

نقش حاکمیت بالینی در تحقق منشور حقوق بیماران

عارفه موسوی

چکیده

در تغییرات سریع جو مراقبت‌های سلامتی، بسیاری از فاکتورها از جمله حقوق بیماران متأثر از چگونگی مراقبت سلامت هستند. فشار به منظور تدوین قوانینی است که از امتناع سازمان‌های حافظ سلامت برای ارائه خدمات در راستای حقوق بیماران جلوگیری می‌کند. بسیاری از مردم به دلیل عدم شفافیت، حقوق خاص خود را در هنگام دریافت مراقبت سلامت نمی‌شناسند. عدم اتفاق نظر برای تدوین شاخص‌های سلامتی وسیع و کاربردی، پایش ناکافی و عدم گزارش مناسب توسط دولت‌ها، کمبود و تناقض داده‌ها، منجر به ایجاد ایده‌های سلیقه‌ای در این زمینه شده است.

پیاده‌سازی بسیاری از حقوق ذکر شده در منشور حقوق بیماران، بدون در نظر گرفتن اصول حاکمیت بالینی محقق نخواهد شد. حاکمیت بالینی یکی از ابزارهای اصلی و زیرساخت‌های مسلم برای احقاق حقوق بیماران است و از طریق ۴ ستون اصلی (ارزش مصرف‌کننده، ممیزی بالینی، مدیریت ریسک، مدیریت و توسعه حرفه‌ای) در راستای پیمایش رضایت بیماران، مدیریت شکایت و کم کردن خطاهای بالینی حرکت می‌کند. در واقع حاکمیت بالینی با ایجاد بزرگترین تغییر بر روی رفتار، تفکر و چگونگی عملکرد افراد در سازمان، ارائه دهندگان مراقبت سلامت را به سازمان‌های یادگیرنده‌ای تبدیل خواهد کرد که با شناخت زیرساخت‌های ملی و بومی به عنوان نیروی محرکه‌ای برای توسعه خدمات سلامت باکیفیت و ایمن در راستای احقاق حقوق بیماران گام بر-می‌دارد.

واژگان کلیدی

حاکمیت بالینی؛ منشور حقوق بیماران؛ ممیزی بالینی؛ مدیریت ریسک؛ توسعه حرفه‌ای.

نقش حاکمیت بالینی در تحقق منشور حقوق بیماران

در تغییرات سریع جو مراقبت سلامت بسیاری از فاکتورها از جمله حقوق بیماران متأثر از چگونگی مراقبت سلامت هستند. بیماران یکی از آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی در معرض خطر می‌باشند و به این سبب اخیراً حقوق بیماران مرکز توجه مجامع بین‌المللی حقوق بشر شده است (پارسا پور، باقری، لاریجانی، ۱۳۸۸، ص ۴۰). بیمار حقوق مسلمی را داراست که برخی از آنها توسط قوانین دولت ضمانت می‌شود. در بسیاری از دولت‌ها قوانین اضافی برای دفاع از حقوق بیماران دارند و اغلب یک سند قانونی از حقوق بیماران ارائه می‌دهند. فشار برای قانون‌گذاری در زمینه حقوق بیمار، به منظور تهیه قوانینی است که از امتناع سازمان‌های حافظ سلامت و سایر برنامه‌های مراقبت سلامت مدیریت شده برای پرداختن به مراقبت‌های سلامت مناسب جلوگیری می‌کند اما حقوق بیماران دقیقاً به چه معناست؟

بیماران اغلب مسئولیت‌های مشخصی برای تضمین حقوق خود دارند. بسیاری از مردم حقوق خاص خود را در هنگام دریافت مراقبت سلامت نمی‌شناسند. زیرا که حقوق آنها به صورت شفاف توصیف نشده است (پینگا، چستونی، ۲۰۱۰، ص ۲۳). حقوق بیماران در همه سطوح سلامت و در همه تخصص‌ها مصداق دارد (منشور حقوق بیماران در نیویورک، ۲۰۱۱، ص ۱۳). بر طبق قوانین انجمن پزشکی آمریکا پزشکان بایستی در جهت دفاع از بیماران و ارتقاء حقوق پایه ای آنها گام بردارند. این انجمن عناصر بنیادی ارتباط پزشک و بیمار را به صورت اجمالی معرفی می‌کند. این عناصر شامل، دریافت اطلاعات از پزشک و بحث درباره‌ی منافع، خطرات و هزینه درمان، تصمیم‌گیری درباره‌ی توصیه ارائه شده از سوی پزشک، حسن نیت، احترام، شأن بیمار، پاسخگویی و توجه به موقع به نیازهای مراقبت

سلامت، رازداری و دریافت مراقبت سلامت مستمر و کافی می‌باشد (پینگا، چستونی، ۲۰۱۰، ص ۲۴).

در ایران نیز منشور حقوق بیمار با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع در مورد حقوق بیمار برای اولین بار در سال ۱۳۸۱ در ۵ محور کلی و ۳۷ بند از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید (رنگرز، ربیعی، ۱۳۸۴، ص ۶۳). محورهای پنجگانه منشور شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری 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 (منشور حقوق بیمار، ۱۳۸۸) که هر کدام از این محورها در چندین بند تدوین گردیده است.

مضامین بندهای مشروحه در منشور حقوق بیماران در برگیرنده موارد زیر می‌باشد:

۱. حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا: بندهای مطرح شده در این محور به موجودیت خدمات^۱، قابلیت دسترسی^۲، عادلانه بودن خدمات^۳، به موقع بودن^۴، برای عموم بودن^۵، خدمات مطابق با استانداردهای حرفه‌ای^۶، بشر دوستانه و بدون تبعیض نژادی^۷ و مراقبت‌های هماهنگ و پیوسته^۸ اشاره می‌کند.
۲. حق برخورداری از اطلاعات: موارد مطرح شده در این محور شامل، دادن اطلاعات صحیح و به زبان قابل فهم درباره بیماری و روند درمان به بیمار، دادن اطلاعات کامل از هویت تیم درمان، اطلاع بیمار از قوانین و مقررات جاری بیمارستان، اطلاع بیمار از حقوق خود در روند درمان، حق بررسی صورتحساب مالی و اطلاع از هزینه‌های پرداختی، حق داشتن کپی از پرونده می‌باشد.

۳. حق محرمانه بودن اطلاعات و رازداری: این محور شامل حق مشاوره، معاینه و معالجه محرمانه و همچنین محافظت از مدارک پزشکی می‌باشد.
 ۴. حق رضایت آگاهانه و استقلال رأی
 ۵. حق رعایت محیط خصوصی بیمار
 ۶. حق ابراز اعتراض و شکایت
 ۷. حق جبران خسارت
 ۸. حق داشتن آرامش: که شامل اخذ مساعدت‌ها به منظور آرامش روحی، مدیریت درد، داشتن مرگ آرام می‌باشد.
- اگرچه تدوین و ابلاغ منشور حقوق بیمار اقدامی در جهت احقاق حقوق بیماران می‌باشد، اما زمانی می‌توان به رعایت مفاد آن امیدوار بود که راهکارهای اجرایی شدن منشور و همچنین موانع اجرایی شدن آن شناخته شده و با توجه همه جانبه به حقوق کلیه ذی نفعان، فرهنگ سازی مناسب صورت گرفته و رعایت حقوق بیماران به عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی مراکز ارائه خدمات سلامت مد نظر قرار گیرد. در این مقاله نقش حاکمیت بالینی به عنوان ابزاری در نهادهایه کردن منشور حقوق بیماران مورد بررسی قرار گرفته است.

الف. حاکمیت بالینی چیست؟

هدف بخش سلامت ارائه مراقبت‌های با کیفیت و خوب مدیریت شده است که به نیازهای جمعیت تحت پوشش پاسخگو باشد. حاکمیت بالینی رویکردی یکپارچه و سیستماتیک است که در آن سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت در قبال بهبود دائمی کیفیت برون دادها و ایمنی مراقبت از بیمار پاسخگو بوده و با بازنگری و اطمینان از مسؤولیت‌های بالینی، به صورت جدی، راه‌هایی را برای

جلوگیری و کاهش خطاهای بالینی ارائه کرده و به صیانت از استانداردهای عالی خدمت می‌پردازند (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۲). در واقع حاکمیت بالینی مبنایی معتبر و استوار در ارائه خدمات سلامت است و برای وجود استانداردهای بالا و تعهدش برای بررسی مستمر و بروز رسانی فعالیت‌ها در پرتویی از شواهد ارزیابی شده و ارائه خدمات باکیفیت به جمعیت تحت پوشش به رسمیت شناخته می‌شود. بنابراین مردم می‌توانند نسبت به دریافت خدمات باکیفیت، مدرن، مؤثر، ایمن و در زمان مناسب و با رضایت کامل که از حقوق اصلی اشاره شده در منشور حقوق بیمار است، مطمئن باشند. حاکمیت بالینی همچنین امکان آموختن تجارب و مشارکت بیماران با ارائه کنندگان خدمات سلامت را فراهم کرده و از این طریق افراد می‌دانند که دیدگاه‌ها و تجارب آنها مفید و با ارزش است (کوری، ۲۰۰۳، ص ۳۷).

ب. هدف حاکمیت بالینی

بیشتر خدمات بیمارستان در جایی مابین دو سوی یک طیف قرار می‌گیرد که می‌تواند افتخار آفرین باشد و یا مکانی را اختیار کند که بیماران، پزشکان و مدیران عقیده داشته باشند که می‌توانست بهتر از این باشد. در واقع هدف حاکمیت بالینی قرارگرفتن در آن سوی طیفی است که رضایت تمام و کمال برای بیماران را به همراه داشته باشد (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۲). حاکمیت بالینی اولین و مقدم‌ترین عامل برای کمک به خدمات بالینی و حرکت به سمت خدمات با کیفیت از طریق شناخت محلی و الگو برداری ملی و بین‌المللی است (حاکمیت و سازماندهی در دانشکده پزشکی جان هاپکینز، ۲۰۱۰، ص ۳) و در واقع با شناخت خدمات برجسته و همچنین شناخت زیر ساخت‌های ملی و بومی، به ارائه خدمات با کیفیت می‌پردازد (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۲) که در این مورد بایستی جنبه‌هایی از روح رقابتی که

باعث سوگیری‌ها در تخصیص منابع به برخی خدمات خاص می‌شود، کنار گذاشته شود.

حقوق بیماران متأثر از چگونگی ارائه خدمات سلامت است و حاکمیت بالینی بر روی چگونگی ارائه خدمات بالینی توجه و تمرکز می‌کند. این بدان معناست که روش‌های سیستماتیک بایستی در جای خود و در همه بیمارستان‌ها برای کمک به پرسنل و ارتقای توسعه فعالیت‌های باکیفیت بکار گرفته شود (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۱). حاکمیت بالینی برای این منظور دستورالعمل‌هایی ارائه می‌دهد که دستورکار واضحی برای فعالیت‌ها و اقدامات در راستای توسعه خدمات سلامت و اجرای حاکمیت بالینی در سازمانها فراهم می‌کند (هایزاده، خلیفی نژاد، عطایی، ۱۳۸۷، ص ۵). آن چیزی که در کلیه برنامه‌های راهبردی کیفیت به چشم می‌خورد این است که این برنامه‌ها با در نظر گرفتن نیازها و ارزش‌های محلی، نیروی محرکه‌ای برای توسعه و اطمینان از خدمات سلامت باکیفیت در کشورها محسوب می‌شوند. حاکمیت بالینی لنگر این استراتژی‌هاست و برای همه بخش‌های سلامت و از جمله احقاق حقوق بیمار کاربرد دارد (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۱).

ج. حاکمیت بالینی و حقوق بیماران

مدل حاکمیت بالینی در کشورهای مختلف دارای پنج، هفت یا ۱۲ ستون می‌باشد. در ایران مدل هفت ستونی بر اساس الگوی کشور انگلیس، انتخاب و اجرا شده است که شامل، آموزش، مدیریت خطر، مؤثر بودن خدمات، استفاده بهینه از اطلاعات، مشارکت عمومی، ممیزی بالینی و مدیریت پرسنل می‌باشند (زهیر، ۲۰۰۱، ص ۱). در این مقاله مدل ۴ ستونی استرالیای غربی مد نظر قرار گرفته است (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۲).

در سپتامبر ۲۰۰۱، مدل جدیدی برای حاکمیت بالینی به منظور توسعه و اجرای آن در بیمارستان‌ها و خدمات سلامت از طرف سیستم سلامت عمومی استرالیای غربی ارائه شد. شکل اجمالی مدل دارای چهار ستون می‌باشد که برون داد هر ستون، جنبه‌ای از حقوق بیماران را متأثر می‌کند که به تفصیل شرح داده می‌شود (نمودار ۱).

ستون ۱: ارزش مصرف کننده^۹

اولین ستون ارزش مصرف کننده است که ارائه کنندگان خدمات سلامت را به درگیر کردن ذی نفعان و جامعه در برنامه‌ریزی، حفظ و نگهداری و بهبود عملکرد خدمات سلامت تشویق می‌کند. مشارکت مصرف کنندگان برای رسیدن به نتایج مثبت، نیازمند رهبری دقیق است. عناصر کلیدی این ستون شامل، ارتباط مصرف کننده و مشارکت مصرف کننده است.

۱-۱) ارتباط مصرف کننده^{۱۰}: این استراتژی ارتباطات مصرف کننده و ارائه دهنده خدمات سلامت را ارتقاء می‌دهد. نتایج این ارتباط، شامل کسب اطلاع از رضایت بیمار، مدیریت رسیدگی به شکایت، پیمایش رضایت بیماران و تهیه اطلاعات درباره خدمات ارائه شده به بیماران و اعتماد بیمار به خدمات ارائه شده می‌شود. اطلاعات بدست آمده از این استراتژی، تصمیم گیری‌های درون سیستم سلامت را تسهیل می‌کند.

۱-۲) مشارکت مصرف کننده^{۱۱}: به معنی درگیر کردن مصرف کنندگان در برنامه‌ریزی خدمات سلامت، توسعه سیاست و تصمیم گیری‌ها است. اصل مشارکت این اطمینان را ایجاد می‌کند که خدمات سلامت با شناخت اولویت‌های

محلی، اصل تساوی و دسترسی به مراقبت سلامت در جامعه فراهم شده است (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۳).

برون داده‌های این ستون از حاکمیت بالینی بیماران و مشتریان را در قلب فرآیندها قرار داده و با مشارکت همه اعضای علاقه مند جامعه در تصمیم‌گیری و ارائه خدمات سلامت، فرهنگی انعطاف‌پذیر و مشارکتی را ایجاد می‌کند که نتایج آن، دستیابی به مفاد منشور از جمله حق رضایت آگاهانه، حق رسیدگی به شکایت و جبران خسارت، حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت و حق برخورداری از اطلاعات را امکان‌پذیر می‌سازد.

ستون ۲: کارآیی خدمات بالینی و ارزشیابی^{۱۲}

هدف ستون دوم، ضمانت پیشرفت، مانیتورینگ و ارزشیابی استانداردهای بالینی مبتنی بر شواهد است. این ستون، ایجادکننده فرهنگ ممیزی بالینی و ارزشیابی عملکرد بالینی می‌باشد. استانداردهای بالینی، شاخص‌های بالینی و ممیزی بالینی، سه ابزار کمک‌کننده در این زمینه می‌باشند.

۱-۲) استانداردهای بالینی^{۱۳}: راهکارهای بالینی و پروتکل‌های درمانی محلی را یکپارچه می‌کند. این استانداردها اغلب بر پایه معیارهای کیفیت تدوین می‌شوند که این معیارها توسط شورای تحقیقات پزشکی و سلامت ملی منتشر می‌شوند.

۲-۲) شاخص‌های بالینی^{۱۴}: این شاخص‌ها، یا سنجش شده و یا الگو برداری می‌شوند و امکان مقایسه موارد مشابه را نسبت به یکدیگر فراهم می‌کنند. برای تجهیز سیستم سلامت، شاخص‌های بالینی بایستی معنادار بوده و منعکس‌کننده استانداردهای بالینی باشند (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۳).

همانطور که گفته شد رعایت حقوق بیماران بایستی به عنوان یکی از شاخص‌های ارزشیابی مراکز ارائه خدمات سلامت مد نظر قرار گیرد. یکی از

شاخص‌های سلامت به عنوان یک حق برای بیماران، رضایت بیمار است که هنوز مجموعه‌ای از شاخص‌های وسیع و ماورای خطا در این زمینه تدوین نشده است (پینگا، چستونی، ۲۰۱۰، ص ۲۵). این شاخص‌ها امکان سنجش، مقایسه، قضاوت و سرانجام تعیین درجه احقاق حقوق بیماران را فراهم می‌کند. در واقع پایش یا گزارش ناکافی توسط دولت‌ها، کمبود و تناقض داده‌ها و عدم اتفاق نظر بر مجموعه‌ای از حقوق مناسب برای تدوین این گونه شاخص‌ها، منجر به ایجاد عقاید و ایده‌های سلیقه‌ای در این زمینه شده است.

عناصر کلیدی برای سنجش رضایت بیماران توسط «رودگرز»^{۱۵} مطرح شده و شامل دسترسی به مراقبت، قابلیت اطمینان، مقبولیت و کیفیت مراقبت است (پینگا، چستونی، ۲۰۱۰، ص ۲۵).

۳-۲) ممیزی بالینی^{۱۶}: فرآیند ارزشیابی سیستماتیک و بهبود فعالیت‌های بالینی، که منجر به ارتقاء کیفیت خدمات سلامت، کارآیی و اثربخشی سازمان و فرآیندها می‌شوند. ممیزی بالینی، شامل روش‌های استفاده شده برای تشخیص و درمان، استفاده از منابع و کیفیت زندگی بیمار می‌باشد.

برون داد این ستون از حاکمیت بالینی منجر به کارآیی و اثربخشی خدمات، قابلیت تکثیر استانداردهای بالینی و اطمینان از اینکه بهترین خدمات برای بیشترین افراد از منابع سلامت بدست آمده است می‌شود و نتایج آن، حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت را که در منشور حقوق بیمار ذکر شده است محقق می‌سازد (مورت، ۲۰۰۱، ص ۱۶).

ستون ۳: مدیریت ریسک بالینی^{۱۷}

سومین ستون تمرکز بر کوچک کردن و کم کردن خطاهای بالینی و بهبود ایمنی بیمار است. این مسأله از طریق شناسایی خطرات بالقوه و کاهش آن و آزمایش رویدادهای ناسازگار برای تعیین علت بروز خطا در سطح خدمات است. برای به حداکثر رساندن فرصت‌ها و توان آموزشی در این زمینه، آموخته‌ها باید در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی به صورت مشترک استفاده شود. برخی جنبه‌های مدیریت خطا به شرح زیر است:

- ۱-۳) مانیتورینگ، تحلیل و گزارش واقعه ناسازگار: این بند شامل فعالیت‌هایی مانند مدیریت حوادث جدی، یادگیری و الگوبرداری از حوادث از طریق بازدید از نزدیک و ثبت خطر، مانیتورینگ و نظارت بر موارد پزشکی قانونی می‌باشد.
- ۲-۳) تحلیل مشخصات خطر: که شامل شناسایی، بررسی، تحلیل و ارزشیابی خطرات بالینی و انتخاب مناسب‌ترین روش اصلاح، از بین بردن یا کاهش خطرات قابل شناسایی می‌باشد (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۴).

برون داده‌های این ستون از حاکمیت بالینی منجر به ارائه خدمات ایمن با تاکید بر پیشگیری و مدیریت خطرات بالینی می‌شود. در واقع با اجرای این اصل از حاکمیت بالینی، با افزایش رضایت بیماران و کاهش شکایات قانونی مواجه خواهیم شد. از طرفی با شناسایی و مدیریت خطا، زمینه‌های جبران خسارت و رسیدگی به شکایت برای بیماران محیا می‌شود. لازم به ذکر است مراجع رسیدگی کننده به خطاها و شکایات پزشکی در بیرون از بیمارستان، نظام پزشکی و در داخل بیمارستان حاکمیت خدمات بالینی هستند.

ستون ۴: مدیریت و توسعه حرفه‌ای^{۱۸}

ستون چهارم انتخاب و استخدام پرسنل بالینی، توسعه مستمر حرفه‌ای، تدوین و حفظ استانداردهای حرفه‌ای، کنترل و نظارت را پشتیبانی می‌کند. این فرآیندها انتصاب و استخدام مستمر کارکنان با تجربه و با مهارت را تضمین کرده و روش‌های جدید را به صورت دقیق معرفی می‌کند.

عناصر کلیدی این ستون شامل:

۱-۴) استانداردهای شایستگی: سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت بایستی به شایستگی، مهارت و تجربه کافی در پرسنل خود توجه ویژه داشته باشند و از اینکه مسئولیت‌هایشان را بر اساس اخلاق حرفه‌ای به درستی انجام می‌دهند اطمینان حاصل کنند. این مسأله شامل ارزیابی‌های منظم پرسنل بالینی پس از انتصاب می‌باشد.

۲-۴) توسعه حرفه‌ای مستمر: شامل فعالیت‌های آموزش و پژوهش مستمر و مرتبط با مسئولیت‌ها و نیازهای کارکنان بالینی است (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۴).

برون دادهای این ستون از حاکمیت بالینی باعث بروز کردن مهارت‌ها و نهادینه کردن اخلاق حرفه‌ای می‌شود. افزایش توان فنی، برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت را به دنبال دارد. با ایجاد و تأکید بر فرهنگ آمیخته با اخلاق حرفه‌ای می‌توانیم ضامن تحقق مفاد ذکر شده در منشور حقوق بیمار از جمله ارائه خدمات شایسته‌ی شأن و منزلت انسانی، احترام به ارزش‌ها و رعایت محیط خصوصی بیمار، محرمانه بودن اطلاعات و رعایت اصل رازداری باشیم و در نهایت بیمار با اطمینان از اینکه مراقبت‌های باکیفیت و ایمن را مطابق با ارزش‌ها، شأن و منزلتش دریافت می‌کند در کمال آرامش، به ادامه درمان خود در یک محیط دوستار بیمار ادامه می‌دهد.

د. فاکتورهای موفقیت حاکمیت بالینی و تضمین حقوق بیماران

برای اینکه حاکمیت بالینی موفقیت لازم را در تضمین حقوق بیمار به دست آورد بایستی به عنوان یک استراتژی مستمر نهادینه شده (استاری، ۲۰۰۱، ص ۲) و اهمیت نقش آن در حقوق بیماران به صورت یک فرهنگ سازمانی با سیستم‌های سلامت عجین شود. برای این منظور موارد زیر بایستی در نظر گرفته شود:

- فرهنگ حمایتی جامع برای آموزش و پژوهش، توسعه حرفه‌ای و به اشتراک گذاشتن ایده‌های خوب
- تعهد کیفیت از سوی سازمان و کارکنان
- مشارکت فعال بیماران، ارائه دهندگان و برنامه ریزان
- تیم کاری چند منظوره در همه‌ی مناطق و در همه سطوح سازمان
- حمایت و پشتیبانی از تخصیص منابع به منظور مدیریت کیفیت بالینی و ایمنی بیمار
- فرهنگ‌سازی از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی
- جمع‌آوری و استفاده مناسب، صحیح، یکپارچه و متفکرانه از اطلاعات برای برنامه ریزی، بازبینی و نظارت پیشرفتها (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۴)
- نظارت مستمر بر تدوین شاخص‌های عملکرد، پایش و ارزشیابی و تطابق با چارچوب‌های عملکرد بالینی در بیمارستان، مدیریت و سطوح بخش‌ها
- انتشار پیشرفت‌های بالینی برای ذی نفعان

ه. فرهنگ سازی

بزرگترین اثر که حاکمیت بالینی ایجاد می‌کند تغییر تفکر و رفتار افراد درباره سازمان و چگونگی عملکردشان است. با اجرای طرح حاکمیت بالینی،

سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت، به سازمان‌های یادگیرنده‌ای تبدیل خواهند شد که در آن نقد سازنده، همکاری و احترام بین حرفه‌ای اجازه می‌دهد که از موفقیت‌ها تقدیر شده و از اشتباهات و درس گرفتن از آنها، فرصت‌هایی برای بهبود و پیشرفت فراهم شود (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۵).

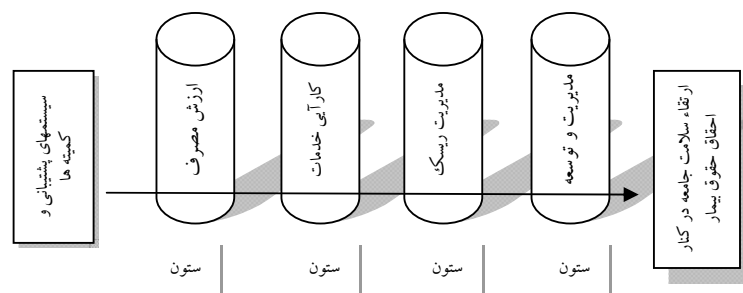
حاکمیت بالینی نمی‌تواند به صورت فوری معرفی شود. تغییر فرهنگ بسیار مهم و ضروری است و نیازمند زمان است. اگرچه ساختارهای سازمانی را می‌توان نسبتاً به سرعت تغییر داد، باز هم این مسأله نیازمند زمان است تا فعالیت‌ها به صورت آرام و با بهترین نتیجه و اثر همراه باشد (فونگ، ۲۰۰۵، ص ۲). تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که حاکمیت بالینی یک ابزار فعال برای تغییر فرهنگ سازمان‌های ارائه کننده خدمات سلامت به سمت تحقق حقوق بیمار می‌باشد.

نتیجه

بیمار، محور ارائه خدمات است و همه کارها در راستای بهبود نتایج درمان، رضایت و مطلوبیت وی صورت می‌گیرد (فیلین، ۲۰۰۲، ص ۴۹۹). بنابراین تهیه و تدوین منشور حقوق بیمار اگرچه گامی مؤثر در جهت طرح موضوع حقوق بیمار و رعایت آن است اما بین تدوین و تحقق مفاد منشور حقوق بیمار فاصله قابل توجهی وجود دارد و ضروری است اقدامات تکمیلی جهت نیل به آن محقق گردد (جولایی، نصرآبادی، پارسایکتا، ۱۳۸۳، ص ۱۷). توجه یک جانبه و یک بعدی به مقوله حقوق بیمار مانعی در جهت احقاق این حقوق خواهد بود (پارسا پور و همکاران ۱۳۸۸، ص ۴۵). شرط اساسی در ضمانت اجرایی منشور حقوق بیمار، در نظرگرفتن همه جانبه شرایط و ضوابط منشور است و این امر نیازمند فراهم کردن زمینه‌ها و زیرساخت‌ها و همچنین نظارت دقیق است.

همانطور که ملاحظه می‌شود حاکمیت بالینی از طریق چهار ستون اصلی خود، برون دادهایی را ایجاد می‌کند که این برون دادها، با دیدگاهی تعاملی میان حاکمیت بالینی و حقوق بیمار، و همچنین توجه به همه ابعاد مقوله حقوق بیماران، راه را برای به جریان در آوردن منشور حقوق بیمار باز کرده و در واقع با ایجاد زیر ساخت‌های لازم، نقش کلیدی در راستای عملیاتی شدن صحیح‌تر و سریع‌تر مفاد منشور و حرکت به سوی ارائه خدمات با کیفیت و ایمن بازی می‌کند.

در نهایت، اینکه نظام‌های خدمات سلامت تا چه حد می‌توانند بیماران را در جامعه نسبت به حقوق خویش آشنا نمایند بستگی به تلاش‌های همه جانبه‌ای دارد که در این زمینه بایستی صورت گیرد. لذا اجرای طرح حاکمیت بالینی از طریق افزایش مشارکت بیمار و تدوین شاخص‌های ارزشیابی بر اساس متن منشور حقوق بیمار می‌تواند راه را برای آشنایی بیماران با حقوقشان فراهم کند.



نمودار ۱: تعامل حاکمیت بالینی و حقوق بیمار

پی‌نوشت‌ها

1. Available
2. Accessible
3. Equity
4. Timely
5. Public
6. Standard
7. Humanitarian
8. Coordinated
9. Consumer value
10. Consumer liaison
11. Consumer participation
12. Clinical performance and evaluation
13. Clinical standards
14. Clinical indicators
15. Rodgers
16. Clinical audit
17. Clinical risk management
18. Professional development and management

فهرست منابع

الف. منابع فارسی

- . منشور حقوق بیمار. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران.
- پارسا پور علیرضا، باقری علیرضا، لاریجانی باقر. (۱۳۸۸ش.). منشور حقوق بیمار در ایران. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. (۳۹).
- هایزاده فاطمه، خلیفی نژاد نیما، عطایی منیژه. (۱۳۸۷ش.). دریچه‌ای به حاکمیت بالینی و تعالی خدمات بالینی. (یک جلدی). چاپ اول. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: نشر آدینه.
- رنگرز جدی ف، ربیعی ر. (۱۳۸۴ش.). میزان رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های دولتی کاشان. فصلنامه بهبود. دوره ۱۰ (۱).
- جولایی س، نیکبخت نصرآبادی ع ر، پارسایکتا ز. (۱۳۸۳ش.). تبیین دیدگاه بیماران و همراه آنان پیرامون حقوق بیمار، حیات. دوره ۱۰ (۲۳).

(ترجمه منابع فارسی به انگلیسی)

- Anonymous. *charter of patient rights*. Ministry of health, Islamic republic of Iran.
- Parsapour Alireza, Bagheri Alireza, Larijani Bagher. (1388). *Charter of patent rights in Iran*. Journal of medical ethics and history. (39). 39-47.
- Hadizadeh Fatemeh, Khalifinejad Nima, Ataei Manijeh. (1387). *Valve to Clinical governance and Excellence in clinical services*. Esfahan university of medical sciences: Adineh Publications.
- Rangraz F, Rabiei R. (1384). *Respect to bill of patient rights in Kashan public hospitals*. Behboud journal . 10(1).62-71.
- Joulai s, Nikbakht AR, Pars yekta Z. (1383). Explain view of patients about patient rights. Hayat. 10(23).5-20.

ب. منابع انگلیسی

- Fong Neale. *Western Australian Clinical Governance Guidelines*. Department of health government of Western Australia. 2005. Available from URL: <http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/> (accessed in March 2005)
- N Starey. (2001 May.1). *What is clinical governance?* eMJA. 1(12): 8-16
- Anonymous. *Patients' Bill of Rights in New York State, public health law* Public [Health Law(PHL)2803(1)(g)Patient's Rights,10NYCRR, 405.7,405.7 (a)(1),405.7 (c).] Available from URL: [Http://www.health.state.ny.us/english.pdf/](http://www.health.state.ny.us/english.pdf/)(accessed in Jun 2011).
- Mpinga EK, Chastonay P. (2010 Nov 30). *Satisfaction of patients: A right to health indicator?* Health policy.
- Zahir Keyvan. *Clinical governance in the UK NHS*. DFID's Health Systems Resource Centre. Available from URL: <http://www.eldis.org/assets/Docs/11761.html/> (accessed in 2001).
- Muret Sharon. (2001). *Quality of care and patient satisfaction*. Comprehensive Pediatric Hospital Medicine.15-19.
- Phi Linh Nguyen Thi, S. Brian. (2002). *factors determining inpatient satisfaction with care*. Social Science & Medicine. 54(4).493-504.
- L Currie. *Clinical governance: an RCN resource guide*. Available from URL: [Http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0011/78581/002036.pdf/](http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0011/78581/002036.pdf/) (accessed in June 2003).
- Anonymous. *Organization and governance of the Johns Hopkins University school of medicine*.2010. Available from URL: [Http://www.hopkinsmedicine.org/som/PDF/bylaws.pdf](http://www.hopkinsmedicine.org/som/PDF/bylaws.pdf).

یادداشت شناسه مؤلف

عارفه موسوی؛ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

نشانی الکترونیکی: Rose_mp7@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۴/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۶/۸