

بررسی الزامات استقرار منشور حقوق بیمار در مراکز درمانی کشور: یک مطالعه دلفی

دکتر مصیب مظفری^۱، دکتر سید رحمت الله موسوی مقدم^{۱*}، دکتر امیر قلی جعفری^۲

^۱ دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران؛ ^۲ دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۲/۳/۳۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۶

چکیده:

زمینه و هدف: حقوق بیمار یکی از محورهای اساسی حاکمیت خدمات بالینی و نیز از شاخص های مهم کیفیت خدمات ارائه شده در نظام سلامت است. حقوق بیمار در ایران در منشور حقوق بیمار بیان شده است که اجرا و رعایت آن نیازمند بستر سازی و فراهم کردن زمینه های لازم است. هدف از این مطالعه بررسی پیش نیازهای ضروری و تدوین سندی جهت استقرار منشور حقوق بیمار در مراکز درمانی کشور با استفاده از آراء خبرگان بوده است.

روش بررسی: مطالعه با استفاده از تکنیک دلفی انجام شد و ۳۰ نفر از صاحب نظران حوزه حقوق، پزشکی و اخلاق حرفه ای که به صورت هدفمند انتخاب شدند در ۴ دور مطالعه شرکت کردند. در دور اول سؤالی راجع به راهکارها و الزامات استقرار منشور حقوق بیمار در مراکز درمانی کشور ایران پرسیده شد؛ سپس پاسخ های این مرحله، استخراج و در یک قالب ۷ گانه تدوین و وارد مراحل دلفی گردید. نظرات شرکت کنندگان با استفاده از مصاحبه حضوری و پست الکترونیکی از فروردین ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۲ جمع آوری شد. سند نهایی در پایان دور چهارم تدوین شد.

یافته ها: منشور حقوق بیمار در ۷ حوزه شامل آموزش دانشگاهی، پژوهش، نظارت، مدیریت فرآیند، فضای فیزیکی، سازمان و مدیریت نیروی انسانی و ۸۲ گویه دسته بندی و تنظیم شد. از مجموع ۱۷۸ گویه در معرض قضاوت صاحب نظران، ۵۱ گویه (۲۸/۴٪) مورد توافق نهایی صاحب نظران قرار گرفته و در سند نهایی وارد شدند. نتیجه گیری: نتایج این مطالعه علاوه بر اینکه حوزه های نیازمند تحول و فرصت های اصلاح به منظور بهبود رعایت حقوق بیمار را مورد شناسایی قرار داده است، نشان داد که بسیاری از اهداف منشور حقوق بیمار می تواند با اصلاح فرآیندهای سازمانی و توانمندسازی نیروی انسانی و بدون صرف هزینه فراوان محقق شود.

واژه های کلیدی: منشور حقوق بیمار، مطالعه دلفی، استقرار حقوق بیمار، ایران.

مقدمه:

و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید و در آبان ماه سال ۱۳۸۸ منشور جامع و تفصیلی حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه درمان تدوین و از سوی

حقوق بیمار یکی از محور های شاخص در تعریف استانداردها جهت اعمال حاکمیت خدمات بالینی و نیز از شاخص های مهم کیفیت خدمات ارائه شده در نظام سلامت است. در سال ۱۳۸۱ برای اولین بار منشور حقوق بیمار در ایران تدوین

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز تابعه ابلاغ گردید (۱).

منشور حقوق بیمار عبارت است از دفاع از حقوق انسان، به منظور حفظ حرمت و عزت او برای اطمینان از اینکه در مواقع بیماری به ویژه در فوریت های پزشکی بدون تبعیض سنی و جسمی و دارا بودن قدرت مالی از جسم و جان و سلامت او مراقبت کافی به عمل خواهد آمد و این مراقبت در محیطی سرشار از احترام و با کیفیت مطلوب ارائه خواهد شد (۲).

در ایران، منشور جامع حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند به همراه بینش و ارزش و یک تبصره پایانی تنظیم گردیده است. محورهای پنج گانه منشور شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و در نهایت حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است که به ترتیب هر یک در ۷، ۹، ۴، ۱۴ و ۳ بند تدوین گردیده است (۱). رعایت مفاد منشور حقوق بیمار تابع عوامل مختلفی است. آگاهی کارکنان و بیماران از مفاد منشور حقوق بیمار و وجود زیر ساخت مناسب (فرهنگ سازمانی، وجود نهاد ناظر بر رعایت حقوق بیمار، دستورالعمل، شاخص ارزیابی و ساختار مدیریتی) سه ضلع اساسی رعایت حقوق بیمار را تشکیل می دهند. مطالعات انجام شده در ایران میزان آگاهی کارکنان درمانی اعم از پزشکان و پرستاران را متفاوت نشان داده است. در این رابطه می توان به مطالعات مصدق راد و اثنی عشری (۱۳۸۳)، زارعی و همکاران (۱۳۸۶) و بصیری مقدم و همکاران (۱۳۹۰) اشاره کرد که میزان آگاهی را در حد مطلوب گزارش داده اند (۵-۳). نتایج

مطالعه ای دیگر که در ترکیه انجام شده است نشان داد که از ۱۲۸ بیمار بستری در بیمارستان تنها ۲۳٪ از حقوق خود آگاهی داشته اند (۶). در رابطه با میزان رعایت حقوق بیماران که نشان دهنده وجود زیر ساخت یا همان ضلع سوم است، درجات متفاوتی از رعایت منشور حقوق بیمار گزارش شده است. داداشی و همکاران (۱۳۸۹) رضایت ۱۵۵ نفر از مراجعان درمانگاه های خصوصی شهر ری از رعایت منشور حقوق بیمار را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که میزان رضایتمندی، در مجموع ۶۵/۲٪ بوده است. عدم اطلاع از عوارض دارویی، عدم آشنایی با نام و سمت ارائه دهندگان خدمت، عدم آگاهی از فرآیند ارجاع و عدم اطلاع از تعرفه ها مهمترین عوامل نارضایتی بوده اند. پژوهشگران مذکور توصیه کرده اند که به طرح تکریم ارباب رجوع توجه ویژه شود، از کارکنانی که به حقوق بیمار توجه می کنند قدردانی و برای تضمین حقوق بیماران قوانین مناسب تصویب شود (۷). وسکویی اشکوری و همکاران این میزان را ۵۳ درصد، رنگرز جدی و ربیعی ۶۷/۷ درصد و ملکشاهی آن را ۵۶/۲ درصد گزارش کرده اند (۸-۱۰). نتایج این مطالعات به خوبی نشان می دهند که تحقق مفاد منشور حقوق بیمار نیازمند ساز و کار اجرایی و تدارک الزامات و زیر ساخت مناسب است. سازمان بهداشت جهانی بر این باور است که وجود بیانیه به تنهایی نمی تواند منجر به بهبود رعایت حقوق بیمار شود، بلکه قوانین مناسب، مشارکت و اطلاع رسانی عمومی و توانمند سازی شهروندان در کنار توسعه مولفه های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور است که می تواند عامل رعایت حقوق بیمار شود (۱۱). در کشور ما به نیز رغم تصویب منشور حقوق بیمار هنوز این حقوق به درستی شناخته و پذیرفته نشده است

جامعه پژوهش این مطالعه شامل خبرگان و صاحبان نظران مبحث حقوق بیمار و مدیریت مراکز بهداشتی درمانی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور، حوزه های علمیه و دانشگاه های وابسته به وزارت علوم بود. ملاک انتخاب متخصصین، تجارب، وسعت کار علمی و حضور در عرصه های دانشگاهی و حوزوی بود. شرکت کنندگان در پژوهش شامل ۳۰ نفر بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. مبنای انتخاب این تعداد به عنوان نمونه بر حسب توصیه صاحبان نظران (۱۴، ۱۵) و مطالعات مشابه (۲۰-۱۶) بود. جهت دستیابی به نظرات متعدد و تدوین الگوی بهینه، انتخاب شرکت کنندگان از بین ۸ دسته متخصصین انجام شد: ۱- سه نفر از روحانیون در حوزه اخلاق در حد دروس خارج فقه، ۲- پنج نفر از صاحبان نظران و پژوهشگران حوزه اخلاق در علوم پزشکی، ۳- پنج نفر از مدیران ارشد در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (معاونت آموزشی، معاونت پژوهشی، معاونت درمان، معاونت توسعه منابع و نیروی انسانی)، ۴- شش نفر از روسای پزشکی (متخصص) بیمارستان های متوسط و بزرگ کشور با بیش از ۳۰۰ تخت، ۵- سه نفر از مدرسین دروس اخلاق در دانشگاه های وابسته به وزارت علوم با درجه استادیار به بالا، ۶- سه نفر از پرستاران بالینی با سابقه ۱۵ سال و بیشتر، ۷- سه نفر از اساتید رشته پرستاری با درجه استادیاری و بالاتر و ۸- دو نفر از طراحان معمار بیمارستان. معیار انتخاب شرکت کنندگان به جز در مورد ۸، داشتن تألیفات و مقالات علمی در زمینه حقوق بیمار، داشتن درجه دانشگاهی یا حوزوی و داشتن انگیزه و همکاری لازم در دوره های مطالعه بود. در مورد معماران، داشتن تحصیلات دانشگاهی و سابقه طراحی بیمارستان مدنظر قرار گرفت.

(۱). استقرار مفاد این منشور نیازمند پیش زمینه های مهم و متعددی است که تأمین آن ها در گرو عزم و اراده بین بخشی و فرا بخشی است (۱۲). در این رابطه برخی پژوهشگران و صاحبان نظران، رعایت مفاد منشور حقوق بیمار را منوط به طراحی شاخص های ارزیابی رعایت حقوق بیمار (۱)، اطلاع رسانی عمومی، توسعه زیر ساخت، آموزش کارکنان، وضع قوانین و تأسیس واحدهای حفظ حقوق بیمار (۱۳) دانسته اند.

از آنجایی که بر حسب جستجوی انجام شده از سوی پژوهشگر، تاکنون شواهدی از دستورالعمل و الزامات مدون جهت رعایت منشور حقوق بیمار در مراکز درمانی کشور دیده نشد، ضرورت انتخاب و پیگیری رویکردی جامع جهت اجرای منشور فوق کاملاً مشهود است. این رویکرد در بهترین حالت می تواند بر زیر ساخت های مذهبی، فرهنگی و مدیریتی کشور استوار شود. همچنین از آنجایی که طراحی الگوی عملیاتی منشور حقوق بیمار نیازمند نگاهی چند بعدی به مسأله حقوق بیمار است لازم است از تجارب مدیریتی، فقهی، اخلاقی و پزشکی در امر تدوین الگو استفاده شود؛ لذا پژوهشگر بر آن شد که با استفاده از رویکرد دلفی که در پی تحقق اجماع خبرگان در مورد یک موضوع یا پدیده است، نسبت به بررسی پیش نیازهای استقرار منشور حقوق بیمار و تدوین الزامات و شاخص های آن در مراکز درمانی کشور اقدام نماید.

روش بررسی:

مطالعه با استفاده از تکنیک اصلاح شده دلفی و با بهره گیری از مصاحبه حضوری و پست الکترونیکی در فاصله فروردین ماه ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۲ انجام شد.

در پایان دور چهارم تنها گویه هایی که توافق متخصصان را کسب کرده بودند در لیست نهایی وارد شدند. لازم به ذکر است که پیش از آغاز دور اول، کتابچه ای شامل خلاصه ای در مورد روش دلفی، منشور حقوق بیمار و جزئیات آن و نیز هدف از مطالعه تدوین شد و به همراه دعوتنامه برای صاحب نظران ارسال گردید. به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که مطالعه دارای ۴ دور است و نیاز است در هر ۴ دور به سوالات پاسخ گویند. دورهای مطالعه با استفاده از پست الکترونیکی انجام شد.

یافته ها:

از ۳۷ صاحب نظر دعوت شده برای شرکت در مطالعه، ۳ نفر پاسخ نداده و ۴ نفر شرکت در مطالعه را رد کردند. بنابراین ۳۰ صاحب نظر (۱۲ زن و ۱۸ مرد) با شرکت در مطالعه موافقت نمودند. نتایج دور اول مطالعه در ۷ حوزه شامل آموزش دانشگاهی، پژوهش، نظارت، مدیریت فرآیند، فضای فیزیکی، سازمان و مدیریت نیروی انسانی و ۸۲ گویه دسته بندی و تنظیم شد. در دور دوم در مجموع ۳۸/۳٪ (۲۸ گویه) از نظرات دور اول مورد توافق قرار گرفت. در دورهای دوم و سوم ۱۲ گویه اضافه، ۱۴ گویه رد شد و ۲۱ گویه مورد اصلاح قرار گرفت (جدول شماره ۱). بیشترین توافق در دور دوم و در مجموع ۴ دور به ترتیب در گویه های حوزه های فضای فیزیکی و سازمان و کمترین توافق نیز مربوط به حوزه پژوهش در دور اول و در مجموع دورهای ۴ گانه بود (جدول شماره ۲). از مجموع ۱۷۸ گویه در معرض قضاوت صاحب نظران در ۴ دور مطالعه، ۵۱ گویه معادل ۳۴/۸٪ گویه ها مورد توافق نهایی صاحب نظران قرار گرفته و در سند نهایی وارد شدند (جدول شماره ۳).

در این مطالعه فرآیند دلفی در ۴ مرحله انجام شد. سوال اساسی مطالعه و نیز سوال پس از هر مرحله فرآیند مطالعه این بود که الزامات استقرار منشور حقوق بیمار در مراکز درمانی ایران چه مواردی می تواند باشد؟ پس از جمع آوری و استخراج نظرات، نتایج دور اول به صورت ۷ معیار و تعدادی زیرمعیار دسته بندی شده و مجدداً (دور دوم) برای شرکت کنندگان ارسال شد. در این مرحله از شرکت کنندگان خواسته شد که با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (از قویاً موافق تا قویاً مخالف) نظر خود را درباره معیارها و زیر معیارها ابراز نمایند و نیز در هر مورد اگر لازم است اصلاحات لازم را پیشنهاد داده و یا اینکه معیار و یا زیر معیارهای جدید را پیشنهاد و اضافه نمایند. پس از پایان هر دور، میانگین و فراوانی و درصد توافق صاحب نظران در مورد هر گویه محاسبه، پیشنهادات و موارد اضافه شده مورد بررسی قرار گرفته و بر حسب نتایج به دست آمده، نتایج باز طراحی شده و به همراهی اطلاعات لازم جهت صاحب نظران ارسال و از آنان خواسته شد که مشابه مرحله قبل آن را مورد قضاوت قرار دهند. توافق ۷۰٪ متخصصان برای توافق با حضور گویه در سند نهایی و یا حذف از آن به عنوان ملاک تعیین شد. به این ترتیب معیار و یا زیر معیاری که عدم توافق ۷۰٪ متخصصان را کسب کرده بود در سند گنجانده نشد و موردی که توافق حداقل ۷۰٪ را کسب کرده بود در سند لحاظ گردید و سایر گویه ها تا زمان حذف و یا تأیید در معرض قضاوت قرار گرفتند. لازم به ذکر است که معیار ۷۰٪ در بسیاری از مطالعات مشابه مبنای توافق یا رد قرار گرفته است (۲۰-۱۶).

جدول شماره ۱۵: نتایج دوره‌های ۴ گانه مطالعه در خصوص پیش نیازهای استقرار منشور حقوق بیمار

جمع	مدیریت نیروی انسانی	سازمان	فضای فیزیکی	مدیریت فرآیند	نظارت	پژوهش	آموزش دانشگاهی	معیارها	
								مراحل و گویه‌ها	
۸۲	۲۲	۸	۶	۱۱	۸	۱۵	۱۲	زیر معیارهای استخراج شده (گویه های ورودی به دور دوم)	دور اول
۲۸	۶	۴	۴	۵	۲	۳	۴	گویه های توافق شده	
۳۵	۱۱	۳		۴	۴	۷	۶	گویه های توافق نشده	دور
۱۵	۳	۱	۲	۱	۱	۵	۲	گویه های اصلاح شده	دوم
۴	۲	۰	۰	۱	۱	۰	۰	گویه های رد شده	
۱۱	۴	۲	۳	۰	۱	۰	۱	گویه های اضافه شده	
۶۱	۱۸	۶	۵	۵	۶	۱۲	۹	جمع گویه های ورودی به دور سوم	
۱۷	۴	۲	۳	۲	۲	۳	۱	گویه های توافق شده	
۲۸	۱۰	۲	۱	۲	۳	۵	۵	گویه های توافق نشده	دور
۶	۲	۱	۰	۰	۰	۱	۲	گویه های اصلاح شده	سوم
۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	گویه های اضافه شده	
۱۰	۲	۱	۱	۱	۱	۳	۱	گویه های رد شده	
۳۵	۱۳	۳	۱	۲	۳	۶	۷	جمع گویه های ورودی به دور چهارم	
۶	۰	۳	۱	۰	۰	۱	۱	گویه های توافق شده	دور
۲۹	۱۳	۰	۰	۲	۳	۵	۶	گویه های توافق نشده	چهارم
۲۱	۵	۲	۲	۱	۱	۶	۴	مجموع اصلاحات	
۵۱	۱۰	۹	۸	۷	۴	۷	۶	سند نهایی (عبارات مورد توافق)	

جدول شماره ۲: درصد توافقی دور دوم و نهایی با عبارات پیشنهادی در معیارهای ۷ گانه استقرار منشور حقوق بیمار

معیارها	آموزش دانشگاهی	پژوهش	نظارت	مدیریت فرآیند	فضای فیزیکی	سازمان	مدیریت نیروی انسانی	مجموع
دور دوم	٪۳۳/۳	٪۲۰	٪۲۵	٪۴۵/۵	٪۶۶/۷	٪۵۰	٪۲۷/۳	٪۳۴/۲
دوره‌های ۴ گانه	٪۲۱/۴	٪۲۱/۲	٪۲۳/۵	٪۳۸/۹	٪۶۶/۷	٪۶۹/۲	٪۲۷	٪۲۸/۷

جدول شماره ۳: نظرات اجماعی صاحب‌نظران در حوزه های ۷ گانه در خصوص الزامات حقوق بیمار

آموزش دانشگاهی
<p>۱. الگوسازی در حوزه اساتید شامل اقدامات: الف) آموزش مداوم اساتید در خصوص اخلاق حرفه ای و حقوق بیمار ب) توجه به محور اخلاق حرفه ای در انتخاب و ارتقاء اساتید ج) تقویت نقش استاد راهنما در دانشگاه د) تدوین معیارهای اخلاق حرفه ای در حوزه های ۷ گانه وظایف اساتید با تأکید بر حقوق بیمار</p> <p>۲. تدوین برنامه درسی راجع به حقوق بیمار شامل اقدامات الف) تدوین برنامه درسی رسمی ب) پیش بینی فعالیت های یادگیری حقوق بیمار در برنامه درسی به صورت مستتر</p> <p>۳. بازنگری برنامه های درسی موجود از دیدگاه حقوق بیمار</p> <p>۴. ایجاد مقطع تحصیلات تکمیلی در زمینه حقوق بیمار</p> <p>۵. بهبود روش تدریس اخلاق حرفه ای و مقررات بیمار شامل الف) استفاده از روش های مبتنی بر سناریو ب) استفاده از روش های دانشجوی محور مانند بحث گروهی ج) استفاده از روش هایی مانند روایت گری اخلاقی د) استفاده از ارزشیابی موثر مانند (ارزشیابی در بالین و آسکی)</p> <p>۶. بهبود آموزش بالینی شامل: الف) تأکید بر نقش کلیدی بیمار در فرایند مراقبت و درمان در آموزش بالینی ب) بازنگری در محتوای آموزش بالینی بر اساس حقوق بیمار ج) بهبود محیط آموزش بالینی از نظر الزامات حقوق بیمار</p>
پژوهش
تقویت کمیته های اخلاق پژوهش در دانشگاه، ایجاد بازوی نظارتی برای کمیته های اخلاق پژوهش، رعایت حریم خصوصی در پژوهش های انسانی (حریم فیزیکی- اطلاعاتی- تصمیم گیری - مالکیت)، آموزش پژوهشگران و ترویج منشور اخلاقی پژوهش در سطح دانشگاه، ایجاد زیرساخت پژوهشی برای بررسی حقوق بیمار در اسلام، پیشنهاد و ایجاد ضمانت اجرای حقوق شرکت کنندگان در مطالعات و پژوهش های پزشکی، تدوین فرم رضایتنامه شرکت در پژوهش و اجرای آن
نظارت
استقرار واحدهای ارتباط با بیمار در مراکز بهداشتی درمانی، استقرار نظام پایش و بازخورد با محوریت حقوق بیمار، استقرار نظام ارزشیابی رضایت بیمار، پیشنهاد و ایجاد ضمانت اجرا برای حقوق بیمار
مدیریت فرآیند
تدوین و اجرای نظام مدیریت فرآیند، اطلاع رسانی نظام مدیریت فرآیند، الکترونیکی کردن فرآیندهای مربوط به ارباب رجوع (نوبت دهی- شکایات- انتقادات - مشاوره و پاسخگویی)، ترسیم و اطلاع رسانی فرآیندهای کلیدی راجع به حقوق بیمار (اخذ رضایت، ...)، شناسایی و اصلاح فرآیندهای مشکل ساز راجع به حقوق بیمار، تضمین محرمانگی اطلاعات بیمار از طریق اصلاح فرآیند گردش اطلاعات، اعلام نام و سمت کارکنان بالینی از طریق نصب اتیکت
فضای فیزیکی
تفکیک جنسیتی فضاهای معاینه و تشخیص، تسهیلات تردد مناسب برای عموم مراجعه کنندگان، تسهیلات تردد سهل برای اقشار خاص (معلولان، سالمندان، کودکان، مادران باردار، ...)، ایجاد تسهیلات لازم در مراکز (بانک، عابر بانک، ...)، ایجاد راهنمای مناسب برای قسمت های مختلف مراکز، ایجاد و اطلاع رسانی کانال های ارتباطی بیمار با مدیران بیمارستان، بهبود فضای فیزیکی کار، ایجاد سرویس های بهداشتی مناسب

ادامه جدول شماره ۳

سازمان
<p>ایجاد ضمانت اجرایی برای حقوق بیمار، طراحی برنامه استراتژیک بر محور حقوق بیمار، فعال سازی کمیته های تصمیم گیری اخلاقی، ادغام کدهای اخلاق حرفه ای و اصول حقوق بیمار در نظام مدیریت فرآیند، یکپارچه سازی قوانین و منشور حقوق بیمار، استقرار و استمرار طرح انطباق، برنامه ریزی برای کاهش خشونت در محیط کار، شفاف کردن هزینه های مربوط به بیماران، استقرار واحدهای ارتقاء کیفیت خدمات، آموزش عمومی حقوق بیمار از طریق رسانه های سازمانی و عمومی، تدوین راهنما و پروتکل تصمیم گیری در موارد اورژانس، تدوین راهنما و پروتکل تصمیم گیری در موقعیت های بالینی</p>
مدیریت نیروی انسانی
<p>بهبود مهارت های ارتباطی کارکنان، اصلاح نسبت تعداد کارکنان درمانی به بیمار، توزیع مناسب فرصت های رشد شغلی، آموزش بدو ورود کارکنان جدید از نظر حقوق بیمار، ادغام برنامه آموزش حقوق بیمار در نظام آموزش مدون به صورت الزامی، ادغام رعایت حقوق بیمار در نظام ارزشیابی سالانه پرسنل، برنامه ریزی برای افزایش رضایت شغلی پرسنل، آموزش مهارت تصمیم گیری اخلاقی جهت کارکنان بهداشتی درمانی، آموزش مستمر کارکنان مراکز خدمات بهداشتی درمانی راجع به حقوق بیمار، اطلاع رسانی منشور حقوق بیمار در مراکز و حین پذیرش بیمار</p>

بحث:

در حوزه آموزش دانشگاهی تأکید اساسی بر توانمند سازی اساتید، اصلاحات برنامه درسی، ایجاد مقاطع تحصیلات تکمیلی، آموزش اخلاق و حقوق بیمار و تغییر در برنامه آموزش بالینی و نظری با محوریت حقوق بیمار بود. در این رابطه اگرچه بسیاری از صاحب نظران بر این باورند که مفاهیم اخلاق حرفه ای و حقوق بیمار بایستی در آموزش گروه های پزشکی گنجانده شود (۱۲)؛ اما بر سر اینکه رفتار اخلاقی چگونه به دانشجویان آموخته شود توافق چندانی وجود ندارد. برخی روش ها مانند استاد - شاگردی، تعریف روایت، سناریو های اخلاقی و کارگاه های آموزشی تاکنون تجربه شده اند (۲۱).

در حوزه پژوهش، ایجاد بازوی نظارتی برای کمیته های اخلاق در پژوهش، تدوین فرم رضایتنامه و دقت در اخذ رضایت از بیماران جهت شرکت در مطالعه، ایجاد تضمین های مناسب برای حقوق شرکت کنندگان در مطالعه، توانمندسازی پژوهشگران، رعایت حریم خصوصی بیماران در حوزه اطلاعات و حفظ منافع بیمار مورد توجه قرار گرفته بود.

این مطالعه که به بررسی آراء و ایده های صاحب نظران در خصوص استقرار الزامات منشور حقوق بیمار در مراکز بهداشتی درمانی کشور پرداخته است، در نهایت منجر به تدوین یک سند راهبردی شد. این مطالعه از آن جهت دارای اهمیت است که برای اولین بار در کشور در پی راه حلی برای استقرار الزامات منشور حقوق بیمار می باشد. سند راهبردی تدوین شده می تواند راهنمایی برای تدوین و ایجاد راهکارهای عملیاتی، ابزارهای ارزشیابی و تعیین نقاط تمرکز سازمان های بهداشتی درمانی در حوزه حقوق بیمار باشد. از سویی این سند می تواند به عنوان راهنمای عملیاتی در برنامه های تعالی سازمانی، مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی در این دسته از سازمان ها مورد استفاده قرار گیرد.

نتایج مطالعه نشان داد که استقرار الزامات حقوق بیمار در مراکز بهداشتی درمانی، نیازمند ایجاد تغییر و تحول در ۷ حوزه شامل آموزش دانشگاهی، پژوهش، نظارت، مدیریت فرآیند، فضای فیزیکی، سازمان و مدیریت نیروی انسانی می باشد.

مهرداد و همکاران پیشنهاد کرده اند پروتکل های حفظ حریم در قسمت های مختلف مراکز بهداشتی درمانی تدوین و اجرا شود (۲۵).

در حوزه سازمان، صاحب نظران بر این باور بودند که برنامه استراتژیک سازمان بایستی حقوق بیمار را مد نظر قرار دهد و کمیته های تصمیم گیری اخلاقی در مراکز ایجاد شود تا به این ترتیب چالش های اخلاقی و حقوقی راجع به بیماران مرتباً مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و تصمیم گیری مناسب انجام شود. همچنین صاحب نظران بر اجرای طرح انطباق تأکید داشته و نیز تدوین پروتکل تصمیم گیری برای موارد بالینی اورژانسی و غیر اورژانسی، آموزش و اطلاع رسانی عمومی حقوق بیمار و کاهش خشونت در محیط کار را مد نظر قرار داده بودند. در این رابطه یافته های مطالعه هوشمند و همکاران (۲۰۰۷) نشان می دهد که آگاهی کادر درمان مهمترین عاملی است که می تواند بر حمایت از حقوق بیماران تأثیر گذارد (۱۲). همچنین Zulfikar و همکار (۲۰۰۱) اطلاع رسانی عمومی و ارتقاء وضعیت آموزش عمومی را از عوامل مهم بهبود وضعیت حقوق بیمار بر شمرده اند (۷). Hatun (۱۹۹۸) بر این باور است که آگاهی مردم از حقوق خود به عنوان بیمار سبب تحریک مطالبه و فشار بر مسئولان حوزه سلامت به منظور پیش بینی ساز و کارهای حقوق بیمار می شود. وی وجود قوانین و مکانیسم هایی برای پایش مداوم حقوق بیمار را یادآور می شود و تثبیت حقوق بیمار را بر تکیه بر مبانی اخلاقی به عنوان تنها راه حل قابل دستیابی نمی داند (۲۶). این رویکرد مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی نیز می باشد به طوری که سازمان مذکور مشارکت فعال ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت در سیاستگذاری بهداشتی و گسترش برنامه های آموزشی برای هر دو قشر را به منظور بهبود رعایت حقوق بیمار متذکر شده است (۱۱). بهبود کیفیت خدمات بهداشتی، کاهش هزینه ها، تسریع در بهبودی، کاهش مدت اقامت در بیمارستان و کاهش

در حوزه نظارت، بیشترین تأکید بر ایجاد کانال های ارتباطی با بیمار و استقرار نظام پایش در مراکز بوده است. در این رابطه نتایج یک پروژه ملی در جمهوری اسلواک که به منظور فراگیر شدن مفهوم حقوق بیمار و رعایت آن اجرا شده است نشان می دهد که استفاده از ظرفیت گروه های اجتماعی مختلف در اطلاع رسانی عمومی و در کنار طراحی واحدهای حقوق بیمار در مراکز بهداشتی درمانی توانسته است علاوه بر افزایش میزان آگاهی در فاصله یکسال از اجرای برنامه در گروه های هدف، میزان شکایات را به طور معنی دار کاهش دهد. فراگیر کردن بحث حقوق بیمار، سبب جلب حمایت گروه ها و شخصیت های مختلف، پیش بینی ساختارهای حمایتی، تقویت جایگاه شهروندی در نظام نظارت حقوق بیمار و تسهیل آموزش عمومی شده است (۲۲).

در حوزه مدیریت فرآیند، تأکید صاحب نظران بر اصلاح فرآیندها، تسهیل فرآیندها و اطلاع رسانی سامانه فرآیندها برای شاغلین و بیماران بوده است.

در حوزه فضای فیزیکی، تفکیک جنسیتی فضاهای تشخیصی و درمانی، ایجاد تسهیلات تردد سهل برای عموم و به ویژه اقشار خاص مانند سالمندان و معلولین، ایجاد تسهیلات رفاهی مانند بانک و ... تهیه و نصب راهنمای اماکن مورد توجه ویژه صاحب نظران بوده است. در این رابطه نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۰) نشان می دهد که کمبود فضای فیزیکی به خصوص در بخش مراقبت های ویژه سبب شده است که اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران زن و مرد به ناچار با رعایت کامل طرح انطباق انجام نشده و حریم خصوصی و کرامت بیماران مورد تجاوز قرار گیرد، ناآگاهی پرسنل از حقوق بیمار و کمبود پرسنل همجنس نیز این مسأله را تشدید نموده است (۲۳). جولایی و همکاران (۱۳۸۳) محدودیت در امکانات و ساختار فیزیکی نامناسب بخش های بیمارستانی را از موانع رعایت حقوق بیمار بر شمرده اند (۲۴). در همین راستا،

آسیب های جسمی و روحی به بیماران، و افزایش احترام بیمار به دلیل مشارکت دادن وی در تصمیم گیری از فواید غیر قابل انکار آگاهی بیمار از حقوق خود است (۲۷) Buken و همکارش نیز مشکلات ساختاری و مدیریتی بخش سلامت ترکیه را از عوامل مهم عدم رعایت حقوق بیمار در آن کشور دانسته است (۲۸). نتایج مطالعه هوشمند و همکاران (۲۰۰۶) در خصوص دیدگاه پرستاران راجع به تسهیل کننده ها و موانع رعایت حقوق بیمار نشان می دهد ۳ دسته عامل بیمار، مراقبت دهنده و عامل سازمان از مهمترین عوامل تعیین کننده رعایت حقوق بیمار هستند (۱۲). یکی دیگر از مواردی که در مطالعه حاضر، صاحب نظران بر آن تأکید داشتند تصویب قوانینی راجع به حقوق بیمار و یا به عبارتی تبدیل کردن منشور حقوق بیمار به نص قانونی بود. در این رابطه سرباز و کیمیاfer (۱۳۹۰) پیشنهاد می دهند که منشور به صورت قانون تصویب شود تا ضمانت اجرایی لازم را به دست آورد (۲۹). در این رابطه می توان گفت برخی بندهای منشور حقوق بیمار در ایران مانند عدم افشاء سر بیمار از حمایت قانون و ضمانت اجرا برخوردار هستند؛ اما اغلب بندهای آن تنها از طریق توسل به قوانین مدنی، قواعد عمومی جبران خسارت و قوانین مربوط به کارکنان اداری قابل مطالبه هستند.

در حوزه مدیریت نیروی انسانی، صاحب نظران بر این باور بودند که توانمندسازی کارکنان، کاهش حجم کار، بهبود نسبت نیروی کار درمانی به بیمار، ایجاد انگیزه و بهبود رضایت شغلی می تواند به رعایت بیشتر حقوق بیمار منجر شود. در این رابطه حیدری و همکاران (۱۳۹۰) عامل مدیریت بهینه را به عنوان یکی از مقوله های اساسی در حفظ حریم و کرامت بیماران گزارش کرده اند (۲۳). در این مطالعه که به صورت کیفی راجع به موانع و تسهیل کننده رعایت حقوق بیمار انجام شده است، کنترل و اداره مسائل بیماران، رسیدگی به شکایات و اعتراضات و سایر درخواست های بیمار از

اثرات مدیریت بهینه برشمرده شده است. همچنین Joolae و همکاران (۲۰۰۶) مقوله کمبود پرسنل را از سدهای مهم در عدم اجرا و رعایت حقوق بیمار برشمرده اند (۳۰). یافته های مطالعه جولایی و همکاران (۱۳۸۳) نشان می دهد که فشارهای اقتصادی و اجتماعی وارده بر پرستاران ایرانی از موانع مهم و اساسی رعایت حقوق بیمار است. در همین راستا، نتایج مطالعه وی نشان می دهد که از دیدگاه پرستاران خودگردانی بیمارستان ها یکی از مهمترین ضربات بر پیکره نظام حقوق بیمار در بیمارستان ها بوده است (۲۴). هوشمند و همکاران (۲۰۰۶) نیز نیروی کار و تجهیزات درمانی و تشخیصی کافی را از عوامل تسهیل کننده رعایت حقوق بیمار دانسته اند (۱۲).

دسترسی به خبرگان در طول مدت مطالعه، تأخیر در پاسخ دهی و نیز حوزه نسبتاً گسترده حقوق بیمار که باعث گستردگی در حوزه بررسی شد، از مهمترین محدودیت های این مطالعه بودند.

نتیجه گیری:

رعایت حقوق بیمار که از الزامات سیستم های بهداشتی درمانی است نیازمند برخی تغییرات و تحولات اساسی در ساختار و عملکردهای مراکز بهداشتی درمانی است. نتایج این مطالعه نشان می دهد که بسیاری از مفاد و افق های منشور حقوق بیمار می تواند با تغییرات مدیریتی، اصلاح فرآیندها و توانمندسازی نیروی انسانی و بدون صرف هزینه محقق شود. نتایج این مطالعه از آن جهت که دیدگاه صاحب نظران راجع به تغییرات مورد نیاز را استخراج و تدوین نموده است می تواند به مدیران کمک کند تا با شناسایی فرصت های موجود، بسترهای رعایت حقوق بیمار را مستقر نمایند. نتایج این مطالعه می تواند در تدوین مدل عملیاتی استقرار حقوق بیمار و نیز تدوین برنامه جامع ارزشیابی حقوق بیمار در مراکز بهداشتی درمانی کمک کننده باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایلام بوده است، بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، اساتید گرانقدری که در

طول انجام پژوهش از ارشادات ایشان بهره مند بوده ایم و شرکت کنندگان در پژوهش به خاطر همکاری ارزنده و مساعدت بی دریغ در طول انجام پژوهش قدردانی می شود.

منابع:

1. Parsapoor AR, Bagheri AR, Larijani B. Patient rights in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 27 (special issue): 39-47.
2. Sedghiani A. *Hospital management*. 1st ed, Tehran; Jahan Rayane publication, 1999.
3. Basiri Moghadam K, Basiri Moghadam M, Moslem A, Ajam Zibad H, Jamal F. Health providers and patients' awareness on patient bill of rights and its observing rate in 22 Bahman Hospital. *The Horizon of Medical Sciences*. 2011; 17 (1):45-54.
4. Mosadegh Rad AM, Asna Ashari P. Physicians and patients' awareness of patients' rights and its observation in Shahid Beheshti Hospital. Iran, Isfahan. *Journal of Education in Medical Sciences*. 2004; 11: 45-53.
5. Zarei A, Arab M, Akbari F. Managers' knowledge on patient rights in Tehran hospitals. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2007; 11(3): 65-71.
6. Dadashi M, Andarzhabibi R, Habibimoghadam A. Private clinic client's satisfaction of observing the patient's rights bill. *Journal of Medical Ethics and History*. 2010; (Special Issue): 61-68.
7. Zulfikar F, Ulusoy MF. Are patients aware of their rights? A Turkish study. *Nurse Ethics*. 2001 Nov; 8(6): 487-98.
8. Voskuee Ashkuri K, Karimy M, Kohan N. Observance rates of the rights of patients in hospitals of Tehran Medical Sciences University in 2008. *Journal of Medical Ethics*. 2009; 2(4):47-53.
9. Rangraz jeddi F, Rabiee R. A study on the attitude of physicians and nurses of Kashan Hospitals about the charter of patients' right, 2003. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2006; 10 (3):40-46.
10. Malekshahi F. Observance rate of the rights of patients by providers care from view of patients in shohada-e-khoramabad hospital. *Articles' abstract of the 2nd international congress of medical Ethics; Research center of Ethics & Hist. Iran, Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008*.
11. Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health. *Patient's rights and citizens' empowerment: through visions to reality*. Copenhagen, Denmark: WHO; 1999.
12. Hooshmand A, Joolae S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics. *Hayat*. 2006; 12 (4):57-66.
13. Babamahmudi F, Meftahi M, Khademloo M. Observance rate of the rights of patients from view of patients in educational hospitals of Mazandaran Medical Sciences University. *Journal of Medical History*. 2011; 4(4): 37-44.
14. Ahmadi F, Nasiriani KH, Abazari P. Delphi technique: a tool for research. *Iranian Journal of Medical Education*. 2008; 8(1): 175-185.
15. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*. 2004; 42 (1): 15-29.
16. Broomfeld D, Humphris GM. Using the Delphi technique to identify the cancer education requirements of general practitioners. *Medical Education*. 2001; 35: 928-37.
17. Philips JR, Anderson GD, Ridl KA. Establishing a Women's Health Curriculum Using the Delphi Method. *Education for Health*. 2003; 16(2): 155 - 162.
18. Lechner L, Mudde AN, de Vries H, Bolman C. Identification of recruitment and retention strategies for rehabilitation professionals in Ontario, Canada: results from expert panels. *BMC Health Services Research* 2008, 8: 249.

19. Vandelanotte C, Dwyer T, Van Itallie A, Hanley C, Mummery WK. The development of an internet-based outpatient cardiac rehabilitation intervention: a Delphi study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2010; 10:27.
20. Van Stralen M, Lechner L, Mudde A, De Vries H, Bolman C. Determinants of awareness, initiation and maintenance of physical activity among the over-fifties: a Delphi study. *Health Education Research*. 2010; 25(2): 233-247.
21. Alabadashti N, Mozafari M, Moosavi M. Evaluation of an educational experiment: Perceptions of undergraduate nursing students about new course in nursing curriculum: nursing ethics and rules. *Journal of the History of Medicine*. 2012, 4(12): 85-104.
22. Brazinova A, Heydelberg E, Koot J, Rusnakova V, Rusnak M. Stakeholder approach in strengthening the patients' rights in the Slovak Republic. *Bratisl Lek Listy*. 2007; 108(12):495-500.
23. Heidari MR, Anooshe M, Azadarmaki T, Mohammadi E. The process of patient's privacy: A grounded theory. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2011; 19 (5): 644-54.
24. Jolae S, Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z. The view of patients and patients' companions regarding patients' rights: a phenomenological research. *Hayat*. 2004; 10 (4):5-20.
25. Mehrdad N, Parsa Yekta Z, Jolae S. Patients' privacy: a literature review. *Hayat*. 2004; 10 (4):87-95.
26. Hatun S. Patients' rights in Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 1998; (28): 111-114.
27. Nematollahi M, Fesharaki M, Toufighi Sh. Comparison of patient rights laws in Iran with Patient Rights Charter and survey of physicians of Shiraz University of Medical Sciences about patient rights. *Journal of Tab va Tazkieh*. 2000; 36: 59-62.
28. Buken NO, Buken E. Emerging health sector problems affecting patient rights in Turkey. *Nursing Ethics*. 2004; 11(6): 610-624.
29. Sarbaz M, Kimiafar Kh. Comparison of patient's rights in developed countries and suggestion a proper model for Iran. *Health Information Management*. 2011; 8(2):1-10.
30. Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi AR, Parsa-Yakta Z, et al. An Iranian perspective on patients' rights: experiences of patients and their companion. *Nursing Ethics*. 2006; 13(5): 488-502.

Surveying the prerequisites for establishing patient's rights charter in health centers of Iran- A Delphi study

Mozafari M¹, Mousavi-Moghaddam SR^{1*}, Jafari AGH²

¹Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran; ²Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Received: 12/May/2013 Revised: 20/June/2013 Accepted: 7/Sep/2013

Background and aims: Patient's rights are one of pivotal elements of clinical governance and important indicators of quality care in health area. Patient's rights in Iran are stated in patient's rights charter and its establishing need to lying plots a set of prerequisites. The aim of this study was to survey prerequisites and to develop a bill for establishing patient rights in Iranian health centers using expert's ideas and comments.

Methods: The study was conducted using the Delphi's approach, and 30 purposefully selected participants include experts in law, medical groups and ethics, as panelists were enrolled in 4 rand Delphi technique. In first rand, the ideas of panelists in response to question " what prerequisites are needed to establishing patients rights in hospitals" were collected and then a bill including 7 domain was developed and then entered in Delphi process. The comments of panelist were collected by E- Mail and face interview through April 2012 to September 2013. Final document was developed in the end of 4th rand.

Results: A consensuses bill for establishing patient rights was main result of this study that developed in 82 items in 7 domains including: academic education, research, supervision, process management, building, organization and manpower. At al, out of 178 items that judged by panelist, finally 51 items (34.8%) consist many suggestion were agreed and entered in final document.

Conclusion: Results of this study recognize the areas which need to takeover and correction in order to improve patients' rights observance. In addition, the results showed that goal of bill of patients' rights can be achieved with minimal cost and changes such as correcting organizational processes and empowering staff.

Keywords: Patients' rights charter, Delphi study, Establishing patient rights. Iran.

Cite this article as: Mozafari M, Mousavi-Moghaddam SR, Jafari AGH. Surveying the prerequisites for establishing patient's rights charter in health centers of Iran- A Delphi study. *Journal Clinical Nursing Midwifery*. 2013; 2(3):74-85.

*Corresponding author:

Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran, E-mail: prof.m1344@gmail.com