

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۴ شماره ۴ مهر و آبان ۱۳۹۱ صفحات ۲۴-۱۸

شناسایی و اولویت بندی کاستی ها و مشکلات مراجعه کنندگان به کلینیک فیزیوتراپی و تطبیق آنها با منشور حقوق بیمار ایران

میر علی اعتراف اسکوئی: گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
جعفر صادق تبریزی: مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
فرید غریبی: دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

Email: farid_hc.manager@yahoo.com

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

دریافت: ۹۰/۱۲/۲۰ پذیرش: ۹۱/۲/۱۳

چکیده

زمینه و اهداف: حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی است که تیم درمان، موظف به اجرا و رعایت آن ها می باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی کاستی های کلینیک فیزیوتراپی دانشکده ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز از نگاه مراجعه کنندگان و انطباق کمبودهای بیان شده با منشور حقوق بیمار است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی بوده و از ۲۰۴ نفر بیمار و یا همراهان وی مصاحبه به عمل آمده است. پاسخ ها با روش موسوم به ۶MP دسته بندی شده و ضمن تطبیق با منشور حقوق بیمار، موارد نقض حقوق بیماران مشخص گردید.

یافته ها: سه حیطه روشها، تجهیزات و نیروی انسانی به ترتیب دارای بیشترین کاستی و پول و مواد و لوازم به ترتیب دارای کمترین کاستی می باشند. در بررسی تطبیقی، مطالعه ی حاضر نشان داد که ابتدا محور اول (حق دریافت مطلوب خدمات سلامت) و سپس محور دوم حقوق بیمار (حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی) به ترتیب دارای بیشترین نارسائی و کاستی ها می باشد. ضمناً هیچ کاستی در اجرای محورهای ۳ و ۴ و ۵ منشور حقوق بیمار ابراز نشد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که در دو محور اول و دوم منشور حقوق بیمار به ترتیب یعنی «حق دریافت مطلوب خدمات سلامت» و «حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی» کاستی های نسبتاً زیادی وجود دارد، و همین امر موجب می گردد که حقوق بیماران به نحو شایسته رعایت نگردد.

کلیدواژه ها: منشور حقوق بیمار، کلینیک فیزیوتراپی، فیزیوتراپی

مقدمه

بیماران به عنوان مصرف کنندگان خدمات بهداشتی، دارای حقوقی هستند که ارائه کنندگان خدمات سلامت، مسئول حفظ و صیانت از آنها می باشند. از این جمله می توان به مراقبت فردی، احترام به باورها و ارزش ها و حق دانستن و نیز مشارکت در تصمیم گیری ها را نام برد. رعایت حقوق بیمار، سبب ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و افزایش رضایت وی می گردد (۱). حقوق بیمار عبارت است از تکالیفی که یک مرکز درمانی در قبال بیمار به عهده دارد.

بیماران به عنوان مصرف کنندگان خدمات بهداشتی، دارای حقوقی هستند که ارائه کنندگان خدمات سلامت، مسئول حفظ و صیانت از آنها می باشند. از این جمله می توان به مراقبت فردی، احترام به باورها و ارزش ها و حق دانستن و نیز مشارکت در تصمیم گیری ها را نام برد. رعایت حقوق بیمار، سبب ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و افزایش رضایت وی می گردد (۱). حقوق بیمار عبارت است از تکالیفی که یک مرکز درمانی در قبال بیمار به عهده دارد.

رعایت اصل رازداری تاکید نموده اند (۲). جوامع پزشکی همواره بدون در نظر گرفتن زمینه‌ی فرهنگی، دینی و تمدنی خویش، پزشک و ارائه دهندگان خدمات سلامت را ملزم به رعایت تعهداتی (به عنوان اصول جهانشمول در ارائه‌ی خدمات) در قبال بیمار می دانسته اند. در این میان، تعهداتی چون خیرخواهی پزشک برای بیمار، رازداری، عدم تبعیض و عدم سودجویی پزشک از جمله تعهداتی هستند که فارغ از بستر فرهنگی و اجتماعی شکل گیری این متون در همه‌ی آنها مشترک است (۲).

رضایت‌مندی بیماران یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب می شود و لازمه‌ی دستیابی به آن، رعایت حقوق آنهاست. نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورها، منشوری را به عنوان منشور حقوق بیمار تدوین کرده و به سطوح اجرایی ابلاغ می کنند 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 شوند (۳). واژه‌ی حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف شده است، بنابراین حقوق بیمار به معنی آنچه برای بیمار بایسته و سزاوار است تعریف می شود. اگر چه در منشور حقوق بیمار کشورها تشابهات زیادی دیده می شود ولی تدوین منشور حقوق بیمار در هر کشور بستگی به قوانین مدنی و الزامات آن جامعه دارد (۴).

در سال ۱۳۸۱ برای اولین بار منشور حقوق بیمار در ایران تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت ابلاغ گردید. با توجه به نواقص عمده‌ی این منشور و با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع در مورد حقوق بیمار، منشور جدید حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه‌ی درمان تدوین گردید. متن نهایی این منشور در آبان ماه سال ۱۳۸۸ از سوی وزارت بهداشت به مراکز تابعه ابلاغ گردید. منشور حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند به همراه بینش و ارزش و یک تبصره‌ی پایانی تنظیم گردیده است. محورهای پنجگانه‌ی این منشور شامل (۱) حق دریافت مطلوب خدمات سلامت، (۲) حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، (۳) حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت، (۴) حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و (۵) حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است که هر یک به ترتیب در ۱۴، ۷، ۹ و ۳ بند تدوین گردیده است (۵).

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می باشد که با مشارکت ۲۰۴ نفر از بیماران و همراهان مراجعه کننده به کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. معیارهای اصلی شرکت در مطالعه، تجربه‌ی حداقل ۲ جلسه درمان توسط بیماران یا همراهان آنها و تمایل آنها برای شرکت در مطالعه بود. بر اساس تعداد شیفت‌های کاری و در نظر گرفتن یک دوره کامل کاری و تعداد ساعات ارائه خدمت هر شیفت کاری، تعداد پرسشنامه‌هایی که بایستی در آن شیفت کاری تکمیل گردد تعیین و سپس در ساعات مختلف روز و در طی ۳ هفته تکمیل گردید. پس از کسب رضایت آگاهانه، داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه و با پرسیدن سؤالاتی باز نظیر «آیا در این کلینیک مشکل

رعایت اصل رازداری تاکید نموده اند (۲). جوامع پزشکی همواره بدون در نظر گرفتن زمینه‌ی فرهنگی، دینی و تمدنی خویش، پزشک و ارائه دهندگان خدمات سلامت را ملزم به رعایت تعهداتی (به عنوان اصول جهانشمول در ارائه‌ی خدمات) در قبال بیمار می دانسته اند. در این میان، تعهداتی چون خیرخواهی پزشک برای بیمار، رازداری، عدم تبعیض و عدم سودجویی پزشک از جمله تعهداتی هستند که فارغ از بستر فرهنگی و اجتماعی شکل گیری این متون در همه‌ی آنها مشترک است (۲).

رضایت‌مندی بیماران یکی از مشخصه‌های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب می شود و لازمه‌ی دستیابی به آن، رعایت حقوق آنهاست. نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورها، منشوری را به عنوان منشور حقوق بیمار تدوین کرده و به سطوح اجرایی ابلاغ می کنند 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 شوند (۳). واژه‌ی حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف شده است، بنابراین حقوق بیمار به معنی آنچه برای بیمار بایسته و سزاوار است تعریف می شود. اگر چه در منشور حقوق بیمار کشورها تشابهات زیادی دیده می شود ولی تدوین منشور حقوق بیمار در هر کشور بستگی به قوانین مدنی و الزامات آن جامعه دارد (۴).

در سال ۱۳۸۱ برای اولین بار منشور حقوق بیمار در ایران تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت ابلاغ گردید. با توجه به نواقص عمده‌ی این منشور و با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع در مورد حقوق بیمار، منشور جدید حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه‌ی درمان تدوین گردید. متن نهایی این منشور در آبان ماه سال ۱۳۸۸ از سوی وزارت بهداشت به مراکز تابعه ابلاغ گردید. منشور حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند به همراه بینش و ارزش و یک تبصره‌ی پایانی تنظیم گردیده است. محورهای پنجگانه‌ی این منشور شامل (۱) حق دریافت مطلوب خدمات سلامت، (۲) حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، (۳) حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت، (۴) حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و (۵) حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است که هر یک به ترتیب در ۱۴، ۷، ۹ و ۳ بند تدوین گردیده است (۵).

تدوین منشور حقوق بیمار، نقطه‌ی شروعی برای حرکت در راستای توجه همه جانبه به تامین حقوق بیماران و ارائه‌ی تعریفی صحیح از روابط ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت می باشد (۵).

منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف جهان شامل مواردی مانند حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا، حق برخورداری از اطلاعات، حق محرمانه بودن اطلاعات بیمار، حق رضایت آگاهانه، حق استقلال رای، حق برخورداری از آموزش بهداشت، حق رعایت محیط خصوصی بیمار، حق ابراز

بخش، کاستی های مطرح شده از جانب شرکت کنندگان با این منشور مطابقت داده شده و سپس این کاستی ها با توجه به فراوانی آنها در هر قسمت از منشور اولویت بندی گردید. برای این منظور، ابتدا کاستی های مطرح شده از طرف بیماران با محورها و بندهای مربوط به حقوق بیمار تطبیق داده شده (جدول شماره ۴) و سپس با جمع بندی فراوانی های آنها مشخص گردید که موارد نقض حقوق بیمار بیشتر مربوط به کدام جنبه از منشور حقوق بیماری باشد (جدول شماره ۵). همانطوری که مشاهده می گردد محور اول منشور حقوق بیمار یعنی «دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است» بیشترین تعداد کاستی ها را به خود اختصاص داده است و پس از آن بیشترین تعداد کاستی های مطرح شده از طرف شرکت کنندگان مربوط به محور دوم منشور حقوق بیمار یعنی «اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد» می باشد. لازم به توضیح است که در این مطالعه، هیچ نوع کاستی در ارتباط با محور سوم و پنجم منشور حقوق بیمار یعنی به ترتیب «حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه ی بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود» و «دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است» مشاهده نگردید.

جدول ۱: ویژگیهای توصیفی افراد شرکت کننده در مطالعه

ویژگی	خصوصیت	تعداد (نفر)	درصد
شرکت کنندگان	بیمار	۱۳۲	۶۲/۷
	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

خاصی دارید؟» و یا «آیا در این کلینیک کمبودی احساس می کنید؟» از شرکت کننده ها به دست آمد. پاسخ های بدست آمده ابتدا با استفاده از روش ۶MP مورد تجزیه و تحلیل و دسته بندی قرار گرفتند و سپس مشکلات بیان شده، در جداولی با عناوین مدیریت (Management)، روشها (Methods)، نیروی انسانی (Manpower)، مواد و لوازم (Materials)، پول (Money)، دستگاهها (Machines)، فضای فیزیکی (Plant) که اجزای روش ۶MP را تشکیل می دهند طبقه بندی شدند. در مرحله ی بعد، تمامی کاستی ها و مشکلات مطرح شده توسط بیماران و همراهان آنان با جنبه های مختلف منشور حقوق بیمار ایران مطابقت داده شدند. در ادامه ی کار، با توجه به کاستی های بیان شده در هر جنبه از حقوق بیمار و فراوانی آنها، و براساس اصل پارتو، کاستی ها و مشکلات موجود اولویت بندی گردیده و مشخص شد که در کدام جنبه از منشور حقوق بیمار، نارسائی ها و کاستی های بیشتری در مکان تحقیق وجود دارد.

نتایج

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می گردد اکثر 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. غالب شرکت کنندگان دارای سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند 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 در بین 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. در جدول شماره ۲، دسته بندی کاستی ها بر اساس الگوی ۶MP ارائه گردیده است. لازم به ذکر است که در این پژوهش، در ارتباط با پول، هیچ مشکل و کاستی از طرف شرکت کنندگان در مطالعه ارائه نگردیده است. جدول شماره ۳ فراوانی مطرح شدن کاستی ها را به تفکیک حیطه های مورد بررسی اولویت بندی می نماید. همانطور که مشاهده می گردد ۳۵ نوع کاستی از جانب شرکت کنندگان مطرح گردید که فراوانی تکرار این کاستی ها در مجموع برابر ۱۶۵ نفر می باشد. بر طبق جدول زیر، بیشترین کاستی ها و مشکلات مطرح شده مربوط به حیطه روشها و پس از آن مربوط به حیطه تجهیزات و نیروی انسانی می باشد.

تحلیل و دسته بندی کاستی ها بر اساس منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران:

همانطور که پیش تر بیان گردید منشور حقوق بیمار جمهوری اسلامی ایران شامل ۵ محور کلی و ۳۷ بند می باشد که در این

جدول ۲: تحلیل و دسته بندی کاستی های ابراز شده از طرف شرکت کنندگان با استفاده از روش MP۶ و تطبیق آنها با محورهای مرتبط با حقوق بیمار ایران

حیطه	مشکل ابراز شده	فراوانی (نفر)	محور و بند مرتبط با حقوق بیمار
مدیریت	نظارت ضعیف بر بخش ورزشی و احتمال انجام حرکات اشتباه	۲	۲-۱-۷
	تعطیلی زیاد کلینیک و وقفه‌ی درمان	۸	۱-۱۰
	تبلیغات ضعیف کلینیک	۸	۲-۱-۴
	عدم وجود تابلوهای هدایت کننده به کلینیک در مسیرهای منتهی به آن	۴	۲-۱-۴
	توجه عاطفی نامناسب (باصطلاح علمی «مراقبت»)	۱	۱-۱
	نظارت ضعیف بر کلینیک	۱	۱-۷
روشها	آموزش ها محدود به جلسات اول است و آموزش های جدید یا یادآور وجود ندارند	۱۵	۲-۱-۷
	نداشتن پرونده ی درمانی	۲	۲-۱-۷
	معطلی بیماران در سالن انتظار یا در کابین ها	۶	۱-۱۰
	ترک کلینیک توسط بیمار در اعتراض به عدم رسیدگی به وضعیت اش	۱	۱-۱۰
	معاینه محدود به جلسات اول می باشد	۳	۲-۱-۷
	عدم وجود متخصص در شیفت صبح و پرداخت پول در صورت نیاز به صحبت با او	۵	۱-۶
	زمانبندی دقیق نیست و گاهی معطلی وجود دارد	۵	۱-۱۰
	کم و محدود بودن آموزش ها	۲	۲-۱-۷
	محدودیت در ورود همراه به کابین	۳	۴-۴
	آموزش ها به همراهان بسیار ضعیف است	۳	۲-۱-۷
نیروی انسانی	آموزش هایی که به همراهان داده می شود نیز تنها در اوایل کار است	۲	۲-۱-۷
	کمبود پرسنل	۲۳	۱-۶
	برخی از اقدامات درمانی توسط بیمار یا همراه انجام می شود (به دلیل کمبود پرسنل)	۳	۱-۶
	انجام برخی اقدامات فیزیوتراپی توسط پرسنل خدماتی کلینیک	۴	۱-۶
مواد و لوازم	نبود جا لباسی در بخش ورزشی	۲	۱-۸
	نیاز به ترازو در بخش ورزشی	۲	۱-۸
دستگاهها	کمبود امکانات ورزشی	۱۷	۱-۸
	فقدان آب سرد کن در بخش ورزشی	۵	۱-۸
	نبودن زنگ یا وسیله ای در کابین که از طریق آن بیمار پرسنل درمانی را صدا بزند	۲	۱-۸
	تعمیرات دستگاه های ورزشی به کندی انجام می گیرد	۷	۱-۸
	کمبود وسایل پزشکی	۲	۱-۸
فضای فیزیکی	با هم بودن زن و مرد و معذب بودن آنها و احتمال انجام حرکات به صورت ناقص یا ناکافی	۸	۱-۸
	نداشتن استخر و آب درمانی	۱	۱-۸
	کمبود فضا مخصوصاً در بخش ورزشی	۲	۱-۸
	کوچک بودن سالن انتظار و سرپا ایستادن عده ای از مراجعه کنندگان	۲	۱-۸
	کم بودن صندلی ها در سالن انتظار	۱	۱-۸
	نداشتن دستشویی فرنگی مناسب	۶	۱-۸
	نبودن دستشویی در بخش ورزشی	۲	۱-۸
	نداشتن رخت کن در بخش ورزشی	۳	۱-۸

جدول ۳: فراوانی کاستی های اظهار شده توسط مراجعه کنندگان در حیطه های مورد بررسی

حیطه	فراوانی (نفر)	درصد
مدیریت	۲۴	٪۱۴/۶
روشها	۴۷	٪۲۸/۵
نیروی انسانی	۳۲	٪۱۹/۵
مواد و لوازم	۴	٪۲/۵
پول	۰	۰
تجهیزات	۳۳	٪۲۰
فضای فیزیکی	۲۵	٪۱۵
مجموع	۱۶۵	٪۱۰۰

جدول ۴: فراوانی کاستی های مربوط به موارد نقض حقوق بیمار با توجه به منشور حقوق بیمار

بند مربوط به منشور حقوق بیمار	تعداد کاستی های ابراز شده مرتبط با این بند (نفر)	درصد
۱) حق دریافت خدمات مطلوب سلامت	۱۲۱	۷۳٪
۲) حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی	۴۱	۲۵٪
۳) حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه ی بیمار در دریافت خدمات	۰	۰
۴) حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری	۳	۲٪
۵) حق ابراز اعتراض و حق جبران خسارت	۰	۰

بحث

مطالعه‌ی حاضر در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در شهریور ماه ۱۳۸۹ با هدف شناسایی کاستی‌ها و مشکلات موجود در آن از دیدگاه بیماران مراجعه کننده به کلینیک و همراهان آنها صورت گرفت. این مطالعه از نوع کیفی بوده و با روش مصاحبه انجام گرفت.

یافته های بدست آمده از روش ۶MP حاکی از آن است که سه حیطه روشها، تجهیزات و نیروی انسانی به ترتیب دارای بیشترین کاستی و پول و مواد و لوازم به ترتیب دارای کمترین کاستی می- باشند. در ارتباط با مطابقت کاستی های مطرح شده با منشور حقوق بیمار، مطالعه ی حاضر نشان داد که محور اول حقوق بیمار یعنی «حق دریافت مطلوب خدمات سلامت» و پس از آن، محور دوم منشور حقوق بیمار یعنی «حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی» دارای بیشترین مشکلات و کاستی ها می باشند. در این مطالعه، هیچ نوع کاستی در رابطه با محوره‌های ۳ و ۴ و ۵ منشور حقوق بیمار یعنی به ترتیب «حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت»، «حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت رازداری» و «حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات بیماران» از جانب شرکت کنندگان ابراز نشد. بنابراین مشخص می گردد که اکثر کاستی‌ها و مشکلات بیان شده توسط شرکت کنندگان مربوط به دو محور اول و دوم منشور حقوق بیمار می باشد.

محور اول منشور حقوق بیمار: حق دریافت مطلوب خدمات سلامت

بررسی کتابخانه ای نشان می دهد که در مورد رعایت حقوق بیمار از دیدگاه بیماران در سال ۱۹۹۷ در آمریکا، ۵۲ درصد بیماران دیدگاه نامطلوبی در مورد رعایت حقوق خود توسط ارائه دهندگان خدمت در برنامه های مراقبتی داشتند و تنها ۴۰ درصد آنان از رعایت حقوق خود رضایت داشتند. همسو با مطالعه فوق، در تحقیق حاضر نیز میزان رعایت حقوق بیماران مناسب نبوده و در موارد بسیاری کاستی های قابل توجهی به چشم می خورد. مطالعات انجام شده در سال ۱۹۹۹ مبنی بر رعایت حقوق بیمار (جنبه کیفیت مراقبت در بیمارستان) نشان داد که ۳۴ درصد بیماران کیفیت مراقبت را در مقایسه با ۵ سال گذشته بدتر می دانسته اند

(۶). در این تحقیق گزارش شده است که پرستاران در حدود ۲۲ درصد در اجرای دستورات دارویی دچار بی‌مبالاتی شده و ۲۸ درصد نیز درمورد تعبیه و جدا کردن مناسب لوله ها، تنقیه به بیماران مبتلا به ناراحتی های روانی، مراقبت بعد از عمل، و بالا بردن میله‌ی تخت بیماران سهل انگاری داشته اند. همین مطالعه همچنین نشان می‌دهد که ۱۵ درصد اخراج پرستاران از مرکز درمانی مربوطه، با دلایل اشتباه و سهل انگاری در تشخیص و درمان‌های مناسب پرستاری بوده است (۷). خدمات فیزیوتراپی انجام گرفته در محل تحقیق حاضر (کلینیک سرپایی فیزیوتراپی) از نظر شکل و محتوا متفاوت از خدمات پرستاری در بخش بستری است. به همین دلیل امکان مقایسه از این نظر با مطالعه فوق مقدور نمی باشد. در مطالعه‌ی Kuzu و همکاران (۸) که بر روی ۱۶۶ نفر از بیماران بستری در دو بخش داخلی و جراحی عمومی در سه بیمارستان بزرگ دنیزی ترکیه توسط مصاحبه صورت گرفت ۹۱ درصد بیماران اظهار داشتند که دسترسی عادلانه به خدمات سلامت وجود ندارد. در حالی که در مطالعه حاضر کاستی های چندانی در باب دسترسی عادلانه به خدمات سلامت مطرح نشده و بدین ترتیب وضعیت کلینیک از این جنبه که در محور اول منشور حقوق بیمار کشورمان قرار می گیرد مناسب می باشد.

محور دوم منشور حقوق بیمار: حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی

گزارشی که توسط انجمن بیماران انگلستان در سال ۲۰۰۵ ارائه شد پس از بررسی نظرات ۱۰۰۰ نفر از جمعیت بالای ۱۸ سال تحت پوشش و ۳۳۳ نفر از بیماران مزمن درخصوص ارزیابی وضعیت حقوق بیماران در نظام سلامت انگلستان مشخص می‌کند که حدود ۹۰ درصد از شرکت کنندگان اطلاعات کافی درخصوص درمان، خطرات، منافع آن و متناسب با توقع ایشان به عنوان یک بیمار دریافت نموده اند. اما حق دیدن پرونده‌ی پزشکی، تنها در ۷۵ درصد از شرکت کنندگان مورد توجه قرار گرفته است. در مورد امکان دریافت اطلاعات در رابطه با داروی تجویزی و گزینه‌های درمانی دیگر، حدود ۹۰ درصد، نظر مثبتی داشتند. درخصوص امکان دریافت تصویر پرونده‌ی پزشکی خود از پزشک، ۶۰ درصد نظر مثبت داشته و ۱۰ درصد آن را مقید به شرایطی می دانستند و ۸ درصد نظر منفی داشتند (۹). اما در مطالعه حاضر چنین نبوده و

خوانده بودند. در پاسخ به این سوال که چه کسی فرم امضا شده را از آنها گرفته است تنها ۲۳ درصد قادر به معرفی آن (جراح، پرستار، واحد پذیرش) بودند (۱۱). برخلاف مطالعات گذشته، در این مطالعه هیچ موردی در نقض بندهای محور سوم منشور حقوق بیمار که ناظر بر حق انتخاب و تصمیم گیری بیماران در دریافت خدمات سلامت است مشاهده نگردید و لذا چنین استنباط می شود که مطالعه حاضر در رعایت این محور از منشور حقوق بیمار موفق عمل کرده است.

در بررسی نگرش پزشکان نسبت به منشور حقوق بیمار در مکزیک ۳۴ درصد پزشکان به بیمار حق تصمیم گیری می دادند، ۳۴ درصد مخالف دادن حق تصمیم گیری بودند و ۳۲ درصد حق تصمیم گیری را به عهدهی شخص دیگری دانسته اند (۱۲). البته در مطالعه حاضر دیدگاه پزشکان نسبت به محورها و بندهای منشور حقوق بیمار بررسی نگردیده ولی بیماران مراجعه کننده نیز مشکلات و کاستی هایی را در این مورد مطرح نمودند که به نظر می رسد بیانگر استقلال بیماران در قبول یا رد درمان می باشد. این نیز به نوبه خود تأییدی مضاعف در رعایت محور سوم منشور حقوق بیمار می باشد.

در گزارش مشابهی از انجمن بیماران انگلستان ابراز شده است که حدود ۸۰ درصد شرکت کنندگان حق انتخاب پزشک عمومی (خانواده) را داشتند در حالی که این میزان در خصوص انتخاب متخصص حدود ۴۵ درصد بود. درخصوص شرایطی که بیمار نسبت به تشخیص پزشک خانواده نامطمئن است تنها ۴۰ درصد از شرکت کنندگان اظهار می کردند که امکان دسترسی راحت به پزشک دیگر وجود دارد و ۲۷ درصد دسترسی را مشکل و حدود ۳۰ درصد نیز بی اطلاع بودند (۹).

محور چهارم منشور حقوق بیمار: حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت رازداری

حریم خصوصی بیمار که موضوع محور چهارم منشور حقوق بیمار کشورمان می باشد در بررسی حاضر به نحو مطلوبی رعایت گردیده است. نتایج مطالعه ما همسو با مطالعه Kuzu و همکاران (۸) است که در آن به رقم ۸۶/۱ درصد افراد مورد مطالعه اشاره شده است که حریم خصوصی خود را حین دریافت خدمات سلامت رعایت شده و محترم تلقی کرده بودند.

محور پنجم منشور حقوق بیمار: حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات بیماران

درخصوص حق رسیدگی به شکایت، مطالعه ای انجام گرفته در کشورمان نشان داد که فعالیت نظام رسیدگی به شکایات در بیمارستان های خصوصی از دید ارائه دهندگان خدمت، محسوس تر است و به نظر می رسد که بیمارستان های دولتی نیز باید در این مسیر گام بردارند (۲). شایان توجه است علی رغم دولتی بودن محل تحقیق حاضر، کمبود محسوسی از این نظر مشاهده نگردید

کاستی ها و نارسائی های زیادی در محور دوم منشور حقوق بیمار کشورمان که در خصوص ارائه اطلاعات و آموزش های بالینی مناسب به بیماران می باشد وجود دارد.

در مطالعات پرسشنامه ای Chan و همکاران 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 در ۲۴ درصد موارد معمولاً شرایط بیماری را برای بیمار بیان نمی کردند. در مقابل، ۳۲ درصد پزشکان هیچ گاه شرایط بیماری را از بیمار مخفی نمی کردند. در مورد بیان خطرات و عوارض احتمالی درمان تجویزی، ۹۲ درصد پزشکان فقط عوارض شایع را به بیمار می گفتند ولی ۲۹ درصد آنها همه ی عوارض را ذکر می کردند و ۱۰ درصد پزشکان تنها عوارضی را که برای بیمار مهم بود بیان می کردند (۱۰). به نظر می رسد که وضعیت این مطالعه تاحدودی مشابه مطالعه حاضر می باشد بطوریکه در برخی موارد همانند پاسخگویی به سوالات بیماران، وضعیت قابل قبول بوده اما در ارائه آموزش های کافی در موارد متعدد بالینی، کاستی هایی وجود دارد. نکته قابل توجه در مطالعه حاضر این است که بیماران مراجعه کننده مشکلات و سوالات خود را به آسانی با ارائه دهندگان خدمات مطرح می کنند. این در حالی است که در مطالعه ی Kuzu و همکاران (۸) ۴۰ درصد بیماران اظهار داشتند که در مورد خدمات، از پرسنل درخواستی نمی کنند. دلایلی که آنان در مورد علت این نحوه ی برخورد بیان می کردند عبارت بود از: ترس از عصبانی شدن کادر ارائه کننده ی خدمات سلامت، نگرانی از تأثیر منفی این اعتراض در مراقبت از ایشان، فقر، خجالت، مهاجر بودن، مسائل روانی، بی سواد، عدم اطلاع از قوانین و شرایط، درگیر و گرفتار بودن پرسنل، و ضعف در برقراری ارتباط بین بیمار و مراقبان. در مجموع می توان اظهار نمود که محور دوم منشور حقوق بیمار (یعنی حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی) به استثنای مورد اخیر (طرح سوال توسط بیماران از گیرندگان خدمات سلامتی) در بسیاری از موارد به توجه ویژه ای نیازمند است.

محور سوم منشور حقوق بیمار: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت

در مطالعه ی Basagaolgu و همکاران که درمورد نگرش بیماران درخصوص ملاحظات اخلاقی با تأکید بر رضایت آگاهانه در حین آموزش بالینی صورت گرفته مشخص گردید که ۲۹ درصد بیماران پس از بستری در بخش جراحی به خاطر داشتند که فرم رضایت آگاهانه را دریافت نکرده اند در حالی که ۵۶ درصد ذکر می کردند که اصلاً چنین فرمی را جهت امضا دریافت ننموده اند و ۱۵ درصد چیزی به خاطر نداشتند. به نظر می رسد که اکثر فرم ها توسط بستگان بیماران امضا شده و بیماران اطلاعی از آن نداشتند (۱۱). مضافاً بر اینکه فقط ۱۹ درصد از بیماران قبل از امضای فرم آن را

منطبق با منشور حقوق بیمار نموده که بنوبه خود به اثربخشی درمان های ارائه شده و افزایش کیفیت خدمات درمانی منجر خواهد شد. پیشنهاد می گردد با توجه بر کاستی ها و مشکلات و نیازهای مطرح شده از سوی بیماران و گیرندگان خدمات سلامت، و نیز استفاده از رای و نظر صاحب نظران این حیطه، کلینیک مبتنی بر بیمار و حقوق بیماران ایجاد گردد که بدنبال آن خدمات درمانی مطلوب با توجه به منشور حقوق بیمار ارائه خواهد شد.

تقدیر و تشکر

در پایان، پژوهشگران وظیفه‌ی خود می دانند که از همکاری صمیمانه‌ی مسئولین و پرسنل کلینیک فیزیوتراپی دانشکده‌ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیماران و همراهان مراجعه کننده به مرکز و همچنین مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC) که بودجه‌ی مورد نیاز برای اجرای این پژوهش را تامین نموده است کمال تشکر و قدردانی را بنمایند.

و بدین ترتیب محور پنجم منشور حقوق بیمار که ناظر بر حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات بیماران است بخوبی رعایت می شود.

نتیجه گیری

در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در دو محور اول و دوم منشور حقوق بیمار یعنی «حق دریافت مطلوب خدمات سلامت» و «حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی» کاستی های نسبتاً زیادی وجود دارد، و همین امر موجب می گردد که حقوق بیماران به نحو شایسته رعایت نگردد.

دریافت خدمات مطلوب سلامت به عوامل پیچیده و متعددی بستگی دارد از جمله قوانین بیمه‌ای، هزینه درمان و غیره، که به نظر می رسد عدم آگاهی و اطلاع از منشور حقوق بیمار توسط مراجعین و ارائه دهندگان خدمات سلامت یکی از دلایل مهم و عمده کاستی های ارائه خدمات درمانی از نگاه مراجعه کنندگان باشد. حدس ما بر این است که اطلاع از منشور حقوق بیمار و الزام کردن کادر درمانی برای رعایت مفاد آن، خدمات درمانی را

Reference

- Ghanbari A, Khaleghdost T. The comparison of nurses and the lecturers perspectives on patient rights in 1385. *Majaleie Pazhouheshe Parastari* 2006; **1**(1): 35-40 (Persian).
- Parsapour A, Bagheri A, Larijani B. Patient's rights charter in Iran. *Majaleie Akhlaq va Tarikhe Pezeshki* 2009; **1**: 39-47. (Persian).
- Mosaddeghrad AM. The relationship between patient's awareness on the patient's rights in hospital and their satisfaction from hospital services. *Teb Va Tazkieh* 2004; **58**: 16-24 (Persian).
- Atashkhaneh. Patient's rights. Shiraz, 2001. (Persian).
- Parsapour A, Mohammad K, Malekafzali H, Alaeddini F, Larijani B. The study of patients, physicians, and nurses perspectives on patient's rights. *Majaleie Akhlaq va Tarikhe Pezeshki* 2009; **3**(1): 53-63 (Persian).
- Hein E. *Nursing issues in the 21st century perspective from the literature*. Philadelphia, Lippincott, 2001; PP: 193-194.
- Misna J. Rights and responsibilities of nurses. 1998.
- Kuzu N, Ergin A, Zencir M. Patients' awareness of their rights in a developing country. *Public Health* 2006; **120**: 290-296.
- The patients association, survey of the UK public patient's rights main report. <http://www.patients-association.com/Patients-Rights> 2005;
- Chan D, Goh LG. The doctor-patient relationship: a survey of attitudes and practices of doctors in Singapore. *Bioethics* 2000; **14**(1): 58-76.
- Basagaoglu I, Sari N. Patient attitude about ethical issues confronted during the clinical education of medical students, with emphasis on informed consent. www.ishimj.net/ishimj/jishim/4_7_8/vol4no7/ibrahim_sari.doc 2009;
- Lopez de la pena X. Medical attitude and legal concepts about some patient's rights. *Rev Invest Clin* 1995; **47**: 5-12.