شخص ثالث نبایستی در اختیار بیمار قرار داد.
- در موارد استثنائی ممکن است از ارائه اطلاعاتی که سلامت بیمار را در معرض مخاطره جدی قرار می‌دهد یا دلیل منطقی و قانع‌کننده‌ای برای عدم ارائه آن وجود دارد، به بیمار خودداری شود.

● اطلاعات بایستی به روشی مناسب و مطابق با فرهنگ بیمار و به گونه‌ای که آن را بفهمد، در اختیارش گذارده شود.

● بیمار این حق را دارد که بنا به تصریح خود از بیماری و سایر حقایق مربوط به آن مطلع نشود مگر اینکه لازم باشد به لحاظ حفاظت از حیات و زندگی فردی دیگر، این اطلاعات در اختیار بیمار قرار گیرد.

● بیمار این حق را دارد که افرادی را که لازم است به نمایندگی از وی از جزئیات بیماری و موارد مربوط به آن مطلع باشند انتخاب کند.

۵. حق سری بودن اطلاعات

● کلیه اطلاعات قابل شناسایی در خصوص وضعیت سلامتی بیمار، پرونده پزشکی، تشخیص، پیش آگهی، درمان و سایر اطلاعاتی که شخصی تلقی می‌شود حتی بعد از مرگ وی، باید محرمانه باقی بماند به استثناء نزدیکان و بازماندگان بیمار که این حق را دارند از وضعیت و مخاطراتی که در این رابطه به سلامت آنان مربوط می‌شود مطلع شوند.

● اطلاعات محرمانه فقط در صورتی می‌تواند افشا شود که بیمار بصراحت مجاز بودن آن را اعلام کرده باشد و موکداً به موجب قانون چنین امری مجاز فرض شده باشد؛ اطلاعات برای سایر فراهم‌کنندگان خدمات سلامتی فقط در حد «نیاز به داشتن» آن اطلاعات مجاز شمرده می‌شود مگر اینکه بیمار در این خصوص تصریحاً نظری اعلام کرده باشد.

● کلیه داده‌های قابل شناسایی بیمار بایستی حفاظت شود و روش حفاظت بایستی متناسب با روش نگهداری آن باشد. در خصوص موارد انسانی نیز که می‌توان از آن داده‌های قابل شناسایی به دست آورد به همین طریق عمل می‌شود.

۶. حق برخورداری از آموزش سلامت (بهداشت)

هر فردی این حق را دارد که آموزش بهداشتی لازم را، که بتواند به وی در خصوص انتخاب بین گزینه‌های مربوط به سلامت انفرادی یا خدمات بهداشتی درمانی موجود کمک کند، دریافت دارد.

این آموزش، بایستی حاوی مطالبی باشد که اطلاعات لازم را در خصوص سبک زندگی سالم و روشهای پیشگیری و شناسایی پیش رس بیماریها، در اختیار وی قرار دهد. بایستی بر مسئولیت شخصی هر فرد در خصوص سلامتشان تأکید شود. لازم است پزشکان مشارکت فعالی در اقدامات آموزشی برای بیمار برعهده داشته باشند.

۷. حق داشتن آرامش^۱ و خصوصی تلقی شدن کلیه اقدامات انجام شده برای وی

- به حق حفظ آرامش و خصوصی بودن اقدامات انجام شده برای بیمار، چه در موارد درمانی و چه موارد آموزشی، ضمن در نظر گرفتن ارزشها و فرهنگ وی، باید احترام گذاشته شود.
- بیمار در حد دانش جاری پزشکی، بایستی مشمول اقدامات رفع کننده دردها و آلام خود باشد.
- هر بیماری، مشمول «مراقبت‌های نهایی انسانی»^۲ بوده و لازم است کلیه مساعدتهای موجود را به منظور مرگ آرام و راحت تا حد ممکن دریافت کند.

۸. حق برخورداری از مساعدتهای مذهبی

هر بیماری حق دارد مساعدتهای لازم از روحانی مذهبی مورد انتخاب خود را به منظور آرامش روحی و اخلاقی خود دریافت کند.

بخش دوم. منشور حقوق بیمار از دیدگاه اتحادیه بیمارستانهای آمریکا

منشور حقوق بیمار در سال ۱۹۷۳ توسط اتحادیه بیمارستانهای آمریکا پذیرفته شد که به دنبال آن به محض بستری شدن بیمار یک نسخه در اختیار وی گذاشته می‌شود؛ این حقوق در سال ۱۹۹۲ مورد بازنگری قرار گرفت. در این رابطه حقوق ذیل بر بیمار متصور است:

۱. بیمار حق دارد مراقبتهای محترمانه و قابل توجه دریافت دارد. در این رابطه بایستی اطلاعات روزآمد درخصوص تشخیص، درمان و پیش‌آگهی بیماری در اختیار بیمار قرار گیرد و در صورتی که از نظر پزشکی ایجاب کند بیمار در خصوص موارد فوق مطلع نباشد، اینگونه اطلاعات بایستی در اختیار نماینده وی قرار داده شود.

۲. بیمار حق دارد اطلاعات کافی و صحیح در خصوص درمان خود داشته باشد و این اطلاعات بایستی توسط پزشک معالج در اختیار وی قرار گیرد، مگر در موارد اورژانس که احتمال وقوع خطر برای بیمار وجود دارد.

۳. بیمار حق دارد از قبول درمان پیشنهادی تا حدی که قانون اجازه می‌دهد امتناع کند.

۴. بیمار حق دارد در خصوص سرانه درمانی خود از خصوصی و محرمانه بودن آن شامل مشاوره‌ها، معاینات و... اطمینان حاصل کند.

۵. بیمار حق دارد از محرمانه بودن مستندات و موارد ثبت شده در پرونده خود اطمینان داشته باشد.

1. Dignity

2. Humman terminal Care

۶. بیمار حق دارد از بیمارستان انتظار داشته باشد که خدمات مورد تقاضای وی به صورت منطقی برآورده شود و در موارد اورژانس خدمات ارجاع مناسب در اختیار وی قرار گیرد. در همین ارتباط وی حق دارد از چگونگی ارتباط بین بیمارستان مبدأ و مقصد، رابطه بین کارکنان پزشکی، وضعیت آموزشی و سایر مواردی که مراقبت درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد مطلع باشد.
۷. بیمار حق دارد بداند تحت پوشش پروژه‌های مطالعاتی و آزمایشی است یا خیر، و حق دارد از شرکت در چنان پروژه‌ای امتناع ورزد.
۸. بیمار حق دارد مراقبت درمانی را به طور مستقیم دریافت کند و وقت معاینه و آزمایشهای مورد لزوم را از قبل بداند و در خصوص ادامه درمان بعد از ترخیص، اطلاعات کافی در اختیار داشته باشد.
۹. بیمار حق دارد از صورتحساب تفصیلی معاینه و درمان خود اطلاع داشته باشد - چه صورتحساب توسط خود وی پرداخت شود و چه توسط شخص ثالث.
۱۰. بیمار حق دارد بداند چه قوانین و مقرراتی در خصوص درمان وی از طرف بیمارستان جاری می‌شود. حقوقی که از دیدگاه اتحادیه بیمارستانهای آمریکا بر بیماران مترتب است شامل بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه (ICU) نیز می‌شود.

بخش سوم. حقوق بیماران بستری در آسایشگاهها^۱

۱. در خصوص احترام به آسایش و آرامش بیمار، وی حق دارد که:
- رابطه وی با سازمانهای آسایشگاهی بر مبنای صداقت و رعایت استانداردهای اخلاقی باشد.
 - در خصوص روشهای درمانی که می‌تواند به لحاظ نحوه درمان و مراقبت، شکایاتی را بدنبال داشته باشد، اطلاع حاصل کند و در خصوص چگونگی تسلیم اعتراض مطلع شود.
۲. در خصوص اتخاذ تصمیم پزشکی، بیمار حق دارد:
- به طور مکتوب از اقدامات مراقبتی که برای وی فراهم می‌شود و از دفعات تکرار آن مطلع باشد.
 - در خصوص هرگونه تغییر در نحوه مراقبت مورد مشورت قرار گیرد و در آن مشارکت داشته باشد.
 - از قبول خدمتی امتناع ورزد و عواقب آن را بشناسد.
 - بدون ترس و واهمه، تغییر مراقب خود را درخواست کند.

۳. بیمار حق دارد بخواهد:
- از افشای اسرار درمانی، اجتماعی و مالی وی و آنچه در خانه وی می‌گذرد خودداری شود مگر در مواردی که قانون تکلیف کرده است.
 - ۴. بیمار از نظر مالی حق دارد:
 - در خصوص پرداختهای ماهانه خود مطلع باشد و از هرگونه کمکی که در این رابطه می‌تواند دریافت دارد، اطلاع حاصل کند.
 - در خصوص مواردی که توسط بیمه پوشش داده نمی‌شود مطلع شود و از کلیه اقلام هزینه صورت‌حساب خود (اعم از تحت پوشش بیمه و غیربیمه) مطلع شود.
 - در عرض حداقل ۱۵ روز کاری از هرگونه تغییر در تعرفه خدمات مطلع شود (به طور شفاهی یا کتبی)
 - ۵. در خصوص کیفیت مراقبتها بیمار حق دارد:
 - مراقبت با بالاترین کیفیت را دریافت کند.
 - در صورتی در آسایشگاه بستری شود که کلیه اقدامات حمایتی و درمانی به لحاظ حفظ و تقویت سلامت وی فراهم شده باشد.
 - به او گفته شود که در موارد اضطراری چه باید بکند.
 - ۶. سیستم اجرایی آسایشگاه این تضمین را بدهد که:
 - کلیه اقدامات درمانی مربوط به آسایشگاه در هماهنگی با دستورات پزشک معالج برای بیمار فراهم می‌شود.
 - کلیه خدمات درمانی توسط مراجعان کارآزموده و ماهر و صلاحیت‌دار برای وی فراهم شود.

بخش چهارم، حقوق بیماران روانی

این حقوق در آمریکا توسط نه‌گروه حرفه‌ای متشکل از اتحادیه ازدواج و مشاوره خانواده، اتحادیه مشاورین، آکادمی مشاورین خانواده، اتحادیه روانپزشکان، اتحادیه پرستاران بیماران روانی، اتحادیه روانشناسان، فدراسیون مددکاران اجتماعی و اتحادیه ملی بیماران روانی مورد تأیید قرار گرفته است.

۱. مزایا

- افراد حق دارند اطلاعات لازم در خصوص آنچه خریداری می‌کنند، به دست آورند - به گونه‌ای

- که بیانگر نوع پوشش بیمه‌ای، نحوه مراقبت روانی و شرح چگونگی خدمات قابل ارائه به صورت شفاهی و مکتوب باشد.
۲. مهارت‌های حرفه‌ای
- بیمار حق دارد از قابلیت‌های حرفه‌ای، روش و مهارت‌های افرادی که درمان را برای وی فراهم می‌کنند اطلاعات کافی داشته باشد.
 - ۳. حفظ اسرار پزشکی
 - افراد حق دارند بخواهند اسرار پزشکی آنها محرمانه تلقی شود (در خصوص وضعیت سلامت روانی، اعتیاد و...); در خصوص تبادل الکترونیکی داده‌ها بایستی از فن‌آوری‌هایی استفاده شود که امکان افشای اسرار بیمار را به حداقل برساند.
 - ۴. حق انتخاب
 - بیماران حق دارند کارکنان و پزشکان معالج خود را در زمینه بیماری‌های روانی انتخاب کنند و از میزان دانش آنان و همچنین هزینه‌های ایجاد شده مطلع باشند.
 - ۵. تعیین نوع درمان
 - اقدامات لازم برای درمان بیماری روانی و اعتیاد فقط بایستی توسط افراد صلاحیت‌دار و خبره در این امور انجام شده و نبایستی درمان با نظر اشخاص ثالث برای بیمار انجام شود.
 - ۶. بیمار حق دارد در خصوص بیماری روانی و اعتیاد خود، درمان را به صورتی دریافت کند که برای سایر بیمارها ارائه می‌شود.
 - ۷. بیماران روانی و معتادان در صورت جستجو برای دریافت مزایای ازکارافتادگی یا مزایای بیمه بهداشتی نبایستی مورد مواخذه قرار گیرند و ارائه خدمات برای آنان صرف‌نظر از نژاد، رنگ پوست، مذهب، ملیت، نحوه نگرش جنسی، سن، جنس و ناتوانی فراهم شود.
 - ۸. بازنگری در درمان
 - به منظور تضمین فرایند درمانی و مناسب و ارزشمند بودن آن لازم است این اطمینان به بیمار داده شود که بازنگری توسط افراد صلاحیت‌دار و در صورت لزوم به صورت شورایی فراهم می‌شود و در این بازنگری هیچگونه انگیزه مالی در انتخاب نوع درمان برای بیمار دخالت ندارد.
 - ۹. پاسخگویی
 - گروه درمانگر بیمار در مقابل هرگونه صدمه سهوی در برابر بیمار پاسخگو است و بایستی کلیه

اقدامات خود را مستند کند. سیستم بیمه‌گری نیز در قبال بروز هرگونه صدمه به لحاظ تصمیم‌های نامناسب کلینیکی خود، پاسخگو و مسئول است.

بخش پنجم. حقوق کودکان بیمار و مسئولیتها

الف) مسئولیت‌های خانواده و اولیای کودک:

خانواده کودک مسئول اقدامات ذیل است:

۱. اطلاعات صحیح و کاملی در خصوص شکایت بیمار، سابقه بیماری، بستری شدن، دارو و سایر موضوعات مربوط به سلامت کودک در اختیار مرکز درمانی قرار دهد.
۲. هرگونه تغییر غیرمنتظره در وضعیت کودک را به پزشک اطلاع دهد.
۳. در صورتی که اولیای کودک، از شرایط و وضعیت درمان کودک مطلع نباشند و یا بخوبی تفهیم نشده باشند موضوع به پرسنل اطلاع داده شود.
۴. درمان کودک را در همکاری با پزشکان و پرسنل تعقیب کند.
۵. در نوبت مورد نیاز کودک را به مرکز درمانی انتقال دهد.
۶. در مقابل امتناع از درمان کودک مسئولیت به عهده وی و اولیای او خواهد بود.
۷. اولیاء موظف به رعایت ضوابط و مقررات بیمارستان در خصوص عوامل اثرگذار بر درمان کودک هستند.
۸. اولیاء و بیمار موظفند حقوق سایر بیماران را رعایت کرده و نسبت به سکوت، عدم استعمال دخانیات و کاهش تعداد ملاقات کنندگان اقدام کنند.
۹. به حقوق سایر بیماران و حقوق مالکیت بیمارستان احترام گذارند.
۱۰. متعهد به پرداخت هزینه‌های درمانی بیمار شوند.

ب) حقوق کودک و اولیای وی

کودک و اولیای وی حق دارند:

۱. درمان و مراقبت مناسب را صرفنظر از نژاد، جنس، رنگ، ملیت، مذهب، تفاوت جنسی یا نوع پرداخت هزینه دریافت کنند.
۲. مراقبت کیفی را توسط کارکنان صلاحیت‌دار دریافت کنند.
۳. از مراقبت‌های با کیفیت بالا و رعایت استانداردهای حرفه‌ای برخوردار باشند.

۴. نام پزشک معالج و سایر کارکنانی را که مراقبت را برای کودک فراهم می‌کنند بدانند.
 ۵. درمانهای اورژانسی بدون فوت وقت برای کودک انجام شود.
 ۶. کارکنان بیمارستان درد کودک را ارزیابی کرده و در مدتی منطقی نسبت به رفع آن اقدام کنند.
 ۷. مراقبت را در محیطی آرام و امن دریافت کنند - به گونه‌ای که هیچگونه برخورد لفظی یا فیزیکی صورت نگیرد.
 ۸. با سایر افراد خارج از بیمارستان تماس داشته و در صورت لزوم به افراد امین خود در خصوص تفسیر گزارشات درمانی، دسترسی داشته باشند.
 ۹. مراقبتهای درمانی و مستندات پزشکی آنها خصوصی تلقی شود.
 ۱۰. مباحثات مربوط به بیماری، مشاوره‌ها و معاینات و درمانهای پزشکی جزو اسرار محرمانه تلقی شده و با احترام انجام شود.
 ۱۱. بتوانند به اطلاعات موجود در پرونده بیمار دسترسی داشته باشند مگر اینکه به علل درمانی توسط پزشک یا به موجب قانون منع شده باشد و مستندات موجود در پرونده، محرمانه تلقی شود - جز به موجب قانون، یا قرارداد مربوط به شخص ثالث.
 ۱۲. اتخاذ تصمیم در خصوص مراقبت درمانی:
- اطلاع کامل از تشخیص، درمان و پیش آگهی، چگونگی درمانهای جایگزین و عوارض بیماری به گونه‌ای که برای بیمار قابل فهم باشد.
 - حق مشارکت در نحوه اجرای درمان مورد نظر
 - حق اعلام رضایت کتبی قبل از انجام هرگونه روند درمانی مگر در موارد اورژانس
 - حق امتناع از استفاده از هرگونه دارو، درمان و... که توسط بیمارستان و پرسنل آن تجویز یا انجام می‌شود، تا آنجا که قانون اجازه می‌دهد. در صورت امتناع از درمان و امکان جلوگیری از ارائه درمان مناسب ممکن است رابطه بین پزشک و بیمار با اعلام کتبی قطع شود.
 - ۱۳. انتظار احترام گذاشتن به وقت بیمار و پرهیز از هرگونه ناراحتی در محیط معاینه
 - ۱۴. مطلع کردن اولیای بیمار در صورتی که بیمار در یک برنامه تحقیقاتی یا آموزشی قرار گیرد.
 - در خصوص بیماران سرطانی و مراقبتهای درمانی در منزل نیز کلیه حقوق فوق بر بیمار مترتب است.

بخش ششم. حقوق داروئی بیماران

با توجه به افزایش هزینه‌های دارویی و تعدد و پیچیدگی دارو درمانی، داروسازان نیز به این نتیجه رسیده‌اند که حقوق داروئی بیمار را تدوین کنند و لذا اتحادیه ملی داروسازان آمریکا در سال ۱۹۹۲ حقوق بیمار و مسئولیتهای وی را به تصویب رساند.

الف) بیمار حق دارد انتظارات ذیل را از داروساز خود داشته باشد:

۱. داروساز فرد صلاحیت دار حرفه‌ای بوده و استانداردهای مربوط به دارو و داروسازی را رعایت کند.

۲. با آنان با حفظ آرامش برخورد کرده و استانداردهای حرفه‌ای را در خصوص کلیه بیماران رعایت کند، و این امور را صرفنظر از نحوه پرداخت، نژاد، جنس، سن، ملیت، مذهب، معلولیت و سایر عوامل تبعیض‌زا انجام دهد.

۳. حداکثر تلاش و مساعی خود را در خصوص اخذ تصمیم در مورد مراقبتهای داروئی بکار برد.

۴. درمان داروئی مناسب، همراه با توصیه‌های جایگزین را در همکاری با سایر پزشکان معالج بیمار پیشنهاد کند.

۵. مستندات مربوط به داروهای بیمار را جزو اسرار پزشکی وی تلقی کرده و آنها را محفوظ نگاهدارد.

۶. در خصوص روشهای تجویز دارو با توجه به شرایط فیزیکی، روانی و هوشیاری بیمار مشاوره لازم را به عمل آورد.

۷. دارو و خدمات داروئی، در محیطی آرام و مطمئن و پاکیزه تأمین شده و در اختیار بیمارگذارده شود.

۸. سیر دارو درمانی بیمار را مراقبت کرده و از اثربخشی و ایمنی دارو اطمینان حاصل کند و تلاش لازم را در جهت شناسایی حساسیتهای داروئی، عوارض جانبی، موارد منع مصرف و دوز نامناسب به عمل آورد.

۹. رعایت دوزاژ و مصرف مناسب دارو توسط بیمار را مراقبت کرده و در صورت لزوم، هرگونه مداخله درمانی لازم را انجام دهد.

ب) بیماران موظف به اقدامات ذیل بوده و در مقابل آن مسئولیت دارند:

۱. اطلاعات لازم در خصوص پیشینه درمانی و بیماری، روش پرداخت هزینه‌ها (نقدی یا توسط شخص ثالث) را به منظور انجام خدمات توسط داروساز در اختیار وی قرار دهند.

۲. درمان داروئی را به طور جدی پیگیری و به انجام رسانده و موظف به گزارش پاسخ کلینیکی به داروساز هستند. خصوصاً در مواردی که واکنشهای داروئی و عوارض جانبی بروز کرده و تغییری در وضعیت سلامت بیمار ایجاد شود.