

حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده ایران

مژگان لطافت نژاد^۱، محمدفاروق خسروی^۲، فرید ابوالحسنی شهرضا^{۳*}

۱- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه خدمات سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
 ۲- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه خدمات سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
 ۳- دکترای تخصصی طب داخلی، دانشیار، گروه خدمات سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰، طبقه ۶، واحد ۱۱، تلفن ۰۲۱-۶۲۹۲۱۳۵۵.
 پست الکترونیک: abolhassanif@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۲

چکیده

مقدمه: دریافت‌کنندگان خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده حقوقی دارند که نظام ارائه خدمات ملزم به اجرای آن‌هاست. شناسایی این حقوق، پیش‌زمینه ایجاد نظام کارآمد برای تضمین رعایت آن‌هاست.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی است که در دو گام انجام شده است: مرور مقالات منتشرشده مرتبط با حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده ایران از سال ۱۴۰۱-۱۳۸۴ شمسی و سپس برگزاری نشست با هفت متخصص شامل دو متخصص اقتصاد سلامت، سه متخصص مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، یک متخصص سیاست‌گذاری سلامت و یک پزشک، به منظور جمع‌آوری نظرات آن‌ها برای تدوین سند حقوق خدمتگیران.

یافته‌ها: در مرحله اول پنج مطالعه یافت شد که متن کامل مقالات مورد مطالعه دقیق قرار گرفت. نتایج این مرحله نشان داد که آگاهی و نگرش مثبت مردم از حقوق خود، به‌ویژه در شهرهای بزرگ در وضعیت مناسبی قرار ندارد و این آگاهی با تحصیلات و سن ارتباطی معنی‌دار و مثبت دارد. نتایج این مرحله به شناسایی ۴۰ مورد از مصادیق حقوق منجر گردید.

پس از آن محققین با استفاده از نظرات متخصصین به تدوین سند حقوق خدمتگیران مبادرت کردند. در این سند ۱۲ حق شامل ایمنی، برخورداری از خدمات مؤثر، تداوم خدمت، رعایت شأن و احترام، برقراری ارتباط مؤثر، محیط مطبوع، حفظ حریم خصوصی، اظهارنظر و شکایت، انتخاب خدمتگر، دسترسی به خدمت، دسترسی به اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری برشمرد شده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به عزم سیاست‌گذاران کشور در مورد گسترش اجرای برنامه پزشکی خانواده به شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰ هزار نفر، تدوین و اجرای این سند می‌تواند به ارتقاء کیفیت خدمات و رضایتمندی افراد منجر شود.

واژگان کلیدی: پزشکی خانواده، حقوق بیمار، ایران

مقدمه

آن‌ها باشد. با همین نگرش، برنامه پزشکی خانواده با رویکرد سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی در بسیاری از کشورها اجرا شده است. اجرای این برنامه علاوه بر ارتقاء کیفیت خدمات و توجه جدی به عدالت در سلامت، موجب مقرون‌به‌صرفه کردن هزینه‌ها و افزایش رضایتمندی افراد هم شده است [۱-۳].

جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۶۳ با استقرار شبکه

تأمین سلامتی به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین نیازهای افراد جامعه تلقی می‌شود. با توجه به محدودیت منابع و فراوانی خدمات موردنیاز، ارائه عادلانه خدمات سلامت به افراد نیازمند، چالشی اساسی در نظام ارائه خدمات سلامتی کشورها است. درواقع، تلاش دولت‌ها باید بر این باشد که بهره‌مندی از خدمات، تنها تابع نیاز واقعی افراد و اولویت

دقیقی به عمل آمده باشد. همچنین مطالعات محدودی در این زمینه در ادبیات علمی کشور وجود دارد. جعفر زاده و همکاران در سال ۱۳۹۳ و در شهر فسا، به منظور بررسی میزان آگاهی خدمتگیران از حقوق خود، پرسشنامه‌ای را تنها در قالب ده سؤال، طراحی کردند [۹]. همچنین نتایج مطالعه هنرور و همکاران در سال ۱۳۹۳ نشان داد که میانگین نمره دانش کل افراد نسبت به برنامه پزشکی خانواده شهری $2/7 \pm 5$ از ۱۹ بود که بیانگر ضعف آگاهی ۸۹٫۲ درصد افراد نسبت به طرح پزشکی خانواده بود [۱۰].

در این مطالعه ضمن مرور مقالات منتشرشده مرتبط با این موضوع در ایران، در نهایت با استفاده از جمع‌بندی نظر خبرگان، یک چارچوب کشوری ارائه شده است که حاوی حداقل استانداردها برای اجرای فراگیر برنامه در سطح کشور و پیش‌نیازهای اجرایی آن است. در این سند در مورد حقوق دریافت‌کنندگان خدمات و مصادیق عملی هر یک بحث شده است و امید می‌رود در تدوین و استانداردسازی حقوق خدمتگیران برنامه در سطح ملی کمک کننده باشد.

روش کار

ابتدا به منظور شناسایی حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده و یافتن سند احتمالی مرتبط، مرور مطالعات انجام گردید؛ ولی با توجه به اینکه محققین نتوانستند به چنین سندی دست یابند؛ آن‌ها به تهیه سند مذکور به روش استقراء و با استفاده از نظرات مطلعین و متخصصین حوزه‌های مرتبط مبادرت کردند؛ بنابراین مطالعه‌ای ترکیبی در دو گام انجام شد:

در گام نخست جهت مرور مطالعات مرتبط با حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده در ایران، از نتایج گزارش «بررسی تجربه ایران در اجرای پزشکی خانواده، بر مبنای مطالعات منتشرشده» که توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت در سال ۱۴۰۰ انجام شد، استفاده شده است [۱۱]. در این گزارش جستجوی اینترنتی به صورت نظام‌مند در پایگاه‌های داده‌ای بین‌المللی شامل اسکوپوس^۱

بهداشت و درمان و پس‌از آن با اصلاح نظام سلامت از برنامه سوم توسعه، برای عادلانه کردن بهره‌مندی از خدمات سلامت تلاش کرده است. پیرو سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به‌منظور اجرای مواد ۳۲ و ۳۵ قانون برنامه پنجم، دستورالعمل پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، (نسخه ۰۱) طراحی و ابلاغ شد و پس‌از آن هم طراحی (نسخه ۰۲) برای اجرا در همه مناطق شهری کشوری به همراه اصلاح این برنامه برای خدمات روستایی مورد توجه قرار گرفت.

از عناصر مورد توجه در این برنامه که شاید بتوان از آن به‌عنوان مهم‌ترین هدف اجرای برنامه پزشکی خانواده نام برد، توجه جدی به حقوق ذی‌نفعان برنامه و به‌ویژه خدمتگیران است. حق قدرتی است که از طرف قانون به افراد داده می‌شود. به عبارتی دیگر، حق، یک قدرت قانونی است که به‌موجب آن شخص می‌تواند از چیزی منتفع گردد یا کاری را انجام دهد یا فعلی را ترک نماید. [۴] حقوق یک خدمت‌گیر عبارت است از تکالیفی که یک مرکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی در قبال خدمتگیران به عهده دارد. به بیان دیگر حقوق بیمار ضرورت پاسخ به نیازهای جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول او است که به‌صورت استانداردها و قوانین و مقررات ارائه خدمات سلامت، خود را نشان می‌دهد و تیم ارائه خدمت مسئول و موظف به اجرا و رعایت آن هستند. [۵] شناسایی این حقوق، تعریف دقیق و شفاف آن‌ها، اطلاع‌رسانی دقیق، پایش و ارزیابی مداوم آن‌ها و وجود نظام مدون و کارآمد برای تضمین رعایت آن‌ها از پیش‌زمینه‌های لازم برای تحقق حقوق افراد در این بستر است. متولیان امر تلاش می‌کنند با ارائه بیانیه‌ها و استانداردها و نیز وضع قوانین الزام‌آور، از رعایت حقوق افراد اطمینان حاصل نمایند. سازمان‌های مختلف سلامتی فهرست حقوق بیمار را مشخص و آن را به‌عنوان مسئولیت حرفه‌ای و قضایی پزشکان و پیراپزشکان تعریف کرده‌اند [۶، ۷]. منشور حقوق بیمار موجب بهبود ارتباط بین بیمار و ارائه‌دهندگان خدمت می‌شود که در نهایت کیفیت خدمات را ارتقاء می‌دهد [۸].

به نظر نمی‌رسد تاکنون، از میزان توجه به حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده در ایران، ارزیابی

1.Scopus

در معرض دید اعضا قرار گرفت؛ سند مذکور حاوی حقوق، تعاریف آنها (شامل مصادیق)، استانداردها و نکات قابل توجه هر حق بود که شرکت کنندگان نظرات مثبت یا منفی خود را در مورد آنها بیان کردند.

در طول نشست‌ها، با اعلام رضایت شرکت کنندگان، همه نظرات و گفت‌وگوها از طریق گوشی همراه ضبط می‌شد و پس از پایان نشست صورت‌جلسه‌ای تنظیم و در اختیار اعضا قرار گرفت تا چنانچه مغایرتی در درک نظرات بود، اعلام شود. در نهایت سند کلی با توجه به نظرات اعضا اصلاح و نهایی گردید.

یافته‌ها

استفاده از داده‌های ثانویه گزارش «بررسی تجربه‌ی ایران در اجرای پزشکی خانواده» منجر به یافتن پنج مطالعه مرتبط با حقوق خدمتگیران شد. نتایج این مطالعات در جدول ۱ آمده است: جدول مذکور نشان می‌دهد که بیشتر مطالعات به صورت کمی و پژوهشی اصیل بوده و از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. همچنین اکثر مطالعات به پژوهش در مورد برنامه پزشکی خانواده شهری فارس و مازندران پرداخته‌اند. سایر نتایج این مطالعه نشان داد که آگاهی مردم از حقوق خود، در وضعیت مناسبی قرار ندارد و این آگاهی با تحصیلات و سن ارتباطی معنی‌دار و مثبت دارد. همچنین نتایج نشان داد که نگرش مثبت مردم به قواعد برنامه پزشکی خانواده شهری در شهرهای کوچک، بیش از ۲٫۵ برابر بیشتر از شهرهای بزرگ است (فاصله اطمینان ۹۵ درصد). در جدول ۲ مصادیق حقوق خدمتگیران در مطالعات موردبررسی آورده شده است.

موارد حقوق گیرندگان خدمت در مطالعات، این موارد را در برمی‌گیرد: حق انتخاب پزشک خانواده، نحوه انتخاب مکان پزشک خانواده، مسئولیت‌های پزشک خانواده، ساعات کاری پزشک خانواده در روزهای تعطیل و غیر تعطیل، کشیک و پزشک خانواده جایگزین، شماره مرکز پزشک خانواده، آگاهی در مورد ارجاع، آشنایی در مورد پرونده الکترونیک، آشنایی در مورد مسئول تشکیل پرونده سلامت، اطلاع از دادن بازخورد از ارجاع، تغییر پزشک خانواده، تعداد دفعات مجاز تغییر پزشک خانواده در سال، حداکثر مسافت مرکز پزشک خانواده از محل زندگی، آشنایی با مقدار حق ویزیت پزشک خانواده و آشنایی

و پابمد^۲ و پایگاه‌های داده ای ملی شامل سید^۳، مازیان^۴ و ایرانداک^۵ و نیز موتور جستجوی گوگل اسکالر^۶ در بازه‌ی زمانی ۱۴۰۰-۱۳۸۴ شمسی (۲۰۰۵ تا ۲۰۲۲ میلادی) (از زمان اجرای برنامه در ایران تا زمان مطالعه) و به دو زبان فارسی و انگلیسی انجام شده بود. در این مطالعه همه‌ی مستندات پزشکی خانواده در ایران مورد بررسی قرار گرفته‌اند. حقوق خدمتگیران نیز به‌عنوان یکی از عناصر ناظر بر ویژگی‌های اجرایی برنامه، بررسی و مورد تحلیل قرار گرفته است. نظر به اینکه این گزارش به‌طور جامع همه مطالعات منتشرشده را در بازه زمانی مدنظر، مورد بررسی قرار داده است، محققین تنها به مرور این سند بسنده کردند.

در گام بعد، به‌منظور تدوین سند اولیه حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده، با استفاده از یافته‌های مرحله قبل، الگوی سند پیشنهادی آماده و سپس جهت نظرسنجی از روش نشست مطلعین در دسترس با حداکثر تنوع^۷ در زمینه‌های تحصیلی و تجربه استفاده شد. از مزایای برگزاری نشست، دسترسی سریع و آسان به نظرات افراد با استفاده از ارتباط دوسویه مستقیم است که احتمال خطای درک نادرست از نظرات شرکت‌کننده را کاهش می‌دهد و جمع‌بندی نتایج را ساده می‌کند. شرکت کنندگان در نشست، شش نفر از مطلعین و متخصصین حوزه‌های اقتصاد سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاست‌گذاری سلامت و یک پزشک مجرب با سوابق متعدد مدیریتی در حوزه سلامت را شامل می‌شد. شرکت کنندگان شامل افراد شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (یک نفر)، دانشگاه علوم پزشکی ایران (یک نفر)، دانشگاه علوم پزشکی تهران (دو نفر) و دانشجویان رتبه‌های برتر دانشگاه علوم پزشکی تهران (سه نفر) بودند. مکان برگزاری نشست‌ها، دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. نشست حدود دو ساعت به طول انجامید. در روز نشست، ابتدا کلیاتی از فرایند اجرایی پژوهش در مرحله قبل و نتایج کلی استخراج‌شده ارائه و یافته‌ها تبیین گردید و سپس سند اولیه

2. PubMed

3. SID

4. Magiran

5. IranDoc

6. Google Scholar

7. Maximum diversity

جدول ۱- مطالعات مرتبط با حقوق خدمتگیران

نویسنده اول (منبع)	سال انجام مطالعه	نوع مطالعه	طراحی مطالعه	ابزار جمع آوری داده‌ها	مشارکت‌کنندگان	نمره عملکرد	استان مورد مطالعه	شهرهای مورد مطالعه	تعداد نمونه نوع پزشک خانواده
جعفر زاده [۹]	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	کمی-مقطعی	پرسشنامه	بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی فسا	متوسط	فارس	فسا	۴۱۱ بیمار شهری
بابایی [۱۲]	۱۳۹۳	پژوهشی اصیل	کمی-مقطعی	پرسشنامه	گیرندگان خدمات	ضعیف	آذربایجان شرقی	عجب‌شیر	۱۴۰ نفر روستایی
هنرور [۱۰]	۱۳۹۳	اصیل پژوهشی	کمی-مقطعی	پرسشنامه	افراد حداقل ۱۸ سال با سابقه حداقل ۲ سال سکونت در شیراز	کم	فارس	شیراز	۱۳۸۲ نفر شهری
کبیر [۱۳]	۱۳۹۶	اصیل پژوهشی	کمی-مقطعی	پرسشنامه	خانوارهای فارس و مازندران	متوسط	فارس و مازندران	ذکر نشده	۱۷۶۹ نفر شهری
مدنی [۱۴]	۱۳۹۹	پژوهشی اصیل	کیفی	مصاحبه	گیرندگان خدمات	کاربرد ندارد	استان‌های شمالی	ذکر نشده	۲۱ مصاحبه شهری و روستایی

جدول ۲- مصادیق حقوق خدمتگیران که در مطالعات مورد بررسی قرار گرفته‌اند

حق	مصادیق حق	جعفر زاده و همکاران (۹)	هنرور و همکاران (۱۰)	کبیر و همکاران (۱۲)	مدنی و همکاران (۱۳)	بابایی و همکاران (۱۴)
اظهار نظر و شکایت	روش اعتراض و شکایت مسئولیت‌پذیری در مورد خطاها و/یا اشتباهات پزشکی	*	*	*	*	*
انتخاب خدمتگر ^۱	نحوه انتخاب و تغییر پزشک خانواده شناخت پزشک و مراقب سلامت شماره مرکز پزشک خانواده انتخاب مکان پزشک خانواده	*	*	*	*	*
برخورداری از خدمات مؤثر و کم عارضه	نحوه مراجعه به پزشک خانواده چگونگی مراجعه به اورژانس و بستری نحوه انجام آزمایش‌ها و موارد پاراکلینیک تشخیص دقیق و پیش‌آگهی متناسب بودن کارایی اثربخشی	*	*	*	*	*
برقراری ارتباط مؤثر	زمان کافی برای ویزیت بیمار ارتباط مؤثر پزشک و بیمار ساعات کاری پزشک خانواده	*	*	*	*	*
تداوم خدمت	شناخت پزشک جانشین و نحوه استفاده از خدمات او نحوه ارجاع به متخصص در برنامه لزوم بازخورد ارجاع از متخصص به پزشک خانواده تدابیر اتخاذشده برای زمان‌های خارج از ساعت کاری پزشک خانواده (شب‌ها، روزهای تعطیل و...) تعداد دفعات مجاز تغییر پزشک خانواده در سال آشنایی با مرکز پاسخگوی تلفنی تداوم داشتن	*	*	*	*	*
حفظ حریم خصوصی	حریم خصوصی بیمار (تأمین ایمنی بیمار، رازداری) آشنایی در مورد پرونده الکترونیک مدارک موردنیاز جهت ارجاع	*	*	*	*	*
دسترسی به اطلاعات	قوانین و فرایند استفاده از خدمات سلامت همچون ویزیت پزشک هزینه‌های خدمتگیران مسئولیت‌های پزشک خانواده	*	*	*	*	*
دسترسی به خدمت	در دسترس بودن فراهم بودن به‌موقع بودن	*	*	*	*	*
رعایت شأن و احترام	احترام و کرامت بیمار احترام به حقوق مشتری	*	*	*	*	*
محیط دریافت خدمت مطبوع	امکانات و تسهیلات رفاهی مشورت با همکاران نظارت بر روند درمان	*	*	*	*	*
مشارکت در تصمیم‌گیری	رضایت آگاهانه اعتماد به پزشک توجه به تعارض منافع	*	*	*	*	*

جدول ۳- حقوق خدمتگیران، تعاریف و استانداردهای مرتبط در برنامه پزشک خانواده

حق	تعریف/توضیح	استانداردها	نکات
ایمنی	پیشگیری از بروز آسیب‌های محتمل در فرآیند دریافت خدمت و اقدام مناسب در صورت وقوع آن‌ها. این آسیب‌ها را می‌توان در گروه‌های زیر طبقه‌بندی کرد: آسیب‌های ناشی از محیط ارائه‌ی خدمت آسیب‌های فیزیکی یا روانی ناشی از رفتار خدمتگزاران یا سایر افراد حاضر در محیط ارائه‌ی خدمت آسیب‌های ناشی از فرآیند خدمت	استاندارد محیط ارائه‌ی خدمت استاندارد رفتار خدمتگزاران استاندارد به‌کارگیری تجهیزات پزشکی و فرآیند ارائه‌ی خدمت	ریشه‌یابی حوادثی که در فرآیند ارائه‌ی خدمت رخ می‌دهد با استفاده از تکنیک تحلیل علل ریشه‌ای ۲ برای پیشگیری از وقوع مجدد حوادث ضروری است.
برخورداری از خدمات مؤثر و کم‌عارضه	مقدار تأثیر و عوارض ناشی از یک خدمت را تنها از طریق اجرای کارآزمایی‌های بالینی می‌توان مشخص کرد. به همین سبب راهنماهای ارائه‌ی خدمت خدمات پیش‌بینی‌شده بسته‌ی خدمت را فقط باید با روش‌هایی که شواهد بالینی کافی در مورد آن‌ها وجود دارد ارائه کرد. اگر دست‌یابی به اهداف خدمات سلامت مستلزم ارائه‌ی زنجیره‌ای از خدمات باشد، نظام خدمات سلامت باید بهره‌مندی خدمتگیر را از این زنجیره تضمین کند. در موارد زیر خدمات باید به‌صورت زنجیره‌ای ارائه شوند: خدمات مرتبط با یک بیماری یا آسیب حاد تا شفای بیمار خدمات مراقبتی به‌منظور پیشگیری از بیماری‌ها یا تشخیص زودهنگام آن‌ها تا هنگام منتفی شدن ضرورت مراقبت، نظیر پیگیری دریافت خدمات مراقبت مادران باردار، مراقبت اطفال، غربال‌گری سرطان پستان و ... مراقبت از بیماری‌های مزمن نظیر دیابت خدماتی که باید توسط خدمتگزاران مختلف ارائه شوند (ارجاع). در این صورت دریافت خدمات هماهنگ از خدمتگزاران خدمت در زمان عدم حضور مختلف نیز از حقوق بیمار است.	راهنامه‌های ارائه‌ی خدمت مبتنی بر شواهد	
تداوم خدمت	افزون بر موارد فوق، خدمتگیر پیوسته باید تحت پوشش نظام پزشکی خانواده باشد. شرایطی که ممکن است منجر به از خود (مرخصی، غیبت، شب میان رفتن تداوم این پوشش شود عبارت‌اند از: تغییر محل سکونت خانواده مسافرت بیمار در دسترس نبودن پزشک خانواده نظیر مرخصی، غیبت، فوت، استعفا یا اخراج پزشک خانواده زمان‌هایی که پزشک خانواده در محل کار خود حضور ندارد (شب‌ها و روزهای تعطیل) علل قطع تداوم خدمت را در دو گروه کلی می‌توان طبقه‌بندی کرد: علل مربوطه به بیمار نظیر فراموشی، بی‌انگیزگی، بی‌خیالی، یا ناراضی بودن علل مربوطه به نظام ارائه‌ی خدمت نظیر مرخصی و غیبت پزشک خانواده لازم به ذکر است که شناسایی و رفع علل مربوط به خدمتگیر نیز بر عهده‌ی نظام ارائه‌ی خدمت است.	برنامه‌ریزی‌شده تعیین روش دریافت خدمت در زمان عدم حضور پزشک خانواده در محل کار افزون بر موارد فوق، خدمتگیر پیوسته باید تحت پوشش نظام پزشکی خانواده باشد. شرایطی که ممکن است منجر به از خود (مرخصی، غیبت، شب میان رفتن تداوم این پوشش شود عبارت‌اند از: تغییر محل سکونت خانواده مسافرت بیمار در دسترس نبودن پزشک خانواده نظیر مرخصی، غیبت، فوت، استعفا یا اخراج پزشک خانواده زمان‌هایی که پزشک خانواده در محل کار خود حضور ندارد (شب‌ها و روزهای تعطیل) علل قطع تداوم خدمت را در دو گروه کلی می‌توان طبقه‌بندی کرد: علل مربوطه به بیمار نظیر فراموشی، بی‌انگیزگی، بی‌خیالی، یا ناراضی بودن علل مربوطه به نظام ارائه‌ی خدمت نظیر مرخصی و غیبت پزشک خانواده لازم به ذکر است که شناسایی و رفع علل مربوط به خدمتگیر نیز بر عهده‌ی نظام ارائه‌ی خدمت است.	پزشک خانواده در محل کار
رعایت شأن و احترام	رفتاری که منطبق بر عرف منطقه و توقع خدمتگیران باشد، سبب رضایت آنان می‌شود. نتیجه‌ی رضایت، تبعیت از توصیه‌های خدمتگیر و تداوم مراجعه و در نتیجه، دست‌یابی به اهداف خدمات سلامت است. ویژگی‌های یک رفتار مؤدبانه ممکن است از یک فرهنگ به فرهنگ دیگر متفاوت باشد؛ ولی رفتارهایی را هم می‌توان مشخص کرد که در تمام فرهنگ‌ها مؤدبانه تلقی می‌شود. برای مثال آرام صحبت کردن، فقط به خدمتگیر توجه داشتن و با دقت به حرف‌های او گوش دادن، سلام کردن و به سلام او پاسخ دادن و خودداری از قطع ناپجای صحبت او، از مصادیق رفتارهای مؤدبانه است.	پرسیدن ترجیحات خدمتگیران استانداردهای رفتار محترمانه خدمتگزاران	
برقراری ارتباط مؤثر	مقصود از ارتباط مؤثر آن است که خدمتگزاران به‌دقت به سخنان خدمتگیران گوش کنند و به‌گونه‌ای سخن بگویند که کاملاً برای آنان قابل‌درک باشد. به خدمتگیر فرصت دهند که همه‌ی سؤالات خود را بپرسد و از اینکه او به‌درک روشنی در مورد پاسخ‌های داده‌شده دست یافته است، مطمئن شوند. زمان و شرایط مناسب برای برقراری ارتباط، از ارکان مؤثر بودن ارتباط است. توجه به نگرانی‌های خدمتگیر در فرآیند دریافت خدمت (نظیر نزدیک شدن زمان مراجعت کودکان به منزل و ...) و اطلاع‌رسانی به نزدیکان در صورت صلاحدید خدمتگیر، موانع ارتباطی را کاهش می‌دهد.	استانداردهای ارتباط مؤثر استانداردهای رفتار محترمانه	موضوع رعایت شأن و احترام خدمتگیران و ارتباط مؤثر با آنان، لازم و ملزوم یکدیگرند؛ ولی به سبب اهمیت ارتباط مؤثر، به‌عنوان یک حق جداگانه نیز موردتوجه قرار گرفته است.
محیط دریافت خدمت مطبوع	محیط ارائه‌ی خدمت باید به‌گونه‌ای باشد که نیازهای عمومی خدمتگیر در آن به‌خوبی پاسخ داده شود. مواردی از این نیازها عبارت‌اند از: صندلی راحت برای نشستن، هوای مطبوع، محیط تمیز و آراسته، سرویس بهداشتی تمیز و مجهز به مایع دست‌شویی و دستمال (حوله کاغذی) یا خشک‌کن، آب سرد و گرم، مکان شیردهی و مراقبت از کودک، غذای مناسب در صورت تحت نظر بودن طولانی‌مدت	استانداردهای محیط دریافت خدمت	

جدول ۳- ادامه- حقوق خدمتگیران، تعاریف و استانداردهای مرتبط در برنامه پزشک خانواده

حق	تعریف/توضیح	استانداردها	نکات
حفظ حریم خصوصی	حریم خصوصی به هر آنچه خدمتگیر نمی‌خواهد دیگران در معرض آن قرار گیرند، اطلاق می‌شود. حریم خصوصی ممکن است به طرق مختلف در جریان دریافت خدمت شکسته شود. معاینه‌ی فرد در حضور دیگران، صحبت با بیمار درحالی‌که دیگران به‌راحتی می‌توانند گفته‌های آنان را بشنوند و برخوردار نبودن از پوشش مناسب درحالی‌که به دلیل سطح پائین هوشیاری، خود قادر به صیانت از حریم خود نیست، از مصادیق رعایت نشدن حریم خصوصی خدمتگیران است. با توجه به آنکه افراد ذاتاً به دنبال صیانت از حریم خصوصی خود هستند، نادیده گرفته شدن حریم خصوصی در شرایطی رخ می‌دهد که افراد نتوانند از حریم خود دفاع کنند. برتری موقعیت خدمتگیر نسبت به خدمتگیر، نیاز به دریافت خدمت و نتوانی در تغییر شرایط آن، حال عمومی بد که فرد را از محیط خود غافل می‌کند و کاهش سطح هوشیاری، حریم خصوصی افراد را شکننده می‌کند. محتوای پرونده‌ی پزشکی بیمار هم می‌تواند از مصادیق حریم خصوصی باشد؛ لذا فقط باید افرادی به آن دسترسی داشته باشند که بیمار در فرم ترجیحات خود چنین مجوزی را به آنان داده است.	استانداردهای فرآیند ارائه‌ی خدمت استانداردهای محیط دریافت خدمت ضوابط دسترسی و بهره‌برداری از داده‌های پرونده‌ی سلامت بیمار پرسیدن ترجیحات خدمتگیران	
اظهارنظر و شکایت	امکان انتقال دیدگاه‌ها و شکایات به سیاست‌گذاران و مدیران افزون بر آنکه در خدمتگیران ایجاد آرامش و امنیت می‌کند، سبب وقوف آنان به نارسایی‌های نظام ارائه خدمات سلامت نیز می‌شود. نظام رسیدگی به شکایات یکی از ارکان تضمین رعایت حقوق خدمتگیران نیز به شمار می‌آید. اقداماتی که به دنبال دریافت شکایت انجام می‌شود باید سازمان‌یافته، سریع و مؤثر باشد و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، بازخورد آن به شاکی منتقل شود.	طراحی نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و پاسخ به شکایات	
انتخاب خدمتگیر ^۲	در صورتی‌که خدمتگیر بخواهد، در حد امکان، باید قادر به انتخاب خدمتگیر موردنظر خود و تغییر آن باشد. دریافت خدمت از فردی مقبول و مورد اعتماد، سبب احساس آرامش و امنیت در خدمتگیر، تداوم و تأثیر بیشتر خدمت می‌شود. بدین منظور خدمتگیران حق دارند به همه‌ی اطلاعاتی که می‌تواند بر این انتخاب تأثیرگذار باشد، دسترسی داشته باشند. اگر به هر دلیلی نظام پزشکی خانواده حق انتخاب خدمتگیران را محدود می‌کند، باید تضمین کند که این محدودیت نقصانی در منافع آنان ایجاد نخواهد کرد.	طراحی فرآیندهای انتخاب خدمتگیر و تغییر آن در صورت لزوم	
دسترسی به خدمت	دسترسی به معنای توانایی بهره‌مندی از خدمت است. به‌منظور تأمین این حق باید موانع دسترسی را شناسایی و مرتفع کرد. این موانع عبارت‌اند از: آگاهی نداشتن از نیاز خود به خدمت آگاهی نداشتن از عرضه‌ی خدمت عرضه نشدن خدمت (فراهم نبودن منابع موردنیاز برای ارائه‌ی خدمت) استطاعت مالی ارائه شدن خدمت در زمانی که امکان بهره‌مندی از آن وجود ندارد. ارائه شدن خدمت در مکان و/یا توسط افراد غیر مقبول زمان دسترسی (فاصله‌ی زمانی بین احساس نیاز به خدمت تا بهره‌مند شدن از آن): زمان دسترسی از سه جزء زمان فرارسیدن نوبت (لیست انتظار)، زمان طی شده در راه و زمان انتظار در محل ارائه‌ی خدمت تشکیل می‌شود. زمان دسترسی طولانی ممکن است منجر به انصراف از دریافت خدمات غیر فوری یا کاهش تأثیر خدمات فوری شود. ویژگی‌های خدمتگیر مانند افرادی دارای زبان و لهجه متفاوت، باورهای فرهنگی متفاوت، اختلالات گفتار، شنوایی یا مشکلات ذهنی و روانی و حتی کسانی که به دلایل جسمانی امکان حضور در مرکز را ندارند.	تحلیل و از میان برداشتن موانع دسترسی	
دسترسی به اطلاعات	طراحی و اجرای نظام پزشکی خانواده، هم منگی بر حجم عظیمی از اطلاعات است و هم خود حجم عظیمی از داده‌ها و اطلاعات را تولید می‌کند. دسترسی به این اطلاعات مشارکت را توسعه، بهره‌مندی را افزایش، امنیت را روزافزون و دستیابی به اهداف را تقویت می‌کند. مواردی از اطلاعاتی که می‌توان دسترسی جمعیت تحت پوشش را به آن‌ها فراهم کرد عبارت‌اند از: منطق و ساختار نظام پزشکی خانواده خدماتی که در این نظام ارائه می‌شود حقوق خدمتگیران در نظام پزشکی خانواده هزینه‌های طراحی و اجرای نظام پزشکی خانواده مقایسه‌ی نظام مستقرشده با سایر نظام‌ها، چه در کشور و چه در سایر کشورها شاخص‌های عملکرد نظام پزشکی خانواده شاخص‌های عملکرد خدمتگیران اطلاعات مرتبط با سلامتی خود محتوای بخش‌های منتخب از پرونده‌ی سلامت خود	دستورالعمل فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی عمومی برنامه	
مشارکت در تصمیم‌گیری ^۴	خدمتگیر نمی‌تواند، صرفاً بر مبنای صلاح‌دید خود، گزینه‌ی مناسب را از میان خدمات موجود انتخاب و به خدمتگیر ارائه کند؛ مگر آنکه خدمتگیر به‌صراحت دست او را در اتخاذ چنین رویکردی باز گذاشته باشد. لذا خدمتگیر باید گزینه‌های مختلف خدمت موردنیاز خدمتگیر را به‌گونه‌ای برای او توضیح دهد که او بتواند گزینه‌ی موردنظر خود را از میان آن‌ها انتخاب کند. اگر خدمتگیر از دریافت خدمت اصلی که برای درمان او ضروری است، خودداری کند، خدمتگیر نمی‌تواند از ادامه‌ی مراقبت از او سرباز زند. حتی پس‌ازآنکه خدمتگیر خدمت موردنظر خود را انتخاب کرد، خدمتگیر باید قبل از انجام هر کاری، با صراحت کامل از او اجازه بگیرد. خدمتگیر می‌تواند از ارائه‌ی گزینه‌هایی که با مبانی اخلاقی او منافات دارد خودداری کند.	دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه بیمار فرم ترجیحات بیمار	

جدول ۴- پیش‌نیازهای لازم برای رعایت حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده

حق	اقدامی که منجر به رعایت حق می‌شود	پیش‌نیاز
رعایت استانداردهای ایمنی شناخته‌شده در مکان‌های ارائه خدمت	بررسی عمیق حوادث رخ داده در فرآیند دریافت خدمت به‌منظور برطرف کردن زمینه‌های تکرار آن‌ها (اعم از خطاهای پزشکی و سایر موارد)	سند استانداردهای ایمنی در مکان ارائه خدمت
ایمنی	آموزش خدمتگزاران و خدمتگیران در مورد رفتارهای ایمن (آزارهای کلامی، جسمی و جنسی را به حداقل برساند) نظیر تدوین استانداردهای رفتاری، آموزش کارکنان، اطلاع‌رسانی به خدمتگیر، نصب دوربین در مکان‌های عمومی، امکان شکایت و رسیدگی فوری، تیم واکنش سریع، تحلیل عمیق و پیشگیری از وقوع وقایع مشابه)	سند استانداردهای رفتار ایمن نظام آموزش مستمر نیروی انسانی نظام آموزش عمومی سند استانداردهای ایمنی در مکان ارائه خدمت نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و پاسخ به شکایات شیوه‌نامه‌ی بررسی عمیق حوادث و پی‌آمدهای نامطلوب ارائه خدمت استاندارد رفتار خدمتگزاران
برخورداری از خدمات مؤثر و کم‌عارضه	ایجاد بستر موردنیاز برای ارائه خدمات مبتنی بر شواهد (تولید راهنماهای ارائه خدمت و تضمین به‌کارگیری آن‌ها، فراهم کردن تجهیزات استاندارد، آموزش مستمر خدمتگزاران و پایش مستمر عملکرد آنان، تأثیرپذیری پرداخت از ارائه خدمت مبتنی بر شواهد)	راهنمای ارائه خدمت مبتنی بر شواهد (راهنماهای بالینی ارائه خدمت، رفرنس‌های مورد تأیید و تجهیزات موردنیاز) نظام آموزش مستمر نیروی انسانی نظام تربیت پزشک خانواده نظام پایش و ارزشیابی عملکرد اجزای نظام پزشک خانواده نظام و فرایند پرداخت به منابع انسانی
تداوم خدمت	پیگیری دریافت خدمات پیش‌بینی‌شده تا حصول اطمینان از دریافت خدمت یا انصراف آگاهانه‌ی خدمتگیر از دریافت آن کسب اطمینان از دریافت بدون وقفه خدمت در صورت تغییر پزشک خانواده یا محل سکونت برسیدن ترجیحات بیمار در هنگام ورود به برنامه	شیوه‌نامه تداوم خدمت شیوه‌نامه تداوم خدمت فرایند ثبت‌نام بیمار فرم ترجیحات بیمار
آموزش خدمتگزاران و خدمتگیران در مورد مشخصات رفتار محترمانه شامل: بلند شدن در هنگام ورود خدمتگیر به مطب و استقبال از او، نگاه کردن به چهره‌ی او همراه با لبخند و آرامش، گوش کردن فعال به خدمتگیر، اجتناب از به کار بردن الفاظ ناشایست مطابق با عرف منطقه، اجتناب از صحبت با صدای بلند که حاکی از برخواستن و بی‌احترامی باشد، خودداری از شوخی‌هایی که توهین‌آمیز تلقی شود، لمس غیرضروری، ایجاد محدودیت غیرضروری و توجه به ترجیحات بیمار	استفاده از کارکنان بومی یا فردی که با زبان و لهجه‌ی شایع بیماران آشنا باشد برآوردن نیازهای عمومی بیمار در هنگام دریافت خدمت نظیر صندلی راحت برای نشستن، هوای مطبوع، محیط تمیز و آراسته، سرویس بهداشتی تمیز و مجهز به مایع دست‌شویی و دستمال (حوله) یا خشک‌کن، آب سرد و گرم، مکان شیردهی و مراقبت از کودک، غذای مناسب در صورت نظر بودن طولانی‌مدت، اطلاع‌رسانی به نزدیکان، توجه به نگرانی‌های خدمتگیر در فرآیند دریافت خدمت (نظیر نزدیک شدن زمان مراجعت کودکان که منزل و ...)	شیوه‌نامه بررسی عمیق حوادث و پی‌آمدهای نامطلوب ارائه خدمت سند پایش و ارزشیابی عملکرد اجزای نظام پزشک خانواده نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و پاسخ به شکایات فرایند به‌روزرسانی از خدمات پزشک خانواده (امکان انتخاب پزشک خانواده) طراحی، تصویب و ابلاغ فرآیندهای تداوم خدمت شیوه‌نامه حفظ حریم خصوصی خدمتگیر (زیرمجموعه سند راهنمای اخلاقی ارائه خدمات)
توجه و احترام	حفظ حریم خصوصی در فرآیند خدمت شامل: انتخاب پزشک هم‌جنس، عدم حضور سایر افراد در هنگام ویزیت خدمتگیر، حضور فرد معتمد در هنگام دریافت خدمت، سایر افراد نتوانند صدای مکالمه‌ی خدمتگیر و خدمتگر را بشنوند، استفاده نکردن از دوربین در اتاق ویزیت بیمار شرایطی فراهم شود تا فقط افرادی که خدمتگیر اجازه داده است، به محتوای پرونده‌ی پزشکی او دسترسی داشته باشند. این افراد را می‌توان در هنگام رسیدن ترجیحات بیمار مشخص کرد. مواردی که به‌موجب قانون، اطلاعات پرونده باید در اختیار مرجع دیگری قرار گیرد، از این قاعده مستثنا است.	استانداردهای به‌کارگیری نیروی انسانی استاندارد محیط ارائه خدمت و امکانات موردنیاز
حق اظهار نظر و شکایت	برقراری امکان شکایت برای خدمتگیر در صورت تجربه‌ی رفتار غیرمحترمانه	سند پایش و ارزشیابی عملکرد اجزای نظام پزشک خانواده نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و پاسخ به شکایات
حق انتخاب	فراهم کردن امکان انتخاب خدمتگر (پزشک خانواده و سایر خدمتگزاران) از میان گزینه‌های مختلفی که اطلاعات کافی در مورد آنان (سابقه و ...) در اختیار خدمتگیر قرار گرفته است. فراهم کردن امکان تغییر بدون محدودیت خدمتگر ارائه خدمات اورژانس در تمام ساعات شبانه‌روز به‌صورت غیرحضور و حضوری	فرایند به‌روزرسانی از خدمات پزشک خانواده (امکان ثبت‌نام و انتخاب پزشک خانواده) تداوم خدمت تداوم خدمت
دسترسی به خدمات	کسب اطمینان از اینکه در اختیار نداشتن وسیله‌ی نقلیه و همراه منجر به محرومیت فرد از خدمات ضروری موردنیازش نمی‌شود توضیح وضعیت سلامتی خدمتگیر برای او در هر ویزیت، خدماتی که او می‌تواند از آن‌ها بهره‌مند شود، ویژگی‌های این خدمات و پاسخ سوالات او در مورد آن‌ها	شیوه‌نامه استفاده از تسهیلات ایاب و ذهاب (زیرمجموعه استانداردهای ارائه خدمات)
دسترسی به اطلاعات	فراهم کردن امکان مشاهده‌ی بخش‌های منتخب پرونده‌ی الکترونیک سلامت برای خدمتگیر یا سرپرست او ارائه خدمت در صبح و بعدازظهر به‌منظور تسهیل بهره‌مندی افراد دارای ترجیحات خاص زمانی از خدمات (نظیر افراد شاغل) استقرار پزشک خانواده و مکان‌های ارائه خدمت سایر خدمات (آزمایشگاه، تصویربرداری) در محله‌ای که خانواده در آن زندگی می‌کند. در مواردی که دریافت خدمت مستلزم پرداخت وجه است، کسب اطمینان از اینکه نداشتن استطاعت مالی منجر به محرومیت از خدمات مورد تعهد برنامه نشود.	استانداردهای ارتباط مؤثر استانداردهای رفتار محترمانه ضوابط دسترسی و بهره‌برداری از داده‌های پرونده‌ی سلامت بیمار استاندارد زمان ارائه خدمت (زیرمجموعه استانداردهای ارائه خدمات) استاندارد مکان ارائه خدمات (زیرمجموعه استانداردهای ارائه خدمات)
دسترسی مالی	شیوه‌نامه دریافت هزینه (زیرمجموعه استانداردهای ارائه خدمات)	شیوه‌نامه دریافت هزینه (زیرمجموعه استانداردهای ارائه خدمات)
مشارکت در تصمیم‌گیری	آموزش خدمتگزاران و خدمتگیران در مورد ضرورت شفاف کردن گزینه‌های مختلف خدمات توسط خدمتگر و انتخاب گزینه‌ی مناسب توسط خدمتگیر یا قیم قانونی او (سرپرست یا فردی که او در فرم ترجیحات به او اجازه‌ی تصمیم‌گیری داده است) اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از خدمتگیر برای شرکت در تحقیقات پایش رفتار خدمتگر از منظر مشارکت در تصمیم‌گیری	سند راهنمای اخلاقی ارائه خدمات سلامت نظام آموزش مستمر نیروی انسانی نظام آموزش عمومی (خدمتگیران) سند راهنمای اخلاقی ارائه خدمات سلامت (حفظ حریم خصوصی) نظام پایش و ارزشیابی عملکرد اجزای نظام سلامت نظام و فرایند پرداخت به منابع انسانی درگیر نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و پاسخ به شکایات
برقراری امکان شکایت برای خدمتگیر در صورت نادیده گرفتن حق او برای انتخاب آگاهانه		

با مقدار حق ویزیت پزشک متخصص

در مرحله بعد با استفاده از نتایج مرحله اول و جلسات خبرگان، سند پیشنهادی حقوق خدمتگیران در برنامه پزشک خانواده ایران تدوین شد (جدول ۳). هرچند پنج مطالعه قبلی به برخی از مصادیق حقوق به صورت ضمنی و پراکنده اشاره نموده‌اند؛ ولی هیچ‌یک نتوانستند، سند کاربردی در مرحله اجرا ارائه نمایند و تنها بر ارزیابی دانش و نگرش خدمتگیران از برخی مصادیق حقوق تمرکز داشته‌اند. سند حاضر می‌تواند به عنوان یک سند سیاستی و کاربردی در اجرای برنامه پزشکی خانواده مورداستفاده قرار گیرد.

در این سند برای برآورده شدن یک حق، رعایت یک چارچوب پیشنهاد شده است. عناصر این چارچوب عبارت‌اند از: تعریف حق؛ وجود استانداردهایی که رعایت آن‌ها به معنای ادای آن حق است؛ آموزش خدمتگران و خدمتگران در مورد استانداردها؛ پایش مستمر و روشن بودن روش اقدام در صورت مشاهده موارد انحراف از استاندارد؛ امکان شکایت ذی‌حق در صورت رعایت نشدن حقوق او؛ و وجود فرآیند شفاف رسیدگی به شکایت و بازخورد به شاکی. در جدول ۳، حقوق خدمتگیران، تعاریف و استانداردهای مرتبط در برنامه پزشک خانواده آورده شده است. برای اینکه یک حق برآورده شود و رضایت خدمتگیر را به دنبال داشته باشد، باید اقداماتی صورت گیرد و این اقدامات خود مستلزم پیش‌نیازهایی است که به برآورده شدن حقوق کمک می‌کند. پیش‌نیازهای مدنظر در جدول ۴ آورده شده است.

بحث

هدف از انجام این مطالعه شناسایی حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده در ایران بوده است. در مرحله مرور مطالعات، تنها پنج مطالعه یافت شد که ۱۱ حق و ۴۰ مصداق از آنها احصا گردید. در گام کیفی این مطالعه نیز ۱۲ حق برای دریافت کنندگان خدمت در نظر گرفته شد که شامل ایمنی، برخورداری از خدمات مؤثر و کم‌عارضه، تداوم خدمت رعایت شأن و احترام، برقراری ارتباط مؤثر، محیط دریافت خدمت مطبوع، حفظ حریم خصوصی، اظهارنظر و شکایت انتخاب خدمتگر، دسترسی به خدمت، دسترسی به اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری بوده است. سپس برای برآورده شدن هر یک

از حقوق، اقدامات و پیش‌نیازهای ضروری تعیین گردید. نظام‌های سلامت در جهان برای آنکه مطمئن شوند ابعاد مختلف حقوق بیمار رعایت می‌شود به تدوین منشور حقوق بیمار اقدام کرده‌اند. هدف از منشور حقوق بیمار دفاع از حقوق بیماران و اطمینان از مراقبت کافی از آنان است. نتایج حاصل از تدوین و اجرای چارچوب حقوق بیمار و ابعاد آن در برنامه پزشکی خانواده، قابل توجه است. اجرای چنین چارچوبی، حفظ احترام، کرامت و انصاف بیماران را در طول دریافت خدمات تضمین می‌کند. دریافت خدمات باکیفیت منجر به رضایت بیشتر آنان می‌شود و بدین ترتیب بیماران را برای مشارکت در مراقبت و تصمیم‌گیری آگاهانه توانمند می‌سازد. اطمینان از درک کامل بیمار از توصیه‌های ارائه‌دهندگان خدمات و افزایش مشارکت او در فرایند درمان، منجر به بهبود پیامدهای درمان خواهد شد [۱۵]. مطالعه‌ای که در مجله پزشکی داخلی عمومی منتشر شد نشان داد که بیمارانی که مطابق خود اظهاری، استقلال بیشتری در انتخاب درمان داشته‌اند، کنترل دیابت بهتر و خود مراقبتی بیشتری داشته‌اند [۱۶].

دسترسی آسان، مقرون‌به‌صرفه بودن خدمات موردنیاز و کیفیت مناسب خدمات، از اهداف اصلی نظام‌های سلامت کشورهاست که در سند حقوق بیماران بر آن تأکید گردیده است. این سند همچنین به‌عنوان ابزاری برای رسیدگی و پیشگیری از مسائل مربوط به مراقبت‌های بهداشتی مانند خطاهای پزشکی، سهل‌انگاری و سوءاستفاده عمل می‌کند و در صورت تضییع حقوق بیماران، راه‌هایی برای جبران خسارت و تظلم خواهی بیماران فراهم می‌آورد و بدین ترتیب اعتماد بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی را ارتقا می‌دهد [۱۷-۱۹]. مطالعه‌ای که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شد نشان داد که اجرای چارچوب حقوق بیمار، منجر به بهبود مراقبت‌های بیمار محور، افزایش رضایت بیمار و کاهش شکایات و دعاوی مربوط به مراقبت‌های بهداشتی می‌شود [۱۸]. به‌طور مشابه، بررسی قوانین حقوق بیمار در اتحادیه اروپا نشان داد که توجه عملی به چارچوب حقوق بیمار تأثیر مثبتی بر ایمنی، کیفیت مراقبت و توانمندسازی وی دارد (کمیسسیون اروپا، ۲۰۱۴) [۲۰].

از اهداف اصلی اجرای برنامه پزشکی خانواده توجه به نگرانی نظام‌های سلامت در مورد برابری سلامت و عدالت

اجتماعی است. توجه به سند حقوق خدمتگیران، دسترسی نیازمندان واقعی را به خدمات مورد نیاز تضمین می‌کند. بیماران به‌ویژه در جوامع حاشیه‌نشین، اغلب با موانعی برای دسترسی به خدمات مورد نیاز خود مواجه‌اند؛ موانعی همچون موانع زبانی، تفاوت‌های فرهنگی و تبعیض. با گنجاندن چارچوب حقوق بیماران در سیاست‌ها و مقررات مراقبت‌های بهداشتی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند برای رفع این موانع و ارتقای برابری سلامت و عدالت اجتماعی تلاش کنند. برخی سنج‌های سند حقوق بیماران ممکن است به کاهش این نگرانی‌ها منجر شود. حق دریافت مراقبت‌های عاری از تبعیض، حق دسترسی به سوابق پزشکی بیمار و مشارکت فعالانه وی در امر درمان و در ادامه آن، بهبود ارتباط با ارائه‌دهندگان که با جلب منابع و خدمات حمایتی به کاهش فقر، ناامنی مسکن و ناامنی غذایی منجر خواهد گردید [۲۱]. با ترویج مراقبت بیمار محور و احترام به استقلال بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌توانند اطمینان حاصل کنند که همه خدمتگیران به خدمات سلامت با کیفیت بالا دسترسی دارند [۲۲].

علاوه بر این، چارچوب حقوق بیمار می‌تواند مزایای اقتصادی نیز به همراه داشته باشد. مطالعه‌ای در ایالات متحده، نشان داد که اجرای منشور حقوق بیمار منجر به کاهش پذیرش مجدد در بیمارستان و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی می‌شود [۱۵].

گرچه حقوق بیماران در ذیل موضوع حقوق بشر پیش از پنجاه سال است که در اروپا به رسمیت شناخته شده است [۲۳]؛ ولی در نظام حقوق داخلی ایران، صرفاً یک سند مشخص با عنوان «منشور جامع حقوق بیماران» وجود دارد که در سال ۱۳۸۸، پس از بازنگری بخشنامه سال ۱۳۸۱، از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب یک بخش‌نامه کلی بدون ضمانت اجرایی و تعیین دقیق حدود مسئولیت‌ها ابلاغ شده است. این منشور دارای پنج محور اصلی شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات کافی، حق انتخاب آزادانه، حق حفظ محرمانگی و حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است [۲۴].

مصادیق حقوق مطرح‌شده در چارچوب پیشنهادی این مطالعه، کمابیش در بسیاری از نظام‌های سلامت دارای برنامه پزشکی خانواده به رسمیت شناخته شده است؛ چنانچه مرجع

کیفیت و اطلاعات پزشکی کشور ایرلند در آخرین نسخه خود پنج عنصر عدالت، احترام، برابری، کرامت و استقلال را به‌عنوان عناصر اصلی معرفی کرده است [۶]. همچنین ماژیک در مطالعه خود به ۱۳ نوع از حقوق خدمتگیران خدمات سلامتی که در قوانین کشورها مصوب شده، اشاره دارد که به غیر از موارد مشترک، حق احترام به وقت بیمار، حق اجتناب از درد غیرضروری و حق نوآوری در کشورهای مختلفی همچون روسیه، اوکراین، آرژانتین و قزاقستان به تصویب رسیده است. مصادیق نامبرده گرچه صراحتاً به‌عنوان یک حق کلان در سند پیشنهادی ارائه نشده‌اند، لکن در مصادیق و مفاهیم ضمنی حقوق به ترتیب در حق دسترسی بیمار، برخورداری از خدمات مؤثر و کم‌عارضه قابل درک است.

در سیستم سلامت انگلستان نیز گزاره برگی در مورد معرفی حقوق بیماران منتشر شده که در آن رضایت، اطلاعات، دسترسی به درمان، استاندارد بودن درمان، محرمانه بودن و دسترسی به پرونده پزشکی خود، برخورداری از حقوق انسانی (خود و خانواده)، عدم تبعیض، دفاع از تصمیم و حق شکایت، از حقوق بیماران شمرده شده است [۲۵]. این گزاره برگ به‌طور سالانه به‌روزرسانی شده، در اختیار بیماران قرار می‌گیرد.

به همین ترتیب نظام سلامت استرالیای جنوبی در کتابچه‌ای با عنوان «حقوق و مسئولیت‌های شما» به هشت حق خدمت‌گیران شامل دسترسی، ایمنی، کیفیت، احترام، اطلاعات، مشارکت، محرمانگی و حق اظهار نظر اشاره کرده، مبانی قانونی مورد استفاده را نیز در آن برشمرده است [۲۶]. همچنین نحوه برخورداری بیماران از حقوق خود را نیز توضیح داده است. مصادیق حقوق در دو منبع ذکر شده با سند پیشنهادی این مطالعه منطبق است.

به نظر می‌رسد اصول کلی در منشور حقوق خدمتگیران کشورهای مختلف، مشترک است؛ لکن مصادیق جزئی‌تر آن‌ها ممکن است با توجه به ارزش‌های فرهنگی هر کشوری متفاوت باشد. مثال بارز این موضوع نیز توجه به اصل حفظ حریم خصوصی است که حدود آن در کشورهای اسلامی از سایر کشورها متفاوت است. همچنین اصل کرامت انسانی در بسیاری از جوامع تابع هنجارهای اجتماعی است که در درمان برخی بیماران از جمله مبتلایان به ایدز، اقلیت‌های جنسی، جنسیتی و یا گاهی مذهبی و حتی معتادان نمایان می‌شود.

بیماران را برای مشارکت در مراقبت و تصمیم‌گیری آگاهانه توانمند می‌سازد. اطمینان از درک کامل بیمار از توصیه‌های ارائه‌دهندگان خدمات و افزایش مشارکت او در فرایند درمان، منجر به بهبود پیامدهای درمان خواهد شد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه همکاران و داوران محترم که با انتقادات و پیشنهادات سازنده خود به ارتقای کیفیت مقاله کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Sepahvand JP. Investigating the effect of the family physician plan on improving the treatment process in Lorestan province (survey of doctors working in the family physician plan of the Imam Relief Committee). *Journal of Social Security Medicine*. 2006; 5(28):8-15. (In Persian)
2. Khadivi R, Saebian A, Khosravi M, Nasehi R. The pattern of costs by the health insurance organization for the people in urban areas with population under Twenty Thousands and nomads in Isfahan province, Iran, 2009-2013. *Journal of Isfahan Medical School*. 2016;33(366):2341-50. (In Persian)
3. Arab M, Torabipour A, Rahimifrooshani A, Rashidian A, Fadai N, Askari R. Factors affecting family physicians' drug prescribing: a cross-sectional study in Khuzestan, Iran. *International journal of health policy and management*. 2014;3(7):377. (In Persian)
4. Ardeshir Larijani MB, Ghafouri Fard S, Zahedi F. Ethical considerations in clinical medical education. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2005;10(4):105-8 (in Persian)
5. Karimyar Jahromi M, Hojat M, Karami Z. Evaluation students 'awareness of patients' rights in clinical students of Jahrom Medical University. *IJNR*. 2015; 10(3):1-10 (in Persian)
6. Health Information and Quality Authority (HIQA). Guidance on a human rights based approach in health and social care services. Ireland: Irish Human Rights and Equality Commission, 2019. Pages:5-6
7. ST Joseph hospital. Patient rights and responsibilities. USA: Department of Health and Human Services, 2018.
8. Kalhor M, Kaveii B, Samiee-Rad F. Evaluating patients awareness and satisfaction of implementing patients' rights charter at kowsar hospital in Qazvin. *RME*. 2017; 9 (3):37-29. (in Persian)
9. Jafarzadeh S, Mobasheri F, Bahramali E. Caregivers

مقاومت ارائه‌دهندگان خدمات به دلیل رویکرد پدرسالارانه سنتی موجود، موانع مالی و تجهیزاتی برای نظارت و کنترل در حیطه اجرا، از موانع اصلی اجرای حقوق بیماران ذکر شده است. موسوی و همکاران در مطالعه کیفی خود، دو درون‌مایه اصلی شامل نقصان‌های محتوایی و چالش‌های مدیریتی را به‌عنوان عوامل اصلی عدم رعایت حقوق بیماران در نظام اعتباربخشی بیمارستانی ایران برشمرده‌اند [۲۳].

بدیهی است قابلیت اجرایی سند حاصل ابتدا به نهادینه کردن پذیرش اجتماعی با تغییر نگرش و فرهنگ‌سازی در بین همه ذی‌نفعان و سپس وضع قوانین لازم و نظارت بر حسن عملکرد مجریان وابسته است.

هرچند سند حاصل در این مطالعه، برگرفته از اجماع نظرات خبرگان در حیطه‌های مختلف است؛ لکن به‌منظور اطمینان از قابلیت اجرایی آن لازم است با اجرای آزمایشی و انجام مطالعات میدانی، به شناسایی موانع و راهکارهای اجرایی شدن هر یک از مصادیق حقوق، اقدام گردد تا امکان تکمیل و اصلاح سند فراهم شود.

نتیجه‌گیری

تدوین حقوق خدمتگیران در برنامه پزشکی خانواده، زیربنای اجرا و بهره‌مندی از منافع آن است. منشور حقوق بیماران در بسیاری از کشورها تدوین و ضمانت‌های اجرایی لازم برای آن تعبیه شده است؛ ولی با توجه به اینکه حقوق افراد در بستر فرهنگی هر جامعه قرار دارد، لازم است سند منطبق با شرایط اقتصادی کلان هر کشور اعم از اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و تکنولوژی تهیه گردد. سند ارائه‌شده در این مطالعه می‌تواند به‌عنوان یک سند سیاستی و کاربردی در حوزه اجرایی پزشکی خانواده مورد استفاده ذینفعان و مورد استناد سیاستگذاران در کشور ایران قرار گیرد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با نظام سلامت

نتایج حاصل از تدوین و اجرای چارچوب حقوق بیمار و ابعاد آن در برنامه پزشکی خانواده، قابل توجه است. اجرای چنین چارچوبی، حفظ احترام، کرامت و انصاف بیماران را در طول دریافت خدمات تضمین می‌کند. دریافت خدمات باکیفیت منجر به رضایت بیشتر آنان می‌شود و بدین ترتیب

- awareness about the rules of Family Physician Program in Fasa in the Year 2014. *Journal of Advanced Biomedical Sciences*. 2016;6(3):326-33.
10. Honarvar B, Lankarani KB, Rostami S, Honarvar F, Akbarzadeh A, Odoomi N, et al. Knowledge and practice of people toward their rights in urban family physician program: A population-based study in Shiraz, Southern Iran. *International journal of preventive medicine*. 2015; 6:46-54.
 11. Abolhassani Shahreza F, Afshari S, Hajizade A, Khosrevi MF, Dastari F, Dorri S, et al. The study of Iran's experience in the implementation of family medicine, based on published articles. 1th ed. Iran: National Health Research Institute of the Islamic Republic of Iran. 2023:13-21 (in Persian)
 12. Babaei A, Sadeghi A, Vahidi R, Ekabri, SA. Determining the quality of family physician team services from the perspective of service recipients in Ajab Shir city: 2018. *Journal of Health*. 2014;10;5(2):170-81 (in Persian)
 13. Kabir MJ, Ashrafi Amiri H, Rabiee SM, Hassanzadeh-Rostami Z, Farzin K, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. Level of familiarity and attitude of the covered population regarding the criteria and requirements of Iran's urban family physician program. *J Babol Univ Med Sci*. 2018;20(11):40-8. (in Persian)
 14. Madani SJ, Larijani B, Nedjat S, Bagheri A. Family medicine ethical issues regarding physician-patient interactions from patients' perspectives: A qualitative study. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2021;12(2):184
 15. Barnes S, Gottlieb S, Karns M. The impact of patient rights on hospital readmissions and healthcare costs. *Journal of Hospital Administration*. 2018;7(2): 1-7.
 16. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002;288(4):475-82.
 17. Torrey T. Patient rights in the American healthcare system. [Cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.americanpatient.org/patient-rights-in-the-american-healthcare-system/>
 18. World health organization. Patient and Safety. [Cited 2023 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/patient-safety/patients-rights>
 19. Your Medicare Rights. [Cited 2023 May 30]. Available from: <https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-rights>
 20. Patients' rights in the European Union. [Cited 2023 Jul 18]. Available from https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/patient_safety/docs/patients_rights_2014_en.pdf
 21. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports*. 2014;129(1_suppl2):19-31.
 22. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. [Cited 2023 May 29]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf>
 23. Moosavi S, Solooki M, Shamsi Gooshki E, Parsapoor A. Patient rights in the Iranian hospitals accreditation system: Explanation of challenges. *Hayat*. 2022;28(3):243-58.
 24. Rostami T, Yaghouti E, Emam SM. Patients' rights in the light of international documents and the Iranian legal system. *Medical Law Journal*. 2020; 10(14):133-45.
 25. NHS treatment - Your rights. [Cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.rethink.org/advice-and-information/rights-restrictions/rights-and-restrictions/nhs-treatment-your-rights/>
 26. National Library of Australia Cataloguing-in-Publication entry. Your rights and responsibilities: a charter or patients of the South Australian public health system / Government of South Australia, SA Health. Australia: Government of South Australian, 2023.

The Rights of Care Receivers in the Family Physician Program in Iran

Mozhgan Latafat-nejad¹, Mohammad-Faroug Khosravi², Farid Abolhassani-Shahreza^{3*}

1- PhD in Health Management, Department of Health Services, National Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- PhD in Health Management, Department of Health Services, National Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Associate Professor in Internal Medicine, Department of Health Services, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Care receivers in the family physician program have specific rights that should be seriously taken into account by the health system. Identifying these rights and defining them precisely and clearly is essential for accurate information, continuous monitoring and evaluation, and the creation of an efficient system to ensure compliance.

Methods: This mixed study (review-qualitative) was conducted in two steps. First, a narrative review of published articles related to the rights of care receivers in Iran's family medicine program from 2005 to 2022 was carried out. Subsequently, a meeting was conducted with a group of seven experts from relevant fields to gather their insights for the development of the document outlining the rights of care receivers.

Results: The review of published articles showed that people's awareness of their rights is not enough, and this awareness has a positive relationship with education and age. People's positive attitude towards the rules of urban family medicine program in small cities is 2.5 times higher than in big cities. The combination of the results from the review and expert's views led to the drafting of a document about the rights of care receivers in the family physician program, which includes 12 rights: safety, effective and uncomplicated services, continuity of service, dignity and respect, effective communication, pleasant service environment, privacy protection, comment and complaint, service provider choice, access to service, and participation in decision-making and their details.

Conclusion: The drafted document can serve as a policy document for the beneficiaries of family physician program in Iran, leading to care receivers satisfaction and high-quality services.

Keywords: Care receiver's rights, Family medicine, Iran

Please cite this article as follows:

Latafat-nejad M, Khosravi MF, Abolhassani-Shahreza F. The Rights of Care Receivers in the Family Physician Program in Iran. *Hakim Health Sys Res.* 2022; 25(3): 178-189

*Corresponding Author: National Institute of Health Research, Vesal Shirazi St., Bazarmehr East St., No: 70, Tehran, Iran. TEL: 021-35562921. Email: abolhassanif@tums.ac.ir

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.