

## بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران در خصوص رعایت حقوق بیمار

علیرضا پارساپور<sup>۱</sup>، کاظم محمد<sup>۲</sup>، حسین ملک افصلی<sup>۳</sup>، فرشید علاء الدینی<sup>۴</sup>، باقر لاریجانی<sup>۴\*</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

رعایت حقوق بیمار در عرصه خدمات سلامت عامل مهمی در بهبود و تنظیم رابطه ارائه کنندگان و گیرندگان خدمت می باشد و طبیعتاً در مدیریت نظام سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است.

هدف اصلی این مطالعه مقایسه‌ی نگرش بیماران به عنوان گیرندگان خدمات درمانی و پزشکان و پرستاران به نمایندگی از گروه ارائه‌کننده‌ی خدمات درمانی در خصوص رعایت ابعاد مختلف حقوق بیمار در سه بیمارستان محیط پژوهش به نمایندگی از سه مدل ارائه‌ی خدمات درمانی (آموزشی - درمانی، خصوصی، درمانی - دولتی) بوده است.

مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی - مقطعی بوده و جمع‌آوری اطلاعات توسط پرسشنامه صورت گرفته که در گروه بیماران از طریق مصاحبه و توسط پرسشگر تکمیل و در گروه‌های پزشکان و پرستاران خود ایفا بوده است.

محیط پژوهش سه نمونه بیمارستان جنرال آموزشی، بیمارستان خصوصی درجه یک و بیمارستان درمانی - دولتی بود که هر سه در تهران می‌باشند. پرسشنامه مرکب از مجموعه‌ای از سؤالات کلی در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۲۱ سؤال در خصوص ضرورت حقوق بیمار بود که پس از مصاحبه با ۱۴۳ بیمار توسط پرسشگر تکمیل و پس از ارسال برای دو گروه دیگر مطالعه توسط ۱۴۳ پرستار (میزان پاسخ‌دهی ۶۱/۳ درصد) و ۸۲ پزشک پاسخ داده شد (میزان پاسخ‌دهی ۲۷/۵ درصد). معیار میزان ضرورت هر حق با استفاده از مقیاس لیکرت از صفر (فاقد ضرورت) تا ده (ضرورت قطعی) اندازه‌گیری شده است. آنالیز اطلاعات با توجه به توزیع غیرنرمال آن با انجام آزمون‌های غیر پارامتری و از طریق نرم افزار SPSS 11.5 انجام گردید.

نتایج به‌دست آمده از این مطالعه نشان داد که کلیه‌ی گروه‌های مطالعه نسبت به ضرورت رعایت قریب به اتفاق ابعاد حقوق بیماران اذعان داشته و بیش‌ترین اختلاف نظر در گروه‌های مورد مطالعه در حقوق مرتبط به حق دسترسی بیمار به اطلاعات و حق انتخاب و تصمیم‌گیری بود. اگر چه این اختلاف نظرات در مجموع چشمگیر نبود.

بر اساس نتایج به‌دست آمده به‌نظر می‌رسد ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی خصوصاً گروه پزشکی باید در خصوص حقوق مرتبط با ضرورت ارائه‌ی اطلاعات به بیماران و توجه به حق انتخاب و تصمیم‌گیری ایشان آگاه شوند. چرا که بر اساس اختلاف موجود در نگرش بیماران و پزشکان در پژوهش موجود به‌نظر می‌رسد سطح مطالبات بیماران در خصوص حقوق فوق بیش از نگرش پزشکان باشد.

**واژگان کلیدی:** حقوق بیمار، اخلاق پزشکی، نگرش

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران - محقق مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۲</sup> استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> متخصص آمار و اپیدمیولوژی

<sup>۴</sup> استاد مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نشانی: تهران، بولوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۱، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: emrc@tums.ac.ir

## مقدمه

با مروری بر سیر تاریخی «حقوق بیمار» اهمیت جهانی این موضوع در حوزه‌ی مدیریت نظام سلامت نمایان می‌شود. اگرچه تدوین منشور حقوق بیماران نقطه‌ی شروعی برای حرکت در راستای توجه همه‌جانبه به تأمین حقوق بیماران و تنظیم و تعریف صحیحی از روابط ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات بهداشتی - درمانی است، اما توجه به نظرات ذی‌نفعان در خصوص ضرورت این حقوق و تأثیر عوامل مختلف، از جمله جایگاه حرفه‌ای و تفاوت‌های محیطی در ارزیابی این ضرورت، سیاست‌گذاران را در طراحی برنامه‌های ترویجی و نظارتی جهت بهبود وضعیت رعایت حقوق بیمار رهنمون خواهد ساخت.

در بررسی صورت گرفته در منابع، مطالعات متعددی در خصوص میزان آگاهی گروه‌های مختلف ذی‌نفع از ابعاد مختلف حقوق بیمار و تأثیر عوامل دموگرافیک، محیطی و فرهنگی صورت گرفته است (۵ - ۱).

مطالعات دیگری نگرش گروه‌های مختلف ذی‌نفع را در مورد ابعادی از حقوق بیمار (۷-۶) و تأثیر عوامل مختلف زمینه‌ای چون سن، نژاد، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و شدت بیماری در این نگرش مورد بررسی قرار داده‌اند (۸ - ۶).

برخی مطالعات نگرش گروه‌های مختلف را در مدل‌های متفاوت ارائه‌ی خدمات درمانی با هم مقایسه کرده‌اند (۸). با توجه به عوامل مختلف تأثیرگذار در نگرش ذی‌نفعان در خصوص ابعاد متفاوت حقوق بیمار، هدف از این مطالعه بررسی مقایسه‌ای نگرش ذی‌نفعان اصلی اعم از بیماران، پزشکان و پرستاران در نمونه بیمارستان‌هایی از سه مدل ارائه‌ی خدمت شامل: بیمارستان آموزشی، خصوصی و درمانی - دولتی است. به نظر می‌رسد جامعیتی که در مطالعه‌ی نگرش گروه‌های مختلف در این مطالعه وجود دارد، در مطالعات قبلی وجود نداشته است.

## روش کار

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و از نظر زمان مقطعی بوده است. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه صورت گرفته که در گروه بیماران از طریق مصاحبه و توسط پرسشگر تکمیل شده و در گروه‌های پزشکان و پرستاران خود ایفا شده است. برای تعیین روایی پرسشنامه، متن پرسشنامه براساس مرور جامع منابع تهیه و پس از مشورت با کارشناسان همکار نسبت به اصلاح سؤالات اقدام گردید. جهت افزایش پایایی پرسشنامه، پرسشگری در سه بیمارستان توسط یک پرسشگر صورت گرفت و از سوی دیگر با انجام آزمون و آزمون مجدد، اختلاف میانگین پاسخ به سؤالات در دو مرحله بررسی شد که مؤید پایایی پرسشنامه بود.

محیط پژوهش بیمارستان نمونه آموزشی - درمانی، بیمارستان خصوصی درجه یک و بیمارستان درمانی - دولتی بود که هر سه در تهران می‌باشند. پرسشنامه مرکب از مجموعه‌ای از سؤالات کلی در مورد اطلاعات دموگرافیک و ۲۱ سؤال در خصوص ضرورت حقوق بیمار بود. بیماران مورد مطالعه از دو بخش جراحی عمومی و داخلی جنرال بیمارستان‌ها انتخاب شدند. بیماران با درد متوسط تا شدید، بیماران دارای مشکلات شناختی متوسط تا شدید و نیز بیمارانی که کم‌تر از ۲۴ ساعت از مدت اقامتشان در بیمارستان می‌گذشت وارد مطالعه نشدند و از کلیه بیماران بستری در بخش که معیار خروج را نداشتند پرسش به عمل آمد. انجام مصاحبه منوط به رضایت بیمار پس از اطلاع وی از اهداف پژوهش بود. معیار ورود پزشکان و پرستاران به این پژوهش فعالیت در هر یک از سه بیمارستان فوق بود. ضمن این‌که تأکید شده بود که قضاوت خود را در مورد هر سؤال تنها براساس شرایط بیمارستان مورد نظر (خصوصی، آموزشی - درمانی و درمانی - دولتی) بیان نمایند. تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها سه ماه به طول انجامید.

شد. در مواردی که متغیر مستقل دارای دو گروه بود (مانند جنس) از Mann-Whitney Test و در مواردی که متغیر مستقل دارای بیش از دو گروه بود (مانند بیمارستان) از Kruskal - Wallis Test استفاده شد. در بررسی نتایج سؤالات مطرح شده از سه گروه مورد مطالعه در سه بیمارستان منتخب با توجه به دقت مطالعه، مواردی از اختلافات معنی‌دار آماری به لحاظ بالینی قابل توجه قلمداد شد که اختلاف میانگین نمره کسب شده بیش از ۲ بود.

### ملاحظات اخلاقی

اخذ اطلاعات از شرکت کنندگان پس از ارائه توضیحات لازم و گرفتن رضایت آگاهانه ایشان صورت گرفت. ضمن این‌که با حفظ اصل رازداری در خصوص اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان، با توجه به نارضایتی برخی از مسؤولان همکار در بیمارستان‌ها از ذکر نام این مراکز به‌طور مشخص در نتایج مطالعه پرهیز گردید و تنها به ذکر مدل بیمارستان اکتفا گردید.

اطلاعات مربوط به بیماران با استفاده از مصاحبه با ۱۴۳ بیمار توسط پرسشگر تکمیل و پس از ارسال برای دو گروه دیگر مطالعه توسط ۱۴۳ پرستار (ضریب پاسخ‌دهی ۶۱/۳ درصد) و ۸۲ پزشک پاسخ داده شد. (ضریب پاسخ‌دهی ۲۷/۵ درصد) معیار میزان ضرورت هر حق با استفاده از مقیاس لیکرت از صفر (عدم ضرورت) تا ده (ضرورت قطعی) اندازه‌گیری شد. اطلاعات تفصیلی تعداد گروه‌های مورد مطالعه در هر بیمارستان در جدول شماره ۱ آمده است.

در بررسی نتایج مطالعه برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین، انحراف معیار و میانه و برای توصیف متغیرهای کیفی از تعداد و درصد استفاده شد. برای مقایسه‌ی نگرش گروه‌ها در خصوص ضرورت هر حق بین بیمارستان‌ها و متغیرهای مستقل دیگر و بین سه گروه بیماران، پزشکان و پرستاران به علت این‌که متغیر ضرورت به‌صورت رتبه‌ای با نمرات صفر (فاقد ضرورت) تا ده (کاملاً ضروری) سنجیده شده و توزیع نرمال نداشت از تست‌های غیر پارامتری استفاده

جدول شماره ۱ - اطلاعات تفصیلی تعداد گروه‌های مورد مطالعه

مدل ارائه	آموزشی - درمانی	خصوصی - درجه یک	درمانی - دولتی	مجموع سه بیمارستان (میزان پاسخ‌دهی)
تعداد بیماران مصاحبه شده	۴۱	۵۲	۵۰	۱۴۳
پزشکان (میزان پاسخ‌دهی / درصد)	۲۲ (۲۴)	۴۹ (۳۲/۶)	۱۱ (۱۸/۹)	۸۲ (۲۷/۵)
پرستاران (میزان پاسخ‌دهی / درصد)	۲۸ (۵۶)	۷۴ (۷۴)	۴۱ (۴۳/۹)	۱۴۳ (۶۱/۳)

### نتایج

مطالعه‌ی حاضر به‌عنوان یک مطالعه‌ی میدانی، اطلاعاتی را در خصوص تفاوت نگرش سه گروه پزشک، پرستار و بیمار در مورد حقوق بیمار و نیز تفاوت نگرش هر گروه در سه نوع مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمت در اختیار گذاشته است.

در گروه بیماران از نظر جنسیت، در بیمارستان خصوصی مردان به‌طور معنی‌داری بیش‌تر از زنان بودند (۳۵ نفر از ۵۲ نفر)، در حالی که زنان بیش‌تر مصاحبه‌شوندگان

بیمارستان‌های آموزشی - درمانی (۲۳ نفر از ۴۱ نفر) و درمانی - دولتی (۲۸ نفر از ۵۰ نفر) را تشکیل می‌دادند. بیماران بین ۱۴ تا ۸۰ سال سن داشتند (۳۶/۱۷ ± ۴۶/۵۷ سال و میانه ۴۶/۰۰ برای کل بیماران)، این میانگین برای مردان ۵۱/۳۶ سال و برای زنان ۴۱/۲۹ سال بود که اختلاف در میانگین سنی دو گروه معنی‌دار است ( $P = 0.000$ ). ۱۲۰ نفر از مراجعین متأهل و ۲۱ نفر مجرد بودند. توزیع تأهل بین دو گروه زن و مرد یکسان بود. اختلاف معنی‌داری

در رابطه‌ی تأهل با مراجعه به ۳ بیمارستان مشاهده نشد.

از نظر تحصیلات، تعداد بیماران بیسواد بیمارستان درمانی دولتی و تعداد بیماران دارای دیپلم و لیسانس در بیمارستان خصوصی به‌طور معنی‌داری از ۲ بیمارستان دیگر بیشتر بود. ( $P = 0.000$ ). حداقل سن پزشکان ۲۸ سال و حداکثر ۶۸ سال بوده است ( $10/017 \pm 45/33$ ).

توزیع سابقه‌ی خدمت بین پزشکان ۳ بیمارستان معنی‌دار نبود. سابقه‌ی خدمت بین دو گروه جنسی تفاوت معنی‌داری نداشت.

حداقل سن پرستاران ۲۳ سال و حداکثر ۵۸ سال بوده است ( $33/22 \pm 7/4$ ).

مدت زمان خدمت در بیمارستان از ۴ ماه آغاز شده و به ۳۸۴ ماه ختم می‌شود ( $115/26$ ). تفاوت معنی‌داری از نظر توزیع جنسی، سنی، تاهل و سابقه‌ی خدمت در پرستاران بین

۳ بیمارستان وجود نداشت.

با مروری بر نظرات سه گروه بیماران، پزشکان و پرستاران در سه مدل مرکز ارائه‌ی خدمات نتیجه می‌گیریم که هر سه گروه بر ضرورت اغلب حقوق پرسش شده اذعان داشته و در تعداد کمی از موارد اختلاف قابل توجه میان نگرش سه گروه و نیز هر گروه در سه بیمارستان به چشم می‌خورد؛ اگر چه این اختلاف در موارد متعددی به لحاظ آماری معنی‌دار است. در ارائه‌ی نتایج مطالعه می‌توان سؤالات را در چهار گروه مورد بررسی قرار داد:

**دسته‌ی اول:** نتایج ذکر شده در جدول شماره‌ی ۲ که بیش‌تر متوجه احترام به بیمار و حریم خصوصی وی و عدم تبعیض است. تمامی گروه‌ها بر ضرورت قطعی این حقوق (میانگین بالای نه) اجماع داشته‌اند.

جدول شماره‌ی ۲ - نتایج مطالعه در خصوص حق بیمار برای دریافت خدمات محترمانه و بدون تبعیض

مجموع سه بیمارستان	Pvalue	درمانی - دولتی	خصوصی - درجه یک	آموزشی - درمانی	مدل ارائه	
					بیماران	گروه ذینفع
۹/۹۹±۱/۱۶	۰/۲۸	۱۰/۰±۰۰	۱۰/۰±۰۰	۹/۹۵±۰/۳۱	بیماران	خدمات تشخیص درمانی
۹/۱۲±۱/۴۹	*۰/۰۳	۹/۵۵±۱/۵۰	۸/۸۷±۱/۶۴	۹/۴۵±۱/۰۱	پزشکان	بدون تبعیض پس از بستری (قومیت، جنسیت و...)
۹/۳۹±۱/۵۳	۰/۰۹	۹/۷۰±۱/۰۱	۹/۵۵±۱/۳۴	۸/۵۶±۲/۲۲	پرستاران	
*۰/۰۰	-	*۰/۰۰	*۰/۰۰	*۰/۰۰	Pvalue	
۹/۴۱±۲/۲۳	*۰/۰۱	۱۰±۰۰	۸/۸۵±۳/۰۵	۹/۴۱±۲/۲۴	بیماران	عدم بی‌حرمتی نسبت به باورهای مذهبی، ملی، قومی، فرهنگی و اخلاقی بیمار
۹/۸۰±۰/۵۶	۰/۳۳	۹/۷۰±۰/۶۷	۹/۷۴±۰/۶۵	۹/۹۵±۰/۲۱	پزشکان	
۹/۴۷±۱/۷۳	۰/۲۵	۹/۳۴±۲/۰۹	۹/۵۴±۱/۷۶	۹/۴۸±۰/۹۷	پرستاران	
۰/۳۳	---	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۴۵	Pvalue	
۹/۰۶±۲/۶۲	*۰/۰۰	۹/۹۴±۰/۴۲	۸/۲۹±۰/۵۹	۸/۹۸±۲/۴۵	بیماران	احترام به حریم خصوصی بیمار (معاینه در خلوت، رازداری و..)
۹/۶۸±۰/۷۰	۰/۸۰	۹/۷۰±۰/۴۸	۹/۶۱±۰/۸۳	۹/۷۷±۰/۵۲	پزشکان	
۹/۷۳±۰/۹۴	۰/۵۵	۹/۶۱±۱/۵۳	۹/۸۳±۰/۴۸	۹/۶۸±۰/۶۸	پرستاران	
۰/۰۰	--	۰/۳۰	*۰/۰۰	۰/۱۲	Pvalue	

\* بیانگر معنی‌دار بودن Pvalue است. کلیه‌ی اطلاعات به‌صورت میانگین ± انحراف معیار ارائه شده‌اند.

اگر چه در برخی نتایج اختلاف میزان‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار بوده ولی این اختلاف از نظر بالینی قابل توجه نبوده

است.

پاسخ‌گویی تیم درمانی به سؤالات وی در خصوص بیماری و درمان در گروه‌های مختلف اتفاق نظر داشتند.

اما در گروه بیماران، بیماران بیمارستان درمانی - دولتی با اختلاف معنی‌داری ضرورت کم‌تری نسبت به بیماران بیمارستان آموزشی - درمانی و بیمارستان خصوصی برای این موضوع قائل بودند.

هم‌چنین در بیمارستان درمانی - دولتی و خصوصی پرستاران با اختلاف معنی‌دار و قابل توجهی بیش از دو گروه دیگر بر ضرورت موضوع فوق تأکید داشتند.

**دسته دوم:** در جدول شماره ۳ نتایج بررسی صورت گرفته در خصوص حق دسترسی بیمار به اطلاعات مربوط به بیماری خود ارائه شده است.

در این مطالعه هر سه گروه بدون توجه به محل خدمت بر ضرورت قطعی اطلاع‌رسانی ضوابط دسترسی بیمار به سرویس‌ها و خدمات درمانی و غیر درمانی بیمارستان و حقوق وی حین پذیرش و ارائه‌ی اطلاعات کافی در مورد بیماری و پیش‌آگهی آن و عوارض شایع به زبان قابل فهم و

جدول شماره ۳- نتایج مطالعه در خصوص حق دسترسی بیمار به اطلاعات

مجموع سه بیمارستان	Pvalue	درمانی - دولتی	خصوصی - درجه یک	آموزشی - درمانی	مدل ارائه	
					بیماران	گروه ذینفع
۸/۸۵±۲/۰۷	*۰/۰۳	۹/۰۸±۱/۷۲	۸/۶۵±۲/۴۰	۸/۸±۲/۰۵	بیماران	اطلاع‌رسانی ضوابط دسترسی بیمار به
۸/۹۰±۱/۹۶	۰/۱۱	۸/۳۶±۲/۰۶	۸/۷۷±۱/۷۷	۹/۴۵±۱/۱۸	پزشکان	سرویس‌ها و خدمات
۹/۰۴±۲/۰۱	۰/۱۶	۹/۱۸±۲/۱۴	۹/۱۴±۱/۸۶	۸/۵۶±۲/۲۰	پرستاران	درمانی و غیر درمانی
۰/۷۱	---	۰/۴۶	۰/۳۷	۰/۲۵	Pvalue	
۹/۴۳±۱/۷۴	*۰/۰۳	۹/۲۰±۱/۸۸	۹/۸۸±۰/۴۷	۹/۱۲±۲/۰۴	بیماران	ارائه‌ی اطلاعات کافی در
۹/۰۰±۱/۲۰	*۰/۰۵	۹/۱۸±۱/۰۷	۸/۸۵±۱/۳۱	۹/۲۳±۰/۹۷	پزشکان	مورد بیماری و پیش‌آگهی
۹/۳۵±۱/۴۳	۰/۸۱	۹/۵۳±۰/۹۰	۹/۳۴±۱/۶۱	۹/۲۳±۱/۶۰	پرستاران	آن به زبان قابل فهم برای
*۰/۱۲	-	۰/۵۵	۰/۰۰	*۰/۹۷	Pvalue	بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری
۹/۲۰±۲/۱۸	۰/۷۸	۹/۴۸±۱/۵۵	۸/۹۴±۲/۵۳	۹/۲۰±۲/۳۵	بیماران	پاسخ‌گویی تیم درمانی به
۹/۱۶±۱/۰۳	۰/۵۱	۸/۹۱±۱/۳۱	۹/۳۱±۱/۰۷	۹/۳۶±۰/۹۰	پزشکان	سؤالات بیمار در خصوص
۹/۵۵±۰/۹۸	*۰/۰۱	۹/۹۰±۰/۳۷	۹/۴۱±۱/۱۶	۹/۴۱±۰/۹۷	پرستاران	بیماری و درمان
۰/۱۰	--	*۰/۰۳	۰/۳۲	۰/۸۶	Pvalue	
۸/۱۳±۳/۴۴	*۰/۰۱	۷/۳۰±۳/۸۹	۸/۵۲±۳/۱۳	۸/۶۳±۳/۱۰	بیماران	ارائه‌ی مشخصات حرفه‌ای
۷/۷۳±۲/۳۳	۰/۱۴	۷/۲۰±۳/۲۵	۷/۴۰±۲/۴۰	۸/۶۸±۴/۳۲	پزشکان	گروه ارائه‌کننده‌ی خدمات
۹/۲۱±۵۷/۱	۰/۱۶	۹/۳۰±۱/۵۷	۹/۳۱±۱/۴۶	۸/۸۵±۱/۸۳	پرستاران	(پرستار، پزشک، خدمات...)
*۰/۰۰	-	*۰/۰۰	*۰/۰۰	۰/۹۳	Pvalue	
۷/۶۰±۲/۳۵	۰/۵۲	۴/۹۸±۴/۰۲	۴/۸۳±۴/۵۰	۳/۸۰±۴/۳۶	بیماران	ارائه‌ی مشخصات فردی
۷/۶۰±۲/۸۱	۰/۷۳	۶/۳۶±۴/۰۳	۷/۶۷±۲/۰۶	۸/۰۹±۱/۶۰	پزشکان	ارائه‌کننده خدمات شامل

نام و نام خانوادگی	پرستاران	۷/۶۸±۲/۷۷	۸/۶۵±۲/۳۵	۶/۹۵±۳/۲۳	*./۰۰	۷/۹۳±۲/۸۱
	Pvalue	*./۰۰	*./۰۰	*./۰۴	--	*./۰۰
ارائه‌ی اطلاعات کافی در مورد روش‌های درمانی به زبان قابل فهم برای بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری	بیماران	۹/۲۹±۲/۲۳	۸/۷۹±۲/۸۰	۸/۴۴±۳/۴۸	۰/۴۶	۸/۸۱±۲/۹۲
	پزشکان	۹/۳۲±۰/۹۹	۸/۸۵±۱/۲۳	۸/۷۳±۲/۱۰	۰/۲۵	۸/۹۶±۱/۳۲
	پرستاران	۹/۵۷±۰/۷۴	۹/۵۲±۱/۰۴	۹/۵۳±۱/۰۸	۰/۸۴	۹/۵۳±۰/۹۹
	Pvalue	۰/۷۶	*./۰۴	*./۰۱۵	--	*./۰۰
ارائه‌ی اطلاعات کافی در مورد عوارض شایع به بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری	بیماران	۹/۸۸±۰/۴۵	۹/۳۷±۲/۱۹	۹/۰۴±۲/۷۴	۰/۳۸	۹/۴۰±۲/۱۲
	پزشکان	۹/۰۹±۱/۱۰	۸/۹۴±۱/۸۲	۸/۶۰±۱/۵۰	۰/۵۴	۸/۹۴±۰/۶۱
	پرستاران	۹/۲۹±۱/۱۸	۹/۴۳±۱/۱۲	۹/۲۵±۱/۳۹	۰/۸۳	۹/۳۵±۱/۲۱
	Pvalue	*./۰۰	۰/۲۸	۰/۶۹	--	۰/۱۳
ارائه‌ی اطلاعات کافی در مورد عوارض نادر درمان به بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری	بیماران	۷/۵۶±۳/۹۳	۶/۴۰±۴/۵۲	۶/۸۰±۴/۵۴	۰/۵۰	۶/۸۷±۴/۳۶
	پزشکان	۶/۸۲±۲/۶۴	۶/۳۵±۲/۴۲	۶/۱۳±۳/۱۸	۰/۷۱	۶/۴۸±۲/۵۶
	پرستاران	۷/۶۸±۲/۲۲	۷/۸۴±۲/۷۰	۷/۲۴±۳/۰۵	۰/۵۷	۷/۶۴±۲/۷۱
	Pvalue	۰/۵۹	*./۰۲	۰/۷۳	--	*./۰۵
امکان دسترسی بیمار به پرونده‌ی پزشکی خود و اطلاع از محتوای آن	بیماران	۸/۲۷±۳/۴۰	۶/۶۷±۴/۴۴	۸/۰۴±۳/۶۶	۰/۱۴	۷/۶۱±۳/۹۳
	پزشکان	۶/۲۹±۳/۱۳	۷/۴۲±۲/۷۷	۶/۲۵±۳/۶۱	۰/۳۱	۶/۹۳±۳/۰۰
	پرستاران	۶/۹۶±۲/۶۴	۵/۸۵±۳/۶۰	۷/۱۸±۳/۰۹	۰/۱۳	۶/۴۷±۳/۳۱
	Pvalue	*./۰۴	۰/۱۱	۰/۲۸	--	*./۰۲
ضرورت اطلاع‌رسانی به بیمار در خصوص حقوق وی در بدو پذیرش در مرکز درمانی	بیماران	--	--	--	--	--
	پزشکان	۸/۲۹±۲/۴۳	۸/۷۹±۱/۲۹	۷/۲۲±۲/۶۸	۰/۷۸	۸/۴۳±۹/۲۶
	پرستاران	۹/۳۶±۱/۰۹	۹/۳۱±۱/۳۱	۹/۱۱±۱/۵۹	۰/۹۷	۹/۲۶±۱/۳۵
	Pvalue	*./۰۴	*./۰۵	*./۰۰	--	*./۰۰

\* بیانگر معنی‌دار بودن Pvalue است. کلیه‌ی اطلاعات به صورت میانگین ± انحراف معیار ارائه شده‌اند.

پرستاران این اختلاف معنی‌دار بود؛ بیمارستان خصوصی بیش‌ترین و بیمارستان درمانی - دولتی کم‌ترین میزان ضرورت را دارا بود.

در خصوص ارائه‌ی اطلاعات در مورد عوارض نادر درمان، ضرورت اعلام شده از سوی گروه‌های مورد مطالعه کم‌تر بوده و بیش از دو واحد کم‌تر از عوارض شایع است.

در بیمارستان آموزشی - درمانی این اختلاف معنی‌دار نبود. اما در مورد ارائه‌ی مشخصات فردی ارائه‌کننده‌ی خدمت در مجموع گروه‌ها ضرورت کم‌تری قائل بودند. این میزان در پرستاران بیش‌ترین و در بیماران کم‌ترین مقدار را داشت. در گروه بیماران و پزشکان تفاوت معنی‌داری در سه بیمارستان در خصوص ضرورت حق فوق وجود نداشت. در گروه

همچنین میزان این ضرورت از دید پرستاران به لحاظ آماری بیش تر از دو گروه دیگر مطالعه است.

در مطالعه‌ی صورت گرفته هیچ‌کدام از گروه‌های مورد مطالعه بر ضرورت بالای امکان دسترسی بیمار به پرونده‌ی پزشکی اعتقاد نداشتند. تنها بیماران نسبت به پزشکان و پرستاران به صورت معنی‌دار و البته غیر قابل توجهی ضرورت بیش تری برای آن قائل بودند.

دسته‌ی سوم: در جدول شماره‌ی ۴ نتایج بررسی صورت

گرفته در خصوص حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار ارائه شده است.

در مطالعه‌ی صورت گرفته در کل پرستاران به طور معنی‌دار ضرورت بیش تری برای حق انتخاب فرد ارائه‌دهنده‌ی خدمت (پزشک اصلی) توسط بیمار قائل بودند. میان پرستاران سه بیمارستان مورد مطالعه اختلاف معنی‌داری در این خصوص مشاهده نگردید.

جدول شماره‌ی ۴ - نتایج مطالعه در خصوص حق انتخاب و تصمیم‌گیری

مجموع سه بیمارستان	Pvalue	درمانی - دولتی	خصوصی - درجه یک	آموزشی - درمانی	مدل ارائه	
					بیماران	گروه ذینفع
۷/۳۸±۴/۰۱	*۰/۰۰	۷/۶۴±۳/۹۴	۸/۳۹±۳/۳۲	۵/۵۷±۴/۴۷	بیماران	انتخاب فرد ارائه‌دهنده‌ی خدمت (پزشک اصلی) توسط بیمار
۷/۶۱±۲/۶۱	*۰/۰۰	۷/۷۳±۲/۲۴	۸/۶۷±۱/۳۴	۵/۱۴±۳/۳۳	پزشکان	
۸/۴۳±۲/۳۴	۰/۱۶	۸/۶۰±۱/۸۲	۸/۶۰±۲/۴۱	۷/۷۹±۲/۷۵	پرستاران	
*۰/۰۱	--	۰/۳۳	۰/۸۴	*۰/۰۳	Pvalue	
۸/۳۳±۳/۲۰	*۰/۰۰	۸/۳۱±۳/۲۷	۹/۱۵±۲/۴۲	۷/۳۲±۳/۷۳	بیماران	جلب نظر و مشارکت دادن بیمار دارای ظرفیت جهت اقدامات تشخیصی و درمانی
۸/۶۲±۱/۵۸	۰/۱۹	۸/۵۰±۲/۱۷	۸/۳۶±۱/۶۴	۹/۰۹±۱/۰۶	پزشکان	
۸/۷۲±۲/۲۱	۰/۶۲	۸/۹۷±۱/۸۹	۸/۵۴±۲/۴۰	۸/۸۲±۲/۱۶	پرستاران	
۰/۴۳	--	۰/۵۲	۰/۲۰	*۰/۰۲	Pvalue	
--	--	--	--	---	بیماران	امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار دارای ظرفیت علی‌رغم نظر تیم درمانی
۸/۸۲±۱/۸۷	۰/۹۷	۸/۴۴±۲/۸۷	۸/۷۶±۱/۹۵	۹/۰۹±۱/۱۰	پزشکان	
۷/۹۳±۲/۶۵	*۰/۰۳	۸/۵۷±۲/۱۸	۷/۸۷±۲/۸۹	۷/۱۵±۲/۵۳	پرستاران	
*۰/۰۱	--	۰/۸۷	۰/۰۷	*۰/۰۰	Pvalue	
--	--	--	--	--	بیماران	امکان دریافت نظر و مشاوره با پزشک دیگر به جز پزشک معالج توسط بیمار
۸/۰۶±۲/۴۱	۰/۶۴	۸/۱۰±۱/۵۴	۷/۹۵±۲/۵۴	۷/۹۱±۲/۵۲	پزشکان	
۸/۶۲±۲/۰۳	۰/۴۵	۸/۷۴±۲/۱۱	۸/۶۱±۲/۰۲	۸/۴۸±۲/۰۲	پرستاران	
۰/۰۸	--	۰/۹۳	۰/۱۴	۰/۳۸	Pvalue	

\* بیانگر معنی‌دار بودن Pvalue است. کلیه‌ی اطلاعات به صورت میانگین ± انحراف معیار ارائه شده‌اند.

این حق قائل بودند و در بیمارستان خصوصی بیش‌ترین ضرورت گزارش شد. از سوی دیگر، در مجموع سه

این در حالی بود که بیماران و پزشکان در بیمارستان آموزشی - درمانی به صورت معنی‌دار ضرورت کم‌تری برای

بیمارستان، پزشکان مرد نسبت به زن به طور معنی داری ضرورت کمتری برای امر فوق قائل بودند.

از سوی دیگر، در خصوص ضرورت جلب نظر و مشارکت دادن بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری جهت اقدامات تشخیصی و درمانی، در مجموع هر سه گروه مورد مطالعه بر این حق تأکید داشته و اختلاف معنی داری ندارند. اما در مقایسه سه گروه در بیمارستان آموزشی، پزشکان بیشترین و بیماران کمترین ضرورت را برای حق فوق قائل بودند.

در دو بیمارستان دیگر تفاوت نگرش سه گروه فوق در خصوص ضرورت جلب نظر و مشارکت دادن بیمار معنی دار نبود. بیماران در بیمارستان آموزشی - درمانی نسبت به گروه‌های مشابه در دو بیمارستان دیگر ضرورت کم‌تر و در بیمارستان خصوصی ضرورت بیش‌تری برای حق فوق قائل بودند.

در این مطالعه بیمارانی که مدت بستری بیش‌تر از ۱۰ - ۵ روز داشتند کم‌تر از بیماران تا ۵ روز بستری و بین ۱۰ - ۵ روز بستری بر ضرورت مشارکت دادن بیمار اذعان داشتند.

در خصوص امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار علی‌رغم نظر تیم درمانی یافته‌های به دست آمده حاکی از آن است که پرستاران مراکز مورد مطالعه به نحو معنی داری

کم‌تر از پزشکان بر ضرورت آن اذعان دارند. این اختلاف خصوصاً در پرستاران بیمارستان آموزشی - درمانی قابل توجه است. در مقایسه‌ی درون گروهی، پرستاران بیمارستان آموزشی - درمانی کم‌ترین ضرورت و پرستاران بیمارستان درمانی - دولتی بیش‌ترین ضرورت را برای این اصل قائلند.

اما در گروه پزشکان تفاوت معنی داری میان سه بیمارستان مشهود نیست. مطالعه‌ی این بند در گروه بیماران امکان‌پذیر نبود، لذا این سؤال در پرسشنامه بیماران مطرح نشده است.

در مورد امکان دریافت نظر و مشاوره با پزشک دیگر توسط بیمار، پزشکان و پرستاران در هر سه مرکز مورد بررسی بر ضرورت چنین حقی اذعان داشتند و اختلاف معنی داری در این دو گروه و نیز هر گروه در سه بیمارستان دیده نشد.

**دسته‌ی چهارم:** نتایج مذکور در جدول شماره‌ی ۵ ناظر بر وجود نظام رسیدگی به شکایات و ضرورت اظهار خطای درمانی است. کلیه‌ی گروه‌های مورد مطالعه در سه بیمارستان بر ضرورت قطعی وجود نظام فعال رسیدگی به شکایات و اعتراضات بیماران در بیمارستان تأکید داشتند و اختلاف معنی داری میان سه گروه و گروه‌های هر بیمارستان در این خصوص وجود نداشت.

جدول شماره‌ی ۵ - نتایج مطالعه در خصوص حق رسیدگی به شکایت بیمار و اظهار خطای درمانی

مجموع سه بیمارستان	Pvalue	درمانی - دولتی	خصوصی - درجه یک	آموزشی - درمانی	مدل ارائه	
					بیماران	پزشکان
۹/۳۰±۲/۳۵	*۰/۰۲	۸/۶۳±۱/۳۳	۹/۸۱±۱/۳۸	۹/۴۴±۱/۷۱	بیماران	نظام فعال رسیدگی به شکایات و اعتراضات بیماران در بیمارستان
۸/۹۷±۱/۳۹	۰/۲۸	۸/۲۰±۱/۸۱	۸/۹۸±۱/۴۲	۹/۳۲±۰/۹۹	پزشکان	
۹/۷۱±۱/۹۲	*۰/۰۴	۸/۲۳±۲/۹۵	۹/۵۵±۱/۲۵	۹/۵۰±۰/۸۳	پرستاران	
۰/۵۱	---	۰/۸۱	*۰/۰۰	۰/۸۹	Pvalue	
۶/۶۸±۲/۵۳	۰/۲۴	۵/۱۳±۳/۲۷	۶/۷۶±۲/۲۵	۷/۱۴±۲/۵۵	پزشکان	بیان خطای درمانی جبران شده (مرتفع شده) برای بیمار توسط فرد مسئول
۷/۱۳±۳/۳۲	*۰/۰۳	۵/۷۴±۳/۸۸	۷/۷۳±۲/۹۴	۷/۶۴±۲/۸۴	پرستاران	
۰/۳۴		۰/۶۸	۰/۰۹	۰/۵۲	Pvalue	



۸/۱۰±۱/۹۶	۰/۳۸	۶/۶۳±۳/۵۳	۸/۲۴±۱/۳۷	۸/۴۳±۱/۸۳	پزشکان	بیان خطای درمانی جبران پذیر (مرتفع نشده) برای بیمار توسط فرد مسؤول
۷/۵۹±۲/۹۸	*۰/۰۰	۶/۷۳±۳/۵۰	۷/۸۹±۲/۸۵	۸/۰۷±۲/۲۸	پرستاران	
۰/۲۲	--	۰/۹۴	۰/۵۰	۰/۵۶	Pvalue	
۷/۲۸±۲/۶۱	*۰/۰۱	۴/۸۸±۳/۱۸	۷/۹۳±۲/۶۴	۸/۸۵±۱/۱۳	پزشکان	بیان خطای درمانی غیر قابل جبران برای بیمار توسط فرد مسؤول
۷/۹۳±۲/۹۶	۰/۴۷	۷/۲۵±۳/۶۹	۸/۲۶±۲/۷۰	۸/۰۴±۲/۳۶	پرستاران	
۰/۸۰	--	۰/۱۰	۰/۵۸	۰/۱۶	Pvalue	

\* بیانگر معنی دار بودن Pvalue است. کلیه‌ی اطلاعات به صورت میانگین ± انحراف معیار ارائه شده‌اند.

### بحث

با مروری بر نظرات سه گروه بیماران، پزشکان و پرستاران در سه مدل مرکز ارائه‌ی خدمات نتیجه می‌گیریم که هر سه گروه بر ضرورت اغلب حقوق پرسش شده اذعان داشته و اختلاف قابل توجه میان نگرش سه گروه و نیز هر گروه در سه بیمارستان کم‌تر به چشم می‌خورد؛ اگر چه این اختلاف در موارد متعددی به لحاظ آماری معنی دار است. تحلیل نتایج مطالعه در چهارگروه ارائه شده به شرح ذیل است:

**دسته‌ی اول (دریافت خدمات محترمانه و بدون تبعیض):** نتایج مطالعه‌ی ما اجماع تمامی گروه‌ها بر ضرورت بالای این حقوق را مشخص می‌کند و نشان می‌دهد که این حقوق از حساسیت و اهمیت ویژه‌ای نزد گروه‌های مورد مطالعه برخوردار بوده است. این یافته ضرورت پیش‌بینی تمهیدات لازم جهت رعایت حقوق فوق را نمایان می‌سازد.

**دسته‌ی دوم (حق دسترسی بیمار به اطلاعات):** نتایج این مطالعه نشان داد همه گروه‌ها بر ضرورت ارائه‌ی اطلاعات در مورد ضوابط مرکز درمانی به وی و اطلاعات مربوط به بیماری و درمان و عوارض آن اتفاق نظر داشتند ولی در مورد عوارض نادر، این ضرورت از دید هر سه گروه کم‌تر است. این نتایج مشابه یافته‌های به دست آمده در بررسی منابع بود. در یک مطالعه‌ی کیفی نگرش و برداشت پزشکان، پرستاران و بیماران از حقوق بیمار در بیمارستان‌های دولتی کاتالونیا، حق دریافت اطلاعات و احترام به اتونومی بیمار از دید پرستاران و

البته در دید بیماران بیمارستان درمانی - دولتی ضرورت حق فوق به طور معنی داری کم‌تر از بیماران دو بیمارستان دیگر است.

نتایج پژوهش در خصوص نظر پزشکان و پرستاران در مورد ضرورت بیان خطای درمانی جبران شده برای بیمار توسط فرد مسؤول نشان داد که هیچ‌کدام از گروه‌های مورد مطالعه ضرورت قطعی برای بیان این نوع از خطا قائل نبودند و این ضرورت در بیمارستان درمانی - دولتی در هر دو گروه پزشکان و پرستاران به نحو معناداری کم‌تر از دو بیمارستان دیگر است اگر چه قابل توجه نیست.

اما در مورد ضرورت بیان خطای جبران‌پذیر مرتفع نشده نتایج پژوهش بیانگر ضرورت بیش‌تر بیان این نوع خطا از دید پزشکان و پرستاران نسبت به نوع قبل است. این ضرورت اختلاف معنی داری را میان گروه‌های مورد مطالعه در بیمارستان‌ها و نیز هر گروه در سه بیمارستان نشان نمی‌دهد.

در مورد بیان خطای غیر قابل جبران برای بیمار در این مطالعه، پزشکان بیمارستان درمانی - دولتی کم‌ترین و بیمارستان آموزشی - درمانی بیش‌ترین ضرورت را برای بیان این حقیقت قائل بودند. این در حالی است که اختلاف معنی داری میان نگرش پرستاران سه بیمارستان در این مورد وجود نداشت.

بیماران مهم‌ترین رکن حقوق بیمار محسوب می‌شده است. البته در این مطالعه بیماران جوان و با تحصیلات بالاتر اهمیت بیشتری برای این حق قائل بودند که در مطالعه‌ی ما این اختلاف قابل توجه نبود. هم‌چنین در مطالعه‌ی فوق‌الذکر پزشکان غالباً معتقد بودند که بیماران آگاهی و درک درستی از مسائل پزشکی نداشته و اصل اتونومی بیمار را به‌عنوان تهدیدی بالقوه برای بیمار می‌دانستند. بر این اساس، روند رضایت بیمار را نیز به‌عنوان تهدیدی بالقوه برای بیمار ارزیابی کرده، روند رضایت آگاهانه را یک روند بوروکراتیک تلقی نموده و اعتماد بیمار به پزشک را مسأله‌ی کلیدی در رابطه‌ی پزشک و بیمار قلمداد می‌کردند. این اختلاف نگرش پزشکان با بیماران و پرستاران در مطالعه ما مشهود نیست (۶).

این‌که در این مطالعه هیچ‌کدام از گروه‌ها ضرورت قطعی برای حق دسترسی بیمار به پرونده خود قائل نیستند نمایانگر عدم مقبولیت بالای چنین حقی برای بیمار است. چنین امری ممکن است نتیجه نگرانی جامعه از عدم مدیریت مناسب انتقال اطلاعات به بیمار باشد.

**دسته‌ی سوم (حق انتخاب و تصمیم‌گیری):** با توجه به نتایج مطالعه، به نظر می‌رسد ضرورت کم‌تری که گروه بیماران و پزشکان در بیمارستان آموزشی - درمانی برای حق انتخاب پزشک توسط بیمار قائلند نتیجه‌ی بافت آموزشی بیمارستان است؛ موضوعی که پرستاران کم‌تر با آن موافقت می‌کنند. هم‌چنین با این‌که تمایل بیماران در بیمارستان آموزشی - درمانی نسبت به دریافت اطلاعات تفاوت معنی‌داری با دو بیمارستان دیگر ندارد اما در موضع تصمیم‌گیری این تمایل به نحو معنی‌داری کم‌تر است. این همان یافته‌ای است که در مطالعه‌ی Guix Olove مشاهده شد. در مطالعه‌ی ما نیز بیماران اگرچه درخواست دریافت اطلاعات را داشتند اما این امر به معنی تصمیم‌گیری فعالانه در روند درمان نبود. به عبارت دیگر، به دریافت اطلاعات بیش از اتونومی اهمیت می‌دادند (۶).

به‌علاوه در مطالعه‌ی Fotaki که در چهار شهر از روسیه در خصوص کیفیت خدمات سلامت صورت گرفت درصد

آگاهی بیماران در چهار منطقه مورد مطالعه نسبت به حق خود در کسب اطلاعات درمانی ۷۳/۸، ۳۶، ۳۵/۱، ۷۵/۴ بود. این میزان در مورد ضرورت اخذ رضایت جهت مداخله‌ی درمانی (۸۷/۱، ۶۸/۷، ۶۲/۳، ۸۰/۲) بود و در مورد حق مشورت با پزشک دیگر (۲۷/۵، ۱۷/۴، ۲۸/۸، ۲۴/۶) بود (۹). در این مطالعه نیز میان ضرورت حق دریافت اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری اختلاف وجود دارد.

در مطالعه‌ی تطبیقی نگرش پرستاران و بیماران در مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری بالینی که توسط Florin و همکاران بر روی ۸۰ گروه دوتایی پرستار - بیمار در سوئد صورت گرفت تصور تمایل بیماران به مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی در پرستاران بیش از بیماران بود. در این مطالعه ۶۱ درصد از بیماران ترجیح می‌دادند که در تصمیم‌گیری بالینی غیر فعالانه‌تر عمل کنند در حالی که نگرش در پرستاران در مورد این گروه از بیماران ۲۴ درصد بود. نقش فعال توسط ۹ درصد از بیماران مطالبه می‌شد در حالی که پرستاران معتقد بودند که ۴۵ درصد از بیماران چنین توقعی دارند (۷). چنین اختلافی تا حدودی میان نظرات بیماران و پرستاران بیمارستان آموزشی - درمانی در جدول شماره‌ی ۴ مشهود است ولی در دو بیمارستان دیگر به چشم نمی‌خورد. بررسی دلیل چنین اختلاف نگرشی می‌تواند موضوع پژوهش‌های دیگری باشد.

مطالعات متعددی تمایل بیماران را در مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی وابسته به سن، نژاد، شرایط اقتصادی - اجتماعی و شدت بیماری می‌داند (۸ - ۶). در این مطالعه چنین اختلاف نظری میان بیماران با بیش از ۱۰ روز و کم‌تر از ۱۰ روز بستری در بیمارستان دیده می‌شود ولی گروه‌های مختلف به لحاظ سن و جنس و تحصیلات تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند.

امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار دارای ظرفیت علی‌رغم نظر تیم درمانی اگرچه از ضوابط مشخص و پذیرفته شده کلیه‌ی مراکز درمانی است و لازم‌الاجراست، اما

امکان بررسی برخی از ابعاد حقوق بیمار وجود نداشت. به عنوان مثال، از آنجایی که فعالیت‌های پژوهشی در بیمارستان خصوصی انجام نمی‌شد پرسش از رعایت ابعاد اخلاقی آن در بیمارستان عملی نبود. همین طور در خصوص پرسش از خطای پزشکی به دلیل ایجاد نگرانی در بیمار امکان عملی نداشت. بر این اساس برخی از ابعاد حقوق بیمار در پرسشنامه وارد نگردید.

تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش به مدل‌های ارائه‌ی خدمات اعم از خصوصی، آموزشی و دولتی مستلزم نمونه‌گیری وسیع‌تر از تعداد بیش‌تری از بیمارستان‌ها در هر گروه است.

#### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد ارائه‌کنندگان خدمت خصوصاً گروه پزشکی باید در خصوص حقوق مرتبط با ضرورت ارائه‌ی اطلاعات به بیماران و توجه به حق انتخاب و تصمیم‌گیری ایشان آگاه شوند. چرا که بر اساس اختلاف موجود در نگرش بیماران و پزشکان در این مطالعه، به نظر می‌رسد سطح مطالبات بیماران در خصوص حقوق فوق بیش از نگرش پزشکان باشد.

#### تشکر و قدردانی

در این جا ضمن قدردانی از حسن همکاری رؤسا و مدیران دفاتر پرستاری بیمارستان‌های محیط پژوهش و یکایک شرکت کنندگان در این پژوهش، از سرکار خانم دکتر فریبا اصغری و دکتر پونه سالاری به خاطر مرور نقادانه مقاله، از سرکار خانم حیدریان به خاطر انجام مسئولانه پرسشگری این پژوهش، از سرکار خانم کریمی به خاطر انجام امور تایپ و صفحه بندی و از سرکار خانم آقایی به خاطر پیگیری امور اجرایی این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

نگرش پزشکان و پرستاران در خصوص این سؤال می‌تواند بیانگر این حقیقت باشد که گروهی از ارائه‌کنندگان خدمات با توجه به نگرانی از خطراتی که به واسطه‌ی این اقدام متوجه بیمار می‌شود تمایلی به انجام آن ندارند.

#### دسته‌ی چهارم (حق رسیدگی به شکایت بیمار و اظهار

خطای درمانی): با توجه به نتایج مذکور در جدول شماره‌ی ۵ همه‌ی گروه‌های مورد مطالعه بر ضرورت وجود نظام فعال رسیدگی به شکایات اذعان داشتند اما در مورد اظهار خطای درمانی بسته به نوع آن اختلاف نظر وجود داشت. پرستاران و پزشکان برای خطای درمانی جبران شده ضرورت قطعی قائل نیستند ولی برای بیان خطای جبران‌پذیر مرتفع نشده و غیر قابل جبران ضرورت بیش‌تری قائلند. در بیمارستان درمانی - دولتی پزشکان در مورد خطای غیر قابل جبران ضرورت بالایی قائل نیستند که باید دلیل آن بررسی شود. در خطای جبران شده با توجه به این‌که اطلاع بیمار باعث نگرانی بی‌مورد و احیاناً بی‌اعتمادی وی به پزشک می‌شود منوط بر این‌که جبران خطا بار مالی برای بیمار ایجاد نکرده باشد، عدم اظهار خطا قابل توجیه است ولی در خطای جبران نشده اظهار ضروری است.

به نظر می‌رسد بیان خطای غیر قابل جبران به بیمار اگرچه به نسبت خطای قابل جبران آسیب کم‌تری متوجه بیمار می‌کند اما به واسطه‌ی مسئولیتی که وجدان پزشک در قبال اعتماد بیمار دارد ضروری است. به نظر می‌رسد پژوهش‌های تکمیلی در خصوص نحوه و شرایط بیان خطای درمانی می‌تواند راهگشا باشد.

#### محدودیت‌های مطالعه

میزان پاسخ‌دهی نسبتاً پایین پرسشنامه‌های ارسالی برای پزشکان از جمله محدودیت‌های این مطالعه است. اگرچه با همکاری به عمل آمده با رؤسای بیمارستان‌ها و تهیه‌ی مکاتبه با امضای ایشان برای پزشکان جهت تکمیل پرسشنامه تلاش گردید این محدودیت به حداقل میزان برسد. با توجه به محدودیت‌های متدولوژیک و اجرایی پژوهش

## منابع

- ۵- مصدق راد ع م، اثنی عشری پ. بررسی میزان آگاهی پزشکان و بیماران نسبت به حقوق بیمار و رعایت آن در بیمارستان شهید بهشتی اصفهان. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۳؛ ۱۱: ۴۵-۵۳.
- 6- Guix Oliver J, Fernández Ballart J, Sala Barbany J. Patients, physicians and nurses: three different points of view on the same issue. Attitudes to and perceptions of patient rights. *Gac Sanit* 2006; 20(6): 465-72.
- 7- Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision – making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nurs* 2006; 15(12): 1498-508.
- 8- Özdemir MH, Ergözen AT, Sönmez E, Can IO, Salacin S. The approach taken by the physicians working at educational hospitals in İzmir towards patient rights. *Patient Educ Couns* 2006; 61(1): 87-91.
- 9- Fotaki M. Users' perceptions of health care reforms: quality of care and patient rights in four regions in Russian Federation. *Soc Sci Med* 2006; 63(6): 1637-47.
- 1- Lledó R, Salas L, González, et al. The rights of the hospital patient: the knowledge and perception of their fulfillment on the part of the professional. The Group in Catalonia of the Spanish Society of Care for the Health Services User. *Rev Clin Esp* 1998; 198(11): 730-5.
- 2- Kuzu N, Ergin A, Zencir M. Patients' awareness of their rights in developing country. *Public Health* 2006; 120(4): 290-6.
- ۳- هوشمند ع، جولایی س، مهرداد ن، بحرانی ن. آگاهی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران از حقوق بیمار و عوامل تسهیل کننده رعایت این حقوق از دیدگاه آن‌ها. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) ۱۳۸۵؛ دوره ۱۲ (شماره ۴): ۵۷-۶۶.
- 4- Joolae S, Mehrdad N. An investigation of patients' awareness of their rights. *Proceedings of the National Congress of Medical Ethics*; 2003; Turkey; Bursa; (1): p. 517-22.

شماره ۸۸ / ۲۵۴  
تاریخ  
پست الکترونیک  
۱۳۸۸ / ۵ / ۹

جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت تحقیقات و فناوری

فوری - مهم

سر دبیر محترم نشریه اخلاق و تاریخ پزشکی

سلام علیکم

احتراماً، با توجه شیوع آنفولانزای نوع A و ضرورت اطلاع‌رسانی مناسب در این زمینه، خواهشمند است گزارش پیوست تحت عنوان "راهنمای درمان دارویی ضد ویروس در موارد قطعی یا مشکوک ابتلا به ویروس آنفولانزای A با منشاء خوکی و همچنین موارد تماس نزدیک" را که توسط مرکز مبارزه با بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تنظیم گردیده است، در اولین شماره نشریه خود منتشر نمایید. ضمناً فایل گزارش یاد شده در سایت <http://commission.hbi.ir> به صورت word در دسترس می‌باشد.

دکتر محمد واسعی  
معاون تحقیقات و فناوری

دبیرخانه مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی  
شماره: ۶۰۳۰۱۲۲۲  
تاریخ: ۸۸، ۵، ۲۵

