

بهبود و ارتقای میزان رعایت منشور حقوق بیمار از طریق مداخله آموزش محور

میرعلی اعتراف اسکویی

جعفر صادق تبریزی

فرید غریبی^۱

محمد اصغری جعفرآبادی

چکیده

مطالعات متعدد نشان داده اند که رعایت ابعاد مختلف منشور حقوق بیمار علاوه بر ایجاد محیط درمانی مطلوب و افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت، سبب بهبود نتایج درمانی می گردد، بر این اساس مطالعه حاضر به دنبال بهبود میزان رعایت منشور حقوق بیمار از طریق مداخلات کارا و اثربخش می باشد. این مطالعه از نوع مداخله ای می باشد که در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز و براساس دیدگاه های بیماران به انجام رسید. پس از گذشت یک سال از مداخله و انجام بررسی های ثانویه، نتایج حاصله با حیطه های هفت گانه روش 6MP و محورهای منشور حقوق بیمار مطابقت و میزان کاستی های احتمالی مشخص گردید. نتایج به دست آمده پس از اعمال مداخله، نشان دهنده بهبود قابل توجه در حیطه های هفت گانه روش 6MP و نیز در میزان رعایت حقوق بیمار می باشد.

واژگان کلیدی

منشور حقوق بیمار، فیزیوتراپی

۱. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: farid_hc.manager@yahoo.com

بهبود و ارتقای میزان رعایت منشور حقوق بیمار از طریق مداخله

آموزش محور

بیماران یکی از آسیب پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که به دلیل تحمل درد و رنج ناشی از بیماری، توانایی‌های معمولی خود را از دست داده و برای درمان و یا جبران ناتوانایی‌های خود، معمولاً به سیستم‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و سلامتی اعتماد کامل پیدا می‌کنند. بیماران در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت دارای حقوق انسانی، شرعی و قانونی هستند که در مواردی ممکن است رعایت نشده و موجبات خسران و ضایع شدن حقوق بیمار را فراهم نماید. به همین دلیل وجود ابزارهایی برای تضمین رعایت حقوق بیماران در سیستم‌های بهداشتی و سلامتی ضروری به نظر می‌رسد. واژه‌ی حقوق در تمام زبان‌ها به معنی آنچه راست و سزاوار است تعریف شده است، لذا حقوق بیمار به معنی آنچه برای بیمار بایسته و سزاوار است تعریف می‌شود (جولایی، نیکبخت نصرآبادی، پارسا یکتا، ۱۳۸۸).

نظام‌های بهداشتی و درمانی کشورها به منظور اطمینان از رعایت حقوق یاد شده، منشوری را به‌عنوان منشور حقوق بیمار تدوین و به سطوح اجرایی ابلاغ می‌کنند تا مفاد آن را اجرا گردد. بیمارستان‌ها و سایر مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت موظف هستند هنگام بستری یا پذیرش بیمار، این منشور و یا مفاد آن را به وی ارائه کنند تا با حقوق خود آشنا و نسبت به استیفای آن در موارد لزوم اقدام نماید (مصدق راد، ۱۳۸۴) (پارسا پور، باقری، لاریجانی، ۱۳۸۸) (پارسا پور، محمد، ملک افضل، علاء الدینی، لاریجانی، ۱۳۸۸) (کوزو، ارگین، زنسیر، ۱۳۸۵).

تدوین منشور حقوق بیمار، نقطه‌ی شروعی برای حرکت در راستای توجه همه‌جانبه به تامین حقوق بیماران و ارائه‌ی تعریفی صحیح از روابط بین ارائه‌دهندگان

و گیرندگان خدمت می‌باشد (پارساپور و همکاران، ۱۳۸۸). در سال ۱۳۸۱ برای اولین بار، منشور حقوق بیمار در ایران تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت ابلاغ گردید. به دلیل وجود بعضی نواقص در این منشور (حاجوی، طیبی، سرباز زرین آباد، ۱۳۸۳) (درگاهی و اسحاقی، ۱۳۸۶) و با توجه به ضرورت تدوین متنی جامع در مورد حقوق بیمار، منشور یاد شده با نگاهی فراگیر و با هدف تبیین روشن حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت موازین اخلاقی در عرصه درمان مورد بازبینی قرار گرفت. پس از گذشت ۷ سال، متن جدید و نهایی منشور حقوق بیمار در آبان ماه ۱۳۸۸ از سوی وزارت بهداشت مجدداً به مراکز تابعه ابلاغ گردید. این منشور 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 خدمات مطلوب، (۲) حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، (۳) حق انتخاب و تصمیم‌گیری 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، ۴، ۷، ۹ و ۳ بند تدوین گردیده است (پارساپور و همکاران، ۱۳۸۸).

همانطوری که از محورهای منشور حقوق بیمار استنباط می‌شود، هدف از تدوین و ضرورت اجرای آن در مراکز درمانی، دفاع از حقوق انسان (به خصوص بیمار) در راستای تکریم و حفظ حرمت و عزت اوست و نیز کسب اطمینان از اینکه در مواقع بیماری به‌ویژه در فوریت‌های پزشکی، بدون هرگونه تبعیض در نژاد، سن، جنس، خویشاوندی، رتبه و جایگاه اجتماعی، تحصیلات و غیره از جسم و جان او محافظت به عمل می‌آید. مطابق این منشور، بیمار حق دارد که از مراقبت توأم با احترام و تکریم برخوردار شود، از پزشکان و افراد دیگر تحت

مراقبت وی در مورد تشخیص، نوع درمان و پیش‌آگهی بیماری، اطلاعات دقیقی کسب بکنند، در مورد ادامه یا رد درمان توصیه شده، تصمیم‌گیری کند، برنامه‌ی درمانی‌اش محرمانه نگه داشته شده و در موارد قصور در خدمات پزشکی، راهنمایی گردد (رنگرزجیدی و ربیعی، ۱۳۸۴) (هوشمند، جولایی، نهرداد، بحرینی، ۱۳۸۵) (عرب و زارعی، ۱۳۸۶).

از طرف دیگر، بررسی‌های مداوم مدیران و مسئولان مراکز بهداشتی و درمانی در رابطه با مشکلات مراجعین و میزان رضایت مندی آنان می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده کمک شایانی نموده و میزان رعایت حقوق بیماران را ارتقاء دهد. بنابراین ضرورت دارد که تمامی اعضای تیم ارائه‌ی مراقبت به بیمار، از جمله مدیران و مسئولان بیمارستان که در کانون شبکه‌ی تصمیم‌گیری قرار دارند از ضوابط و مقررات قانونی مربوط به حقوق بیماران آگاهی داشته تا در جهت ارائه‌ی خدمات درمانی با کیفیت بیشتر و توأم با احترام و تکریم بیماران گام بردارند (عرب و زارعی، ۱۳۸۶).

ما در مطالعه اخیر، مشکلات و کاستی‌های مراجعه‌کنندگان به کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز را شناسایی و با منشور حقوق بیمار مطابقت دادیم (زیر چاپ). به استناد این مطالعه، در رعایت دو محور اول و دوم منشور حقوق بیمار یعنی "حق دریافت مطلوب خدمات سلامت" و "حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی" کاستی‌های زیادی مشاهده گردید. به همین دلیل، تصمیم گرفتیم بر مبنای دیدگاه‌های مطرح شده از سوی بیماران و همراهان آنان، مداخلات مرتبط و مؤثر را طراحی و اعمال نماییم. بنابراین هدف از مطالعه حاضر، بهبود و ارتقای میزان رعایت منشور حقوق بیمار از طریق مداخلات بر مبنای آموزش بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است.

فرض ما بر این است که با مداخلات آموزش محور، میزان کیفیت خدمات و رضایت مندی مراجعہ کنندگان افزایش پیدا کرده و بدین ترتیب مطابقت خدمات ارائه شده با منشور حقوق بیمار که همانا تکریم و احترام بیمار است ارتقاء پیدا می کند.

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله ای می باشد که در مدت دو سال و از مرداد ماه سال ۹۰ لغایت مرداد ماه ۹۱ انجام گرفت. داده های به دست آمده با استفاده از روش مصاحبه و با پرسیدن سؤالاتی باز شامل "آیا در این مرکز با مشکل خاصی مواجه شده اید؟" و "آیا در این مرکز کمبودی احساس می کنید؟" به دست آمد. تعداد مشارکت کنندگان در هر دو مرحله پیش و پس آزمون ۱۲۰ نفر از بیماران و یا همراهان مراجعہ کننده به کلینیک فیزیوتراپی دانشکده ی توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود که معیارهای اصلی شرکت در مطالعه، تجربه ی حداقل ۲ جلسه از درمان توسط بیماران یا همراهان آنها و تمایل آنها برای شرکت در مطالعه بود. بررسی پیش آزمون^۱ نشان داد که در رعایت دو محور اول و دوم منشور حقوق بیمار یعنی "حق دریافت مطلوب خدمات سلامت" و "حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی" نواقص و کاستی های زیادی مشاهده وجود دارد. پس از مطابقت مشکلات مطرح شده از سوی بیماران و همراهان آنان با جنبه های مختلف منشور حقوق بیمار براساس اصل پارتو، مداخلات مرتبط طراحی و در طول یک سال اعمال گردید.

مطابق مدل تغییر کرت لوین، اولین مرحله برای ایجاد تمامی تغییرات، تبیین و تشریح اهمیت مسئله و به چالش کشیدن وضعیت موجود با ارائه شواهد و مدارک

کافی و مستدل می‌باشد. سپس وضعیت مطلوب جایگزین وضعیت قبلی شده و تغییر مورد نظر به وقوع می‌پیوندد و در مرحله پایانی، تغییر ایجاد شده با ایجاد فرهنگ سازمانی حامی تغییر اعمال شده، تثبیت می‌شود (رابینز و دی سنزو، ۱۳۸۴) (ایران نژاد پاریزی و ساسان گهر، ۱۳۸۵).

بر این اساس و با توجه به مشکلات شناخته شده در پیش‌آزمون، مداخلات زیر در مرحله پس‌آزمون^۲ طراحی و به مورد اجرا درآمد: (۱) برگزاری نشست‌هایی برای تشریح ابعاد مشکلات، ریشه‌یابی و اولویت‌بندی آنها (۲) انتخاب مداخلات مرتبط و مؤثر، (۳) آموزش تمامی کارکنان کلینیک درمانی در خصوص اهمیت رعایت حقوق بیمار از طریق همایش و تدوین و توزیع مجموعه‌های آموزشی، (۴) آموزش به بیماران در مورد حقوق مندرج در منشور حقوق بیمار با استفاده از بروشورها و نصب بنرهای آموزشی در کلینیک درمانی، (۵) اهتمام و تلاش مداوم مدیران و مسئولان مرکز در راستای مرتفع ساختن مشکلات مطرح شده از جانب مراجعه‌کنندگان، (۶) تقویت سیستم ثبت و مدارک پزشکی با استفاده از پرونده و کارت همراه بیمار، (۷) تقویت سیستم بایگانی کلینیک، (۸) ارتقای آموزش‌های ارائه شده به بیماران و همراهان آنها و مشارکت فعال آنها در فرایند درمان، (۹) طراحی و اجرای سیستم علمی رسیدگی به شکایات بیماران، (۱۰) ایجاد زمان‌بندی مناسب برای مراجعه بیماران به منظور رفع معطلی‌های احتمالی، و (۱۱) استفاده مناسب از دانشجویان مقطع کارورزی جهت رفع مشکلات احتمالی به دلیل کمبود پرسنل درمانی.

پاسخ‌های به دست آمده از طریق پرسشنامه با سؤالات باز مورد بررسی و نتایج حاصله با حیطه‌های هفتگانه مدیریت (Management)، روش‌ها (Methods)، نیروی انسانی (Manpower)، مواد و لوازم (Materials)، پول (Money)، دستگاه‌ها

(Machine)، و فضای فیزیکی (Plant) موسوم به 6MP مطابقت، و سپس به صورت فراوانی کاستی‌های اظهار شده توسط مراجعین به کلینیک گزارش گردید. در مرحله پایانی، نتایج به دست آمده از پرسشنامه مذکور و نیز روش 6MP، مورد بررسی تطبیقی با محورهای مختلف منشور حقوق بیمار قرار گرفته و بدین ترتیب میزان نواقص و کاستی‌های احتمالی در رعایت منشور حقوق بیمار مشخص گردید.

ضمناً برای بررسی معنی‌داری تغییرات ایجاد شده پس از اعمال مداخله در مقایسه با نتایج مطالعه اخیر نویسندگان، از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. تحلیل آماری این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS 16 صورت گرفت و در تمامی موارد، سطح معنی‌داری برای آزمون‌های آماری $P \leq 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۱۲۰ نفر شرکت‌کننده در این مطالعه، ۷۷ نفر (۶۴/۲٪) را بیمار و ۴۳ نفر (۳۵/۸٪) را همراهان بیمار تشکیل دادند. دلیل عمده انتخاب این مرکز درمانی توسط بیماران، به ترتیب کیفیت خوب ارائه خدمات درمانی (۶۳٪) و رضایت از مراجعات قبلی (۳۳٪) گزارش گردید که نسبت به نتایج موارد مشابه قبل از مداخله به ترتیب از رشد ۳/۵ و ۱۳/۷۵ برابری برخوردار است. هر چند که بیماران مجاز به انتخاب بیش از یک پاسخ در دلیل انتخاب مرکز درمانی بودند، دلایل دیگر از جمله نزدیکی به محل زندگی و توصیه آشنایان تقریباً مشابه بودند.

نتایج حاصل از بررسی روش 6MP نشان می‌دهد که از پاسخ‌های به دست آمده و علیرغم انتخاب بیش از یک پاسخ توسط بیماران، مجموعاً ۲۲ پاسخ (۱۸/۳٪)

موارد کاستی در حیطه‌های هفت گانه مدیریت، روش‌ها، نیروی انسانی، مواد و لوازم، پول، دستگاه‌ها، و فضای فیزیکی گزارش گردید که تقریباً بهبودی ۴/۵ برابری را نسبت به موارد مشابه قبل از مداخله نشان می‌دهد (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی کاستی‌های اظهار شده توسط مراجعه‌کنندگان با استفاده از روش 6MP

حیطه	تعداد (درصد)، مطالعه اخیر	تعداد (درصد)، مطالعه حاضر	P value
مدیریت	۲۴ (۱۴/۶٪)	۵ (۴/۲٪)	۰/۰۲۱
روش‌ها	۴۷ (۲۸/۵٪)	۴ (۳/۳٪)	<۰/۰۰۱
نیروی انسانی	۳۲ (۱۹/۵٪)	۳ (۲/۵٪)	<۰/۰۰۱
مواد و لوازم	۴ (۲/۵٪)	۱ (۰/۸٪)	۰/۶۵۵
پول	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	۱
تجهیزات	۳۳ (۲۰٪)	۳ (۲/۵٪)	<۰/۰۰۱
فضای فیزیکی	۲۵ (۱۵٪)	۶ (۵٪)	۰/۰۳۲
مجموع	۱۶۵ (۱۰۰٪)	۲۲ (۱۸/۳٪)	<۰/۰۰۱

نتایج حاصل از بررسی تطبیقی پاسخ‌ها با محورهای منشور حقوق بیمار نشان می‌دهد که پس از اعمال مداخله در مطالعه حاضر، به ترتیب در محور اول و دوم منشور حقوق بیمار یعنی "حق دریافت مطلوب خدمات سلامت" و "حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی" ۱۳/۳٪ و ۵٪ موارد نقض و کاستی وجود دارد که به ترتیب بهبودی ۴/۵ و ۴ برابری را نسبت به موارد مشابه قبل از مداخله نشان می‌دهد (جدول ۲). در بقیه محورهای منشور حقوق بیمار، همانند موارد قبلی نقض و کاستی گزارش نگردید.

جدول ۲. نتایج بررسی تطبیقی موارد نقض و کاستی‌ها با محورهای منشور حقوق بیمار

محورهای منشور حقوق بیمار	تعداد کاستی‌ها (%)	تعداد کاستی‌ها (%)	P value
	مطالعه اخیر	مطالعه حاضر	
۱) حق دریافت خدمات مطلوب سلامت	۱۲۱ (۵۹/۳٪)	۱۶ (۱۳/۳٪)	<۰/۰۰۱
۲) حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی	۴۱ (۲۰/۱٪)	۶ (۵٪)	<۰/۰۰۱
۳) حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	۱
۴) حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری	۳ (۱/۵٪)	۰ (۰٪)	۰/۲۹۸
۵) حق ابراز اعتراض و حق جبران خسارت	۰ (۰٪)	۰ (۰٪)	۱

نتیجه

دریافت خدمات درمانی توأم با تکریم و احترام، حق طبیعی و قانونی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی است که موارد و مصادیق آنها در منشور حقوق بیمار مندرج است. در مواردی ممکن است این حقوق رعایت نشده و بدین ترتیب موجبات خسران و ضایع شدن حقوق بیمار را فراهم نماید. نتیجه جالب توجه مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اعمال مداخلات مبتنی بر آموزش بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در رعایت حقوق بیمار تأثیر چشمگیری داشته و باعث بهبود و ارتقاء میزان رعایت منشور حقوق بیمار به میزان ۴/۵-۴ برابر شده است.

البته نوع مداخله، محتوا و شیوه اعمال آن را شناسایی و دسته‌بندی مناسب مشکلات موجود در مرکز درمانی تعیین می‌کند که ما قبل از اقدام به انجام مداخله، در یک مطالعه مقدماتی به مدت یک‌سال آن را بررسی و مشکلات را طبقه‌بندی نمودیم (زیر چاپ) و همانطوری که در قسمت روش کار توضیح داده شد مداخله مرتبط در راستای بالا رفتن رضایت مراجعه‌کنندگان به این مرکز درمانی و سپس ارتقای میزان رعایت حقوق بیمار تدوین و به مرحله اجرا درآمد. در مطالعه‌ای که با هدف بررسی وضعیت رعایت جنبه‌های مختلف حقوق بیمار در مبتلایان به دیابت نوع II در استرالیا به انجام رسید، نشان داده شد که در اغلب جنبه‌های مربوط به حقوق بیمار، امتیاز کسب شده کمتر از میزان قابل قبول بوده و بیشترین مشکلات به ترتیب در جنبه‌های استمرار خدمت، مراقبت به موقع و توجه فوری، احترام و دسترسی می‌باشد که تقریباً با بخشی از نتایج مطالعه حاضر منطبق می‌باشند. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که بیماران جوانتر، کمترین امتیاز و افراد با کنترل مناسب بیماری، بالاترین امتیاز را کسب کرده

بودند. نقاط ضعف یاد شده به عنوان فرصت‌های بهبودی یاد گردید که بایستی با انجام مداخلات مناسب به ارتقای میزان آنها پرداخت (تبریزی، ویلسون، اوروکه، ۱۳۸۶).

در مطالعه دیگری که با هدف بررسی میزان حقوق بیمار در مراکز فیزیوتراپی دولتی و خصوصی شهر تبریز به انجام رسید، بالاترین نمره کیفیت خدمت از نظر بیماران بایستی به ترتیب به طرز برخورد کارکنان، رازداری و زمان انتظار مناسب، و کمترین نمره به اطلاع از نحوه درمان، مکان مناسب ارائه خدمت و هزینه مناسب خدمات درمانی اختصاص پیدا کند (جنتی، ۱۳۸۹). این نتایج هم با یافته‌های اخیر نویسندگان همسو بوده و بدین ترتیب برای تحقق آن، در مطالعه حاضر بر محور اول و دوم منشور حقوق بیمار تاکید شده و با اعمال مداخله لازم، بهبودی قابل توجهی در ارتقای میزان رعایت حقوق بیمار مشاهده گردید. همچنین میانگین نمرات به دست آمده و نیز میزان رضایت از مراکز دولتی به طرز معنی‌داری از مراکز خصوصی بیشتر بود که بر لزوم انجام مداخلات علمی به منظور ارتقای حقوق بیمار و سطح رضایت و نیز توجه مسئولین و سیاست‌گذاران برای تحقق این امر مهم تاکید دارد (جنتی، ۱۳۸۹).

در یک بررسی مداخله‌ای که با هدف نشان دادن چگونگی طراحی و اجرای سیستم بهبود مستمر کیفیت در بخش اورژانس یک بیمارستان در ایالات متحده به انجام رسید، پژوهشگران اقدام به انجام مداخلاتی به منظور رفع مشکلات این بخش در زمینه شکایات فزاینده بیماران، اتلاف بیش از حد زمان جهت دریافت خدمت و نارضایتی گسترده آنان از خدمات دریافتی نمودند (ولچ و آلن، ۱۳۸۵). پژوهشگران توانستند با تشکیل کمیته‌ای جهت بررسی و تحلیل مسائل، اصلاح فرآیندها، استفاده از بنچ مارکینگ (الگوسازی)، اصلاح دستورالعمل‌های مراقبتی،

ارائه آموزش به پرسنل و بیماران، استفاده از سیستم یکپارچه اطلاعات بیمارستانی و نیز به کار بردن ممیزی بالینی، مشکلات یاد شده را تا حدود زیادی مرتفع نمایند. همچنین آنان بر لزوم انجام مداخلات مشابه و اثربخشی آنها جهت ارتقای جنبه‌های مربوط به حقوق بیمار نیز تاکید داشتند (ولچ و آلن، ۱۳۸۵)، که باز تأکیدی دیگر بر انجام مطالعه حاضر در راستای بهبود و ارتقای رعایت منشور حقوق بیمار است.

در یک مطالعه مداخله‌ای دیگر، پژوهشگران توانستند با استفاده از به‌کارگیری بیشتر پرسنل بومی، بهتر نمودن امکانات مرکز درمانی و ایجاد اتاق انتظار مناسب برای بیماران، ارتقای آگاهی علمی و بهداشتی مردم با استفاده از آموزش‌های بهداشتی و شرکت دادن آنان در فعالیت‌های بهداشتی و نیز بالا بردن مشارکت بین‌بخشی، باعث افزایش دسترسی، بالا بردن میزان استفاده از خدمات و در نتیجه بهبود کیفیت برون‌دادهای مربوط به سلامت شوند (هی من، ۱۳۸۹). در این پژوهش نیز اظهار شده است که بهبود مستمر کیفیت و انجام مداخلات مرتبط در زمینه ارتقای رعایت جنبه‌های حقوق بیمار، راهکاری اساسی برای ارتقای برون‌دادهای مربوط به سلامتی می‌باشد (هی من، ۱۳۸۹).

اغلب مطالعات صورت گرفته در زمینه حقوق بیمار با محدودیت‌هایی همراه است و غالباً جنبه‌های محدودی از حقوق بیمار را مورد بررسی قرار داده‌اند. در مطالعه حاضر سعی ما این بود با انجام یک بررسی جامع که در مدت دو سال انجام گرفت مداخله جامع باعث بهبود جنبه‌های مختلف حقوق بیمار و متعاقباً نتایج درمانی و رضایت مشتریان گردد. بنابراین مطالعه حاضر و سایر مطالعات صورت گرفته در زمینه حقوق بیمار، اهمیت این موضوع را بیش از پیش روشن نموده و تأثیر مداخلات علمی، کارا و اثربخش را بر ما آشکار می‌سازد. با توجه به بعضی

محدودیت‌ها و ملاحظات مدیریتی در عرصه نظام سلامت، پیشنهاد می‌گردد که مسئولین و سیاست‌گذاران این عرصه، مطالعات جامع و مستمری را به عمل آورده و در جهت مرتفع کردن مشکلات موجود با انجام مداخله‌های مرتبط، تأثیرات بسزائی را در ارائه خدمات درمانی به بیماران بر جای بگذارند.

نتایج حاصله از این مطالعه نشان می‌دهد که اعمال مداخلات بر مبنای آموزش بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، منجر به بهبود و ارتقای میزان رعایت منشور حقوق بیمار می‌گردد. بدین ترتیب در مراکز درمانی با مداخلات آموزش محور، میزان کیفیت خدمات و رضایت‌مندی مراجعہ‌کنندگان افزایش پیدا کرده و مطابقت خدمات ارائه شده با منشور حقوق بیمار که همانا تکریم و احترام بیمار است ارتقاء پیدا می‌کند. بی تردید نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌تواند برای مراکز مشابه و عموم عرصه‌های نظام سلامت، راهگشا، مؤثر و هدایت‌گر خواهد بود.

قدردانی

از همکاری خوب مدیریت و پرسنل کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز و نیز مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC) که بودجه مورد نیاز این پژوهش را تامین نموده است تشکر و قدردانی می‌گردد.

پی‌نوشت‌ها

1. Pre-test
2. Post-test

فهرست منابع

- جولایی، سودابه. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا. پارسا یکتا، زهره. (۱۳۸۸). نگاهی چند سویه به پدیده حقوق بیمار: تجربیات زیسته بیمار و همراه، پزشک و پرستار. نشریه پرستاری ایران. ج ۲۲. ۲۸ تا ۴۱.
- مصدق راد، علی محمد. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین میزان آگاهی نسبت به حقوق بیمار در بیمارستان و رضایتمندی آنها از خدمات بیمارستانی. طب و تزکیه. ج ۱۴. ۱۶ تا ۲۴.
- پارساپور، علیرضا. باقری، علیرضا. لاریجانی، باقر. (۱۳۸۸). منشور حقوق بیمار در ایران. اخلاق و تاریخ پزشکی. ج ۴. ۳۹ تا ۴۷.
- پارساپور، علیرضا. محمد، کاظم. ملک افضل، حسین. علاء الدینی، فرشید. لاریجانی، باقر. (۱۳۸۸). بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران درخصوص میزان رعایت حقوق بیمار. اخلاق و تاریخ پزشکی. ج ۳. ۵۳ تا ۶۳.
- Kuzu N, Ergin A, Zencir M. (2006). Patients' awareness of their rights in a developing country. The Royal Institute of Public Health. 120. 290-296.
- حاجوی، اباذر. طیبی، سید جمال الدین. معصومه، سرباز زین آباد. (۱۳۸۳). بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ارائه راه حل مناسب برای ایران. مجله علمی پزشکی قانونی. ج ۳۶. ۱۹۶ تا ۲۰۱.
- درگاهی، حسین. اسحاقی، شبنم. (۱۳۸۶). مطالعه تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب با کشور ایران. مجله دیابت و لیپید ایران. ویژه نامه. ۹۱ تا ۹۸.
- رنگرز جدی، فاطمه. ربیعی، رضا. (۱۳۸۴). میزان رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان‌های دولتی کاشان. فصلنامه بهبود. ج ۹. ۶۲ تا ۷۱.
- هوشمند، عباس. جولایی، سودابه. مهرداد، ندا. بحرانی، ناصر. (۱۳۸۵). آگاهی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر تهران از حقوق بیمار و عوامل تسهیل کننده رعایت این حقوق از دیدگاه آنها. حیات. ج ۱۲. ۵۷ تا ۶۶.
- عرب، محمد. زارعی، اصغر. (۱۳۸۶). وضعیت آگاهی مدیران بیمارستان‌های دولتی شهر تهران از حقوق بیمار. فصلنامه مدیریت سلامت. ج ۱۰. ۷ تا ۱۲.
- رایبیز، استیفن پی رایبیز. دی سنزو، دیوید. (۱۳۸۴). اصول مدیریت: مفاهیم و الزامات اساسی. چاپ سوم. تهران. دفتر پژوهش‌های فرهنگی.
- ایران نژاد پاریزی، مهدی. ساسان گهر، پرویز. (۱۳۸۵). سازمان و مدیریت: از تئوری تا عمل. چاپ نهم.

تهران. موسسه بانکداری ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران.

Tabrizi JS, Wilson A, O'Rourke P. (2007). Original Article: Clinical Care and Delivery Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. *Diabetic Medicine*. 25. 612-617.

جنتی، سعید. (۱۳۸۹). ارزیابی کیفیت خدمت در مراکز فیزیوتراپی شهر تبریز بر اساس دیدگاه بیماران. تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، پایان نامه کارشناسی ارشد.

Welch SJ, Allen TL. (2006). Data-Driven Quality Improvement in the Emergency Department at a Level one Trauma and Tertiary Care Hospital. *The Journal of Emergency Medicine*. 30. 269-276.

Hayman N. (2010). Strategies to Improve Indigenous Access for Urban and Regional Populations to Health Services. *Heart, Lung and Circulation*. 19. 367-371.

یادداشت شناسه مؤلفان

میرعلی اعتراف اسکویی: دکترای تخصصی فیزیوتراپی، عضو هیئت علمی و دانشیار گروه فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

جعفرصادق تبریزی: مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو هیئت علمی و دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

فرید غریبی: دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیک: farid_hc.manager@yahoo.com

محمد اصغری جعفرآبادی، استادیار مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۲/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۴/۲۵