

ویژگی‌های نظام کارآمد بررسی تخلفات حرفه‌ای اخلاق‌گرا در ارائه خدمات سلامت باروری

تهمینه فرج خدا

رباب لطیف‌نژاد رودسری

محمود عباسی

چکیده

مقدمه و هدف: تقاضا برای ظرفیت‌سازی اخلاق سازمانی در سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت به ویژه توسط مدیران این بخش‌ها رو به رشد است. مددجویان، ارائه‌کنندگان خدمات و سیاست‌گذاران امر سلامت نیاز به یک راهنمای جدید عملکرد اخلاقی به منظور راهنمایی آنان در شرایط دشوار نظام ارائه خدمات سلامت دارند. اصول اخلاقی پایه‌ای برای مقابله با سوء عملکرد در حیطه پزشکی و یا سهل‌انگاری و غفلت کارکنان است. در سراسر دنیا کارکنان نظام سلامت به طور مداوم در معرض مباحث پیچیده اخلاقی قرار دارند. برخورداری از مهارت ارتباطی، اجرای برنامه‌های آموزش مداوم، وجود کمیته اخلاق، بررسی و ارائه گزارش‌هایی از سوء رفتار و عملکرد و یا سهل‌انگاری و نیز تلاش در جهت رفع این نقایص ضروری است. از آنجا که هرگونه سوء عملکرد حرفه‌ای نظیر غفلت، سهل‌انگاری، خطا، اشتباه و نقض حقوق مددجو ممکن است آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیر جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی را به دنبال داشته باشد لذا لازم است نظام بررسی این تخلفات کارآمد بوده که این مطالعه با هدف تعیین ویژگی‌های نظام کارآمد بررسی تخلفات حرفه‌ای اخلاق‌گرا در ارائه خدمات سلامت باروری طراحی گردید.

روش مطالعه: این مطالعه از نوع توصیفی - اکتشافی بوده که به روش دلفی انجام گرفت. جامعه پژوهش را ۴۵ نفر از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری شامل متخصصین زنان و مامایی، متخصصین سلامت باروری، متخصصین حقوق و اخلاق

پزشکی، متخصصین حوزه علوم انسانی تشکیل می‌دادند. ابزار گردآوری داده‌ها سؤالات باز پاسخ بود که از طریق پست الکترونیک و یا مراجعه حضوری به شرکت کنندگان در پژوهش داده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آنالیز محتوا و به روش کدگذاری باز انجام شد. سپس در مراحل کمی دلفی پس از محاسبه صدک‌ها و میانگین‌ها اجماع حاصل گردید.

نتایج: مفاهیم گردآوری شده شامل تبیین تخلف (توجه به وجود مظاهر فساد اداری نظیر تبلیغ، توصیه، سفارش، تبعیض، دریافت هدیه، وجه نقد)، پاسخ مثبت به تقاضاهای نابجا، توجه به نقض حقوق انسانی و حقوق سلامت باروری مددجو (نظیر توهین به مددجو، تحقیر، عدم اطلاع‌رسانی و یا اطلاع‌رسانی نامناسب، نقض رازداری و حقیقت‌گویی)، عملکرد خارج از محدوده قوانین و دستورالعمل‌ها و موازین شرعی، عملکرد خارج از محدوده شرح وظایف شغلی، عدم گزارش تخلف درون سازمانی و برون‌سازمانی، عدم ارائه گزارش صادقانه و عادلانه، عدم پاسخگویی در قبال انجام تخلف، عدم تبعیت از احکام صادره، سوگیری و تهدید در گزارش تخلفات و یا عدم مشارکت در ارائه گزارش، عدم رعایت حقوق متقابل ارائه‌کننده خدمات و مددجو بود که در درون مایه‌های عدالت محوری، قانون‌گرایی، رعایت حقوق مددجو، رعایت حقوق ارائه‌کننده خدمات، پاسخگویی، فرآیند بررسی، گزارش تخلف دسته‌بندی شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: تشکیل شبکه‌ای برای تقویت ارائه خدمات سلامت باروری و جنسی در ایران از سوی وزارت بهداشت، اهمیت مباحث سلامت باروری از جنبه‌های مختلف و نیز وجود انتخاب‌های جدید برای زنان اعم از روش‌های جدید غربالگری و تشخیص و درمان به موازات پیشرفت دانش و فناوری، مباحث اخلاقی متعددی را برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری، مددجویان و جامعه مطرح نموده است. در دسترس بودن نظام بررسی تخلفات حرفه‌ای کارآمد، به روز و اخلاق‌گرا در ارائه خدمات سلامت باروری که طیف وسیعی از مددجویان را دربر می‌گیرد یک راهنمای کلیدی

برای شناسایی و تعیین تخلف، تصمیم‌گیری عادلانه و رعایت حقوق متقابل مددجو و ارائه‌کننده خدمات محسوب می‌شود.

واژگان کلیدی

نظام نظارتی؛ تخلف؛ خدمات سلامت باروری.

ویژگی‌های نظام کارآمد بررسی تخلفات حرفه‌ای اخلاق‌گرا در ارائه خدمات سلامت باروری

علیرغم گسترش ساختار سلامت ملی، در حیطه سلامت باروری ارائه این خدمات در میان بسیاری از کشورهای در حال توسعه، ضعیف باقی مانده است (۱). مسائل مربوط به سلامت باروری علت اصلی ناخوشی سلامت و مرگ زنان سنین باروری در سراسر دنیا است (۲). روزانه حداقل ۱۶۰۰ زن در اثر مسائل مربوط به بارداری و زایمان می‌میرند که این مسائل شایع‌ترین علت مرگ و ناتوانی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله را تشکیل می‌دهد (۳). سلامت باروری به عنوان رکن اصلی سلامت جامعه توسط همه کشورها از جمله کشورهای منطقه مدیترانه شرقی مورد پذیرش قرار گرفته است (۴). حقوق باروری با شاخص‌های سلامت باروری ارزشیابی می‌شود که بهترین محک برای تعیین میزان موفقیت نظام سلامت برای پایش و ارزشیابی رفاه باروری جمعیت می‌باشد (۵). مباحث اخلاقی سلامت باروری در ایران از جنبه‌های متعددی حائز اهمیت است. جمعیت زنان و دختران ایران ۳۴۶۲۹۴۲۰ نفر بوده (۶) و میزان باروری کلی در ایران ۱/۹ به ازای هر زن در سن باروری و مرگومیر مادران ۳۷/۴ درصد هزار تولد زنده گزارش شده است (۴). ایران از نظر دسترسی به خدمات سلامت در سطح قابل قبولی قرار دارد و این در حالی است که بسیاری از کشورهای جهان چنین خدماتی را نمی‌توانند به میزان وسیع ارائه دهند. به رغم موفقیت‌های چشمگیر در کمیت خدمات سلامت باروری در ایران هنوز هم کاستی‌هایی در کیفیت ارائه خدمات که آن را پایین‌تر از سطح استاندارد قرار داده مشاهده می‌گردد. تلاش‌هایی در جهت تشکیل شبکه‌ای مستقل برای تقویت ارائه خدمات سلامت باروری در ایران اگر چه اهمیت موضوع را نشان می‌دهد اما

چنانچه نظام سلامت کشور در بهبود روزافزون شاخص‌های سلامت باروری تلاش نکند شاهد تحول منفی در دستیابی به حقوق باروری که از اجزاء مهم حقوق بشر محسوب می‌شود؛ خواهیم بود. همچنین وجود انتخاب‌های جدید برای زنان واقع در سنین باروری اعم از روش‌های جدید غربالگری، تشخیص، درمان و پیشرفت فناوری، مباحث اخلاقی متعددی را در این خصوص مطرح نموده است (۵، ۷، ۸). منظر دیگر به فرهنگ اسلامی حاکم بر جامعه ایرانی مربوط می‌شود به دلیل اینکه منشاء اصلی اخلاق سلامت، نظام‌های ارزشی نشأت گرفته از مذهب، فلسفه، اعتقادات و سایر نظام‌های فرهنگی می‌باشد (۹ سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۸). در دین مبین اسلام توجه خاصی به موضوعات اخلاقی در حرف پزشکی شده و بحث اخلاق مورد تأکید فراوان قرار گرفته است (۹، ۱۰). همچنین ایجاد جایگاه مناسب منطقه‌ای و بین‌المللی به عنوان قطب اخلاق پزشکی به ویژه در کشورهای اسلامی و تعیین موضوعات اخلاقی سلامت باروری در ایران جزء اولویتهای مهم در گردهمایی اولویتهای اخلاق پزشکی مطرح گردید (۱۱).

براساس مطالعه لینر اباس^۱ مراقبت اخلاق‌گرا در نجات زندگی انسان‌ها به ویژه در حیطه سلامت باروری نقش مهمی دارد. بسیاری از ارتباطات انسانی مستلزم تعامل با افراد آسیب‌پذیر می‌باشد که پاسخ اخلاقی مطلوب می‌تواند از طریق رعایت اخلاق مراقبتی در حیطه عملکرد پزشکی حاصل شود. مراقبت ذاتاً یک وظیفه اخلاقی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت محسوب می‌شود. رعایت اخلاق مراقبتی تعهداتی را برای ارزش‌هایی نظیر مراقبت مؤثر، مسئولیت و اهمیت دادن به نیازهای مراقبتی را در پی دارد (۱۲).

چگونگی وضعیت سلامت باروری بستگی زیادی به عواملی نظیر مباحث اقتصادی، عدالت اجتماعی، اخلاق و مساوات دارد (۲). آنچه مددجویان خدمات

سلامت باروری انتظار دارند برخورداری از حق انتخاب، تعامل مناسب و نظم در ارائه خدمات است که مطالعات انجام شده مواردی نظیر رعایت تکریم و احترام، رفتار مؤدبانه و دوستانه، حفظ حریم خصوصی و رازداری، درک وضعیت و نیازهای هر مددجو توسط ارائه‌کنندگان خدمات، آگاهی‌بخشی کامل و درست، کفایت فنی، دسترسی و تداوم ارائه خدمات، دریافت خدمات بدون هیچ مانع و رعایت عدالت به معنای ارائه اطلاعات لازم به هر فرد متقاضی صرف‌نظر از سن، وضعیت ازدواج، جنس، جنسیت، طبقه اجتماعی و قومیت را دربر می‌گیرد (۱۳).

امروزه تقاضا برای ظرفیت‌سازی اخلاق سازمانی در سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت به ویژه توسط مدیران این بخش‌ها رو به رشد است. مددجویان، ارائه‌کنندگان خدمات و سیاست‌گذاران امر سلامت نیاز به یک راهنمای جدید عملکرد اخلاقی به منظور راهنمایی آنان در شرایط دشوار نظام ارائه خدمات سلامت دارند. اصول اخلاقی پایه‌ای برای مقابله با سوء عملکرد در حیطه پزشکی و یا سهل‌انگاری و غفلت کارکنان است. در سراسر دنیا کارکنان نظام سلامت به طور مداوم در معرض مباحث پیچیده اخلاقی قرار دارند (۱۴).

قصور پزشکی، دادخواست قانونی مددجو و برخورد با شکایت یکی از دغدغه‌های جامعه پزشکی بوده که اطلاع از شیوع و علت آن می‌تواند در پیشگیری و ارتقاء سطح سلامت جامعه و تأمین حقوق متقابل ارائه‌کننده خدمات و مددجو تأثیرگذار باشد (۱۵). قصور پزشکی امری است که می‌تواند با هر اقدام تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی در قلمرو علوم پزشکی همراه باشد. اقدام صاحبان حرف پزشکی به اعمالی که نباید انجام شود و خودداری آنان از انجام اعمالی که مبادرت به انجام آنها لازم است، فقدان مهارت کافی و بی‌توجهی به موازین رسمی و قانونی حاکم بر حرفه طبابت و رشته‌های وابسته به آن، به اشکال

گوناگون اقدامات تشخیصی، درمانی و پژوهشی را در معرض تهدید قرار می‌دهند. (۱۶، ۱۷). سوء عملکرد پزشکی یک سهل‌انگاری حرفه‌ای محسوب شده که با انجام یا عدم انجام توسط ارائه‌کننده خدمات که برخلاف استانداردهای پذیرفته شده حرفه پزشکی است و سبب ایجاد صدمه یا مرگ گردیده تعریف می‌شود (۱۸). مهارت‌های ارتباطی ضعیف با میزان رضایتمندی کم بیمار، میزان شکایت بیشتر بیمار و افزایش میزان دعاوی ناشی از سوء عملکرد همراه است (۱۹). اصلاحات در سوء عملکرد پزشکی به میزان زیادی میزان پرداخت جهت دریافت خدمات سلامت و بیمه را توسط گیرندگان خدمات در آمریکا تحت تأثیر قرار داده است (۲۰).

خطا^۲، لغزش^۳، سهویا نسیان^۴ و اشتباه^۵ از موارد سوء عملکرد ارائه‌کننده خدمات در حیطه پزشکی محسوب می‌شود. خطای انسانی پدیده‌ای است که قابل حذف نبوده اما با آموزش می‌توان آن را به حداقل رساند (۲۱). یک خطای پزشکی به عنوان یک عارضه ناخواسته قابل پیشگیری در مراقبت که ممکن است مدرکی دال بر آسیب و یا عدم آسیب بیمار باشد. خطای پزشکی شامل یک تشخیص نادرست یا ناقص یا درمان بیماری، صدمه و آسیب به بیمار، ایجاد نشانگان، رفتار، عفونت یا سایر ناراحتی‌ها تعریف می‌شود. براساس توافق عمومی خطای پزشکی زمانی رخ می‌دهد که یک ارائه‌کننده خدمات روش مراقبتی نامناسبی را انتخاب کرده یا راه حل درستی را برای مراقبت انتخاب کرده اما آن را به صورت نادرست انجام داده است. خطای پزشکی معمولاً به عنوان خطای انسانی در ارائه خدمات سلامت محسوب می‌شوند (۲۲) خطای پزشکی موضوعی جهانی، هزینه‌بر، تحمیل‌کننده بار مالی، روانی و جسمانی زیاد به بیمار، خانواده و جامعه بوده و عامل ایجاد آسیب و حتی مرگ مددجو محسوب می‌شود (۲۳). در حال حاضر

بیمارستان‌های ایتالیا سالانه بالغ بر ۱۰ بیلیون یورو برای جبران خسارت ناشی از صدمات درمانی و خطاهای پزشکی به بیمار پرداخت می‌کنند (۲۴). آمار موجود در آمریکا میزان مرگ ناشی از خطاهای پزشکی را سومین علت مرگ قلمداد کرده (۲۵). هر ساله تعداد آمریکایی‌هایی که در اثر خطای پزشکی جان خود را از دست داده بیش از افرادی است که در اثر سانحه تصادف با اتومبیل می‌میرند (۲۶). در ایالات متحده آمریکا در مراکز بیمارستانی مرگ‌های قابل پیشگیری تخمین زده می‌شود که حدود ۴۴۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰ مورد (۲۷، ۲۸) بوده و بیش از یک میلیون صدمه هر ساله اتفاق می‌افتد (۲۸، ۲۹). امروزه استفاده از فناوری جدید پزشکی یک موضوع نگران کننده در خصوص خطاهای پزشکی محسوب می‌شود (۳۰). در هنگام بروز خطای پزشکی ارتباط مؤثر پزشک - بیمار بسیار بحرانی است (۳۱).

با توجه به افزایش روزافزون شکایت از کادر مراقبت و درمان، آگاهی به قوانین و مقررات و رعایت موازین فنی و علمی و ارتباط مناسب با بیماران می‌تواند در کاهش شکایت مؤثر واقع شود. براساس مطالعات انجام شده پزشکان اورژانس با توجه به درصد کمشان در خط مقدم شکایات پزشکی قرار دارند که بیشتر ناشی از خطا در تشخیص پزشکی است که بار مالی زیادی را نیز به دنبال دارد (۲۳). از ۲۴۱۹ مورد شکایت بیماران بخش اورژانس، موضوع شکایات در ۳۳ درصد موارد مربوط به درمان (شامل درمان ناکافی، تشخیص نادرست)، ۳۱ درصد مربوط به ارتباط نامناسب با بیمار (بی‌ادبی به بیمار) و ۱۲ درصد راجع به تأخیر در درمان بود. در ۷۳ درصد موارد رضایت شاکی با ارائه توضیحات و یا معذرت‌خواهی اخذ شد. در ۲ درصد موارد تغییر در فرآیند درمان و سیاست همراه بود و در ۳ درصد دیگر نیز با جبران خسارت به بیمار همراه بود (۳۲). در یک

مطالعه انجام شده در کرمان میزان شکایت مددجو از پنج درصد به ۱۲ درصد طی پنج سال افزایش داشته، میزان قصور رخ داده ۴۱٪ و از نوع بی‌مبالاتی پزشک و بیشتر در مراکز دانشگاهی بوده است (۱۵). در مطالعه دیگری میزان بهبودی با ایجاد نقص عضو دائمی ۴۸/۳ درصد و میزان فوت ۲۴ درصد گزارش شد. در ۷۲ درصد موارد عارضه ایجاد شده ناشی از عملکرد نامناسب پزشک و سایر اعضا گروه پزشکی بود. از نظر نوع قصور بی‌مبالاتی ۳۶ درصد، بی‌احتیاطی ۳۲ درصد، عدم رعایت قوانین حرفه‌ای ۱۸ درصد و عدم مهارت کافی ۱۳ درصد تعیین شد (۳۳).

علاوه بر قصور ارائه‌کننده خدمات، مصادیق دیگر تخلفات حرفه‌ای شامل نقض حقوق مددجو در حوزه‌های مراقبت و درمان، آموزش، پژوهش و نیز عدم رعایت موازین حقوقی، اخلاقی و حرفه‌ای، استفاده مفرط از خدمات سلامت غیرضروری که توجه سیاست‌گذاران را در اصلاحات نظام سلامت به خود جلب کرده است؛ می‌باشند (۳۴-۴۰). همچنین آمارهای موجود در خصوص تخلفات حرفه‌ای ضرورت تدوین قوانین مدون که متضمن حقوق بیماران، پزشکان و اعضای گروه پزشکی در زمان و مکان‌های مختلف را به خوبی نشان می‌دهد (۴۱).

در تمام دنیا قوانین حرفه‌ای از طریق کدهای اخلاق حرفه‌ای اختصاصی آن رشته تدوین می‌شوند. اعتقاد بر این است که در حیطه ارائه خدمات سلامت باروری، کدهای اخلاقی موجود برای پزشکان و سایر افراد شاغل در این حرفه تأمین‌کننده نیازهای مطروحه در مباحث حقوق مددجو در سلامت جنسی و باروری نمی‌باشد. در همین راستا طراحی کد اخلاقی برای ارائه خدمات سلامت باروری با همکاری انجمن بین‌المللی زنان و مامایی^۶ و مشارکت مراکز دانشگاهی مختلف، در واقع پل اتصالی حفظ تعامل میان مددجویان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری را

ایجاد نمود. هدف نهایی طراحی این کد اخلاقی ارتقاء کیفیت خدمات سلامت باروری بوده که اساس طراحی آن را همانند سایر کدهای اخلاقی، حقوق بشر و به‌ویژه حقوق سلامت باروری و جنسی^۷ مددجو تشکیل می‌داد (۴۲).

وجود کد اخلاق حرفه‌ای به منظور حفظ حقوق مددجو و ارائه‌کننده خدمات در حیطه سلامت باروری علاوه بر ایجاد همدلی در ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و رضایتمندی مراجعین ارزشی کاربردی داشته و می‌تواند توسط طیف گسترده‌ای اعم از متخصصین زنان، پزشکان عمومی، ماماها، پرستاران و نیز سایر کارکنان بخش سلامت شاغل در حیطه‌هایی غیر از سلامت باروری نیز مورد استفاده قرار گیرد (۴۲). کد اخلاق حرفه‌ای چهارچوب عملکردی مشخصی را برای اعضاء حرفه فراهم می‌آورد که نظام کنترل و نظارت را قادر می‌سازد تا عملکرد حرف پزشکی، سوء عملکرد و نوع تخلف‌های انجام شده را به صورت قانونمند، منصفانه و علمی تعیین، ارزیابی و پایش نمایند.

علیرغم انجام مطالعاتی درباره اخلاق پزشکی از جمله منشور حقوق بیمار در ایران (۳۸) و کدهای اخلاقی پژوهش در علوم پزشکی (۱۱). مباحث مربوط به اخلاق پزشکی نوین به‌ویژه در حیطه سلامت باروری در ایران نوپا بوده و علاوه بر این به دلیل فقدان وجود کد اخلاق حرفه‌ای برای اکثر گروه‌های علوم پزشکی از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری در منطقه مدیترانه شرقی و ایران، اهمیت انجام پژوهش‌های بنیادی و کاربردی و استفاده از نتایج آنها از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در بخش‌های مربوط به قانونگذاری، سیاست‌گذاری، آموزش پزشکی بهداشت و درمان در این زمینه بیش از پیش نمایان می‌گردد. از آنجا که هرگونه سوء عملکرد حرفه‌ای در حیطه‌های اخلاقی، حقوقی و خدماتی ممکن است آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیر جسمانی، روانی،

اجتماعی و اقتصادی را برای مددجو، خانواده وی، جامعه و نظام سلامت را به همراه داشته باشد لذا لازم است نظام بررسی این تخلفات کارآمد و به روز باشد. تهیه و ارائه یک چهارچوب نظارتی بر عملکرد اخلاقی متناسب با فرهنگ اسلامی و ایرانی که متضمن حقوق ارائه کننده خدمات، مددجو و پاسخگوی نیازهای واقعی آنان (کودکان، نوجوانان، زنان و مردان) در حیطه سلامت باروری بوده و ضمن ارائه خدمات با کیفیت و مطابق با استانداردهای تعیین شده، رضایتمندی و رعایت‌شان انسانی آنان را نیز به همراه داشته و در بخش‌های پژوهش، آموزش و مدیریت نیز کاربرد داشته باشد؛ نشانگر ضرورت انجام مطالعه‌ای با هدف تعیین ویژگی‌های نظام بررسی تخلفات حرفه‌ای اخلاق‌گرا در ارائه خدمات سلامت باروری را نمایان می‌سازد.

روش مطالعه: مطالعه کنونی بخشی از یک مطالعه گسترده توصیفی - اکتشافی^۸ (روش تلفیقی متوالی)^۹ (۴۳) در خصوص طراحی کد اخلاق حرفه‌ای برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری می‌باشد که طی سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تصویب قرار گرفت. محیط پژوهش را در بخش کیفی مطالعه دانشگاه‌های علوم پزشکی که رشته سلامت باروری در آنجا دایر بود تشکیل داده و جامعه پژوهش متخصصین و مدرسین رشته سلامت باروری شامل متخصصین زنان و متخصصین سلامت باروری عضو هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی، اعضاء کمیته اخلاق دانشگاه‌های علوم پزشکی که رشته سلامت باروری در آنجا دایر است، متخصصین علم اخلاق در حوزه علوم انسانی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باروری بودند. مشارکت‌کنندگان در تحقیق شامل ۴۵ نفر از افراد جامعه پژوهش بوده که واجد کلیه مشخصات واحدهای پژوهش (برخورداری از تجارب ارزشمند علمی و حداقل

۳ سال سابقه کار در این حیطة) بودند. جهت نمونه‌گیری از روش مبتنی بر هدف^{۱۰} تا اشباع داده‌ها^{۱۱} استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل تحویل سؤالات و دریافت داده‌ها از طریق پست الکترونیکی^{۱۲} و یا مراجعه حضوری بود. روش گردآوری داده‌ها به روش دلفی طی سه مرحله صورت گرفت به این ترتیب که پس از شناسایی مشارکت کنندگان و دعوت جهت شرکت در مطالعه و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، پرسشنامه اولیه که شامل سؤالات باز پاسخ بوده از طریق پست الکترونیکی و یا مراجعه حضوری به واحدهای پژوهش تحویل شد. از هر یک از افراد درخواست گردید تا نظرات خود را عودت دهند. پس از جمع‌آوری پاسخ‌های دریافتی، پاسخ‌ها سازماندهی، نظرات مشابه ترکیب، گروه‌بندی و موضوعات تکراری و حاشیه‌ای حذف شده و تا حد امکان پاسخ‌ها کوتاه گردید. تحلیل پاسخ‌های اولین دور براساس رویکرد کدهای کیفی (کدگذاری باز) انجام شد. پس از مشخص شدن درونمایه‌ها، طبقات اصلی و فرعی، تلفیق منابع نیز انجام گردید. برای اطمینان از صحت یافته‌ها، پژوهشگر زمان کافی را به جمع‌آوری داده‌ها اختصاص داده و با مرور مکرر داده‌ها، درگیری طولانی مدت خود را حفظ نموده است. علاوه بر این با انتخاب مشارکت کنندگان از دانشگاه‌های مختلف و تخصص‌ها و گرایش‌های متفاوت (حداکثر تنوع^{۱۳} مکانی و مشارکت کنندگان)، نمونه‌گیری از دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی (تلفیق مکانی^{۱۴}) و نیز استفاده از روش دلفی برای گردآوری داده‌ها (تلفیق درون روشی^{۱۵}) حاصل گردید. تلفیق^{۱۶} یک رویکرد رایج و شناخته شده برای ترکیب روش‌های پژوهش است. مزایای انجام مطالعه به روش تلفیق شامل مکمل بودن^{۱۷}، افزایشی بودن^{۱۸}، افزایش اعتبار^{۱۹} و ایجاد مرزهای^{۲۰} جدید است (۴۳،۴۴). در تمامی مراحل انجام پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله تکمیل فرم رضایت آگاهانه، حق آگاهی

مشارکت کنندگان در مطالعه از نتایج پژوهش، محرمانه نگهداشتن اطلاعات مربوط به آنان، حق انصراف از ادامه شرکت در پژوهش در هر زمان بنا به درخواست آنان و سایر ملاحظات اخلاقی مندرج در طرح پژوهشی، رعایت گردید. به منظور تأیید اعتبار محتوای حاصل از تحلیل محتوا، یکی از متن‌های کدگذاری شده، به مشارکت کننده عودت داده شد تا بازنگری اعضا محقق گردد. قابلیت وابستگی داده‌ها از طریق بازنگری همکار و اعضای تیم پژوهش با در اختیار قرار دادن متن چند پاسخ دریافتی در اختیار پژوهشگران همکار که در مرحله جمع‌آوری داده‌ها سهیم نبودند؛ انجام شد. همچنین پژوهشگر با توصیف دقیق مشارکت کنندگان شامل روش نمونه‌گیری، زمان جمع‌آوری داده‌ها و مکان آن قابلیت انتقال را افزایش داده و جهت افزایش همسانی و عینیت به ترتیب با شرح دقیق و جزئیات پژوهش و ثبت کامل تمامی مراحل گردآوری داده‌ها (متن، کدگذاری و تجزیه و تحلیل) این اهداف را محقق نمود. سپس در دوره‌های بعدی دلفی (مراحل کمی) پس از محاسبه صدک‌ها و میانگین‌ها شاخص اعتبار محتوای ۹۰ درصد، تعیین شد.

نتایج: شرکت کنندگان در پژوهش شامل زن و مرد و در طیف سنی ۲۷ تا ۵۸ سال قرار داشتند. یافته‌های پژوهش مشتمل بر مفاهیم اصلی همانند رعایت حقوق مددجو، رعایت حقوق ارائه کننده خدمات، نظام عدالت محور، نظام قانون‌گرا، مدیریت اصل پاسخگویی، فرآیند گزارش تخلف و فرآیند بررسی تخلف بود. اکثر مشارکت کنندگان در پژوهش اعتقاد داشتند احقاق حقوق مددجو مهمترین اصل در یک نظام بررسی تخلفات حرفه‌ای ارائه کننده خدمات سلامت محسوب می‌شود. یک متخصص اخلاق پزشکی در این خصوص ذکر کرده بود: «مبنای رسیدگی رعایت حقوق مددجوست».

تعداد زیادی از مشارکت کنندگان در پژوهش به رعایت حقوق ارائه کننده خدمات سلامت باروری در بررسی تخلفات حرفه‌ای اشاره داشتند. یک متخصص زنان در این خصوص چنین عنوان کرده بود: «حفظ حقوق ارائه کننده خدمات از ارکان بررسی تخلف حرفه‌ای است».

نظام عدالت‌محور از دیگر مفاهیمی بود که اکثریت مشارکت کنندگان در پژوهش آن را ذکر نمودند. یک حقوقدان در این باره اظهار نموده بود: «این نظام باید عادلانه باشد، باید برای همه همکاران و برای همه به یک شکل اعمال شود». نظام بررسی قانون‌گرا و نیاز به مصوبه‌های قانونی در خصوص بررسی تخلفات حرفه‌ای از مفاهیمی بود که تعداد کثیری از مشارکت کنندگان در پژوهش آن را مورد توجه قرار داده بودند. یک کارشناس مامایی معتقد بود: «قوانین مرتبط با تخلفات باید کاملاً دقیق و شفاف باشد».

مدیریت اصل پاسخگویی نیز از موارد مهم ذکر شده توسط تعداد زیادی از مشارکت کنندگان بود. یک متخصص سلامت باروری به این موضوع اشاره داشت: «در امر نظارت بر تخلف ذینفعان داخلی و خارجی مشارکت داشته باشند». اکثر مشارکت کنندگان در پژوهش اعتقاد داشتند نحوه گزارش تخلفات حرفه‌ای یکی از مهمترین ارکان در نظام بررسی تخلفات محسوب می‌شود. یک متخصص حقوق و اخلاق پزشکی در این باره اظهار داشت: «گزارش تخلف باید مبتنی بر شواهد باشد».

فرآیند بررسی تخلفات حرفه‌ای بنابر عقیده تعداد زیادی از مشارکت کنندگان در پژوهش باید از ویژگی‌های قابل ملاحظه‌ای برخوردار باشد. یک کارشناس بهداشت خانواده در این خصوص عقیده داشت: «فرآیند بررسی تخلفات حرفه‌ای باید سازوکار اجرایی داشته باشد».

جدول شماره ۱ به تفصیل نتایج مطالعه مشتمل بر مفاهیم و گویه‌های مستخرجه را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: مفاهیم و گویه‌های مستخرجه

گویه‌ها	درونمایه اصلی
توجه به نقض حقوق انسانی و سلامت باروری مددجو ملاک و مینا باشد. صندوق شکایات و پیشنهادات در دسترس مددجو قرار داشته باشد. فرم‌های مخصوص شکایات مددجو، موجود و در دسترس مددجو قرار داشته باشد. از پیگیری تخلف توسط مددجو حمایت شود. به شکایات مددجو رسیدگی شود.	رعایت حقوق مددجو
شرح وظایف شغلی و محدوده مسئولیت‌های حرفه‌ای ارائه‌کننده به وی ابلاغ شده باشد. در بازآموزی‌های شغلی در خصوص تخلفات حرفه‌ای و احکام آن به ارائه‌کننده اطلاع‌رسانی مناسب انجام شود. حقوق ارائه‌کننده خدمات حفظ شود. از توهین و ارعاب به ارائه‌کننده متخلف خودداری شود. اصل رازدای درباره ارائه‌کننده متخلف رعایت شود. ارائه‌کننده ملزم است از احکام صادره توسط نظام بررسی تخلفات تبعیت نماید.	رعایت حقوق ارائه‌کننده خدمات
نظام بررسی عادلانه باشد و برای همه همکاران و برای همه به یک شکل اعمال شود. نظام بررسی بدون تبعیض برپایه جنس، سن، قومیت، نژاد، مذهب، وضعیت سلامت، وضعیت اقتصادی و وابستگی سیاسی انجام شود. نظام بررسی تخلفات منصفانه باشد و محکومیت متناسب با نوع تخلف تعیین شود. بررسی تخلف بدون جانبداری و کاملاً بی‌طرفانه انجام شود.	نظام عدالت‌محور
ادبیات حقوقی داشته باشد. مصوبه قانونی داشته باشد. پایبندی به مقررات ملاک باشد. قوانین مرتبط با تخلفات موجود باشد. قوانین مرتبط با تخلفات به روز باشد. قوانین با بیانیه‌های منطقه‌ای و بین‌المللی همخوانی داشته باشد. قوانین مرتبط با تخلفات باید کاملاً دقیق، صریح و شفاف باشد. کدهای اخلاق حرفه‌ای دقیقاً تعریف شده و موجود باشد. شرح وظایف شغلی دقیقاً تعریف شده و موجود باشد. افراد ذیصلاح درحوزه قانونگذاری مدنی و بین‌المللی حضور داشته باشند.	نظام قانون‌گرا
افراد برخورد کننده با تخلف از نظر حرفه‌ای الگوی دیگران باشند. بر عملکرد ارائه‌کننده در محدوده شرح وظایف شغلی و مسئولیت‌های حرفه‌ای به	مدیریت اصل پاسخگویی

صورت محسوس و نامحسوس نظارت شود. در امر نظارت بر تخلف ذینفعان داخلی و خارجی مشارکت داشته باشند. برنامه همکاری برای هر تخطی و حکم مشخص برای آن از پیش تعیین و تدوین شده باشد. بر اجرای درست احکام صادره نظارت شود. بازخورد مناسب از نتیجه بررسی تخلف ارائه شود.	
تخلف انجام شده چه در حلقه های درون سازمانی و برون سازمانی هر دو گزارش شود. در گزارش تخلف انجام شده شجاعت داشته باشد. در گزارش تخلف انجام شده قاطعیت داشته باشد. در گزارش تخلف انجام شده صداقت داشته باشد. ارائه گزارش تخلف مبتنی بر شواهد باشد. ارائه کننده متخلف را از تخلف انجام شده مطلع نماید. در گزارش تخلف انجام شده به مصادیق تخلف نظیر مظاهر فساد اداری (تبلیغ، توصیه، سفارش، تبعیض، دریافت هدیه و وجه نقد)، نقض حقوق مددجو در فرآیندهای مراقبتی، آموزشی و پژوهشی و عملکرد خارج از محدوده شرح وظایف شغلی توجه شود. از اختیارات حرفه ای سوء استفاده نشود.	فرآیند گزارش تخلف
نظام بررسی تخلف ساز و کار اجرایی داشته باشد. مراحل رسیدگی به تخلف تعیین شده باشد. تخلف قابل ارزیابی و سنجش باشد. فرآیند بررسی تخلف دقیق باشد. سلسله مراتب حقوقی و اداری جهت رسیدگی به شکایات رعایت گردد. مشارکت فعال در روند پیگیری تخلف وجود داشته باشد. رسیدگی به تخلفات در سازمان های مرتبط انجام شود. کمیته هایی تخصصی برای رسیدگی به تخلفات وجود داشته باشد. افراد ذیصلاح در حیطه سلامت باروری و سازمان های تعریف شده در قانون برای رسیدگی به تخلف حضور داشته باشند. میزان و نوع تخلف کاملاً مشخص شده باشد. به تقاضاهای نابجای مددجو یا ارئه کننده پاسخ مثبت داده نشود. نظام بررسی عملکردی خارج از محدوده قوانین حقوقی و کشوری، دستورالعمل ها و موازین شرعی و اخلاقی نداشته باشد. عدم همکاری در هر یک از حلقه های نظام بررسی تخلف در اجرای برنامه ها و سیاست های ملی منطقه ای و کشوری گزارش شود.	فرآیند بررسی تخلف

بحث: براساس نتایج مطالعه یافته‌های اصلی شامل رعایت حقوق مددجو، رعایت حقوق ارائه‌کننده خدمات، نظام عدالت‌محور، نظام قانون‌گرا، مدیریت اصل پاسخگویی، فرآیند گزارش تخلف و فرآیند بررسی تخلف بودند.

رعایت حقوق مددجو که مورد تأکید اکثر مشارکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفته بود در سایر مطالعات انجام شده در دنیا نیز از ارکان مهم یک نظام کارآمد بررسی تخلفات محسوب می‌شود. پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژیکی در دهه‌های اخیر توجه روزافزون به رعایت حقوق بیمار را بیش از هر زمان دیگر ضروری ساخته است. صلاحیت اخلاقی یکی از مهمترین معیارهای توانایی و مراقبت و درمان بیماران محسوب می‌شود. در سال‌های اخیر ملاحظات فراوانی در جهت حفظ حقوق بیماران مورد توجه قرار گرفته است. حقوق بیماران آینده‌ای از حقوق بشر، حقوق پزشکی و مبنایی برای ارتقاء سلامت بیماران است. میزان رضایتمندی بیمار از خدمات بهداشتی و درمانی یکی از مهمترین شاخص‌های رعایت حقوق بیماران می‌باشد. حقوق بیمار همان انتظاراتی است که او از مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی دارد. به عبارت دیگر حقوق بیمار عبارت است از وظایفی که گروه پزشکی در قبال تأمین نیازهای جسمی، روحی، روانی و اجتماعی مشروع و معقول بیمار دارند (۴۱). براساس نتایج مطالعات نه تنها اکثر ارائه‌کنندگان خدمات بلکه بیشتر مددجویان از حقوق خویش آگاه نیستند (۳۸). توانایی گیرندگان خدمات در ارائه یک شکایت مؤثر درباره خدمات و محصولات یک رکن مهم محسوب می‌شود اعتماد بر فقط توانایی بیمار بر قطع یک برنامه سلامت و انتخاب برنامه دیگری برای اطمینان یافتن از رعایت حقوق بیمار در برنامه‌های مدیریت خدمات یا بهبود کیفیت خدمات کافی نیست. بهبود فرصت‌هایی برای شنیدن صدای اعتراض بیماران می‌تواند هم میزان رعایت حقوق

بیمار و هم احتمال وجود نگرانی‌ها در خصوص کیفیت خدمات را نشان دهد.ضمیمه نمودن توانایی بیمار در خارج شدن از برنامه مراقبتی با توانایی فریادخواهی می‌تواند رعایت حقوق بیمار را فراهم آورد (۴۵). ارتباطات مناسب با بیمار جزئی از حقوق وی بوده که ضعف ارتباطی یک عامل مشخص در نارضایتی بیماران محسوب می‌شود. در حالی که شکایت بیماران منجر به تغییر عمده در سیاست و فرآیند است راهکارهای تحقیقی و مداخله‌ای در مشکلات ارتباطاتی ضرورت دارند (۳۲). مهارت‌های ارتباطی ضعیف با میزان رضایتمندی کم بیمار، میزان شکایت بیشتر بیمار و افزایش میزان دعاوی ناشی از سوء عملکرد همراه بوده است (۱۹).

براساس نتایج مطالعه نظام بررسی تخلفات باید متضمن حقوق ارائه کننده خدمات علاوه بر مددجویان باشد. شکایات بیماران در اغلب موارد تصدیق شده و منجر به عذرخواهی، تغییر فرآیندهای درمانی و مراقبتی و جبران خسارت می‌شود (۳۲). امروزه یکی از دلایل استفاده مفرط از اقدامات و فرآیندهای تشخیصی و آزمایشگاهی توسط ارائه کنندگان خدمات سلامت برای مددجویان به دلیل ترس از خطر تعقیب قضایی آنهاست. این امر به عنوان بخش مهمی از هزینه‌های غیرقابل کنترل نظام سلامت محسوب می‌شوند که توجه سیاست‌گذاران را در اصلاحات نظام سلامت به خود جلب کرده است (۳۴). حرف پزشکی ممکن است برای مقابله با خطرات تعقیب قضایی و نیز پرداخت هزینه سوء عملکرد پزشکی خود را بیمه مسئولیت حرفه‌ای نمایند (۴۶). پیچیدگی ارائه خدمات و طراحی فرآیندها، صلاحیت، آموزش و تربیت، فاکتورهای انسانی و ارگونومی از عواملی هستند که بر ارائه کننده خدمات و نحوه ارائه خدمات تأثیر می‌گذارند (۲۲). به

عنوان مثال برخورد قانونی با پزشکان در ایتالیا بالغ بر ۱۵۰۰۰ مورد در سال است گزارش شده است (۲۴).

نظام عدالت‌محور یکی دیگر از یافته‌های اصلی پژوهش بود که اکثر مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کرده بودند. امروزه حقوق نیز همانند سایر رشته‌ها به سوی جهانی شدن گام برداشته و کشورهای در این خصوص موفق هستند که بتوانند نظام حقوقی خود را با معیارهای منطقی مورد تأیید جامعه جهانی تطبیق و خود را با نظام حقوق بشر جهانی هماهنگ نمایند. تحول و پیشرفت به سوی حمایت قضایی مؤثر از حقوق بشر با استفاده از یک آیین دادرسی منصفانه در قالب مجموعه تضمینات «حق برخورداری از دادرسی منصفانه» بسیار چشمگیر بوده است که این تحول را می‌توان در اصلاحات صورت گرفته در قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی و آیین رسیدگی به تخلفات انتظامی شورای عالی نظام پزشکی مشاهده نمود. حق برخورداری از دادرسی منصفانه مشتمل بر مجموعه‌ای از اصول و قواعدی است که جهت رعایت حقوق طرفین در رسیدگی به دعوی آنان پیش‌بینی گردیده و تضمینات موجود در اسناد بین‌المللی حقوق بشر به عنوان یکی از حقوق به رسمیت شناخته شده مبنای یکپارچه نمودن آیین دادرسی در حوزه‌های مختلف می‌باشد (۴۷، ۴۸). از آنجا که پیشگیری همیشه بهتر از درمان بوده لذا نظام دولتی بایستی به گونه‌ای عمل نمایند تا از اینکه همه به مکانیسم‌های دادخواهی سریع، آسان در استفاده، منصفانه و حمایتی دسترسی داشته و بتوانند از این مکانیسم‌ها استفاده نمایند (۴۵).

براساس نتایج مطالعه کنونی، نظام قانون‌گرا، در شکل‌گیری یک نظام بررسی تخلفات کارآمد نقش بسزایی دارد. با توجه به شایع بودن قصورات و خطاهای پزشکی و ارتباط مستقیم آن با جان و مال بیماران، صرف زمان، بودجه و نیروی

انسانی نظام سلامت، نقش مسئولین در وضع قوانینی در جهت ایجاد امنیت حقوقی و اخلاقی برای ارائه کنندگان خدمات با حفظ حقوق مددجو، پررنگ‌تر شده به دلیل اینکه موجب فاش‌سازی و بیان آسان‌تر و به موقع خطاها به بیماران و مدیران می‌گردد. همچنین این امر سبب می‌شود تا انگیزه بیشتری برای کارکنان، ارتقاء آموزش آنان و آگاهی از قصورات و نیز کاهش آسیب وارده به بیمار گردد (۲۵). در نظام قانون‌گرا قوانین باید به گونه‌ای طراحی شوند که متضمن حقوق تمامی ذینفعان داخلی و خارجی باشند. تأکید بر این است تا در فعالیت‌های اخلاق پزشکی در ایران از جمله برنامه‌ریزی استراتژیک کلیه ذینفعان از جمله گیرندگان خدمات (بیماران، خانواده آنها)، ارائه‌کنندگان خدمات (پزشک و سایر اعضاء گروه مراقبت و درمان)، مراکز آموزشی، مرکز پژوهشی، مجلس شورای اسلامی و مراجع قانونگذار، مراجع حوزه علمیه، سازمان‌های حقوقی و مراجع قضایی، سازمان نظام پزشکی، پزشکی قانونی، سازمان‌های بین‌المللی (سازمان جهانی بهداشت، یونسکو، سازمان حقوق بشر و...)، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، سازمان‌های بیمه‌گر، نیروی انتظامی، جامعه جهانی اسلام، رسانه‌های گروهی، نهادهای مردمی غیردولتی و انجمن‌های مرتبط حرفه‌ای. اهداف تبیین شده شامل پیشنهاد قوانین و مقررات لازم در خصوص اخلاق پزشکی به مراجع ذیصلاح، ایجاد ارتباط با سازمان‌ها و مراکز کشوری و بین‌المللی، افزایش اطلاع‌رسانی، تدوین دستورالعمل‌ها و کدهای مناسب در خصوص مسائل مختلف اخلاق پزشکی برای گروه پزشکی، استقرار نظام پایش و ارزشیابی در زمینه مسائل آموزشی و برخورد با موارد مختلف، تشکیل شورای سیاست‌گذاری اخلاق پزشکی کشور با مشارکت نهادهای ذیربط مشارکت داشته باشند (۱۱). در ایران در قانون مجازات اسلامی به طور پراکنده به حقوق بیماران و پزشکان به صورت پراکنده (بند دو

ماده ۵۹، ماده ۶۰، ماده ۳۱۹، ماده ۳۲۲، ماده ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی) اشاره شده است ولی دربر گیرنده تمامی حقوق بیماران نیست. بنابراین در حال حاضر حقوق بیماران و خانواده آنها به صورت کامل در مراکز درمانی رعایت نمی‌شود و علت آن خلأ قانونی در حوزه مسئولیت پزشک و حقوق بیمار است (۴۱). نظام قانونگذاری جدید و تغییرات در سیاست‌گذاری نیازمند پشتیبانی ارائه‌کنندگان خدمات و جامعه است. در این خصوص چالش‌های زیادی وجود دارد. هزینه‌های بیمه، پیگرد قضایی و هزینه‌های ارائه خدمات بسیار مهم هستند (۲۶).

مدیریت اصل پاسخگویی یکی از ارکان مهم نظام بررسی تخلفات از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در تحقیق بود. مسئولیت عبارت است از وضعیت و شرایطی که هر فرد مطابق قانون در قبال انجام و یا عدم انجام آن پاسخگو می‌باشد. این پاسخگویی ممکن است حاصل فعل یا ترک فعل ناشی از نقض قوانین موضوعه کیفری، تخلف از قرارداد یا تخطی از موازین و مقررات حرفه‌ای باشد (۴۸). نظارت بر اعمال اعضاء گروه مراقبت و درمان همواره از دغدغه‌های مهم قانونگذاران بوده است. مسائل پزشکی و قضایی نیازمند قانونگذاری و نظام حقوقی مناسب دارند و حقوق بیمار باید در این قوانین لحاظ گردد. بیمار از هر سن، نژاد، مذهب و طبقه اجتماعی که باشد سلامت خود را به طور کامل به اعضاء گروه پزشکی می‌سپارد و بنابراین انتظارات متعدد و مشروعی را از آنان دارد. همچنین در اعلامیه‌های جهانی نیز تأکید فراوانی بر ارتباط مناسب حرفه‌ای پزشک و بیمار شده است. در بیانیه هلسینکی (سال ۲۰۰۰) وظیفه پزشک حفظ سلامت مردم و وقف دانش پزشکی وی در جهت ایفای این رسالت ذکر شده است. در اعلامیه ژنو نیز تأمین سلامت بیمار اولین وظیفه و مسئولیت پزشک تعیین شده است. (۴۱). مدیریت ارائه خدمات سلامت می‌تواند با فراهم نمودن فرصت‌های مناسب

برای بیماران و ارائه کننده خدمات نظارت بر اصل پاسخگویی را فراهم نماید (۴۵). در این راستا ارزیابی مداوم عملکرد راه دیگری به عنوان ابزار ارزشیابی برای بازرسی و نظارت مشکلات جاری ایمنی طبی بوده و می تواند اطلاعات ضمیمه‌ای مناسبی را از الگوی گزارش بدون نام ارائه دهد (۳۰). الگوی نظارت درون‌گروهی بر فعالیت‌های پزشکی، مبتنی بر تمرکزگرایی و بهره‌گیری از متخصصان رشته‌های پزشکی و بهداشتی مرتبط با وظایف نظارتی است. در این الگوی نظارت مسئولان و شاغلان مؤسسات پزشکی، همواره خود را در برابر ناظرینی آگاه و آشنا به امور تخصصی می‌یابند که سبب عدم فرار از مسئولیت حرفه‌ای می‌گردد. تخصص‌گرایی هیأت نظارت و نظارت مستمر از جمله فواید این سیستم نظارتی است که می‌تواند آن را قابل اطمینان و کارآمد سازد اما در اغلب کشورها این نظام مورد پذیرش قرار نگرفته است. در ایران چالش‌های الگوی نظارت درون‌گروهی شامل عدول از اصل تفکیک میان مقام ناظر از مقام تصمیم‌گیرنده و نیز امکان تبانی در پرتو مناسبات درون‌گروهی است. الگوی نظارت برون‌گروهی بر فعالیت‌های پزشکی که بر اصل تفکیک میان مقام ناظر از مقام تصمیم‌گیرنده تأکید دارد و بر رعایت اصل نظارت مستقل و بی‌طرفانه بنا نهاده شده است. سازوکار نظارتی فرآیندمحور، نهادمحور و سازوکار نظارتی ویژه در این نظام نظارتی مشهود است. سومین رویکرد الگوی تلفیقی نظارت بر مؤسسات پزشکی است که تلفیقی از دو الگوی مذکور بوده که به موازات تخصص‌گرایی، عرف متداول بر مؤسسات پزشکی نیز در رویه عملی در نحوه نظارت ملحوظ نظر قرار می‌گیرد. بنابراین می‌توان با بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها و به موازات آن استفاده از ظرفیت‌های موجود در قوانین داخلی، به تشتت قوانین در زمینه نظارت پزشکی پایان بخشید و طرحی جامع و کارآمد را در این

خصوص بنیان نهاد (۴۹). اصلاحات در نظام سوء عملکرد پزشکی می‌تواند به میزان قابل توجهی هزینه‌های مربوط به خدمات سلامت را کاهش دهد اما حفاظت از بیمار و خدمات قابل پرداخت در این بحث گنجانده نشده است (۲۰).

گزارش تخلف و نحوه گزارش از مفاهیم ذکر شده توسط اکثر مشارکت‌کنندگان در پژوهش بود. گزارش سوء عملکرد حرفه‌ای یک موضوع حساس بوده و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در خصوص گزارش خطاهای واقعی نگرانی‌های زیادی دارند (۳۰). گزارش و پیشگیری از خطاهای جدی پزشکی از دیرباز از دغدغه‌های ارائه‌کنندگان خدمات سلامت محسوب می‌شده است و در این راستا در واکنش به گزارش‌هایی مبنی بر بروز خطاهای پزشکی توصیه‌هایی به منظور کاهش بروز خطاهای پزشکی قابل پیشگیری ارائه شده است (۲۶). اغلب بین عملکرد واقعی ارائه‌کنندگان خدمات در خصوص گزارش و اظهار خطای پزشکی با نگرش آنها فاصله وجود داشته و تمایل به اظهار خطا بیشتر از گزارش واقعی آن است (۵۰). دستورالعمل‌های حرفه‌ای تصریح کرده‌اند که ارائه‌کنندگان موظف به گزارش و آشکار نمودن خطای پزشکی هستند. استانداردهای جدید آشکارسازی پیامدهای غیرمنتظره را با اعتباربخشی بیمارستان‌ها عجین و پیوند نموده‌اند (۳۱). بررسی راهکارهای مقابله با خطاهای پزشکی از دیدگاه پزشکان نشان می‌دهد رایج‌ترین نگرش نسبت به خطاهای پزشکی همکاران گزارش، خطای انجام شده به پزشکی که مرتکب خطا شده و درخواست از او برای به عهده گرفتن مسئولیت آشکارسازی خطای خود به بیمار به بود (۵۱).

فرآیند بررسی تخلف که تعداد کثیری از مشارکت‌کنندگان در پژوهش به آن اشاره کرده بودند؛ معمولاً با معضلاتی نظیر مکانیسم‌های ارائه شکایت و فرآیندهای دادخواهی همراه هستند. دادرسی هیأت‌های انتظامی پزشکی بخشی از

محاکم اداری هستند که در رسیدگی به تخلفات پزشکی از سازوکار و تشریفات دادرسی خاصی برخوردار می‌باشد و نحوه دادرسی به دلیل ماهیت خاص موضوعات مورد رسیدگی متفاوت است. آیین دادرسی در دهه اخیر با برخی تحولات بنیادین، حرکت به سمت ایجاد اصول و قواعد واحد و کلی آیین دادرسی را در کلیه دعاوی اعم از مدنی، کیفری و اداری را آغاز نموده است. محاکم قضایی معمولاً واکنش کندتری نشان می‌دهند اما به خصوص در موارد مربوط به حقوق گیرندگان خدمات سلامت و نقض حقوق آنان مداخله می‌نمایند یک شاکی لازم است چهار جزء یک سهل‌انگاری از جمله عدم انجام یک وظیفه، نقض یک را برای ادعای خطای پزشکی اثبات کند (۴۵-۴۷). برای بررسی شکایت ناشی از سوء عملکرد ارائه کننده خدمات یک چهارچوب پایدار ملی برای مشخص نمودن اهداف تعیین صلاحیت و عملکرد ارائه کننده خدمات لازم است. صلاحیت ارائه کننده خدمات و کیفیت ارائه خدمات امروزه مورد توجه حرف پزشکی و غیرپزشکی قرار دارد. کاستی‌هایی در صلاحیت ارائه کننده خدمات سلامت یک نقش مهم در بروز خطاهای پزشکی و کیفیت نامناسب خدمات سلامت دارد. روند ملی در جهت اجرای ارزیابی مداوم ارائه کننده خدمات تاثیر بسزایی در مراقبت از مددجو دارد به دلیل این که عدم صلاحیت ارائه کننده خدمات قبل از اینکه سبب تهدید ایمنی مددجو شود تشخیص داده می‌شود. توسعه مکانیسم‌های اندازه‌گیری عملکرد و تعیین محدوده مسئولیت ارائه کننده خدمات از مهمترین اولویت‌ها محسوب می‌شوند. روش‌های ارزیابی سوء عملکرد ارائه کننده خدمات بایستی قابل اعتماد، حمایت‌گر استنتاج معتبر در خصوص حرفه پزشکی بوده و بازخورد ارزشمندی برای یادگیری و بهبود تلاش‌ها و کارآمدی در عملکرد پزشکی باشد. چنین رویکردی بایستی بهبود مداوم نیروی کار پزشکی را در حالی

که شامل مکانیسم‌های منع اشتغال ارائه کننده که میزان خطر قابل توجهی برای تأمین ایمنی بیمار و رفاه وی محسوب می‌شود را حمایت کند. دسترس بودن روش‌های ارزیابی با کیفیت ابزارهای موجود متفاوت بوده و درک بهتری از انواع تصمیمات اخذ شده توسط ارائه کننده را نشان می‌دهد. تأمین منابع آموزشی لازم برای حمایت از این روش‌ها، انجام تحقیقات ملی معتبر و قابل اعتماد مبتنی بر پیامد، تقویت ارتباط مناسب میان ارائه کننده خدمات و نظام ارائه خدمات سلامت، اصلاحات مناسب در بعد قانونگذاری در نظام سلامت از عوامل مهم تعیین روش‌های ارزیابی عملکرد ارائه کننده خدمات ذکر شده‌اند. دیدگاه افراد صاحب‌نظر در این خصوص برخورد تنبیهی و انضباطی و منع ارائه کننده فاقد صلاحیت از انجام اعمال حرفه‌ای است. دیدگاه سنتی‌مدارانه آنها منطبق بر منابع محدود، افراد خبره در ارزیابی صلاحیت و اندازه‌گیری کیفیت خدمات استوار است (۵۲). استانداردها و قوانین برای تعیین سوء عملکرد پزشکی از کشوری به کشور دیگر با توجه قوانین قضایی آن کشور متفاوت است (۴۶) با این حال دستورالعمل‌های عملکرد بالینی ارائه کننده خدمات سعی در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت از طریق ارائه آگاهی مناسب هم برای بیمار و هم ارائه کننده دارند. آنها به عنوان یک الگو شواهد در دسترس را خلاصه کرده و توصیه‌های تخصصی را در شرایط مختلف بالینی ارائه می‌کنند. اجرای موفقیت‌آمیز دستورالعمل‌های بالینی ارائه کنندگان را قادر می‌سازد تا از این که عملکردشان مطابق با دانش روز و استانداردهای رایج حرفه‌ای بوده اطمینان حاصل نمایند. دستورالعمل‌های عملکرد بالینی با این که در انجام اعمال حرفه‌ای ارائه خدمات سلامت کمک کننده هستند اما با این حال پزشکان نسب به آن واکنش‌های مختلفی را نشان می‌دهند. شایع‌ترین انتقاد ایراد شده توسط بعضی از پزشکان این

است که این دستورالعمل عملکرد بالینی را بسیار سهل جلوه داده و همانند یک کتاب راهنمای آشپزی هستند. بعضی از پزشکان نیز نگرانی‌هایی در خصوص اینکه ممکن است این دستورالعمل بالینی به عنوان سوء عملکرد نسبت به ارائه‌کننده خدمات مورد استفاده قرار گیرد. عده دیگری نیز معتقدند این دستورالعمل بالینی سبب تهدید اقتدار ارائه‌کننده و ارتباط میان ارائه‌کننده و بیمار شود. حمایت از پایش مداوم روند اجرای دستورالعمل حرفه‌ای بایستی اجرای آن رادر عملکرد واقعی ارائه‌کنندگان تسهیل نماید (۵۳). انجام اصلاحات در نظام بررسی سوء عملکرد در حیطه پزشکی می‌تواند به میزان قابل توجهی هزینه‌های مربوط به خدمات سلامت را کاهش دهد اما نه نیازهای بیماران و نه ارائه‌کنندگان خدمات از طریق نظام سنتی مسئولیت پزشکی برآورده نشده است (۲۰) که تلاش در جهت تأمین حقوق ذینفعان امری حیاتی محسوب می‌شود.

با توجه به نتایج مطالعه و درنظر گرفتن گستردگی طیف مددجویان خدمات سلامت باروری که دربرگیرنده کودکان، نوجوانان و زنان و مردان بوده و تخلف در خصوص ارائه خدمات می‌تواند پیامدهای نامطلوب جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی را برای مددجو، خانواده، جامعه و حتی ارائه‌کننده به دنبال داشته باشد لذا برخورداری از یک نظام نظارتی کارآمد و اخلاق‌گرا در حوزه ارائه خدمات سلامت باروری بسیار ضروری به نظر می‌رسد.

پی‌نوشت‌ها

- 1- Lanner Abass
- 2- Error
- 3- Slip
- 4- Lapse
- 5- Mistake
- 6-Federation International of Gynecology Obstetrics/FIGO
- 7-Sexual & Reproductive Health
- 8-Descriptive-Exploratory
- 9-Sequential Triangulation
- 10- Purposeful Sampling
- 11- Data Saturation
- 12- E Mail
- 13- Maximum Variation
- 14- Place Triangulation
- 15- Internal Method Triangulation
- 16- Triangulation
- 17- Complementarity
- 18- Incrementality
- 19- Validity
- 20- Frontiers

فهرست منابع

- World Health Organization. Background paper on research priorities for quality of care. 2006. <http://www.who.int/reproductive health /care/ quality of care background paper.pdf>.
- United Nations Population Fund. Improving reproductive health. UNFPA World Summit. 2005. <http://www.unfpa.org>.
- United Nations Population Fund. State of world population. New York: UNFPA. The Cairo consensus at ten: Population, reproductive health and the global effort to end poverty. 2004. 37-43. <http://www.unfpa.org>.
- World Health Organization. Reproductive health. WHO Health topic/ Reproductive health /emro. 2009. [Online]. <http://www.who.org>. [Mar 2009].
- حکیمی، س؛ محمدعلیزاده، س. (۱۳۸۸). حقوق باروری در نظام سلامت ایران: دستاوردها و چالش‌ها. فصلنامه حقوق پزشکی.
- سازمان آمار ایران. نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵. سایت اینترنتی سازمان آمار: <http://www.sci.org.ir/portal/faces/public/census85>
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت. (۱۳۸۶). گزارش از تشکیل شبکه بهداشت و حقوق باروری در ایران.
- سایت اینترنتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. <http://www.dme.hbi.ir>
- Sharp ES. Ethics in reproductive health care: A midwifery perspective. Journal Nurse Midwifery. 1998. 43(3).

9-World Health Organization. Ethics of medicine and health. EMRO technical papers series 4.WHO-EM/PHP/1/E/G/09.08/1000. 1998. <http://www.who.org>.

10-Shomali MA . Islamic bioethics: A general scheme. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2008.

لاریجانی، ب. (۱۳۸۳). پزشکی و ملاحظات اخلاقی. مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. چ اول. ج اول. انتشارات برای فردا.

Laner-Abass B. Poverty and maternal mortality in Nigeria: Towards a more viable ethics of modern medical practice. International Journal for Equity in Health. 2008

United Nations Population Fund. Improving the quality of sexual and reproductive health care. UNFPA. Reproductive health. 2009 . <http://www.unfpa.org>.

Sabin J E, Cochran D. Confronting trade-offs in health care: Harvard pilgrim health care's organizational ethics program. Health Affairs. 2007. 26(4).

ادیب‌زاده، ع و همکاران. (۱۳۸۹). بررسی پنج ساله قصور پزشکی منجر به فوت و نقص عضو مطرح شده در کمیسیون نظام پزشکی شهر کرمان. چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

کیانی، م. (۱۳۸۶). قصور پزشکی از منظر کارشناسی. چکیده مقالات اولین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

شمسی گوشکی، ا. (۱۳۸۹). مکانیسم‌های کنترلی حرفه‌های پزشکی و تأثیر آن بر تأمین حقوق بیماران. چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

18-Reeg and Bebout. What's It All About, Daubert?. Journal of the Missouri Bar. 1993. <http://www.mobar.org/journal/1997/novdec/bebout.htm>.

19-Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. JAMA. 2007; 298(9).

20-Bovbjerg R. Will the Patient Protection and Affordable Care Act Address the Problems Associated with Medical Malpractice? Urban Institute. 2010.

امام هادی، م. (۱۳۸۶). خطاها و مسئولیت پزشکی. چکیده مقالات اولین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

J, Patel VL, et al. Medical error: Is the solution medical or cognitive? Journal of the American Medical Informatics Association. 2008.

Brown TW, McCarthy ML, et al. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. Acad Emerg Med. 2010 May; 17(5).

24-Traina F. Medical Malpractice: The Experience in Italy. Clin Orthop Relat Res. 2009 February; 467(2).

فرجی، ع. (۱۳۸۹). بررسی دیدگاه پزشکان عمومی شهرستان زابل درباره خطاهای پزشکی در سال ۱۳۸۹. چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

Blendon R, DesRoches CM, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. N Engl J Med 2002; 347:1933-1940.

27-Health Grades Quality Study Patient Safety in American Hospitals. Health Grades, inc. 2004.

http://www.healthgrades.com/media/english/pdf/HG_Patient_Safety_Study_Final.pdf.

Preventable medical mistakes and infections are responsible for about 200,000 deaths in the U.S. each year, according to an investigation by the Hearst media corporation. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. 2000. The National Academies Press. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728. Retrieved 2006-06-20.

Charatan F. Clinton acts to reduce medical mistakes. BMJ Publishing Group. 2000.

http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/320/7235/597?ijkey=190e9b6dd6e8fec4ca3c2e353f290efb8237b334&keytype=tf_ipsecsha. Retrieved 2006.

Savage I, Cornford T, et al. Medication errors with electronic prescribing (eP): Two views of the same picture. BMC Health Services Research 2010.

Mazor KM, Simon S, et al. Communicating With Patients About Medical Errors. Arch Intern. 2004 AUG; 9(23).

Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA. Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. Emerg Med (Fremantle). 2002 Mar; 14(1).

فروزش، م. (۱۳۸۹). بررسی موارد قصور پزشکی در استان زنجان. چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

Bishop T F, Federman A D, et al. Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey. Arch Intern Med. 2010; 170(12).

British Association of Social Workers. The Code of Ethics for Social Work. 2002. <http://www.basw.uk>.

Serago C F, Adnani N. Code of Ethics for the American Association of Physicists in Medicine: Report of Task Group 109. MEDICAL PHYSICS. January 2009; 36(1).

Cook R J, Dickens B M. Considerations for formulating Reproductive health laws. World Health Organization. 2th edition. 2000. <http://www.unfpa.org>.

Joolae S, Tschudin V. Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians. International Nursing Review. 2008.

Ringheim K. Ensuring Privacy and Confidentiality in Reproductive Health Services: A Training Module and Guide for Service Providers. Washington, D.C.: PATH 2003. www.jhuccp.org/mmc.

Federation International of Gynecology Obstetrics/FIGO. Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the study of ethical aspects of Human Reproduction and Women Health. 2009. <http://www.figo.org>.

پوربخش، م. (۱۳۸۸). بررسی معییرهای منطقی در تدوین منشور حقوق بیماران. فصلنامه حقوق پزشکی. Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists. Human right code of ethics for reproductive health workers practicing in Ethiopia. ESOG SRH Ethical Guideline. 2005. [Http://www.esog.org.et/ESOG%20SRH%20Ethical%20Guideline.htm](http://www.esog.org.et/ESOG%20SRH%20Ethical%20Guideline.htm). Creswell JW, Plano CV. Mixed Methods Research. SAGE publications. 2007. پولیت د و همکاران. اصول تحقیق پرستاری. ترجمه دهقان نیری ن، اسدی نوقابی ا. چاپ اول. انتشارات اندیشه رفیع. ۲۰۰۵.

Annas G J. Patients' Rights in Managed Care - Exit, Voice, and Choice. N Engl J Med 1997; 337:210-15. [The Four Elements of Medical Malpractice](http://info.med.yale.edu/caim/risk/malpractice/malpractice_2.html). Yale New Haven Medical Center: Issues in Risk Management. 1997. http://info.med.yale.edu/caim/risk/malpractice/malpractice_2.html.

عباسی، م. (۱۳۸۸). اصول دادرسی متصفانه در محاکم اداری و هیات‌های انتظامی پزشکی فصلنامه حقوق پزشکی.

کلامی، ع. حسینیان مقدم، ح. (۱۳۸۶). مسئولیت‌های کیفری پزشکان در قوانین ایران. چکیده مقالات اولین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

عباسی، م. (۱۳۸۸). نظارت بر مؤسسات پزشکی و تضمین حقوق بیماران. فصلنامه حقوق پزشکی. قاسم‌زاده، ن؛ رحیمی راد، م و همکاران. (۱۳۸۹). بررسی نگرش و عملکرد پزشکان ارومیه در خصوص اظهار خطای پزشکی به بیمار. چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

Asghari F, Fotouhi A, et al. *Error management: Doctors' views of attitudes towards peer medical error*. Qual Saf Health Care 2009; 18: 209-12. Hawkins R, Roemheld-Hamm B, et al. A Multimethod Study of Needs for Physician Assessment: Implications for Education and Regulation. Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2009; 29(4): 220-34. Higashi T, Nakayama T, et al. Opinions of Japanese rheumatology physicians regarding clinical practice guidelines. Journal for Quality in Health Care. 2010.

یادداشت شناسه مؤلف

تهمینه فرج‌خدا؛ دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد
نشانی الکترونیکی: farajkhoda_t@yahoo.com

رباب لطیف‌نژاد رودسری؛ دکترای تخصصی بهداشت باروری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد
محمود عباسی؛ دکترای تخصصی حقوق پزشکی، مدیر گروه اخلاق پزشکی و رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی پزشکی
تاریخ وصول مقاله: ۱۳۹۰/۳/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۴/۱۶