

# بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در کلینیک فیزیوتراپی

دانشکده‌ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۹

فرید غریبی

میر علی اعتراف اسکویی<sup>۱</sup>

جعفر صادق تبریزی

محمد اصغری جعفر آبادی

## چکیده

حقوق بیمار شامل تمامی موارد مراقبتی است که بیمار حق دریافت آنها را دارد. نظر به اهمیت فزاینده این موضوع مهم و تاثیر آن بر بهبود نتایج درمانی و رضایت مشتریان، مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۹ اجرا گردید. در این مطالعه، بیماران یا همراهان مراجعه کننده به کلینیک، پاسخگوی سوالاتی از وضعیت عملکرد کلینیک در رعایت ابعاد گوناگون حقوق بیمار بودند. جنبه‌هایی که مورد بررسی قرار گرفتند: انتخاب ارائه کننده ی خدمت، داشتن اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی دارای نمره عملکرد نامناسب تشخیص داده شدند. اما ارتباط و تعامل، استمرار خدمت، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، توجه بموقع و فوری و اعتماد دارای عملکرد مناسب بودند.

همچنین نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین نمره عملکرد کل و هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

اما در تحلیل مربوط به ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد مختلف عملکرد، ارتباط متغیر سن با استمرار خدمت، بومی یا غیر بومی بودن با دسترسی و وضعیت تحصیلی با داشتن اختیار و توجه بموقع و فوری اختلاف معنی داری را نشان داد

---

۱- دانشیار گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسؤول)  
Email; eterafoskouei@tbzmed.ac.ir

( $P < 0.05$ ). جنبه های عملکرد نامناسب، نسبت به حقوق بیمار، در مرکز مورد مطالعه، نمایانگر وجود فرصت های بهبود در این زمینه ها و نیاز به توجه و اقدام مؤثر مسئولین می باشد.

### واژگان کلیدی

حقوق بیمار، کلینیک فیزیوتراپی، فیزیوتراپی

## بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی

توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۹

بیماران یکی از آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که به دلیل شرایط خاص بیماری، توانایی‌های معمول خود را از دست داده‌اند و خود را با اعتماد کامل به سیستم ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی می‌سپارند. بیماران دارای حقوق رسمی و قانونی هستند که وجود ابزارهایی برای تضمین رعایت حقوق آنان در این سیستم، ضروری به نظر می‌رسد. واژه‌ی حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف شده است، پس حقوق بیمار به معنی آنچه برای بیمار بایسته و سزاوار است تعریف می‌شود. (جولایی، نیکبخت نصر آبادی، پارسا یکتا، ۱۳۸۸)

موضوع حقوق بیمار از سال ۱۹۶۴ با بیانیه هلسینکی درباره‌ی موضوعات تحقیقاتی، در سال ۱۹۶۸ در بیانیه سیدنی در باب پیوند اعضا، در سال ۱۹۷۷ در تصمیم سازمان بهداشت جهانی برای هدف «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰»، و در سال ۱۹۷۸ با بیانیه‌ی آلماتا با موضوع «خدمات بهداشتی پایه»، وارد عرصه نوینی گردید و شکل رسمی تری به خود گرفت. (کوزو، ارگین، زنسیر، ۲۰۰۶)

«نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورها، منشوری را به عنوان منشور حقوق بیمار تدوین و به سطح اجرایی ابلاغ می‌کنند تا مفاد آنرا اجرا نمایند. بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش، این منشور را به وی تسلیم کنند تا با حقوق خود کاملاً آشنا شود» (مصدق راد، ۱۳۸۴، ص ۱۷). هدف از منشور حقوق بیمار، دفاع از حقوق انسان به منظور حفظ حرمت و عزت اوست و نیز برای اطمینان یافتن از اینکه در مواقع بیماری به ویژه در فوریت‌های پزشکی،

بدون تبعیض نژادی، سنی، جنسی و ... از جسم و جان او محافظت به عمل آید. این منشور بیان می‌دارد که بیمار حق دارد که از مراقبت محترمانه برخوردار شود، از پزشکان و افراد دیگری که از او مراقبت می‌کنند در مورد تشخیص، نوع درمان و پیش‌آگهی بیماری، اطلاعات دقیقی بخواهد، در مورد ادامه یا رد درمان توصیه شده، تصمیم‌گیری کند، برنامه‌ی درمانی‌اش محرمانه نگه داشته شود و ... (رنگرزجیدی، ربیعی، ۱۳۸۱).

منشور حقوق بیمار موجب بهبود روابط بین بیمار و کارکنان بهداشتی می‌گردد و آگاهی بیمار از حقوق خود باعث افزایش کیفیت مراقبت‌ها شده و هزینه‌ها را کاهش می‌دهد. بنابراین مدیران می‌توانند با بیان و توجه به این حقوق، هزینه‌ها را کاهش داده و کیفیت مراقبت‌ها را افزایش دهند. مسئله‌ی قابل توجه دیگر این است که آگاه نمودن بیماران و سهیم کردن آنها در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوقشان به روند بهبودی آنها سرعت بخشیده، دوران بستری در بیمارستان را کاهش می‌دهد و از صدمات روحی و جسمی جبران‌ناپذیر جلوگیری می‌کند (مصدق راد، ۱۳۸۴).

پژوهش‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار در زمینه‌ی نتایج عمل و بروز اتفاقات احتمالی، ضرورت استفاده از دارو را تا میزان ۵۰ درصد کاهش داده و باعث ترخیص زودتر از موعد بیمار می‌شود. همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که وقتی پزشک به طرز رسمی بیمار را ویزیت می‌کند تنها ۱۰ درصد از بیماران توانایی بیان مشکلات خود را دارند در حالی که وقتی پزشکان به گفتگوی بیشتری با بیماران خود می‌پردازند ۵۰ درصد از بیماران، توانایی بیان مشکلات خود را می‌یابند. (رنگرزجیدی، ربیعی، ۱۳۸۱)

امروزه از دیدگاه مدیریت نوین، بیمار یکی از اعضای فعال گروه مراقبت بهداشتی و درمانی تلقی می شود تا منحصراً یک دریافت کننده ی غیر فعال خدمات. این تفکر که تنها پزشک، پرستار یا دیگر متخصصان بهداشتی و درمانی حق آگاهی نسبت به مسائل را دارند، منسوخ شده است. «آگاهی دادن به بیماران و کارکنان بهداشتی و درمانی در باب حقوق بیمار سبب انطباق خواسته ها و توقعات بیماران با ضوابط حقوق بیمار می شود» (زارعی، عرب، اکبری، ۱۳۸۶، ص ۶۶).

مدیران نیز با آگاهی از این قوانین می توانند در مورد برآورده شدن خواسته های بیمار تصمیم گیری کنند و برای تهیه ی امکانات و فرایندهایی که خواسته های قانونی بیماران را تحقق می بخشد و باعث جلب رضایت آنها می شود برنامه ریزی کنند. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، یکی از معیارهای مقبولیت و پذیرفته شدن ابزارهای تضمین رعایت حقوق بیمار، مشارکت کلیه افراد ذینفع در طراحی و تدوین آنها، بطوری که امکان لحاظ کردن دیدگاه و نظرات آنان را فراهم سازد، می باشد. حقوق بیماران درواقع برخاسته از انتظارات آنان از فرایند مراقبت و درمان است. (زارعی و همکاران، ۱۳۸۶)

آگاهی دادن به بیمار در مورد حقوقش موجب بالا رفتن توقعات برحق وی شده و این امر متعاقباً منتهی به پاسخگویی سیستم سلامت و افزایش کیفیت خدمات خواهد شد. واقعیت دیگر این است که بیماران نسبت به گذشته آگاه تر شده و بیشتر به مراقبت از خود و پیگیری مسائل درمانی خود اهمیت می دهند. لذا وقتی انتظارات آنان برآورده نشود واکنش نشان می دهند. لوینسکی می نویسد: «امروزه اطلاعات مردم در زمینه ی بهداشت و سلامتی افزایش یافته است به طوری که بهداشت، سلامتی و بهره وری را به عنوان حق اساسی خود می دانند.» (لوینسکی، ۱۹۹۹)

«نظر به افزایش آگاهی بیماران از حقوق خود، ضرورت دارد که کلیه ی اعضای گروه ارائه ی مراقبت به بیمار، از جمله مدیران بیمارستان که در کانون شبکه ی تصمیم گیری قرار دارند از ضوابط و مقررات قانونی مربوط به حقوق بیماران آگاه باشند تا در جهت ارائه ی خدمات با کیفیت و توأم با احترام به بیماران گام بردارند» (عرب، زارعی، ۱۳۸۶، ص ۲۶).

با توجه به نکات یاد شده، بدیهی است که آگاهی از منشور حقوق بیمار ضروری بوده و بایستی توسط ارائه دهندگان خدمت درمانی مورد توجه و احترام قرار گیرد. هدف مطالعه ی حاضر بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۹ بوده و درصدد است با استفاده از یافته های این مطالعه، مشکلات موجود در رابطه با رعایت حقوق بیمار را شناسایی و در راستای مرتفع کردن آنها گام بردارد.

### مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می باشد که با مشارکت ۲۰۴ نفر از بیماران و همراهان مراجعه کننده به کلینیک فیزیوتراپی دانشکده ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. معیار های اصلی شرکت در مطالعه، دریافت و تجربه حداقل ۲ جلسه از درمان فیزیوتراپی توسط بیماران یا همراهان آنها و تمایل آنها برای شرکت در مطالعه بود. بر اساس تعداد شیفت های کاری و در نظر گرفتن یک دوره کامل کاری و تعداد ساعات ارائه خدمت هر شیفت کاری، تعداد پرسشنامه هایی که بایستی در آن شیفت کاری تکمیل گردد تعیین و سپس در ساعات مختلف روز و در طی ۳ هفته تکمیل گردید.

داده ها به وسیله ی پرسشنامه ی محقق ساخته ای که روایی و پایایی آن توسط آزمون های آماری مورد تایید قرار گرفته بود جمع آوری گردید. پرسشنامه شامل ۷ سوال در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۳۴ سوال در مورد جنبه های یازده گانه حقوق بیمار شامل انتخاب ارائه دهنده ی خدمت (آزادی کامل بیمار در انتخاب مرکز و فرد ارائه کننده خدمت)، ارتباط و تعامل (داشتن ارتباط مثبت و سازنده بین بیمار و ارائه دهنده خدمت)، داشتن اختیار (مشارکت بیمار در فرآیند درمان و آزادی او در قبول یا رد درمان)، استمرار خدمت (دریافت اطلاعات هماهنگ از ارائه کنندگان خدمت و ملاقات همیشگی مسئول درمان)، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه (مناسب بودن فضا و امکانات محیط ارائه خدمت)، احترام (برخورد مناسب ارائه کنندگان خدمت با بیماران)، به موقع بودن و توجه فوری (ارائه خدمت در کمترین زمان ممکن و بدون معطلی)، ایمنی (عدم وارد شدن هرگونه آسیب جسمی و روحی به بیمار)، پیشگیری (آموزش مناسب به بیماران و همراهان آنها در خصوص خود مراقبتی و روش های پیشگیری از بدتر شدن وضعیت بیمار)، دسترسی (دسترسی فیزیکی، مالی، زمانی و فرهنگی مناسب به مرکز) و اعتماد (حفظ حریم خصوصی بیمار و محرمانه ماندن اطلاعات بالینی و غیربالینی ایشان) می باشد. بدین ترتیب سطح عملکرد کلینیک از جنبه های مختلف از دیدگاه بیمار بررسی گردید.

حجم نمونه با توجه به تعداد سوالات پرسشنامه و استفاده از قاعده ی ۱ به ۵ (۵ عدد نمونه به ازای هر سوال موجود در پرسشنامه)، و نیز اینکه در مطالعات اکتشافی حجم نمونه باید حداقل ۲۰۰ عدد باشد، ۲۰۴ تعیین گردید (۱ به ۶). برای ارزیابی پایایی (همسانی درونی) پرسشنامه، آلفای کرون باخ محاسبه شد (۰/۸۳)

و نرمال بودن توزیع داده ها برای متغیرهای ابعاد مختلف عملکرد با استفاده از آزمون نیکویی برازش کولموگروف اسمیرنوف بررسی گردید.

برای محاسبه ی ابعاد مربوط به حقوق بیمار به طور همزمان در گروه‌های تعریف شده توسط متغیرهای زمینه ای، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. ارتباط متغیرهای دموگرافیک یا زمینه ای با متغیرهای وابسته و یا اختلاف متغیرهای وابسته در گروه‌های مربوط به متغیرهای زمینه ای متناسب با ماهیت متغیرهای زمینه ای با آزمون کای دو، ضریب همبستگی رتبه ای اسپیرمن، T مستقل و یا ANOVA (تحلیل واریانس) ارزیابی گردید.

اطلاعات به صورت فراوانی (درصد) برای متغیرهای کیفی و به صورت میانگین (انحراف معیار) برای داده های کمی ارائه گردید. برای معنی داری آزمون ها، سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و برای تجزیه و تحلیل داده ها، نرم افزار SPSS 16 استفاده گردید.

سطح عملکرد درک شده از مراقبت دریافت شده در یک مقیاس چهار نقطه ای از هرگز، گاهی، معمولاً و اغلب یا ضعیف، متوسط، خوب و عالی امتیازبندی شده بود. برای تحلیل، این مقیاس بدین صورت تقسیم شده بود:

۰ = معمولاً/همیشه یا خوب/عالی و ۱ = هرگز/گاهی یا ضعیف/متوسط.

برای سوالات منفی نمره ی عملکرد به صورت عکس محاسبه گردید.

با توجه به نقطه ی برش انتخابی کیفیت خدمت یعنی دهک نهم و تصمیم گیری برای مناسب بودن کیفیت خدمت بر اساس آن، در مورد عملکرد نیز از دهک نهم استفاده شد با این تفاوت که در این شاخص با توجه به معکوس بودن نمره، دهک نهم بر روی عدد ۰/۱ واقع شد. نمره ی عملکرد پایین تر از ۰/۱ قابل



قبول، و نمره ی عملکرد بالای ۰/۱ غیر قابل قبول ارزیابی گردید. (تبریزی، ویلسون، کودوک، کوین، ۲۰۱۰ و ۲۰۰۷)

#### یافته ها

غالب شرکت کنندگان در مطالعه، بیماران بودند (۶۵٪) و قسمت اعظم آنها را مردان (۵۹٪) تشکیل دادند. یک سوم از شرکت کنندگان در رده ی سنی زیر ۳۲ سال و یک سوم نیز در رده ی سنی بالای ۴۸ سال قرار دارند. اغلب شرکت کنندگان دارای سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده و افراد دارای شغل آزاد و خانه دار، فراوانی بیشتری نسبت به سایر حالت های شغلی داشتند. بیش از ۹۰ درصد افراد مورد بررسی، بومی بوده و دربین دلایل انتخاب مرکز، توصیه ی پزشک و توصیه ی آشنایان برای مراجعه و مداوا در این مرکز به ترتیب، بیشترین درصد را به خود اختصاص دادند. لازم به ذکر است که در سوال مربوط به دلیل انتخاب مرکز، پاسخ دهندگان مجاز به انتخاب بیش از یک مورد بودند (جدول ۱).

از میان جنبه های مورد بررسی، سطح عملکرد جنبه های انتخاب ارائه کننده ی خدمت، داشتن اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی به دلیل بالاتر بودن نمره ی عملکرد از نقطه برش ۰/۱، نامناسب تشخیص داده شد (جدول ۲).

یافته های ناشی از تحلیل های آماری حاکی از آن است که هیچگونه ارتباط معنی داری بین امتیازمربوط به عملکرد در رابطه با رعایت حقوق بیمار در جنبه های مورد بررسی و متغیرهای دموگرافیک وجود ندارد ( $P > 0/05$ ) (جدول ۳).

در بررسی های به عمل آمده، بین نمره ی عملکرد کل و هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی داری یافت نشد ( $P > 0/05$ ). اما در تحلیل مربوط به ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد مختلف عملکرد، ارتباط متغیر

سن با استمرار خدمت، بومی یا غیر بومی بودن با دسترسی و وضعیت تحصیلی با داشتن اختیار و توجه بموقع و فوری معنی دار نشان داد ( $P < 0/05$ )، به طوری که رده ی سنی ۳۲ تا ۴۸ سال و بزرگتر از ۴۸ سال با یکدیگر اختلاف نداشتند ولی رده ی سنی زیر ۳۲ سال با نمره ی استمرار خدمت نامناسب تر با آنان اختلاف داشت ( $P < 0/001$ ). افراد بومی دارای میانگین نمره ی دسترسی بالاتری نسبت به افراد غیر بومی بودند یعنی وضعیت دسترسی نامناسب تری را ابراز نمودند ( $P = 0/024$ ). افراد با وضعیت تحصیلی بی سواد و دانشگاهی با یکدیگر از نظر داشتن اختیار اختلاف نداشتند و افراد با وضعیت تحصیلی زیر دیپلم و دیپلم نیز با یکدیگر اختلافی نشان ندادند ولی این دو گروه از نظر آماری با یکدیگر اختلاف نشان دادند به طوری که گروه اول دارای نمره ی اختیار بالاتری بودند و سطح عملکرد نامناسب تری در این موارد بودند ( $P = 0/016$ ). همچنین رده های دانشگاهی، دیپلم و زیر دیپلم با یکدیگر از نظر توجه بموقع و فوری با یکدیگر اختلافی نشان ندادند ولی این رده ها با گروه بی سوادها اختلاف معنی دار داشتند و دارای نمره ی عملکرد پایین تری (مناسب تری) بودند ( $P = 0/015$ ) (جدول ۴).

در مورد دلایل انتخاب کلینیک توانبخشی، بین امتیاز عملکرد کل و دلایل انتخاب مرکز، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید ولی در ابعاد کیفیت خدمت، امتیاز عملکرد در بعد دسترسی در کسانی که این مرکز را به دلیل هزینه پایین آن انتخاب نموده اند مناسب تر بود ( $P < 0/001$ ). امتیاز کیفیت خدمت در بعد ایمنی در کسانی که این مرکز را به دلیل معرفی پزشک انتخاب نموده اند مناسب تر است ( $P = 0/003$ ). امتیاز کیفیت خدمت در بعد استمرار خدمت در افرادی که این مرکز را به دلیل کیفیت بالای آن انتخاب نموده اند بالاتر است

( $P=0/001$ ) و امتیاز کیفیت خدمات در بعد ایمنی در کسانی که این مرکز را به دلیل کیفیت بالای خدمات آن انتخاب نموده اند پایین تر است ( $P=0/049$ ). ارتباط دلایل دیگر انتخاب مرکز با ابعاد کیفیت خدمت معنی دار نبود ( $P>0/05$ ).

### نتیجه

یافته های بدست آمده حاکی از آن است که از میان جنبه های مورد بررسی، انتخاب ارائه کننده ی خدمت، ایمنی و پیشگیری به ترتیب دارای پایین ترین سطح عملکرد و توجه بموقع و فوری، اعتماد و کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه به ترتیب دارای بالاترین سطح عملکردی بودند. از بین جنبه های مورد بررسی، جنبه های انتخاب ارائه کننده ی خدمت، داشتن اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی به دلیل بالاتر بودن نمره ی عملکرد از نقطه برش ۰/۱، نامناسب تشخیص داده شده اند.

منظور از استمرار خدمت، ارائه خدمت توسط یک متخصص مشخص و ثابت و دریافت اطلاعات هماهنگ در طول دوره درمان می باشد. علی رغم کسب امتیاز مطلوب در استمرار خدمت، استمرار داده ها و ثبت در پرونده پزشکی از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست چرا که در این کلینیک پرونده پزشکی برای بیماران تشکیل نشده و اطلاعات کافی و جامعی از اقدامات انجام شده برای هر بیمار ثبت نمی شود. در مطالعه ای که به منظور بررسی دیدگاه بیماران درباره اهمیت استمرار خدمت و میزان رعایت آن صورت گرفت، نشان داده شد که علی رغم اینکه ۸۹٪ بیماران برای این موضوع ارزش ویژه ای قائل هستند، اما اکثریت آنان معتقد بودند که در هر بار مراجعه برای دریافت خدمت، پزشکان مختلفی آنان را

ویزیت می نمایند و بعد استمرار خدمت، در وضعیت مطلوبی به سر نمی برد (نیکشرینا، تنگ، یاسین، ۲۰۰۳) که این به معنی این است که وضعیت کلینیک مورد مطالعه در این جنبه نسبتاً مطلوب تر است.

پایین بودن نمره کیفیت خدمت در بعد انتخاب ارائه کننده خدمات، بیانگر این نکته مهم است که بیماران در انتخاب این مرکز و نیز در انتخاب فیزیوتراپیست خود دارای حق انتخاب نبوده و اطلاعات لازم و مناسبی را جهت افزایش قدرت انتخاب دریافت نمی کنند. در بعد اختیار، پایین بودن نمره کیفیت خدمت نشان دهنده این واقعیت است که بیماران در مورد بیماری خود اطلاعات کافی برای تصمیم گیری دریافت نکرده و در نتیجه در انتخاب درمان خود به اندازه کافی مشارکت داده نمی شوند. مطالعه ای که به منظور بررسی این موضوع طراحی شده بود نشان داد که بیماران جوان نسبت به افراد مسن، منتقد تر و پرتوقع تر بوده و انتظار آنها برای مشارکت فعال در درمان بیشتر است. برخلاف نتایج حاصل از مطالعه ما، غالب بیماران بیان نمودند که برای انتخاب پزشک و مسئولین درمانی خود، حق انتخاب داشته اند و بیشتر آنان معتقد بودند که اطلاعات کافی برای داشتن یک انتخاب آگاهانه به آنان داده شده است. (کالتر، جنکینسون، ۲۰۰۵)

نمره ی پایین بعد احترام نشان دهنده ی این است که حمایت عاطفی از جانب ارائه دهندگان خدمت نسبت به بیماران در حد مطلوبی نبوده و تشویق مناسبی از طرف ارائه دهندگان خدمت نسبت به بیماران برای بیان احساسات و نگرانی‌هایشان درباره ی بیماری آنها صورت نمی گیرد. علاوه بر این، میزان اطلاعات ارائه شده به خانواده یا سایر افراد مرتبط با بیماران (همراهان) برای کمک به بهبودی بیمار در وضعیت بسیار نامناسبی قرار دارد. همچنین پایین بودن

امتیاز کیفیت خدمت در بعد ایمنی به این دلیل است که ارائه دهندگان خدمت توضیح روشن و قابل فهمی درباره روش های درمانی مورد استفاده به بیمار ارائه نداده و درباره عوارض جانبی روش های درمانی اطلاعات کافی به بیماران و همراهان آنها داده نمی شود. در این پژوهش، یکی دیگر از ابعاد دارای کیفیت نامطلوب، جنبه پیشگیری بود، که به دلیل ضعف در ارائه توضیح درباره ی علائم هشداردهنده ی مرتبط با مشکل بیمار توسط ارائه دهنده ی خدمت، می باشد. بیماران و همراهان آنها علاقمندند که اطلاعات جامعی درباره ی علائم خطر و هشداردهنده ی مرتبط با مشکل شان را از فیزیوتراپیست خود دریافت نمایند تا در صورت مشاهده ی آن علائم و قبل از حاد شدن مشکل، اقدامات درمانی لازم را انجام داده و یا مجدداً به پزشک خود مراجعه نمایند. یکی دیگر از ابعاد دارای کیفیت پایین در این تحقیق، بعد دسترسی می باشد. به این معنی که به دلیل وجود مشکل در دسترسی جغرافیایی و مالی، امکان استفاده بیماران از این کلینیک به شکل مناسبی وجود ندارد. اگر مراکز ارائه دهنده ی خدمات سلامت در موقعیت جغرافیایی مناسبی قرار نداشته باشند و فاصله ی زیادی با جمعیت تحت پوشش خود داشته و یا مبلغ دریافتی از بیماران مراجعه کننده بیشتر از قدرت پرداخت آنان باشد در این صورت احتمال مراجعه اولیه و حتی مراجعه های بعدی بیمار کاهش یافته و نتایج درمان آنان با مشکل مواجه می شود، که تمامی یافته های فوق با مطالعه تبریزی و همکاران در استرالیا، همخوانی دارد. (تبریزی و همکاران، ۲۰۰۷)

همچنین نتایج تحلیل داده ها نشان داد که بین نمره ی عملکرد کل و هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ) اما در تحلیل مربوط به ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد مختلف عملکرد، ارتباط

متغیر سن با استمرار خدمت، بومی یا غیر بومی بودن با دسترسی و وضعیت تحصیلی با داشتن اختیار و توجه بموقع و فوری معنی دار نشان داده شد ( $P < 0/05$ ). به طوریکه شرکت کنندگانی که کمتر از ۳۲ سال سن داشتند نامناسب ترین امتیاز را در ارتباط با استمرار خدمات دارا بودند. این امر شاید به دلیل تعطیلی های مکرر مربوط به شیفت های یکی از فیزیوتراپیست ها باشد که غالب بیماران مراجعه کننده به او، جوانان و ورزشکاران دارای ترومای اندام های فوقانی و تحتانی بودند. علاوه بر این، افراد بی سواد دارای نامناسب ترین امتیاز در ارتباط با داشتن اختیار و توجه بموقع و فوری بودند. این مورد نیز شاید به دلیل دیدگاه فیزیوتراپیست ها در مورد عدم درک توضیحات آنها توسط افراد بی سواد و ناتوانی آنها برای مشارکت در درمان باشد. دلیل دیگر این امر می تواند عدم توانایی فیزیوتراپیست ها در ارائه ی توضیحات ساده و متناسب با قدرت درک بیماران بی سوادشان باشد. دلیل نامناسب بودن نمره ی اختیار افراد دانشگاهی را می توان توقع بالای آنها برای مشارکت فعال در درمان خود و عدم برآورده شدن مناسب این خواسته عنوان نمود.

در مورد نامناسب بودن نمره ی عملکرد بیماران بومی در جنبه ی دسترسی شاید بتوان این گونه بیان نمود که این افراد به دلیل زندگی در شهر توقع دریافت آسان خدمات فیزیوتراپی را دارند و این در حالی است که این خواسته محقق نشده است.

در مورد رعایت حقوق بیمار از دیدگاه بیماران، در سال ۱۹۹۷ در آمریکا، مطالعات و تحقیقات صورت گرفته نشان داد که ۵۲ درصد بیماران دیدگاه نامطلوبی در مورد حقوق خود در برنامه های مراقبتی داشتند و تنها ۴۰ درصد آنان دارای دیدگاه مطلوبی بودند. مطالعات انجام شده در فوریه ۱۹۹۹ در مورد یکی از

جنبه های رعایت حقوق بیمار (کیفیت مراقبت در بیمارستان) نشان داد که ۳۴ درصد بیماران کیفیت مراقبت را در مقایسه با ۵ سال گذشته بدتر می دانسته اند (هین، ۲۰۰۱)، که نتیجه این مطالعات نیز کمابیش همانند مطالعه حاضر می باشد زیرا میزان رعایت حقوق بیماران از دیدگاه آنان بر اساس نمره کل بدست آمده در حد متوسط است.

در مطالعه ی Kuzu و همکاران که بر روی ۱۶۶ نفر از بیماران بستری در دو بخش داخلی و جراحی عمومی در سه بیمارستان بزرگ دنیزلی ترکیه، توسط مصاحبه، صورت گرفت ۹۱ درصد بیماران اظهار داشتند که دسترسی عادلانه به خدمات سلامت وجود دارد و ۸۶/۱ درصد بیان کردند که حریم خصوصی شان حفظ شده است (کوزو و همکاران، ۲۰۰۶) که در مطالعه حاضر نیز این جنبه ها مطلوب ارزیابی گردیده است.

در مطالعات پرسشنامه ای Chan در سنگاپور که به منظور بررسی نگرش و عملکرد ۴۷۵ نفر از پزشکان، در ارتباط با رابطه ی پزشک و بیمار صورت گرفت، حدود ۸۵ درصد از پزشکان، به سوالات بیماران در ارتباط با ناراحتی شان توجه می کردند و ۲۴ درصد موارد معمولاً شرایط بیماری را برای بیمار بیان نمی کردند (چان، ۲۰۰۹)، که در مطالعه حاضر نیز وضعیت تعامل بیمار و ارائه دهنده خدمت، مناسب ارزیابی شده است.

در بررسی نگرش پزشکان نسبت به منشور حقوق بیمار درمکزیک ۳۴٪ پزشکان به بیمار حق تصمیم گیری می دادند، ۳۴٪ مخالف دادن حق تصمیم گیری بودند و ۳۲ درصد حق تصمیم گیری را به عهده ی شخص دیگری دانسته اند (پنا، ۱۹۹۵) که نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر مطابقت دارد زیرا در مرکز مورد بررسی، وضعیت حق مشارکت بسیار نا مناسب است.

به طور خلاصه، بر اساس یافته های مطالعه ی حاضر به نظر می رسد در برخی از جنبه های مربوط به رعایت حقوق بیماران، از دیدگاه بیماران و همراهان آنان، شکاف قابل توجهی بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب وجود دارد که نیازمند اقدام و مداخله ی مسئولین و پرسنل کلینیک در این زمینه می باشد.

### قدردانی

پژوهشگران وظیفه ی خود می دانند که از همکاری صمیمانه ی مسئولین و کارکنان کلینیک فیزیوتراپی دانشکده ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیماران و همراهان مراجعه کننده به مرکز و همچنین مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC) که بودجه ی مورد نیاز برای اجرای این پژوهش را تامین نموده است کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.



جدول ۱: ویژگیهای توصیفی افراد شرکت کننده در مطالعه

ویژگی	خصوصیت	تعداد (نفر)	درصد
شرکت کنندگان	بیمار	۱۳۲	۶۴/۷
	همراه	۷۲	۳۵/۳
جنسیت	مذکر	۱۲۱	۵۹/۳
	مونث	۸۳	۴۰/۷
سن	پایین تر از ۳۲ سال	۶۸	۳۳/۳
	۳۲ تا ۴۷/۹ سال	۶۸	۳۳/۳
	بالتر از ۴۸ سال	۶۸	۳۳/۳
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۶	۲/۹
	زیر دیپلم	۵۴	۲۶/۵
	دیپلم	۷۸	۳۸/۲
	تحصیلات دانشگاهی	۶۶	۳۲/۴
وضعیت شغلی	بیکار	۱۲	۵/۹
	کارگر	۳	۱/۵
	کارمند	۲۳	۱۱/۳
	شغل آزاد	۶۶	۳۲/۴
	خانه دار	۵۲	۲۵/۵
	بازنشسته	۲۵	۱۲/۳
	سایر موارد	۲۳	۱۱/۳
بومی یا غیر بومی	بومی	۱۸۹	۹۲/۶
	غیر بومی	۱۵	۷/۴
دلیل انتخاب مرکز	نزدیکی راه	۵۲	۲۵/۷
	توصیه ی آشنایان	۷۶	۳۷/۶
	توصیه ی پزشک	۹۶	۴۷/۵
	کیفیت	۳۶	۱۷/۸
	سایر دلایل	۱۴	۷

جدول ۲: نمره ی عملکرد در ابعاد مختلف حقوق بیمار

ابعاد عملکرد	نمره ی عملکرد
انتخاب ارائه دهنده خدمت	۰/۵۰۲۵
ارتباط و تعامل	۰/۰۲۱۲
داشتن اختیار	۰/۲۰۳۴
استمرار خدمت	۰/۰۲۴۵
کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه	۰/۰۱۷۲
احترام	۰/۲۱۳۲
بموقع بودن و توجه فوری	۰/۰۱۵۹
ایمنی	۰/۳۱۵۴
پیشگیری	۰/۲۹۵۸
دسترسی	۰/۱۵۵۲
اعتماد	۰/۰۱۵۲

جدول ۳: ارتباط متغیرهای دموگرافیک با نمره‌ی کل عملکرد کلینیک در رابطه با حقوق

بیمار

P-value	میانگین (انحراف معیار)	خصوصیت	ویژگی
۰/۷۱۵	۰/۱۶۲(۰/۰۸۳)	بیماران	پاسخ دهندگان
	۰/۱۵۷(۰/۰۷۵)	همراهان	
۰/۴۷۹	۰/۱۵۷(۰/۰۷۹)	مذکر	جنسیت
	۰/۱۶۵(۰/۰۸۳)	مونت	
۰/۶۳۴	۰/۱۵۳(۰/۰۷۸)	پایین تر از ۳۲ سال	سن
	۰/۱۶۱(۰/۰۸۷)	۳۲ تا ۴۷/۹ سال	
	۰/۱۶۶(۰/۰۷۶)	بالا تر از ۴۸ سال	
۰/۴۰۷	۰/۱۸۸(۰/۰۴۸)	بی سواد	وضعیت تحصیلی
	۰/۱۴۹(۰/۰۷۳)	زیر دیپلم	
	۰/۱۵۷(۰/۰۹۰)	دیپلم	
	۰/۱۷۰(۰/۰۷۶)	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۶۲۸	۰/۱۷۹(۰/۱۲۳)	بیکار	وضعیت شغلی
	۰/۰۸۸(۰/۰۵۰)	کارگر	
	۰/۱۵۵(۰/۰۸۰)	کارمند	
	۰/۱۵۷(۰/۰۷۸)	شغل آزاد	
	۰/۱۶۰(۰/۰۸۰)	خانه دار	
	۰/۱۵۷(۰/۰۸۳)	بازنشسته	
	۰/۱۵۷(۰/۰۶۱)	سایر موارد	
۰/۱۶۰	۰/۱۶۲(۰/۰۸۰)	بومی	بومی یا غیر بومی
	۰/۱۳۲(۰/۰۸۲)	غیر بومی	

فرید غریبی، میر علی اعتراف اسکوتی، جعفر صادق تبریزی، محمد اصغری جعفرآبادی

جدول ۴: ارتباط امتیاز عملکرد با سن، تحصیلات و بومی بودن گیرندگان خدمت

بومی بودن		میانگین امتیاز عملکرد						ابعاد حقوق بیمار	
		تحصیلات			سن				
غیر بومی	بومی	دانشگاهی	دیپلم	زیر دیپلم	بی سواد	>۴۸	۳۲-۴۸	<۳۲	
۱۵	۱۸۹	۶۶	۷۸	۵۴	۶	۶۸	۶۸	۶۸	تعداد شرکت کنندگان
۰/۴۰۰	۰/۵۱۰	۰/۵۰۰	۰/۴۹۳	۰/۵۰۰	۰/۶۶۶	۰/۵۲۱	۰/۵۱۴	۰/۴۷۰	انتخاب ارائه دهنده خدمت
۰/۰۴۴	۰/۰۱۹	۰/۰۱۵	۰/۰۳۴	۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	۰/۰۳۳	۰/۰۱۰	۰/۰۱۹	ارتباط و تعامل
۰/۱۸۳	۰/۲۰۵	<u>۰/۲۵۳</u>	۰/۱۷۶	۰/۱۷۵	<u>۰/۲۵۰</u>	۰/۲۰۷	۰/۱۸۲	۰/۲۲۰	داشتن اختیار
۰/۰۰۰	۰/۰۲۶	۰/۰۳۰	۰/۰۲۵	۰/۰۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۷	۰/۰۰۰	<u>۰/۰۶۸</u>	استمرار خدمت
۰/۰۰۰	۰/۰۲۶	۰/۰۱۵	۰/۰۰۹	۰/۰۳۲	۰/۰۰۰	۰/۰۲۱	۰/۰۲۲	۰/۰۰۷	کیفیت و تسهیلات و امکانات اولیه
۰/۱۸۳	۰/۲۱۵	۰/۲۳۲	۰/۲۰۵	۰/۱۹۳	۰/۲۷۵	۰/۲۲۵	۰/۲۰۵	۰/۲۰۹	احترام
۰/۰۰۰	۰/۰۱۷	۰/۰۰۰	۰/۰۱۶	۰/۰۲۷	<u>۰/۰۸۳</u>	۰/۰۲۱	۰/۰۱۱	۰/۰۱۴	بموقع بودن و توجه فوری
۰/۲۸۸	۰/۳۱۷	۰/۳۶۳	۰/۲۹۰	۰/۲۸۴	۰/۳۸۸	۰/۳۴۲	۰/۳۱۳	۰/۲۸۸	ایمنی
۰/۲۶۶	۰/۲۹۸	۰/۳۰۳	۰/۳۱۶	۰/۲۷۱	۰/۱۶۶	۰/۲۸۰	۰/۳۳۸	۰/۲۶۸	پیشگیری
۰/۰۶۶	<u>۰/۱۶۲</u>	۰/۱۴۱	۰/۱۷۰	۰/۱۴۲	۰/۲۲۲	۰/۱۶۶	۰/۱۷۴	۰/۱۲۴	دسترسی
۰/۰۰۰	۰/۰۱۶	۰/۰۳۱	۰/۰۳۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۳۱	۰/۰۱۵	اعتماد
۰/۱۳۲	۰/۱۶۲	۰/۱۷۰	۰/۱۵۷	۰/۱۴۹	۰/۱۸۸	۰/۱۶۶	۰/۱۶۱	۰/۱۵۳	نمره عملکرد کل

بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در کلینیک فیزیوتراپی

ارتباطات معنی‌دار به صورت حروف ضخیم و خط زیر (Underline) مشخص گردیده اند.

فهرست منابع

جولایی، سودابه. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا. پارسا یکتا، زهره. (۱۳۸۸). نگاهی چند سویه به پدیده حقوق بیمار. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران). ج ۶۰. ۲۸ تا ۴۱.

مصدق راد، علی محمد. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میزان آگاهی بیماران نسبت به حقوق بیمار در بیمارستان و رضایتمندی آنها از خدمات بیمارستانی. طب و تزکیه. ج ۵۸. ۱۶ تا ۲۴.

رنگرزجلی، فاطمه. ربیعی، رضا. (۱۳۸۱). میزان رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان های دولتی کاشان. بهبود. ج ۳۷. ۶۲ تا ۷۱.

زارعی، اصغر. عرب، محمد. اکبری، فیض الله. (۱۳۸۶). بررسی آگاهی مدیران بیمارستان های دولتی و خصوصی شهر تهران از حقوق بیمار. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ج ۴۴. ۶۵ تا ۷۶.

عرب، محمد. زارعی، اصغر. (۱۳۸۶). وضعیت آگاهی مدیران بیمارستان های دولتی شهر تهران از حقوق بیمار. فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت سلامت. ج ۲۷. ۷ تا ۱۲.

Kuzu, N. Ergin, A. Zencir, M. (2006). Patients' awareness of their rights in a developing country. The Royal Institute of Public Health. 120. 290-6.

Levinsky N.(1399). Social, institutional and economic barriers to the exercise of patients' rights. NEJM.334:532-4.

Tabrizi, Jafar Sadeq. Wilson, Andrew J. O'Rourke, Peter K. Coyne, Eleanor T. (2007). Clients' perspective on service quality for type 2 diabetes in Australia. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 31 (6):511-5.

Tabrizi, Jafar Sadeq. (2010). Improving health Care Quality-Basics, Concepts. Germany and USA: LAMBERT Academic Publishing.

Tabrizi, Jafar Sadeq. (2007). Quality of Health Care: The Patients Perspective on Quality of Care for Type 2 Diabetes. Queensland: The University of Queensland.

Nik Sherina, Hanafi. Teng, Choeng Lieng. Yasin Shajahan. (2003). Continuity of care of diabetic patients in a family practice clinic: How important is it? Asia Pacific Family Medicine. 3. 5-10.

Coulter, Angela. Jenkinson, Crispin. (2005) European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. European Journal of Public Health. 15 (4):355-60.

Hein E. (2001). Nursing issues in the 21th century perspective, from the literature. Philadelphia: Lippincott.

Chan W. (2009). The doctor patient relationship: a survey of attitudes and practice of doctors in singapor. *Bioethics*.14.58-79.

Pena X. (1995). Medical attitude and legal concepts about some patient rights. *Rev Invest Clin*.47.5-12.

#### یادداشت شناسه مؤلف

فرید غریبی: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه آموزشی مدیریت و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

میر علی اعتراف اسکویی: دانشیار گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیکی: [eterafoskouei@tbzmed.ac.ir](mailto:eterafoskouei@tbzmed.ac.ir)

جعفر صادق تبریزی: استادیار گروه آموزشی مدیریت و بهداشت عمومی و عضو مرکز ملی مدیریت سلامت کشور (NPMC)، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

محمد اصغری جعفرآبادی: استادیار گروه آموزشی آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۸