

تصویر سلامت

دوره ۳ شماره ۱ سال ۱۳۹۱ صفحه ۱۸ - ۱۱

تأثیر آموزش کارکنان و مراجعین بر بهبود میزان رعایت حقوق بیمار در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی تبریز

فرید غریبی: دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آدرس: تبریز، خیابان گلگشت، خیابان عطار نیشابوری، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی
میرعلی اعتراف اسکویی: عضو هیئت علمی و ریاست دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

Email: eterafoskouei@tbzmed.ac.ir

جعفرصادق تبریزی: عضو مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، دانشیار گروه آموزشی مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
محمد اصغری جعفرآبادی: عضو هیئت علمی گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی

چکیده

زمینه و اهداف: حقوق بیمار شامل موارد مراقبتی است که بیمار حق دریافت آنها را دارد و مطالعات نشان داده است که بکارگیری اصول مربوط به حقوق بیمار منجر به بهبود نتایج درمانی و نیز افزایش رضایت‌مندی مشتریان خواهد شد. مطالعه حاضر در این راستا و با هدف بررسی میزان رعایت حقوق بیمار و ارتقای میزان رعایت آن از طریق مداخلات کارا و اثربخش در سال‌های ۸۹ و ۹۰ به انجام رسید.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی مداخله‌ای می‌باشد که در طی ۱۵ ماه در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت. داده‌ها به وسیله پرسشنامه محقق‌ساخته‌ای که روایی و پایایی آن توسط آزمون‌های آماری مورد تایید قرار گرفته بود جمع‌آوری گردید. پرسشنامه در مرحله پیش از انجام مداخله شامل ۷ سؤال در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۳۴ سؤال در مورد ۱۱ بعد کیفیت خدمت که در مرحله پس‌آزمون، تعداد جنبه‌ها به ۱۲ و تعداد سؤالات به ۳۸ افزایش یافت.

یافته‌ها: در تحلیل‌های صورت‌گرفته بر روی داده‌های حاصل از مرحله پیش‌آزمون، در ۶ بعد از حقوق بیمار یعنی انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی، کیفیت خدمت، نامطلوب ارزیابی گردید که با انجام مداخلات کارا و اثربخش از طرف تیم ارتقاء، تمامی جنبه‌ها اصلاح و امتیاز آنها به حد مطلوب ارتقاء یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج برگرفته از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که می‌توان با تحلیل درست مشکلات، اولویت‌بندی آنها و ارائه راهکارهای کاربردی در جهت مرتفع کردن آنها گام برداشت. یافته‌های بدست آمده از این مطالعه می‌تواند در محیط‌های مشابه و نیز در تمامی عرصه‌های علوم پزشکی بکار گرفته‌شده و نویدبخش ایجاد محیط‌های مراقبت سلامت سرشار از کرامت انسانی و احترام متقابل باشد.

کلیدواژه‌ها: فیزیوتراپی، کلینیک، آموزش، حقوق بیمار

مقدمه

مقررات قانونی مربوط به حقوق بیماران آگاه باشند تا در جهت ارائه خدمات با کیفیت و توأم با احترام به بیماران گام بردارند (۸). در این راستا مطالعه حاضر به دنبال بررسی میزان رعایت حقوق بیمار در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به این مرکز بوده و درصدد است با انجام مداخلات علمی و اثربخش، میزان رعایت این حقوق را بهبود بخشیده و متعاقباً از این طریق منجر به بهبود نتایج درمانی در بیماران یاد شده گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مداخله‌ای می‌باشد که در مرحله پیش از انجام مداخله با استناد به قانون ۱ به ۶ در تعیین حجم نمونه (۶ نمونه به ازای هر سؤال پرسشنامه) مشارکت ۲۰۴ نفر (۹) و در مرحله پس از مداخله با مشارکت ۱۲۰ نفر از بیماران و همراهان آنها در گروه‌های جداگانه در کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت.

علت کمتر بودن تعداد نمونه‌ها در مرحله سنجش ثانویه این بود که پس از انجام مداخله، براساس یک مطالعه مقدماتی (Pilot Study) شامل ۳۰ نفر، برای متغیر کیفیت خدمت، اطلاعات اولیه شامل میانگین و انحراف معیار محاسبه شد، به‌علاوه با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه ۱۲۰ مورد بدست آمد. معیارهای اصلی شرکت در مطالعه، تجربه‌ی حداقل ۲ جلسه از درمان توسط بیماران یا همراهان آنها و تمایل آنها برای شرکت در مطالعه بود. روش نمونه‌گیری مطالعه، نمونه‌گیری در دسترس بود که براساس تعداد نوبت‌های کاری و در نظر گرفتن یک دوره کامل کاری و تعداد ساعات ارائه خدمت در هر نوبت کاری، تعداد پرسشنامه‌هایی که می‌بایست در آن نوبت تکمیل گردد تعیین و سپس در ساعات مختلف روز و در طی ۳ هفته تکمیل گردید.

داده‌ها به‌وسیله‌ی پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته‌ای که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته بود جمع‌آوری گردید. روایی محتوایی ابزار براساس نظر پانل خبرگان (Expert Panel) که شامل ۱۰ نفر از متخصصین در زمینه مدیریت خدمات بهداشتی و درمان و فیزیوتراپی بود بررسی و تایید گردید، ضمناً براساس نظر پانل، اصلاحاتی بر روی سؤالات پرسشنامه صورت گرفت.

پایایی (همسانی درونی) پرسشنامه نیز به ازای ابعاد مختلف آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی و تایید گردید (در تمامی موارد $\alpha > 0.7$). پرسشنامه در مرحله پیش از انجام مداخله شامل ۷ سؤال در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۳۴ سؤال در مورد ۱۱ بعد حقوق بیمار شامل انتخاب ارائه‌دهنده‌ی خدمت، ارتباط و تعامل، داشتن اختیار، استمرار خدمت، کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، احترام، به‌موقع بودن و توجه فوری، ایمنی، پیشگیری، دسترسی و اعتماد می‌باشد که هر سؤال از دو جنبه‌ی اهمیت و عملکرد، از گیرنده‌ی خدمت پرسیده می‌شد. اما در مرحله پس از انجام مداخله به-

بیماران و همراهان آنان در مراکز خدمات سلامت دارای حقوق مشخصی هستند که رعایت آنها از جانب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت لازم و ضروری است. امروزه حق بیماران به‌عنوان یک مشارکت‌کننده فعال در فرایند درمان، و نه یک شیء منفعل در برابر تست‌های تشخیصی و درمان‌های طبی، به‌طور گسترده‌ای پذیرفته شده است (۱).

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 (۲). موضوع حقوق بیمار از سال ۱۹۶۴ با بیانیه‌ی هلسینکی درباره‌ی موضوعات تحقیقاتی، در سال ۱۹۶۸ در بیانیه‌ی 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 عرصه‌ی نوینی گردید و شکل رسمی تری به خود گرفت (۳).

وظیفه سازمان ارائه‌دهنده خدمات سلامت در قبال حقوق بیمار، شناخت جنبه‌های مختلف این حقوق و درک اهمیت آنها، آموزش آنها به تمامی کارکنان درمانی و غیردرمانی خود، آموزش آنها به بیماران به-منظور ایجاد پاسخ‌گویی در مراکز سلامت و انعکاس این حقوق در فرایند ارائه خدمت، و در نهایت، نظارت بر حسن اجرای آنها می‌باشد. تجربه نشان می‌دهد که رعایت جنبه‌های مختلف حقوق بیمار، تأثیر بسزایی در بهبود نتایج درمانی و افزایش رضایت‌مندی بیماران و همراهان آنان دارد که این امر متعاقباً منجر به ارتقای اثربخشی درمانی و نیز بهبود وجهه مراکز رعایت‌کننده این حقوق می‌شوند. به‌عنوان مثال، پژوهش‌های صورت‌گرفته نشان می‌دهد که ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار، ضرورت استفاده از دارو را تا میزان ۵۰ درصد کاهش می‌دهد و باعث ترخیص زودتر از موعد بیمار شود. درضمن، 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 (۴). ثابت شده است که آگاه نمودن بیماران و سهیم کردن آنها در تصمیم‌گیری و محترم شمردن حقوق‌شان به بهبودی آنها سرعت می‌بخشد، دوران بستری در بیمارستان را کاهش می‌دهد و از ضربات و صدمات روحی و جسمی جبران‌ناپذیر جلوگیری می‌کند (۵).

بیماران دارای حقوق گسترده‌ای در زمینه‌هایی همانند احترام، توجه به‌موقع و فوری، استمرار خدمت، آموزش‌های مراقبتی، دسترسی، سیستم رسیدگی به شکایات، مشارکت در فرایند درمان، داشتن اختیار، ارتباط و تعامل و... می‌باشند (۶ و ۷).

با توجه به افزایش آگاهی بیماران از حقوق خود، ضرورت دارد که کلیه اعضای گروه ارائه‌ی مراقبت به بیمار، از جمله مدیران بیمارستان که در کانون شبکه‌ی تصمیم‌گیری قرار دارند از ضوابط و

توجه به معکوس بودن نمره، دهک نهم بر روی عدد ۰/۱ واقع شد. نمره‌ی عملکرد پایین‌تر از ۰/۱ قابل قبول، و نمره‌ی عملکرد بالای ۰/۱ غیر قابل قبول ارزیابی گردید (۷ و ۱۰).

مداخلات صورت گرفته به منظور ارتقاء در میزان رعایت حقوق بیمار: مطابق مدل تغییر کورت لوین، اولین مرحله برای ایجاد تمامی تغییرات، تبیین و تشریح اهمیت مسئله و به چالش کشیدن وضعیت موجود با ارائه شواهد (Evidence Based) 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 (۱۱ و ۱۲).
در جدول ۱ شرح مداخلات صورت گرفته به منظور ارتقای هر بعد از کیفیت خدمت به تفکیک آورده شده است.

دلیل برقراری سیستم رسیدگی به شکایات در کلینیک و نیز طراحی و استفاده از پرونده‌های درمانی در ارائه خدمات، یک بعد دیگر با سه سؤال با نام "رسیدگی به شکایات" و یک سؤال درباره محرمانه ماندن اطلاعات موجود در پرونده‌ها به بعد اعتماد اضافه گردید و بدین صورت تعداد ابعاد به ۱۲ و تعداد سؤالات به ۳۸ افزایش یافت.

سطح عملکرد درک شده از مراقبت دریافت شده در یک مقیاس چهار نقطه‌ای 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 سؤالات منفی نمره‌ی عملکرد بصورت عکس محاسبه گردید. با توجه به نقطه‌ی برش انتخابی کیفیت خدمت یعنی دهک نهم و تصمیم‌گیری برای مناسب بودن کیفیت خدمت براساس آن، در مورد عملکرد نیز از دهک نهم استفاده شد با این تفاوت که در این شاخص با

جدول ۱: مداخلات طراحی و اجرا شده

ابعاد با وضعیت نامطلوب	امتیاز کسب شده	مداخله اجرا شده
انتخاب ارائه دهنده خدمت	۰/۵۰۲	آموزش پرسنل و بیماران به وسیله نشست‌ها، بسته‌ها، بروشورها و بنرهای آموزشی
ایمنی	۰/۳۱۵	آموزش به پرسنل جهت ارائه آموزش‌های مناسب به بیماران و همراهان، تهیه و توزیع بروشورهای آموزش دهنده در رابطه با بیماری‌های شایع در کلینیک
پیشگیری	۰/۲۹۵	آموزش به پرسنل جهت ارائه آموزش‌های مناسب به بیماران و همراهان در رابطه با اقدامات پیشگیرانه
احترام	۰/۲۱۳	آموزش به پرسنل مرکز در رابطه با عدم ممانعت از ورود همراهان به کابین ارائه خدمت و ارائه آموزش‌های مناسب به آنان، تشویق بیماران و همراهان به بیان مشکلات و سؤالات خود از جانب ارائه دهندگان خدمت و ایجاد محیطی سرشار از احترام و حفظ کرامت انسانی
داشتن اختیار	۰/۲۰۳	آموزش پرسنل مرکز در رابطه با مشارکت دادن بیمار و همراهان در فرایند درمان و دادن حق انتخاب آزادانه و آگاهانه به آنان
دسترسی	۰/۱۵۵	پذیرش تمامی بیمه‌ها، رعایت دقیق تعرفه‌های درمانی و رایگان بودن درمان برای کارکنان علوم پزشکی و خانواده‌های آنان جهت افزایش دسترسی مالی، احترام به فرهنگ مراجعه-کنندگان به کلینیک جهت افزایش دسترسی فرهنگی، تثبیت ساعات کاری در تمامی طول روز جهت افزایش دسترسی زمانی
کیفیت خدمت کل	۰/۱۶۰	تشریح وضعیت و جستجوی دلایل با همکاری صاحبان فرایند، اولویت‌بندی مشکلات، طراحی و اجرای مداخلات کارا و اثربخش، تهیه مجموعه آموزشی و برگزاری نشست-های آموزشی درخصوص اهمیت کیفیت خدمت و ابعاد آن به منظور آموزش به پرسنل و بیماران، تقویت ثبت‌ها و ایجاد سیستم مدارک پزشکی با طراحی کارت همراه و پرونده بیمار و سیستم بایگانی مدارک پزشکی، ایجاد سیستم علمی رسیدگی به شکایات

معنی دار در نظر گرفته شد.

از اصول اخلاقی رعایت شده در مطالعه می توان به کسب اجازه از مدیریت کلینیک و دانشکده برای انجام مصاحبه و اجرای مداخلات و نیز آزاد بودن کامل افراد به شرکت و یا انصراف از مطالعه اشاره نمود.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک که از شرکت کنندگان در مطالعه مورد پرسش قرار گرفت شامل نوع پاسخ‌دهنده (بیمار یا همراه)، سن، جنسیت، مدرک تحصیلی، شغل، بومی یا غیربومی بودن و دلایل انتخاب مرکز بود. در جدول ۲، ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه در دو مرحله پیش و پس از انجام مداخله با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS 16 استفاده گردید. برای متغیرهای کمی و کیفی، داده‌ها به ترتیب با میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) گزارش گردید و نرمالیتی توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بررسی و تایید گردید. برای مقایسه ابعاد مختلف حقوق بیمار به‌طور همزمان در گروه‌های تعریف شده توسط متغیرهای زمینه‌ای، از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. به‌منظور بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای مورد بررسی و یا اختلاف این متغیر در گروه‌های مختلف، متناسب با ماهیت متغیرها از آزمون کای دو، ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن، T مستقل و یا ANOVA (تحلیل واریانس) استفاده گردید و برای بررسی معنی‌داری اختلاف میان نمرات مربوط به حقوق بیمار در پیش و پس از مداخله از آزمون T مستقل استفاده گردید. برای تمامی آزمون‌ها، $P < 0/05$

جدول ۲: مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه در دو مرحله پیش و پس از انجام مداخله

ویژگی‌ها		دسته‌بندی‌ها		پیش از انجام مداخله		پس از انجام مداخله	
				درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
پاسخ‌دهندگان	بیمار	۱۳۲	۶۴/۶	۷۷	۶۴/۲	۷۲	۳۵/۴
	همراه	۶۸	۳۳/۳	۲۷	۲۲/۵	۶۸	۳۰/۸
سن	کمتر از ۳۲ سال	۶۸	۳۳/۳	۲۷	۲۲/۵	۶۸	۳۰/۸
	۳۲ تا ۵۰ سال	۶۸	۳۳/۳	۲۷	۲۲/۵	۶۸	۳۰/۸
جنسیت	بالاتر از ۵۰ سال	۶۸	۳۳/۳	۲۷	۲۲/۵	۶۸	۳۰/۸
	مذکر	۱۲۱	۵۹/۳	۶۰	۵۰	۸۳	۴۰/۷
وضعیت تحصیلی	مونث	۸۳	۴۰/۷	۶۰	۵۰	۶	۲/۹
	بی‌سواد	۶	۲/۹	۷	۵/۸	۵۴	۲۶/۵
وضعیت شغلی	زیر دیپلم	۵۴	۲۶/۵	۳۳	۲۷/۵	۷۸	۳۸/۲
	دیپلم	۷۸	۳۸/۲	۵۴	۴۵	۶۶	۳۲/۴
	تحصیلات دانشگاهی	۶۶	۳۲/۴	۲۶	۲۱/۷	۱۲	۵/۹
بیمار	بیکار	۱۲	۵/۹	۳	۲/۵	۲۳	۱۱/۱
	کارمند	۲۳	۱۱/۱	۱۷	۱۴/۲	۶۶	۳۲/۴
همراه	شغل آزاد	۶۶	۳۲/۴	۱۲	۱۰	۵۲	۲۵/۵
	خانه‌دار	۵۲	۲۵/۵	۴۷	۳۹/۲	۲۵	۱۲/۳
بومی بودن	بازنشسته	۲۵	۱۲/۳	۳۱	۲۵/۸	۲۶	۱۲/۸
	سایر موارد	۲۶	۱۲/۸	۱۰	۸/۳	۱۸۹	۹۲/۶
دلیل انتخاب مرکز*	بومی	۱۸۹	۹۲/۶	۱۱۰	۱۰۰	۱۵	۷/۴
	غیربومی	۱۵	۷/۴	۰	۰	۵۲	۲۵/۷
نزدیکی به محل زندگی	نزدیکی به محل زندگی	۵۲	۲۵/۷	۵۰	۴۱/۷	۷۶	۳۷/۶
	توصیه آشنایان	۷۶	۳۷/۶	۴۷	۳۹/۲	۵	۲/۴
رضایت از مراجعات قبلی	رضایت از مراجعات قبلی	۵	۲/۴	۴۰	۳۳/۳	۱۰	۴/۹
	هزینه پایین	۱۰	۴/۹	۲۰	۱۶/۷	۳۶	۱۷/۸
کیفیت مرکز	کیفیت مرکز	۳۶	۱۷/۸	۷۶	۶۳/۳	۹۶	۴۷/۵
	معرفی پزشک	۹۶	۴۷/۵	۱۲	۱۰	۴	۱/۹
سایر دلایل	سایر دلایل	۴	۱/۹	۳	۲/۵	۰	۰

* در مورد این گزینه، پاسخ‌دهندگان، مجاز به انتخاب بیش از یک مورد بوده‌اند.

ماه سال ۹۰ و بر همان منوال، مجدداً مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بدست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تغییرات به‌عمل آمده و همچنین وجود معنی‌داری در تغییرات یاد شده در جدول ۳ آمده است.

در این مطالعه پاسخ‌دهندگان در مرداد ماه سال ۸۹ طی سه هفته به‌تناوب و در روزهای مختلف هفته و در نوبت‌های متفاوت کاری مورد بررسی قرار گرفتند و پس از گذشت ۱ سال و انجام مداخلات بر مبنای نتایج پیش‌آزمون، در مرداد

جدول ۳: امتیازات بدست آمده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بررسی معنی‌داری تغییرات

P-value	پس آزمون		پیش آزمون		جنبه‌های کیفیت خدمت
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۱	۰/۲۲۱	۰/۰۸۷	۰/۳۳۱	۰/۵۰۲	انتخاب ارائه‌دهنده‌ی خدمت
۰/۰۲۰	۰/۰۳۰	۰/۰۰۲	۰/۱۰۵	۰/۰۲۱	ارتباط و تعامل
<۰/۰۰۱	۰/۰۸۶	۰/۰۲۹	۰/۱۶۵	۰/۲۰۳	داشتن اختیار
۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۰۸	۰/۰۲۴	استمرار خدمت
۰/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۸۷	۰/۰۱۷	کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه
<۰/۰۰۱	۰/۰۶۱	۰/۰۱۶	۰/۲۰۳	۰/۲۱۳	احترام
۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۷۰	۰/۰۱۵	به‌موقع بودن و توجه فوری
<۰/۰۰۱	۰/۱۵۹	۰/۰۵۸	۰/۲۴۸	۰/۳۱۵	ایمنی
<۰/۰۰۱	۰/۱۰۷	۰/۰۳۸	۰/۲۴۸	۰/۲۹۵	پیشگیری
<۰/۰۰۱	۰/۰۶۶	۰/۰۱۳	۰/۲۲۵	۰/۱۵۵	دسترسی
<۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۱	۰/۰۱۵	اعتماد
-	۰/۰۶۵	۰/۰۱۲	-	-	رسیدگی به شکایات
<۰/۰۰۱	۰/۰۳۰	۰/۰۲۰	۰/۰۸۰	۰/۱۶۰	کل

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، شناسایی کاستی‌های موجود در زمینه حقوق بیمار و طراحی و اجرای اقدامات مداخله‌ای کارا و اثربخش برای رفع آنها بود. نتایج بدست آمده در مرحله پس‌آزمون و مقایسه آنها با نتایج پیش‌آزمون، گویای این واقعیت‌اند که مداخلات صورت‌گرفته به طرز مناسبی مؤثر واقع شده و نواقص شناسایی‌شده مرتفع گردیده‌اند.

جدول ۳ گویای این واقعیت است که مداخلات صورت‌گرفته در تمامی موارد مؤثر واقع شده و امتیاز حقوق بیمار در تمامی ابعاد به محدوده بهینه رسیده است و امتیاز حقوق بیمار کل نیز به‌طور معنی‌داری از ۰/۱۶۰ به ۰/۰۲۰ افزایش یافته

در بررسی‌های صورت‌گرفته در مرحله پیش‌آزمون، ابعاد انتخاب ارائه‌کننده خدمت، ایمنی و پیشگیری به‌ترتیب دارای نامناسب‌ترین و ابعاد اعتماد، توجه به‌موقع و فوری و کیفیت تسهیلات و امکانات اولیه، به‌ترتیب دارای مناسب‌ترین امتیاز بودند. در این مطالعه در ۶ بعد از حقوق بیمار یعنی انتخاب ارائه‌کننده‌ی خدمت، اختیار، احترام، ایمنی، پیشگیری و دسترسی، امتیاز بالاتر از عدد ۰/۱ محاسبه گردیده که نشان‌دهنده‌ی وضعیت نامطلوب از دیدگاه گیرندگان خدمت می‌باشد (که ابعاد دارای امتیازات نامطلوب با علامت خط زیر (Underline) مشخص شده‌اند).

است. نکته دیگری که از جدول فوق بر می آید تغییر معنی دار غالب ابعاد یاد شده بر اثر مداخلات صورت گرفته می باشد. لازم به ذکر است که تمامی موارد زیرمجموعه این ابعاد نیز موفق به کسب امتیاز پایین تر از ۰/۱ شده اند (در جدول ۳، تغییرات معنی دار در امتیازات مربوط به کیفیت خدمت با علامت خط زیر مشخص شده اند).

بر اثر مداخلات صورت گرفته، ارائه کنندگان خدمت برای انتخاب مرکز و فیزیوتراپیست، صاحب حق انتخاب شدند، برای قبول یا رد درمان های انتخابی مختار شده و مشارکت آنها در فرایند درمانی ارتقاء یافت، با احترام بیشتر با آنها برخورد گردید، آموزش های مناسب تری در جنبه های ایمنی و پیشگیری دریافت نمودند، دسترسی جغرافیایی و مالی آنها به مرکز بیشتر شد، دارای پرونده و ثبت های مناسب پزشکی شدند و به منظور ارتقای رضایت آنها سیستم رسیدگی به شکایت با نظارت و پاسخ گویی ریاست دانشکده راه اندازی شد.

در مطالعه تبریزی و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی وضعیت رعایت جنبه های مختلف حقوق بیمار در مبتلایان به دیابت نوع ۲ در استرالیا به انجام رسید نشان داده شد که در غالب جنبه های مربوط به حقوق بیمار، امتیاز کسب شده کمتر از میزان قابل قبول بوده و بیشترین مشکلات به ترتیب در جنبه های استمرار خدمت، به موقع بوده و توجه فوری، احترام و دسترسی می باشد که تعدادی از نتایج بدست آمده از این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر منطبق می باشند. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که بیماران جوانتر، کمترین امتیاز و افراد با کنترل مناسب بیماری، بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده بودند. نقاط ضعف یاد شده به عنوان فرصت های بهبودی یاد گردید که بایستی با انجام مداخلات مناسب به ارتقای میزان آنها پرداخت (۶).

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۰ با هدف بررسی میزان حقوق بیمار در مراکز فیزیوتراپی دولتی و خصوصی شهر تبریز به انجام رسید بالاترین نمره کیفیت خدمت به ترتیب به طرز برخورد کارکنان، رازداری و زمان انتظار مناسب، و کمترین میزان به اطلاع از نحوه درمان، مکان مناسب ارائه خدمت و بهای مناسب خدمات، اختصاص یافت. که این نتایج با نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر تطابق قابل توجهی دارد. همچنین میانگین نمرات بدست آمده و نیز میزان رضایت از مراکز دولتی به طرز معنی داری از مراکز خصوصی بیشتر بود. در این بررسی نیز پژوهشگران بر انجام مداخلات علمی به منظور ارتقای حقوق بیمار و سطح رضایت تأکید نموده و بر لزوم توجه مسئولین و سیاست گزاران به این مهم تأکید نمودند (۱۳).

در یک بررسی مداخله ای در سال ۲۰۰۵ 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. پژوهشگران توانستند با تشکیل کمیته ای جهت بررسی و تحلیل مسائل، اصلاح فرایندها، استفاده از بنچ مارکینگ (الگوسازی)، اصلاح دستورالعمل های مراقبتی، ارائه آموزش ها به پرسنل و بیماران، استفاده از سیستم یکپارچه اطلاعات بیمارستانی و نیز بکار بردن ممیزی بالینی، مشکلات یاد شده را مرتفع نمایند. همچنین آنان بر لزوم انجام مداخلات مشابه و اثربخشی آنها جهت ارتقای جنبه های مربوط به حقوق بیمار تأکید نمودند (۱۴).

در یک مطالعه مداخله ای دیگر در سال ۲۰۱۰ که به منظور افزایش دسترسی، بالا بردن میزان استفاده از خدمات و در نتیجه بهبود بروندهای مربوط به سلامت در استرالیا صورت گرفت پژوهشگران توانستند با استفاده از بکارگیری بیشتر پرسنل بومی، بهتر نمودن امکانات مراکز و ایجاد اتاق انتظار مناسب برای بیماران، ارتقای آگاهی علمی و بهداشتی مردم با استفاده از آموزش های بهداشتی و مشارکت دادن آنان در فعالیت های بهداشتی و نیز بالا بردن مشارکت بین بخشی، به این مهم دست یابند. در این پژوهش همچنین بیان شد که بهبود مستمر کیفیت و انجام مداخلات مشابه در زمینه ارتقای رعایت جنبه های حقوق بیمار، راهکاری اساسی برای ارتقای بروندهای مربوط به سلامتی می باشد (۱۵).

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 می سازد. با توجه به ضعف عمده ای که به نظر می رسد در عرصه نظام سلامت در این جنبه وجود داشته باشد پژوهشگران پیشنهاد می کنند که مسئولین و سیاست گزاران این عرصه، مطالعات مناسب و مداومی را به عمل آورده و در جهت مرتفع کردن مشکلات موجود در این راستا گام بردارند.

از محدودیت موجود در این مطالعه می توان به کم بودن مطالعات مداخله ای در این زمینه اشاره نمود چرا که غالب مطالعات صورت گرفته در این عرصه از نوع توصیفی می باشند. همچنین باید بیان نمود که مطالعات صورت گرفته در زمینه حقوق بیمار بصورت جامع صورت نگرفته و هر یک تنها به جنبه های محدودی از این عرصه پرداخته اند و این در حالی است که می توان به مانند مطالعه حاضر با انجام یک بررسی و نیز مداخله جامع به بهبود جنبه های حقوق بیمار و متعاقباً نتایج درمانی و رضایت مشتریان همت گماشت.

قدردانی

در پایان، تیم ارتقاء بر خود لازم می‌داند که از همکاری کم‌نظیر مدیریت و پرسنل کلینیک فیزیوتراپی دانشکده توانبخشی که با صبر و حوصله مثال‌زدنی، پذیرای نظرات و

مجری ایده‌ها و مداخلات بودند و نیز از مرکز مدیریت سلامت کشور (NPMC) که بودجه مورد نیاز این پژوهش را تأمین نموده است تشکر و قدردانی ویژه بنماید.

References

- Pellise F. Patient information and education with modern media: the Spine Society of Europe Patient Line. *Eur Spine J* 2009; 18(3): 395-401.
- جولایی س، نیکبخت نصرآبادی ع ر، پارسا یکتا ز. نگاهی چندسویه به پدیده حقوق بیمار: دیدگاه بیماران، همراهان بیماران، پزشکان و پرستاران. نشریه پرستاری ایران. ۱۳۸۸؛ ۲۲(۶۰): ۲۸ - ۴۱.
- Kuzu N, Ergin A, Zencir M. Patients' awareness of their rights in a developing country. *The Royal Institute of Public Health* 2006; (120): 290-296.
- رنگرز جدی ف، ربیعی ر. میزان رعایت منشور حقوق بیماران در بیمارستان‌های دولتی کاشان در سال ۸۱ فصلنامه بهبود. ۱۳۸۴؛ ۹(۱): ۶۲-۷۱.
- مصدق راد ع م، اثنی عشری پ. بررسی رابطه بین میزان آگاهی بیماران نسبت به حقوق بیمار در بیمارستان و رضایتمندی آنها از خدمات بیمارستانی. طب و تزکیه. ۱۳۸۴؛ ۱۴(۳): ۱۶ - ۲۴.
- Tabrizi JS, Wilson A, O'Rourke P. Original Article: Clinical Care and Delivery Service quality for Type 2 diabetes in Australia: the patient perspective. *Diabetic Medicine* 2007; 25: 612-617.
- Tabrizi JS. Quality of Health Care: The Patients Perspective on Quality of Care for Type 2 Diabetes. *The University of Queensland* 2007.
- عرب م، زارعی ا. وضعیت آگاهی مدیران بیمارستان‌های دولتی شهر تهران از حقوق بیمار. مدیریت سلامت. ۱۳۸۶؛ ۱۰(۲۷): ۷-۱۲.
- Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling Mahwah. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers 2004.
- Tabrizi JS. Improving health Care Quality - Basics, Concepts. Lambert Academic Publishing 2010.
- Robbins SP, De Cenzo DA. Fundamentals of management; Essential Concepts and Applications. Cultural Research Bureau 2005.
- ایران نژاد پاریزی م، ساسان گهر پ. سازمان و مدیریت: از تئوری تا عمل. تهران: بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، موسسه بانکداری ایران، ۱۳۸۵: ۵۴۸ - ۸۵۹.
- جنتی س. ارزیابی کیفیت خدمت در مراکز فیزیوتراپی شهر تبریز بر مبنای رضایت بیماران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ تهران: ۱۳۸۹.
- Welch SJ, Allen TL. Data-Driven Quality Improvement in the Emergency Department at a Level one Trauma and Tertiary Care Hospital. *The Journal of Emergency Medicine* 2006; 30(3):269-276.
- Hayman N. Strategies to Improve Indigenous Access for Urban and Regional Populations to Health Services. *Heart, Lung and Circulation* 2010; 19:367-371.

