



مراقبت بیمار محور با رویکرد منشور حقوق بیمار: یک مطالعه کیفی

قهرمان محمودی^{۱*}، محمد اسدی ابوخیلی^۲، جمشید یزدانی چراتی^۳

۱- مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۳- گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده

مقاله پژوهشی اصیل

مقدمه

مراقبت بیمارمحور یکی از اولویت‌های مهم نظام سلامت در بهبود ایمنی و رضایت بیماران به‌شمار می‌رود اما در موارد بسیاری، طبق موازین منشور حقوق بیمار ارائه نمی‌گردد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل مراقبت بیمار محور با رویکرد منشور حقوق بیمار در بیمارستان‌های قطب یک وزارت بهداشت و درمان ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر با رویکرد کیفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان مشتمل بر ۲۱ نفر از مدیران و کارشناسان خبره، مدیران پرستاری مراکز آموزشی و درمانی بیمارستان‌های منتخب بودند. روش جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه عمیق بود. داده‌های حاصل به روش تحلیل محتوای کیفی مورد تحلیل واقع شدند.

یافته‌ها

فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت به پیدایش ۶ درون‌مایه منجر شد. این درون‌مایه‌ها تحت عناوین مدیریت خدمات پرستاری، اطلاعات، تامین منابع و مراقبت، منشور حقوق بیمار، ایمنی بیمار و مراقبت معنوی معرفی شدند که هر کدام از آنها از طبقات، زیرطبقات و کدهای اولیه مستخرج گردیده که در متن مقاله به تفصیل شرح داده شده‌اند.

نتیجه‌گیری

توجه به ابعاد مراقبت بیمارمحور و ضرورت اعتلای حقوق بیمار یکی از اولویت‌های سیستم ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت است. پیشنهاد می‌گردد که مدل مراقبت بیمار محور با رویکرد منشور حقوق بیمار به منظور ارائه هرچه بهتر خدمات مراقبت سلامت و جلب رضایت دریافت‌کنندگان مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها

مراقبت بیمار محور، منشور حقوق بیمار، بیمارستان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۷

*نویسنده مسئول: قهرمان محمودی،

مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد

ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری،

تلفن: ۰۹۱۱۱۵۴۵۴۶۱

پست الکترونیک:

Ghahraman.mahmoodi@gmail.com



مقدمه

مراقبت به عنوان یکی از عناصر اصلی نظام سلامت، موجب ارتقا سلامت و رفاه بیماران می‌شود (۱). مراقبت با کیفیت مراقبتی است که ایمن، به موقع، اثربخش، کارآ، عادلانه و بیمارمحور باشد (۲). مراقبت بیمار محور لازمه توسعه کیفیت مراقبت است و توجه زیادی از سوی جوامع مختلف به آن می‌شود (۳). مراقبت بیمار محور می‌تواند در بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی نقش مهمی بازی کند و کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان، رضایت بیمار، کاهش هزینه‌های بیمارستانی، پیامدهای آن را تشکیل می‌دهند (۴).

بیمارمحوری یکی از استانداردهای مهم اعتباربخشی است که تداوم و دسترسی مستمر به مراقبت، رعایت حقوق بیمار و خانواده، مراقبت از بیماران، ارزیابی بیماران، استفاده و مدیریت دارو، مراقبت بیهوشی و جراحی، آموزش بیمار و خانواده وی را شامل می‌شود (۵). ارائه خدمات مراقبت سلامت بیمار محور مبتنی بر نظریات، نیازها و ترجیحات بیماران، مراقبان آنها و جامعه، از وظایف اصلی نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و عنصر غیر قابل اجتناب در بهبود و ارتقاء نظام درمانی و جلب اعتماد عمومی است (۶). مراقبت بیمار محور به معنی قرار دادن بیماران در مرکز تصمیم‌گیری است که آنها را به عنوان همکار به حساب آورند تا در کنار افراد حرفه‌ای نتیجه بهتری حاصل شود. مراقبت بیمار محور فقط در مورد دادن اطلاعات به بیمار نیست، بلکه در مورد توجه به خواسته بیماران، ارزش‌ها، شرایط خانواده، شرایط اجتماعی و شیوه زندگی جهت پیدا کردن مناسب‌ترین راه برای ارائه مراقبت به آنها است (۷). رویکرد مراقبت بیمار محور تضمین می‌کند که بیمار در مرکز مراقبت‌های بهداشتی قرار داشته باشد و دلیل آن نیاز سیستم مراقبت بهداشتی برای پیدا کردن راه‌هایی برای

بهبود کیفیت مراقبت می‌باشد که منجر به برقراری ارتباط بهتر بین بیماران و مراقبین آنها و بهبود کیفیت مراقبت می‌شود، در نتیجه افزایش رضایت بیمار، از مراقبت و نتایج مراقبت می‌باشد (۸). مراقبت بیمار محور در حال حاضر به موضوع اصلی در بحث کیفیت تبدیل شده است، مسئولین ارائه مراقبت‌های سلامت بیمار محور به خوبی از مفاهیم اخلاقی کار خود، آگاهی دارند و اساس مراقبت با محوریت احترام به بیمار می‌باشد (۹). مراقبت‌های بیمار محور زمانی از کارآمدی و اثربخشی مناسب برخوردار خواهد شد که توأم با ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای و حساسیت نسبت به حقوق بیمار باشد. بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت باید به جنبه‌های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام بگذارند. در سایه تعامل مناسب ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگران، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن قابل دستیابی خواهد بود (۱۰).

مطالعات منشور حقوق بیمار و توجه به ابعاد منشور حقوق بیمار در مورد رعایت حقوق بیمار و ضرورت اعتلای حقوق بیمار یکی از اولویت‌های سیستم ارائه دهنده خدمات بهداشتی و یکی از شاخص‌های وضعیت بهداشتی در هر جامعه محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، حقوق بیمار را می‌توان یکی از محورهای اساسی در تعریف استانداردهای خدمات بالینی به شمار آورد. از سوی دیگر در سایه توجه روزافزون جوامع بین‌المللی به حقوق بشر طی سال‌های اخیر مفهوم حقوق بیمار نیز بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (۱۱). مراقبت بیمار محور مبتنی بر منشور حقوق بیمار می‌تواند نقطه عطفی در راستای تکامل ارائه مراقبت‌های سلامت بیمار محور باشد که بدون هیچ گونه کم و کاستی، خدمات درمانی را با حفظ تمامی حقوق و جوانب



اخلاقی ارائه آن در اختیار بیماران قرار دهد از این رو، ارائه مدلی که بتواند خدمات مراقبت سلامت را با رویکرد منشور حقوق بیمار در اختیار دریافت کنندگان خدمات درمانی قرار دهد در قالب پژوهش حاضر انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی است که به روش تحلیل محتوی مرسوم^۱ به شیوه گلاسر و استراوس (A) انجام گرفت. تحلیل محتوای کیفی روشی برای تحلیل داده‌های شفاهی، دیداری و نوشتاری است که هدف از آن، دستیابی به دانش و درک پدیده‌ای خاص می‌باشد. تحلیل محتوا شامل سه مرحله اصلی: تهیه داده با انتخاب واحدهای آنالیز، سازمان‌بندی داده‌ها با کدگذاری باز، ایجاد طبقات و گزارش نتایج می‌باشد (۱۲).

مشارکت کنندگان: مطالعه حاضر با مشارکت ۵ نفر از روسا و مدیران بیمارستان‌ها، ۱۰ کارشناس خبره که سابقه کار بالینی داشته‌اند و ۶ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی قطب یک وزارت بهداشت و درمان که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تجربه بالینی حداقل دوساله در پرستاری و سابقه خدمت در بخش‌های مختلف بیمارستانی.

گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها: روش جمع‌آوری داده‌ها عبارت از طریق مصاحبه و مشاهده بوده است. اطلاعات حاصل از اولین مصاحبه به انتخاب شرکت‌کننده بعدی کمک نمود. پس از پدیدار شدن طبقات اولیه، انتخاب شرکت‌کننده بعدی بر این امر متکی بود که او چقدر می‌تواند به روشن شدن طبقات در حال ظهور کمک نماید. این روند نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها^۲ ادامه یافت.

پس از مصاحبه با ۲۱ نفر از خبرگان، اشباع داده‌ها حاصل شد و طبقات اولیه شکل گرفت. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی در اتاق خلوت و محیطی آرام با هماهنگی مصاحبه‌شونده انجام شد. روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه نیمه ساختار همراه با سؤال باز بود. کلیه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی انجام شد. سؤال‌های اولیه مصاحبه طوری بود که مشارکت‌کنندگان مورد تشویق قرار گیرند تا آزادانه درباره تجارب خود صحبت نمایند. به عنوان مثال از آنها خواسته می‌شد تا نظر خود را درباره مراقبت بیمار محور توضیح دهند. سؤال‌های بعدی پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد، برای روشن شدن مفهوم مورد مطالعه سؤال می‌شد. همچنین سؤال‌های کاوشی نظیر توضیح بیشتری دهید؟ یا مثال بزنید؟ منظور خود را واضح‌تر بیان نمایید؟ نیز بین سؤال‌های کلی‌تر پرسیده می‌شد. هر مصاحبه تقریباً بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشید. تمام مصاحبه‌ها ضبط، سپس کلمه به کلمه تایپ و با استفاده از نرم افزار Atlas.ti نسخه ۷، تجزیه و تحلیل شدند. با توجه به اینکه در پژوهش کیفی نیاز است که محقق در داده‌ها غوطه‌ور شود (۱۳) لذا پژوهشگر، مصاحبه‌ها را در چندین نوبت گوش می‌کرد و متن تایپ‌شده آنها را بارها مرور می‌کرد. در مطالعه حاضر، تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها به روش تحلیل محتوی کیفی و مقایسه مداوم^۳ انجام شد. مفاهیم کلیدی در جملات و پاراگراف‌ها شناسایی شدند. در مرحله بعد، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان مقایسه شده و با توجه به معانی مشابه در یک طبقه قرار داده شدند.

اعتباریابی: در این مطالعه برای تعیین صحت و استحکام^۴ داده‌ها چندین روش انجام شد: درگیری درازمدت^۵ داده‌ها،

^۳ Constant comparison

^۴ Rigor

^۵ Prolonged engagement

^۱ Conventional content analysis

^۲ Data saturation



یافته‌ها

در پژوهش حاضر (۷۶/۱۹٪) ۱۶ نفر از مصاحبه شونده‌گان خانم و (۲۳/۸۱٪) ۵ نفر خانم بوده‌اند، از مجموع مصاحبه شونده‌گان (۲۸/۵۷٪) ۶ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد (۹/۵۲٪) ۲ نفر دارای مدرک دکترای حرفه‌ای، (۴/۷۶٪) ۱ نفر دارای مدرک دکترای تخصصی و (۵۷/۱۲٪) ۱۲ نفر دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه $43/64 \pm 16/31$ سال و میانگین سابقه کاری آن‌ها $18/07 \pm 13/27$ سال بود.

در مطالعه حاضر پس از انجام ۲۱ مصاحبه و کدگذاری اولیه آن‌ها در مجموع تعداد ۲۴۷۴ کد اولیه استخراج گردید. از تحلیل داده‌ها شش درون‌مایه تحت عناوین مدیریت خدمات پرستاری، اطلاعات، تأمین منابع و مراقبت از بیمار، منشور حقوق بیمار، ایمنی بیمار و مراقبت معنوی و ۱۱ طبقه و ۲۲ زیر طبقه پدیدار شدند (جدول ۱).

مشاهده همزمان، کنترل یافته‌ها با شرکت‌کنندگان، تلفیق درون روشی^۱ و بازنگری یافته‌ها توسط همتایان^۲. برای کنترل یافته‌ها، از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا داده‌های جمع‌آوری شده و تفاسیر را تأیید کنند و برای بازنگری یافته‌ها توسط همتایان، دو پژوهشگر متخصص در زمینه کیفی، کدها و طبقات را تأیید کردند. استفاده از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع که به تناسب^۳ یا انتقال‌پذیری^۴ یافته‌ها کمک می‌کند و ثبت دقیق مراحل و روش پژوهش برای تأییدپذیری مورد توجه قرار گرفتند.

انجام این مطالعه توسط کمیته اخلاق آن دانشگاه از طریق دریافت کد اخلاق (IR.IAU.CHALUS.1396.38) مورد تأیید قرار گرفت و برای انجام مطالعه، پس از انجام هماهنگی‌های لازم، رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و ضبط صدا از مشارکت‌کنندگان دریافت شد.

1. Within method triangulation

2. Peer chek

3. Fittingness

4. Transability



جدول ۱- زیرطبقات، طبقات و درون‌مایه‌های پدید آمده از داده‌ها

درونمایه	طبقه	زیرطبقه
مدیریت خدمات پرستاری	آموزش خود مراقبتی	تسهیل در برقراری ارتباط با بیماران دربدو ورود به مراکز درمانی کاهش اضطراب بیماران هم‌ها
	مهارت حرفه‌ای	بکارگیری تجربیات حرفه‌ای درحین مراقبت از بیمار توجه به سلاتق خانوادگی بیمار
	مراقبت فعالانه به گیرندگان خدمت	ارائه اطلاعات به بیماران درمورد پروتکل درمانی آشنایی بیمار با داروهای مصرفی وعوارض ناشی از مصرف آن
اطلاعات	اطلاع رسانی به بیمار براساس منشور حقوق بیمار	نقش آموزش به بیماران در مراقبت از خود توسط کادر درمانی آشنایی بیماران به حقوق خود در زمان بستری
	زنجیره تامین وتسهیلات	فراهم نمودن کلیه خدمات تشخیصی ودرمانی مورد نیاز استانداردهای رفاهی درمراقبت
	زنجیره منابع	جلب مشارکت منابع انسانی حفظ منابع انسانی ماهر
منشور حقوق بیمار	لزوم آگاهی به بیماران	افزایش سطح آگاهی بیماران درخصوص خود مراقبتی مسیرهای پاسخگویی به شکایات
	رازی داری و رعایت حریم خصوصی	حفظ حریم خصوصی بیمار محرمانه بودن اطلاعات بیمار
	خطای پزشکی	راهکار ثبت خطاهای پزشکی راهکارهای پیشگیری از خطا
مراقبت معنوی	حمایت از نیازهای معنوی بیماران	همراهی با بیماران نیازمند حمایت معنوی تامین امکانات فرائض دینی ومذهبی بیماران
	همدلی با همراهان بیمار در حال انتظار	مشارکت ودلجویی با همراهان بیماران در حال انتظار امکان حضور بستگان بیماران در زمان انتظار بربالین بیمار

مدیریت خدمات پرستاری: آموزش خود مراقبتی "مشارکت بیمار تو درمانش اینه که موقع دارو دادن اول پرستار اسمشو بپرسیه که خدای نکرده دارو اشتباهی به مریض‌ها ندیم" (م ۱۴). کاهش اضطراب بیماران در بدو ورود به مراکز درمانی: "کسی باشه ما را راهنمایی کنه و به ما بگه باید کجا بریم و چه جوری بستری بشیم و اینها باید برای همه مریض‌ها مهیا باشه. ۵) آشنا سازی بیماران به مفاهیم خود مراقبتی: "داشتن برنامه‌های آموزشی در بیمارستان‌ها برای همراهان از واجبات دفتر پرستاری می‌باشد" (م ۱۱). برقراری ارتباط با بیماران: "زمان ورود

بیمار به بیمارستان باید قبول کنه به عنوان یک انسان و ثانیا مهمون مورد احترام و تکریم قرار بگیره" (م ۲۰). آموزش به بیماران توسط تیم مراقبتی: "برقراری راه‌های ارتباطی موثر با بیماران توسط پرستاران بخصوص در مورد مادران بیماران اطفال در جهت کاهش اضطراب آنها" (م ۱۷). آموزش خود مراقبتی: "شفاف سازی و دادن اطلاعات لازم به بیماران و همراهان درباره راه‌های پیشگیری از بیماری لازم و ضروری می‌باشد" (م ۱۶). مهارت حرفه‌ای: "مشارکت بیمار در امر درمان: "بیمار محور اینکه بیمار خودش درگیر کارهاش بشه و یک پرستار در یک شیفت



مسئولیتش را قبول کنه. محاسن این کار اینه که بالاخره بیمار دست به دست نمیشه" (م ۱۲). کاهش زمان بستری: "مشارکت بیمار در درمان با حفظ راههای ارتباطی موثر با بیمار کاهش اشتباه و انجام پروسیجرهای اضافی به میزان قابل توجه طول دوران بستری کوتاه مدت می باشد" (م ۱۴). کاهش اضطراب بیماران در بدو ورود به مراکز درمانی: "وجود سیستم حمایتی لازم، اعم از نیروی انسانی و تابلوهای راهنما جهت هدایت بیماران غیر اورژانس به واحد پذیرش مهیا باشد" (م ۵). موقع که پرستار وارد اتاق بیمارها میشه باید بتونه با با خانواده آنها ارتباط برقرار کنه و براساس سطح سواد آنها به شون اطلاعات بده" (م ۱۱).

اطلاعات: مراقبت فعالانه به گیرندگان خدمت "یه پرستار در انجام کارهایش با بیمارها فعال باشه و آن چیزی که بلده و بدرد بیمار میخوره را براش انجام بده و سنگ تمام بزاره و با جان دل کار کنه برای بیمار" (م ۱۱). آموزش به بیمار: "تاثیر پذیری آموزش در برقراری ارتباط با بیماران: پرستار باید بدونه که در حین کار با مریض به سوالات آنها هم جواب بده و بگه این دارو که الان دارین میخورین برای این مریضی و به فامیلاتون وقتی مرخص شدین داروهاتون ندین اشتباهی" (م ۲). نحوه اطلاع رسانی به بیماران در امر مراقبت: "تک محوری پزشک مربوطه در امر درمان بدون ارائه توضیحات لازم موجب سردرگمی و اضطراب و عدم رضایتمندی بیمار، خانواده و حتی سایر پرسنل درمانی می شود" (م ۳). آموزش به همراهان بیماران در مورد عوارض دارویی: "در صورت قصور پزشکی و یا پیدایش عوارض در درمان بیمار حق شکایت داشته باشد و واحد رسیدگی به شکایت، پیگیری لازم را انجام دهد" (م ۶). یه پرستار موقع دارو دادن بیمارهایش مخصوصا اونهایی که پیر و مشکل شنوایی دارن کمک کنه تا خوب یاد بگیرن که چه جوری داروهاشون مصرف کنن" (م ۲۱). تغییر رفتار پرستاران در

خدمات با کیفیت: "احترام به بیمار و مشارکت بیمار در مراحل درمانی باعث ایجاد حس اعتماد بیمار و خانواده حتی موجب تسریع در بهبودی و کوتاه شدن در دوران بستری می شود" (م ۱۹). اطلاع رسانی به بیمار: "گاهها به علت عدم همکاری و بلاتکلیفی تیم درمانی بیمار به علت ناکافی بودن توضیحات از سوی کادر درمان بیمار قادر به ادامه همکاری نبوده و پیگیری اقدامات درمانی بیمار به تعویق می افتاد" (م ۷). چگونگی اطلاع رسانی مراقبت از بیماران توسط تیم درمانی: "گاهها به علت توضیحات ناکافی کادر درمان، از بیماری و عوارض درمان، بیمار قادر به ادامه همکاری نبوده، این مسئله منجر به قطع درمان به علت عدم همکاری و بلاتکلیفی موضوع می شود" (م ۱۷). داشتن برنامه توسط تیم مراقبت در ارائه اطلاعات به بیماران: "اگر مریض یک فرد جوان تحصیل کرده است متناسب با سطح سوادش با اون صحبت کنه، اما وقتی می بینه، یک پیر مرد ۸۰ ساله هست که از نظر شنوایی مشکل دارد، سواد نداره که ما بخواهیم از کلمات سخت استفاده کنیم باید به صورت عامیانه فاکتورهای مهمتر منشور حقوق بیمار را در اختیارش قرار دهیم" (م ۸). آموزش به تیم مراقبت از بیماران با رعایت منشور حقوق بیمار: "سعی کنیم وسائل جابجایی بیمارها در بخش پذیرش یه اتاق انتظار مناسب و راحتی باشه و امکانات نوبت دهی مناسب برای سهولت و فراهمی بیماران مهیا باشه" (م ۴). وقتی که مریض به بیمارستان مراجعه میکنه اولش باید بدونه که دکترش کیه تا بتونه باهاش در مورد مریضی اش سوال بپرسه" (م ۱۴).

تامین منابع و مراقبت از بیمار: زنجیره تامین و تسهیلات: "زمانی که بیمار تو بیمارستان بستری شد همراهشون دغدغه نداشته باشند که دنبال دارو بیمار بیرون از بیمارستان بگردن این وظیفه بیمار نیست که دنبال دارو بره باید براش همه چی مهیا باشه" (م ۹). با توجه به بستری



شدن بیمار سعی کنیم امکانات رفاهی‌اش تامین کنیم اتاقی راحت، تختی مناسب، نورش خوب باشه، سرما و گرماش خوب باشه، غذاش مزه‌اش خوب، گرم و تمیز باشه" (م ۱۶). زنجیره منابع "طوری برای بیمار باید کارهاش روبراه کنیم که بیمار احساس خستگی نکنه و در زمان بستری‌اش رضایت خاطر خوبی از بیمارستان و از عملکرد پرستارها راضی باشه" (م ۱۷). "باید سعی کنیم تو بیمارستان از پرستارهای کار بلد و خوش اخلاق در پرستاری از بیمارها استفاده کنیم" (م ۴).

منشور حقوق بیمار: لزوم آگاهی به بیمارار "آشنایی بیمارار به اقدامات درمانی: "روش مراقبت پرستاری جوری باشه که نیازهاش و برآورده میشه و رضایتمندشون را به همراه داره" (م ۹). "تو بیمارستان باید یه مکانی باشه که اگه مریض شکایت داشته باشه به آنجا بره و پیگیری کارهاش بهشن و زود هم پاسخش بگیره و به شکایتی‌اش رسیدگی بشه" (م ۱۳). حفظ حریم خصوصی بیمارار: "موقع تعویض لباس بعضی از بیمارار خجالت می‌کشند پس باید محیط براشون آماده بشه و با یک پاراوان دور تخت حریم‌شون حفظ بشه" (م ۱۷). منشور حقوق بیمار: "حتی الامکان ناشناخته‌ها که موجب اضطراب بیمار می‌شود را رفع نماییم بیماری، دارو، تغذیه، فعالیت، هدف از درمان، چگونگی و مراحل درمان و اقدامات انجام شده را برای بیمار توضیح دهیم" (م ۵). محرمانه بودن اطلاعات بیمارار: "حفظ اطلاعات مربوط به بیمار و اسرار بیمار از وظایف تیم درمان می‌باشد و این مسئله گاها توسط نیروهای کم تجربه رعایت نمی‌شود" (م ۳). آشنایی بیمارار به مراقبت از خود توسط تیم درمانی: "برای جلب مشارکت و همکاری بیمار باید، اطلاعات کافی و روشن از بیماری و وضع موجود، راه کارهای درمان و پیش آگهی بیمار و درمان بیمار قرار گیرد" (م ۱۲).

ایمنی بیمار: خطای پزشکی "بیمارستان برای پرسنل باید محیط‌اش طوری برای کارکنان جلوه بده که اگر یک خطای دارویی رخ داده بلافاصله به مسئولین گزارش بده و تنبیه پرسنل به همراه نباشه" (م ۱۳). ارائه اطلاعات موفق سایر کشورها در امر مراقبت از بیمارار: "جهت جلوگیری از خطا در تشخیص، درمان، ارتباط و هماهنگی بین پزشک و سرپرستار، پرستار، مسئول بیمار در زمان ویزیت بر بالین بیمار لازم است همانند سایر کشورهای موفق در امر درمان حضور بر بالین بیمار داشته و توضیحات لازم را برای همراهان بدهد" (م ۹). راهکارهای پیشگیری از خطا "در رابطه با جلوگیری از بروز خطای احتمالی باید برای کارکنان کلاس‌های آموزشی برگزار بشه و آشنایی با راه‌های بروز خطای پزشکی جلوگیری بعمل بیاید" (م ۵).

مراقبت معنوی: حمایت از نیازهای معنوی بیمارار "محیط بخش طوری باشه که قداست مذهبی بیمارار تامین بشه و بیمارها دغدغه نداشته باشند" (م ۲). رعایت حفظ شان و کرامت انسانی بیمارار: "آموزش به بیمار و خانواده در حین بستری به خصوص درباره مراقبت از پا در بیمارار دیابتی، علت بیماری، درمان، رژیم غذایی، دارو، مشاوره‌های لازم جراحی، عفونی (و مواردی حین ترخیص و لازم الجرا در خانه و خانواده) بیان شود" (م ۳). آشنایی بیمارار با روش‌های درمانی: "آموزش به بیمار و خانواده وی در رابطه با نوع درمان‌های ارائه شده از سوی تیم درمانی برای بیمار و خانواده او داده شود" (م ۷). تامین امکانات فرایض دینی "تلاش سرپرستار بخش در مورد تهیه وسایل آداب مذهبی کلیه بیمارار را تدارک ببینه و به نیازهای مریض‌ها در بیان مراسم مذهبی کمک بکنه" (م ۱۸). همدلی با همراهان بیمار در حال انتظار: "حس همدردی و دلجویی با همراهان بیمارانی که در حال انتظار هستند از واجبات دینی هستش و پرستارها حتما باید به آنها کمک بکنن" (م ۱). امکان حضور



همراهان بربالین بیمار درحال اهتزار: "پرستار بخش باید محیطی را تدارک ببینه که همراهان بیماران درحال اهتزار بتوانن با بیمارشون تنها باشه و وداع کنن" (م ۲۰).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که مدیریت خدمات پرستاری به عنوان یکی از ابعاد مراقبت بیمار محور با رویکرد منشور حقوق بیمار از دو مؤلفه «آموزش خودمراقبتی» و «مهارت حرفه‌ای» تشکیل شده است. مطالعه فضل‌الهی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان ارزیابی تأثیر مراقبت پرستاری بر دانش مراقبت از خود در بیماران و پرستاران با نتایج پژوهش حاضر موافق بود. مراقبت پرستاری باعث افزایش میزان آگاهی خودمراقبتی بیماران می‌گردد. پرستار در بخش مراقبت‌های ویژه با ایجاد ارتباط مثبت با بیماران و خانواده‌هایشان بر اساس نیازهای فردی بیمار و با قوه درک صحیح می‌تواند خدمات پرستاری را اجرا نماید (۱۴). مطالعه فیضی و همکاران (۱۵) با عنوان عوامل مؤثر بر اعتماد بیماران به پرستاران نیز با یافته‌های پژوهش حاضر موافق بود، آنها دو طبقه «خصوصیات حرفه‌ای پرستار» و «اصول اخلاقی» را از عوامل مؤثر در ارائه مراقبت سلامت به بیماران عنوان کردند و در عین حال، پدیده اعتماد بیمار به پرستار را پدیده‌ای مهم و در عین حال پیچیده برشمردند که پرستاران برای دستیابی به آن، باید برخی از خصوصیات حرفه‌ای را در خود ایجاد و تقویت نموده و برخی از اصول اخلاقی در این زمینه را رعایت نمایند. وان و همکارانش در سال ۲۰۱۱ تفاوت پرستاری مراقبت‌محور و پرستاری وظیفه‌محور را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که پرستاری مراقبت‌محور مؤثرتر از پرستاری وظیفه‌محور است (۱۶). مطالعه گاردتو (۱۷) در مورد بررسی خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی نشان داد که مراقبت صحیح از خود، عود بیماری و دفعات بستری بیمار را به میزان قابل توجهی

کاهش می‌دهد که این امر باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های زندگی می‌گردد. سلیمانی و همکاران (۱۸) در یک مطالعه کیفی، «آموزش خودمراقبتی» را یکی از وظایف مهم مراقبان بهداشتی از جمله پرستاران معرفی نمودند. آنها همچنین دریافتند که انجام مراقبت همراه با دانش، نتایج مثبتی را هم برای بیماران و هم مراقبان خانوادگی آنها در بر دارد که می‌تواند متناظر با «مهارت حرفه‌ای» در پژوهش حاضر باشد که موافق با پژوهش حاضر بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که «اطلاع‌رسانی» یکی از ابعاد اصلی مراقبت بیمار محور با رویکرد منشور حقوق بیمار است که «آشنایی بیمار با داروهای مصرفی و عوارض ناشی از مصرف آن» زیر طبقه آن می‌باشد. پژوهش رفیعی و همکاران (۱۹) که موافق با پژوهش حاضر بود در مطالعه‌ی خود مشارکت بیمار را به صورت یک پیوستار از رویکرد مشتری‌گرایانه تا رویکرد دموکراتیک توصیف نموده‌اند. آنها چهار وضعیت را در رابطه با انتقال قدرت به بیمار در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی توضیح دادند: دادن اطلاعات به بیمار، مشاوره دادن، درگیر کردن بیمار در تصمیم‌گیری‌ها و اختیار دادن به بیمار. آنها مشارکت بیماران مزمن در مراقبت پرستاری را فرآیندی برشمرده‌اند که بین پرستار، بیمار و خانواده وی به عنوان عوامل مراقبتی، در سیستمی که مراقبت در آن ارائه می‌شود، رخ می‌دهد. مضمون اصلی مطالعه آنها، «هم‌جهت شدن عوامل مراقبتی» نامگذاری شد که شامل چهار طبقه متابعت کردن، درگیر شدن، سهمیم شدن، و مشارکت واقعی بود. مطالعه رواقی و همکاران (۱۳۹۵) نیز موافق پژوهش حاضر است. آنها آگاهی بیماران بستری از حقوق بیمار و میزان رضایت آنها از رعایت آن در بیمارستان‌های آموزشی عمومی را مورد بررسی قرار دادند و



اطلاع‌رسانی به بیمار را یکی از اولویت‌های مراقبت از بیمار عنوان کردند (۲۰).

«تأمین منابع و مراقبت از بیمار»، یکی دیگر از ابعاد اصلی شناسایی شده در پژوهش حاضر می‌باشد. «زنجیره تأمین و تسهیلات» و «زنجیره منابع» مؤلفه‌های آن را تشکیل می‌دهند. منظور از تسهیلات، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار به خدمات پاراکلینیکی، تجهیزات هتلینگ، و استانداردهای رفاهی می‌باشد. در این زمینه، خادمی و همکاران (۲۱)، «تأمین کالا و خدمات مورد نیاز بیمارستان» را به عنوان یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ارائه خدمات مراقبت سلامت معرفی نمودند. کیوان‌آرا و روح‌الامین (۲۲)، عامل «تجهیزات و امکانات رفاهی» را در تأمین منابع و مراقبت از بیمار بسیار با اهمیت مطرح نمودند که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌جهت است. کیملارو و همکاران (۲۳) عامل «منابع و قابلیت تجهیزات» را به منظور ارائه خدمات مراقبت سلامت از سوی بیمارستان‌ها، بسیار مهم توصیف کردند که همه این مطالعات با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

«منشور حقوق بیمار» یکی دیگر از ابعاد مراقبت بیمارمحور است که از اهمیت فراوانی برخوردار می‌باشد. «لزوم آگاهی‌رسانی به بیماران»، «رازداری»، و «رعایت حریم خصوصی» از مؤلفه‌های شناسایی شده آن در پژوهش حاضر است. منشور حقوق بیمار به منظور تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و ارتقای رعایت موازین اخلاقی پدید آمده است. به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات سلامت، بیمارستان‌ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده‌ی آنها، پزشکان و سایر مراقبت‌کنندگان باشند. بصیری‌مقدم (۱۳) در راستای پژوهش حاضر، نشان داد که هرچه میزان آگاهی بیماران از منشور حقوق بیمار در حد مطلوب قرار گیرد، میزان رعایت منشور حقوق بیمار از

سوی ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت نیز بالاتر می‌رود. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که حتی میزان آگاهی بیماران از منشور حقوق بیمار ممکن است از بیمارستانی به بیمارستان دیگر بر اساس نوع مالکیت نیز متفاوت باشد. به عنوان مثال، فارسی و همکاران (۲۴) در مطالعه‌ی خود در خصوص دریافت مطلوب خدمات سلامت و احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری به این نتیجه رسیدند که در بین بیمارستان‌های خصوصی و دولتی تفاوت آماری معناداری وجود دارد و از این یافته نتیجه می‌گیرد که ضرورت میزان آگاهی در رضایت‌مندی بیماران و دریافت مراقبت سلامت در بهترین حالت، مهم به نظر می‌رسد زیرا اثرات مستقیمی بر روی پیامدهای درمانی بیمار نیز دارد.

«ایمنی بیمار» یکی دیگر از ابعاد اصلی شناسایی شده‌ی پژوهش حاضر در زمینه مراقبت بیمارمحور بوده است. ایمنی بیمار جزء یکی از مهم‌ترین موارد مورد توجه نظام‌های سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته می‌باشد و این امر سبب شده تا کشورهای مختلفی در این زمینه اقدامات و مطالعات گوناگونی انجام دهند. ساجوانی و همکاران (۲۵) بر این عقیده‌اند که زمانی که فرهنگ ایمنی در سازمانی نظیر بیمارستان حاکم گردد احتمال اینکه کارکنان بدون سرزنش فرد خطاکار، موارد خطا را گزارش کنند افزایش می‌یابد. همچنین امکان یادگیری از اشتباهات وجود خواهد داشت؛ بدین ترتیب در نتیجه‌ی کاهش بروز خطای انسانی، ایمنی بیمار تضمین می‌شود بنابراین اگر بیمارستان‌ها بخواهند ایمنی بیمار را بهبود دهند باید برای افزایش درک فرهنگ ایمنی بیمار توسط کارکنان خود اهمیت قائل شوند. این همان نکته مهمی است که مطالعه حاضر به آن دست یافته است.



«مراقبت معنوی» یکی از ابعاد اصلی شناسایی شده در پژوهش حاضر است. «تامین امکانات فرائض دینی و مذهبی بیماران» به عنوان زیر طبقه آن مورد شناسایی قرار گرفته است. یافته‌های برجلی‌لو و همکاران (۲۶) موافق پژوهش حاضر است؛ آنها در توصیف مراقبت معنوی، آن را بخش جدایی‌ناپذیر و یکپارچه‌ای در روند مراقبت پرستاری عنوان کردند و آن را مجموعه فعالیت‌هایی دانستند که به افراد کمک می‌کند تا بهتر با بحران مواجه شوند و آن را هنگامی که فرد دچار شک، اضطراب، بحران و فقدان می‌شود ضروری دانستند. در مطالعه حاضر بیشتر پرستارانی که مورد مطالعه قرار گرفتند اذعان داشتند که مراقبت معنوی بخش مهمی از مراقبت بیمارمحور است. مطالعات نشان داد که اگرچه بیشتر پرستاران، مراقبت معنوی را بخش مهمی از مراقبت کل‌نگر می‌دانند ولی تنها ۲۷ درصد از آنها به طور مداوم (۲۶) و نزدیک به نیمی از آنها به ندرت به آن عمل می‌کنند (۲۷) و در اغلب موارد این مراقبت‌ها نادیده گرفته می‌شود (۱۴، ۱۶، ۲۳، ۲۸، ۲۹). در پژوهش حاضر بسیاری از آزمون‌شوندگان به آموزه‌های دینی، فرهنگی و معنوی در برقراری ارتباط مؤثر و اطمینان‌بخش با بیماران توسط تیم درمانی اشاره کردند. در راستای این یافته، هامل و همکاران نیز مراقبت معنوی را شامل مراقبت مذهبی و غیرمذهبی عنوان نمودند (۳۰). ادیب‌حاج‌باقری و سعیدنژاد مراقبت معنوی را بخشی اساسی از مراقبت کل‌نگر توصیف نموده و موانع پیش روی اجرای مراقبت معنوی را از نظر پرستاران مورد بررسی قرار دادند. آنها مواردی از قبیل وجود تعداد کافی کارکنان جهت ارائه مراقبت جامع، فضای خصوصی برای گفتگو با بیماران، تعدیل در حجم کاری بالا و کاهش میزان خستگی کارکنان، آموزش کافی، حمایت سازمانی از کارکنان و آموزش مهارت

برقراری ارتباط با بیمار را به منظور تحقق مراقبت معنوی در بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات مراقبت سلامت عنوان نمودند (۳۱). عشوندی و همکاران مراقبت معنوی را باعث تعادل جسم و روح عنوان کردند و به این نتیجه رسیدند که برنامه مراقبت معنوی، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه را در مرحله انتهایی همودیالیز، کاهش داد و از این رو، پرستاران می‌توانند جهت کاهش اضطراب بیماران از برنامه مراقبت معنوی استفاده نمایند (۳۲). مطالعه اندرسون و همکاران نیز موافق پژوهش حاضر است (۳۳). پیشنهاد می‌گردد به منظور ارائه خدمات مراقبتی مؤثر به بیماران و کسب نتایج رضایت‌بخش، مسئولین و سیاست‌گزاران امور بهداشت و درمان، مدل مراقبت بیمارمحور حاصل از پژوهش حاضر را در راستای دستیابی به این اهداف بکارگیری نمایند.

نتیجه‌گیری

از تحلیل داده‌ها شش درون‌مایه تحت عناوین مدیریت خدمات پرستاری، اطلاعات، تأمین منابع و مراقبت از بیمار، منشور حقوق بیمار، ایمنی بیمار و مراقبت معنوی و ۱۱ طبقه و ۲۲ زیر طبقه پدیدار شدند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل بخشی از رساله دکتری با کد اخلاق (IR.IAU.CHALUS.1396.38) است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. در پایان از کلیه عزیزانی که ما را در اجرای این مطالعه همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

تعارض منافع

در این مطالعه نویسندگان در هیچ زمینه‌ای با یکدیگر تعارض منافع ندارند.

References

1. Watson J, Woodward T. Jean Watson's theory of human caring. *Nursing theories and nursing practice*. 2010;3:351-69.
2. Weiner SJ, Schwartz A, Sharma G, Binns-Calvey A, Ashley N, Kelly B, et al. Patient-centered decision making and health care outcomes: an observational study. *Annals of internal medicine*. 2013;158(8):573-9.
3. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *MCRR*. 2013;70(4):351-79.
4. Ng K, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *HKMJ*. 2013;19(5):434-46.
5. Abbasi S, Tavakoli N, Moslehi M. Readiness of hospitals with quality management systems based on Joint Commission on accreditation standards. *Health Information Management*. 2012;9(4):502-12.
6. Mir-Habibi F, Salsali M, Nasrabadi T. "Short Communication" The Effect of Clinical Nursing Services Accreditation Training on the Knowledge and Attitude of Nurses. *IJN*. 2017;30(109):80-7.
7. Epstein RM, Richard L. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine* 2011;9(2):100-4.
8. McCance T, McCormack B, Dewing J. An exploration of person-centredness in practice. *Online J Issues Nurs* 2011;16(2):44-54.
9. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *Health Services Research*. 2015;15(1):1-10.
10. Ghane G, Esmaeili M. Status of Patient-centered Care in Health System of Iran. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2019;4(3):1-5.
11. Kalhor M, Kaveii B, Samiee-Rad F. Evaluating patients awareness and satisfaction of implementing patients' rights charter at Kowsar Hospital in Qazvin. *Journal of Study in Medical Sciences Education* 2017;9(3):29-37.
12. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of Grounded Theory* New York, Aldine, 1967.
13. Basir-moghadam K, Moslem M, Ajim Z, Jamal F. Knowledge of patients and health providers about patient rights and its implementation at one of the teaching hospitals Yes. (Horizon of knowledge. *Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Health Services* 2010;17(1):54-64.
14. Fazlolahi M, Sanagoo A, Vakili M, Jouybari L. Evaluating the effect of primary nursing method on patients' and nurses' self-care knowledge, and patients' satisfaction level of care in open heart surgery. *The J Urmia Nurs Midwifery* 2016;14(7):580-92.
15. Feizi A, Mohammadi R, Nikraves M. Factors Causing Patient's Trust in Nurse from Patients' Perspective. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 2006;13(52):177-88.
16. Wan H, Hu S, Thobaben M, Hou Y, Yin T. Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. *Contemp Nurse* 2011;37(2):149-60.
17. Gardetto N. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go? *J Multidiscip Healthc* 2011;4:39-51.



18. Soleimani M, Negarandeh R, Bastani F. Exploring for self-care process in patients with Parkinson`s disease: a grounded theory study. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences 2015;21(1):6-23.
19. Rafii F, Soleimani M, Seyedfatemi N. A model of patient participation with chronic disease in nursing care. Koimesh 2011;12(3):293-305.
20. Ravaghi H, et al. Patients 'Knowledge of Patients' Rights and Their Satisfaction with their Observance in General Teaching Hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Journal of Health. 2016;7(1):27-35.
21. Khademi A, JolgehneJad A, Ahmadi Kahnali R, Heyrani A. Factors Influencing Hospital Supply Chain Resilience (A Qualitative Study). Hospital 2019;18(2):61-74.
22. Keyvanara M, Roholamin L. Comparison of Physical Space of Pediatric Wards in Isfahan Hospitals with Standards. Journal of Health Information Management 2008;4(1):123-33.
23. Cimellaro G, Malavisi M, Mahin S. Factor analysis to evaluate hospital resilience. ASCE-ASME Journal of Risk and Uncertainty in Engineering Systems, Part A. Civil Engineering. 2018;4(1):04018002.
24. Farsi nejad M, Bazmi M, Temori B, Resaneh S. Comparing the satisfaction of observing patients' rights in public and private hospitals in Tehran. Journal of Medical Ethics 2012;21(2):99-113.
25. Sajwani R, Shoukat S, Raza R, Shiekh M, Rashid Q, Siddique M, et al. Knowledge and practice of healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi, Pakistan. J Pak Med Assoc. 2009;59(9):650-6.
26. Borjaliloo S, Shahidi S, Imami A. Care everyday experiences and spiritual well-being among the nurses of hospitals in Tehran. Psychology and Relirious. 2014;6(4):119-33.
27. Balboni M, Sullivan A, Enzinger A, EpsteinPeterson Z, Tseng Y, Mitchell C, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. J Pain Symptom Manage 2014;48(3):400-10.
28. Gallison B, Xu Y, Jurgens C, Boyle S. Acute care nurses' spiritual care practices. J Holist Nurs 2013;31(2):95-104.
29. Davis K. Learning from high performance health systems around the globe. Invited testimony, US Senate Health, Education, Labor, and Pensions Committee Hearing on Health care coverage and access: Challenges and opportunities. New York: Commonwealth Fund. 2007.
30. Hummel L, Galek K, Murphy K, Tannenbaum H, Flannelly L. Defining spiritual care: an exploratory study. J Health Care Chaplain 2008;15(1):40-52.
31. Adib-Hajbaghery M, Saeadnejad Z. Barriers to Provide Patients Admitted to Hospitals in Kashan with Spiritual Care: Nurses' Viewpoints. Med Ethics J 2016;10(37):49-60.
32. Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A Randomized Clinical Trial. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2018;23(4):332-44.
33. Anderson T, Watson M, Davidson R. The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. Palliat Med. 2008;22(7):814-22.



Patient-centered care with the Patient Rights Charter approach: A qualitative study

Ghahraman Mahmoodi^{1*}, Mohammad Asadi Abu Khali², Jamshid Yazdani Charati³

1- Department of Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2- Department of health services management, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3- Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Original Article

Received: 2 Mar 2021

Accepted: 7 May 2021

*Corresponding Author:

Ghahraman Mahmoodi,
Department of Hospital
Administration Research
Center, Sari Branch, Islamic
Azad University, Sari, Iran
TEL: 09111545461

Email:

Ghahraman.mahmoodi@
gmail.com

ABSTRACT

Introduction

Patient-centered care is one of the major priorities of the health system to improve patient safety and satisfaction, but in many cases it is not provided in accordance with the Patient Rights Charter. Therefore, the present study aimed to design a patient-centered model of care with the approach of the Charter of Patient Rights in Arbitrary Hospitals of the Ministry of Health of Iran.

Materials and Methods

This study was a qualitative study. Participants included 21 expert managers and nurses, nursing managers of educational hospitals and selected hospitals. The method of data collection was in-depth interviews. The data were analyzed by qualitative content analysis.

Results

The process of data analysis led to the emergence of 6 themes. These themes were titled with nursing services management, information, resource and care, patient charter, patient safety, and spiritual care, each of them derived from categories, subcategories, and primary codes, which are described in detail in the article.

Conclusion

Paying attention to the dimensions of patient-centered care and the need to promote patient rights is one of the priorities of the health care system. It is recommended that the patient-centered model of care with the patient rights charter approach be used in order to provide better health care services and satisfy the patients.

Keywords

Patient-centered care, Charter of Patients' Rights, Hospital

► **Please cite this article as:** Mahmoodi Gh, Asadi Abu Khali M, Yazdani Charati J. Patient-centered care with the Patient Rights Charter approach: A qualitative study. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(2):105-117.