پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال بیست و یکم، شماره ۲، پی‌درپی ۱۱۰، صفحات ۹۹ تا ۱۰۶
خرداد و تیر ۱۳۹۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱/۱۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۵/۱۹

بررسی سطح پاسخگویی بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از دیدگاه بیماران در نیمه دوم سال ۱۳۹۴

دکتر احسان زارعی[۱]، دکتر عباس دانش کهن[۱]، دکتر سهیلا خدا کریم[۲]، عباس شمس الدینی لری[۳]، صادق احمدی کشکولی*[۳]

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
۲. استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

چکیده

سابقه و هدف: پاسخگویی به معنی آن است که نظام سلامت چگونه به انتظارات قانونی بیماران در جنبه‌های غیر بالینی مراقبت‌های بهداشتی درمانی پاسخ می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی سطح پاسخگویی بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از دیدگاه بیماران در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۳۰۰ بیمار بستری ترخیص شده از دو بیمارستان عمومی- آموزشی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد ۳۲ آیتمی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های T-test، ANOVA و آزمون همبستگی اسپیرمن در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره پاسخگویی بیمارستان‌ها ۳/۳ (±۶۷/۰) از ۵ بود. سه بُعد حق انتخاب درمانگر (۲/۷)، استقلال و خودمختاری (۳/۱) و رسیدگی سریع (۳/۱) با کمترین نمره به عنوان نقاط ضعف و سه بُعد کیفیت امکانات فیزیکی اولیه (۳/۶)، حمایت اجتماعی (۳/۶) و شأن و کرامت انسانی (۳/۵) با بالاترین نمره به عنوان نقاط قوت پاسخگویی بیمارستان‌ها از دیدگاه بیماران بستری بود. رابطه معناداری بین پاسخگویی کلی با مدت اقامت، سابقه بستری قبلی، بخش بستری، منبع توصیه و وضعیت سلامتی هنگام ترخیص وجود داشت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: وضعیت پاسخگویی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در حد متوسط بود. بیمارستان‌ها در پاسخگویی به انتظارات بیماران درخصوص جنبه‌های غیربالینی مراقبت باید توجه بیشتری نشان دهند و تمرکز مدیران و سیاست‌گذاران سلامت بر آموزش نیروی انسانی در زمینه‌ی پاسخگویی و تخصیص منابع بیشتر، در بهبود پاسخگویی می‌تواند نقش مؤثری ایفا نماید.

واژگان کلیدی: پاسخگویی نظام سلامت، انتظارات بیمار، بیمارستان های دولتی، خدمات بستری

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Zarei E, Daneshkohan A, Khodakarim S, Shamsdini Lori A, Ahmadi Kashkoli S. Hospitals' Responsiveness from the patient's perspective: A cross-sectional Study in Tehran, Iran. Pejouhandeh 2016;21(2):99-106.

مقدمه

پاسخگویی یکی از مسایل مهم هر نظام بهداشتی درمانی و از مؤلفه‌های مورد نظر سیاست‌گذاران و مدیران نظام‌های سلامت است. همه‌ی نظام‌های سلامت در سرتاسر دنیا در پی یافتن راه‌هایی برای پاسخگویی بهتر به بیماران و جامعه‌ی تحت پوشش هستند (۱). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ سه هدف برای نظام‌های سلامت تعیین کرد: ۱) ارتقای سلامتی، ۲) عدالت در تأمین مالی و ۳) پاسخگویی (۲، ۳). در حقیقت پاسخگویی بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد در زمینه‌های غیر طبی مراقبت‌های سلامت اشاره دارد. انتظارات منطقی همان اصول شناخته شده و مورد قبول و یا قوانین و استانداردها هستند (۴). مدل پیشنهادی پاسخگویی توسط سازمان بهداشت جهانی متشکل از ۸ عنصر به عنوان جنبه‌های غیر پزشکی مراقبت‌های سلامت است که در دو مؤلفه مهم شامل: الف- احترام به افراد (میان فردی): که شامل حفظ شأن و کرامت بیمار، برقراری ارتباطات صمیمانه،

*نویسنده مسؤول مکاتبات: صادق احمدی کشکولی؛ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران؛ تلفن: ۰۹۱۷۴۱۰۶۴۴۱؛ پست الکترونیک: sadeghahmadi1369@yahoo.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]

محرمانگی اطلاعات بیمار و استقلال افراد و خانواده‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود می باشد؛ ب- مشتری مداری (ساختاری): که شامل توجه فوری، حمایت اجتماعی، امکانات فیزیکی مرکز درمانی و حق انتخاب درمانگر می باشد قرار می‌گیرند (۵-۷).

پاسخگویی به بیماران به عنوان یک مشخصه‌ی کلیدی نظام‌های سلامت اثر بخش تلقی می‌شود و به همین دلیل، سازمان جهانی بهداشت برای تشویق و سوق دادن کشورها به این موضوع، شاخص‌های پاسخگویی را در گزارش‌های بهداشت جهانی وارد کرده است (۸). برای بیماران، پاسخگویی نظام سلامت یک ملاحظه‌ی مهم است چرا که اغلب آنها می‌توانند آن را درک نمایند و ابعاد پاسخگویی را که طی مراحل درمان تجربه می‌کنند، مورد قضاوت قرار دهند (۹). موفقیت‌هایی که در پاسخگویی حاصل می‌شود مستقیماً در رفاه و آسایش بیمار مؤثر است و قادر است بهبود و ارتقای سطح سلامت او را در برداشته باشد. لذا تمرکز بر پاسخگویی به‌عنوان یکی از اهداف نظام سلامت ارزش به‌سزایی دارد (۱۰).

در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، پاسخگویی نظام سلامت کشور ایران در جایگاه صدم از ۱۹۱ کشور دنیا رتبه‌بندی شده بود (۳). نتایج سه مطالعه در ایران، میانگین نمره‌ی پاسخگویی بیمارستان‌ها را از دیدگاه بیماران در سطح متوسط و پایین ارزیابی نمودند (۱۱-۱۳). ارتقای سطح پاسخگویی نظام سلامت در ایران اسلامی که بر هویت معنوی انسان و توجه ویژه به بعد ملکوتی و روحی او علاوه بر سه بعد زیستی، روان شناختی و اجتماعی سلامت اهتمام دارد، اهمیت دو چندان می‌یابد (۱۴). نتایج مطالعه‌ی رشیدیان در شهر تهران نشان داد که بیش از ۹۰ درصد پاسخ دهندگان، پاسخگویی را به عنوان یک موضوع خیلی مهم در نظر گرفته بودند (۱۵) و بنابراین برای بیماران نیز پاسخگویی مهم و ارزشمند است. ارتقای پاسخگویی نظام سلامت یکی از اهداف برنامه تحول نظام سلامت نیز می‌باشد که از سال ۱۳۹۳ و با سه هدف حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات در سطح بیمارستان‌های دولتی آغاز شده است (۱۶).

ارزیابی وضعیت پاسخگویی به بیمارستان‌ها اجازه می‌دهد که نقاط ضعف و قوت پاسخگویی و جنبه‌های نیازمند توجه و ارتقا را از دیدگاه بیمار شناسایی نموده و برنامه‌هایی برای بهبود آن طراحی نمایند. با توجه به عزم دولت در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات، ایجاد تحول در نظام سلامت و افزایش پاسخگویی به بیماران لازم است که به این موضوع در مراکز درمانی توجه ویژه گردد. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین وضعیت پاسخگویی بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از دیدگاه بیماران بستری در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی در زمستان سال ۱۳۹۴ در شهر تهران انجام شد. برای تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن d=۰/۰۵ و p=۰/۷ که در مطالعه بزاز (۱۷) به‌دست آمده بود سطح اطمینان ۹۵ درصد حجم نمونه نهایی برابر با ۳۰۰ نفر محاسبه شد. از بین ۷ بیمارستان دولتی و آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران، دو بیمارستان به صورت تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. تخصیص نمونه‌ها به هر بیمارستان به صورت تخصیص متناسب با حجم (تعداد تخت) هر بیمارستان بود. از روش نمونه‌گیری در دسترس در این مطالعه استفاده شد و انتخاب بیماران از هر بیمارستان به این صورت بود که پرسشنامه در روز ترخیص بیمار به وی داده می شد تا آن را پر کند. هدف مطالعه به بیماران توضیح داده شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات‌شان به آنها اطمینان داده شد. برای بیماران بی‌سواد نیز مصاحبه‌گر آموزش دیده در پرکردن پرسشنامه کمک کرد. پژوهشگر تمام بیماران ترخیص شده را به صورت متوالی و تا زمانی که حجم نمونه مورد نیاز تکمیل شود، مورد پرسش قرار داد. به جای بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند، نمونه‌ی دیگری جایگزین شد. داشتن حداقل ۱۶ سال سن، حداقل یک شبانه روز بستری بودن و داشتن تمایل به مشارکت در مطالعه معیارهای ورود در مطالعه بودند.

ابزار گردآوری داده‌های مطالعه، پرسشنامه بود. بخش اول پرسشنامه شامل ۱۰ آیتم مربوط به مشخصات دموگرافیک- اجتماعی بیمار و بخش دوم شامل ۳۲ سوال برای سنجش پاسخگویی نظام سلامت در ۸ بُعد بود: اقدام سریع و توجه فوری ۳ سوال (سوالات ۱ تا ۳)، برقراری ارتباط صمیمانه ۸ سوال (سوالات ۴ تا ۱۱)، حفظ شان و کرامت بیمار ۸ سوال (سوالات ۱۲ تا ۱۹)، استقلال و خود مختاری ۴ سوال (سوالات ۲۰ تا ۲۳)، محرمانگی اطلاعات بیمار ۲ سوال (سوالات ۲۴ تا ۲۵)، حق انتخاب درمانگر ۲ سوال (سوالات ۲۶ تا ۲۷)، امکانات فیزیکی مرکز درمانی ۳ سوال (سوالات ۲۸ تا ۳۰) و حمایت اجتماعی ۲ سوال (سوالات ۳۱ تا ۳۲). این پرسشنامه که توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی و روایی و پایایی آن تأیید شده، در ایران ترجمه و مورد استفاده قرار

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]

گرفته است و بنابراین نسخه‌ی فارسی آن در دسترس بود (۱۸). مقدار آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعات قبلی از ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است که بیانگر پایایی آن است (۸، ۱۷، ۱۹، ۲۰). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ در این مطالعه نیز حاکی از پایایی قابل قبول پرسشنامه برای این مطالعه بود. شیوه‌ی امتیازدهی این پرسشنامه به صورت لیکرت ۱ تا ۵ (خیلی زیاد، زیاد، تا حدودی، کم، خیلی کم) بود که به گزینه خیلی زیاد نمره ۵ و به گزینه خیلی کم نمره ۱ داده شد. نمره حداقلی مورد نظر برای محاسبه پاسخگویی نظام سلامت ۳۲ (۱×۳۲) و نمره حداکثری ۱۶۰ (۵×۳۲) و نمره میانگین نهایی هر بعد و نمره کل پاسخگویی بین ۵ – ۱ بود به طوری که اگر میانگین نمره پاسخگویی کمتر از ۲/۵ باشد ضعیف، ۴-۲/۶ متوسط و بالاتر از ۴ مطلوب ارزیابی گردید (۲۱).

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون‌های T-test و ANOVA جهت مقایسه میانگین نمره پاسخگویی بر حسب متغیرهای دموگرافیک بیمار و آزمون همبستگی اسپیرمن برای سنجش همبستگی میان ابعاد ۸گانه با نمره کل پاسخگویی در نرم افزار SPSS.22 انجام شد. انجام این مطالعه با تأیید و تصویب کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران ۴۷/۹ (± ۶/۱۷) سال و ۵۳ درصد (۱۵۹ نفر) آنها مرد بودند. ۸۲ درصد (۲۴۷ نفر) متأهل، ۱۸/۳ درصد (۵۵ نفر) بی‌سواد، ۶۱ درصد (۱۸۳ نفر) دیپلم و زیر دیپلم و ۲۰/۷ درصد (۶۲ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و ۹۳/۷ درصد (۲۸۱ نفر) بیماران دارای پوشش بیمه‌ای بودند.

۴۵ درصد (۱۳۵ نفر) بیماران در بخش جراحی بستری بودند و میانگین مدت اقامت بیماران ۷/۹ (± ۷/۹) روز بود. ۳۷ درصد (۱۱۱نفر) از بیماران سابقه‌ی بستری در بیمارستان فعلی‌شان را داشتند و ۳۶ درصد (۱۰۸ نفر) به توصیه‌ی پزشک معالج خود بیمارستان مورد نظر را انتخاب کرده بودند. همچنین، ۵ درصد (۱۵ نفر) از بیماران وضعیت سلامتی خود در زمان ترخیص را عالی، ۳۵ درصد (۱۰۵ نفر) خوب و ۶۰ درصد (۱۸۰ نفر) نیز متوسط و بد ارزیابی کرده بودند.

میانگین نمرات مربوط به ابعاد هشت‌گانه پاسخگویی از دیدگاه بیماران از ۲/۷ (بعد حق انتخاب درمانگر) تا ۳/۶ (بعد امکانات فیزیکی مرکز درمانی) بود. کمترین نمره‌ی پاسخگویی بیمارستان‌ها از دیدگاه بیماران بستری به ترتیب مربوط به ابعاد حق انتخاب درمانگر (۲/۷)، استقلال و خودمختاری (۳/۱)، و اقدام و توجه سریع (۳/۱) بود. همچنین بالاترین نمره‌ی پاسخگویی به ترتیب مربوط به ابعاد امکانات فیزیکی مرکز درمانی (۳/۶)، حمایت اجتماعی (۳/۶) و شأن و کرامت انسانی (۳/۴) بود. میانگین نمره‌ی پاسخگویی ۳/۳ (± ۰/۶) از ۵ بود که در حد متوسط قرار می‌گیرد (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین نمره ابعاد مختلف پاسخگویی از دیدگاه بیماران.

ابعاد	انحراف معیار± میانگین
اقدام سریع و توجه فوری	۳/۱±۰/۷
برقراری ارتباط صمیمانه	۳/۲±۰/۸
حفظ شأن و کرامت بیمار	۳/۴±۰/۷
استقلال و خود مختاری	۳/۱±۰/۹
محرمانگی اطلاعات بیمار	۳/۲±۱/۰
حق انتخاب درمانگر	۲/۷±۱/۰
حمایت اجتماعی	۳/۶±۰/۹
امکانات فیزیکی مرکز درمانی	۳/۶±۰/۸
پاسخگویی کل	۳/۳±۰/۶

بررسی همبستگی میان ابعاد ۸ گانه با نمره کل پاسخگویی نشان داد این همبستگی مثبت و معنادار است (P<۰/۰۰۱). قوی‌ترین همبستگی بین پاسخگویی کل با ابعادش، مربوط به بعد برقراری ارتباط صمیمانه (r=۰/۸۹، P<۰/۰۰۱) و پس از آن ابعاد شأن و کرامت بیمار (r=۰/۸۶، P<۰/۰۰۱) و محرمانگی اطلاعات بیمار (r=۰/۷۷، P<۰/۰۰۱) بود. ضعیف‌ترین همبستگی نیز بین پاسخگویی کل با بعد حق انتخاب درمانگر (r=۰/۵۰، P<۰/۰۰۱) و حمایت اجتماعی (r=۰/۵۴، P<۰/۰۰۱) بود. بین نمره پاسخگویی کل و مدت اقامت (r=-۰/۱۳، P<۰/۰۳۲) همبستگی معکوس و معنی‌دار وجود داشت بطوری که با افزایش مدت اقامت در بیمارستان نمره پاسخگویی کاهش می یابد.

سابقه بستری قبلی در همان بیمارستان (P<۰/۰۰۱)، بخش بستری (P<۰/۰۰۱)، منبع توصیه برای انتخاب بیمارستان (P<۰/۰۰۶)، و وضعیت سلامتی در هنگام ترخیص (P<۰/۰۰۳) رابطه معنی‌داری با پاسخگویی بیمارستان داشت (جدول ۲). بیمارانی که سابقه‌ی بستری قبلی در بیمارستان را داشتند، دارای نمره‌ی پاسخگویی بالاتری نسبت به سایرین بودند. بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی نمره‌ی پاسخگویی کمتری نسبت به بیماران سایر بخش‌ها (قلب، ریه، مغز و اعصاب، دیالیز، انکولوژی، پیوند) داشتند و بیمارانی که بیمارستان را خودشان انتخاب کرده بودند، دارای نمره‌ی بالاتری بودند. همچنین بیمارانی که وضعیت سلامتی خود در

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]

هنگام ترخیص را عالی اعلام کرده بودند، دارای بالاترین نمره و بیمارانی که وضعیت خود را بد اعلام کرده بودند، کمترین نمره‌ی پاسخگویی را داشتند. متغیرهای سن، جنسیت، سطح سواد، محل سکونت، مدت اقامت، وضعیت تأهل و نوع بیمه، رابطه معنی‌داری با پاسخگویی نداشتند.

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره پاسخگویی بر حسب متغیرهای دموگرافیک بیماران.

متغیر		انحراف معیار±میانگین	تعداد	نتیجه آزمون
جنسیت	مرد	۳/۲±۰/۷	۱۵۹	**t**=۱/۹۳
	زن	۳/۳±۰/۶	۱۴۱	**p**=۰/۰۶
سطح سواد	دیپلم و زیر دیپلم	۳/۳±۰/۶	۲۳۸	**t**=۰/۵۳
	دانشگاهی	۳/۲±۰/۷	۶۲	**p**=۰/۵۹
سابقه بستری قبلی	دارد	۳/۴±۰/۵	۱۱۱	**t**=۳/۲۲
	ندارد	۳/۱±۰/۶	۱۸۹	**p**<۰/۰۰۱
بخش بستری	داخلی	۳/۲±۰/۵	۸۷	
	جراحی	۳/۱±۰/۷	۱۳۵	**F**=۶/۲۱
	زنان و زایمان	۳/۳±۰/۶	۳۲	**p**<۰/۰۰۱
	سایر	۳/۶±۰/۵	۴۶	
منبع توصیه برای انتخاب بیمارستان	پزشک معالج	۳/۳±۰/۶	۱۰۸	**F**=۴/۲۵
	اورژانس ۱۱۵	۳/۱±۰/۷	۷۴	**p**=۰/۰۰۶
	خودم	۳/۴±۰/۶	۳۹	
	خانواده و دوستان	۳/۲±۰/۶	۷۹	
وضعیت سلامتی هنگام ترخیص	عالی	۳/۶±۰/۸	۱۵	**F**=۴/۰۶
	خوب	۳/۴±۰/۶	۱۰۵	**p**=۰/۰۰۳
	متوسط	۳/۲±۰/۶	۱۴۷	
	بد	۳/۱±۰/۶	۳۳	

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی پاسخگویی بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی از دیدگاه بیماران بود و میانگین نمره‌ی پاسخگویی بیماران در این مطالعه ۳/۳ از ۵ و در حد متوسط بود. این یافته با نتایج چند مطالعه‌ی مشابه در ترکیه (۲۲)، چین (۲۳) و ایران (۱۲، ۱۳، ۲۴) در یک راستا است. با توجه به نمره‌ی پاسخگویی در این مطالعه، به نظر می‌رسد همچنان ظرفیت برای ارتقای پاسخگویی در بیمارستان‌های دولتی وجود دارد تا آن را به سطح بالاتری ارتقا داد.

در مطالعه‌ی حاضر، بعد حق انتخاب درمانگر پایین‌ترین نمره را داشت که در مطالعه‌ی برامسفلد (۲۵) در آلمان، پلتزر (۲۶) در آفریقای جنوبی و جوادی (۱۲) و بزاز (۱۷) در ایران نیز بیماران به بعد حق انتخاب درمانگر، کمترین امتیاز را داده بودند که مشابه یافته‌های این مطالعه است. این یافته در کشور ما چندان دور از ذهن به نظر نمی‌آید، چرا که آزادی در انتخاب درمانگر یا بیمارستان محل درمان در بسیاری از کشورها غیر معمول است؛ حتی بیشتر اروپایی‌ها به آزادی انتخاب درمانگر عادت ندارند (۱). به نظر می‌رسد دلیل این امر، عدم اطمینان آنها به توانایی خود در انتخاب احسن و دانش کافی برای انتخاب است (۱۲).

استقلال و خود مختاری (مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی) دومین نمره‌ی پایین را در بین ابعاد پاسخگویی داشت که با یافته‌های مطالعه‌ی جوادی (۱۲)، بزاز (۱۷)، ابراهیمی‌پور (۱۳)، عرب (۲۴) و سجادی (۲۷) در ایران و مطالعات موسلام (۲۸) در مصر و کوال (۲۳) در چین در یک راستا است. امروزه انتظار دخالت دادن و مشارکت بیمار در انتخاب برنامه‌ی درمان رو به گسترش است (۲۹)، اما میزان درگیری و مشارکت بیمار در مسایل درمانی، موضوعی است که بر حسب فرهنگ شایع پزشکی در مناطق مختلف فرق می‌کند. اگر الگوی پزشکی یک فرهنگ پدرگرایی (Paternalist) باشد، پزشک و هم بیمار قبول می‌کنند که تصمیم در مورد درمان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]

مسؤولیت پزشک است. این در حالی است که در فرهنگ تساوی گرایی (Egalitarian) یک تصمیم‌گیری مشارکتی و جلب نظر بیمار بیشتر مورد تأیید است (۱). این همگامی بیمار نه تنها باعث پذیرش و سازگاری بیشتر او با روش‌های درمانی می‌شود بلکه تعاملات بیمار و ارایه‌کننده را نیز بهبود می‌بخشد و رضایت بیشتری را هم برای ارایه‌کننده و هم بیمار در پی دارد (۳۰).

بعد اقدام و توجه سریع سومین نمره پایین را در بین ابعاد پاسخگویی به خود اختصاص داد. نتایج مطالعه پلتزر در آفریقای جنوبی نشان داد که بیماران بستری، ضعیف ترین عملکرد پاسخگویی را به عبارت "زمان انتظار برای مراقبت" مربوط می‌دانستند (۳۱) که با نتایج مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. در مطالعه‌ی والنتین و همکاران در ۴۱ کشور پیرامون اینکه" کدام جنبه‌های کیفیت مراقبت غیر بالینی مهمترین هستند" مشخص شد که توجه سریع و احترام به شأن بیمار مهمترین ابعاد کیفیت غیربالینی هستند (۳۲) که حاکی از اهمیت این بُعد پاسخگویی است. مطالعه‌ای در ایران (۱۵) نیز مشخص کرد توجه و رسیدگی سریع مهمترین بعد پاسخگویی نظام سلامت است. در مطالعه‌ی عرب (۲۴) و اصغری (۳۳) کمترین نمره‌ی پاسخگویی از دیدگاه بیماران بستری مربوط به توجه فوری بوده است. تحقیقات نشان داده‌اند که زمان انتظار، اقدام و توجه سریع با رضایت بیماران مرتبط هستند. زمان انتظار طولانی و کاهش اقدام و توجه فوری، یکی از دلایل ارجاع بیماران به بیمارستان‌های خصوصی است (۳۴). نادیده گرفتن این موضوع می‌تواند منجر به نگرش منفی و بدگمانی به سمت نظام سلامت قبل از دریافت خدمات واقعی شود (۳۵). به نظر می‌رسد محدودیت منابع و تعداد زیاد بیماران یکی از دلایل نارضایتی در زمینه لیست انتظار طولانی و عدم رسیدگی سریع در بیمارستان‌های دولتی باشد.

بالاترین نمره‌ی پاسخگویی از نظر بیماران مربوط به بعد امکانات فیزیکی بیمارستان و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی بود که مشابه با یافته‌های مطالعات دیگر در ایران بود (۱۳، ۱۷، ۱۸، ۲۴). در یک مطالعه انجام شده در آلمان، دسترسی به حمایت اجتماعی و کیفیت امکانات فیزیکی دارای علمکرد خوب بود (۲۵) و در مطالعه پلتزر نیز بالاترین نمرات پاسخگویی مربوط دو بعد حمایت اجتماعی و امکانات فیزیکی بود (۳۱) که یافته‌های مطالعه ما با نتایج این دو مطالعه، هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه کوال و همکاران نشان داد که پاسخگویان، کیفیت امکانات فیزیکی و احترام به شأن بیمار را مهمترین ابعاد پاسخگویی رتبه بندی کرده‌اند (۲۳). در مطالعه جوادی و همکاران، بعد امکانات فیزیکی از دیدگاه بیماران کمترین نمره را در بین ابعاد پاسخگویی به خود اختصاص داد (۱۲). با توجه به اینکه یکی از بسته‌های خدمتی در حال اجرای طرح تحول سلامت ارتقا کیفیت خدمات هتلینگ و امکانات فیزیکی است، به نظر می‌رسد تغییرات انجام شده در این حوزه در بیمارستان‌های مورد مطالعه در ارزیابی بیماران موثر بوده است. کیفیت امکانات فیزیکی نه تنها بر آسایش و راحتی بیمار تأثیر می‌گذارند، بلکه همچنین در ارتباط با احساس ارتقای سلامت، خوب بودن و کاهش فرآیند بهبودی بیمار هستند. نامطلوب بودن امکانات فیزیکی ممکن است بیماران و همراهانشان را در معرض خطر قرار دهند (۳۵). با توجه به اینکه حمایت اجتماعی بیمار توسط خانواده در طول مدت بستری عامل بسیار مهمی در روند درمان و یکی از عوامل بسیار مهم در بهبودی بیمار است (۳۶)، وضعیت خوب این بعد از پاسخگویی در این مطالعه یک نتیجه خوشایند محسوب می‌شود. به طوری که تحقیقات نشان داده است که در بیماران سرطانی، حمایت اجتماعی و حضور و همراهی خانواده‌ی بیمار تأثیر مثبتی دارد (۳۶).

بیمارانی که سابقه‌ی بستری در بیمارستان فعلی را داشتند، نمره‌ی بالاتری از پاسخگویی نسبت به سایر بیماران داشتند. به نظر می‌رسد تجربه و شناخت قبلی و انتظارات معقول این بیماران باعث شده است تا ادراک آنها از پاسخگویی بیمارستان، مثبت‌تر باشد. بیمارانی که در بخش‌های تخصصی بستری بودند، نمره‌ی بالاتری از پاسخگویی نسبت به بیماران بخش‌های داخلی و جراحی داشتند که احتمال دارد به دلیل رسیدگی بیشتر کارکنان و ازدحام کمتر نسبت به بخش‌های داخلی و جراحی مزید بر علت شده تا ادراک آنها از پاسخگویی خدمات مثبت‌تر باشد. وضعیت سلامتی بیماران نیز در ادراک از پاسخگویی خدمات تأثیرگذار بود و بیمارانی که در زمان ترخیص وضعیت سلامتی خود را خوب ارزیابی کرده بودند، دارای ادراک مثبت‌تری از پاسخگویی خدمات بودند. در مطالعات قبلی نیز ثابت شده است که وضعیت بهتر سلامتی جسمی و روانی بیمار تأثیر معنی‌داری بر نحوه‌ی ارزیابی از خدمات دارد (۳۴، ۳۷). بیمارانی که به انتخاب خودشان، بیمارستان را برای بستری شدن انتخاب کرده بودند نسبت به بیمارانی که با توصیه‌ی پزشک معالج و یا از طریق اورژانس ۱۱۵ پذیرش شده بودند، دیدگاه بهتری به پاسخگویی بیمارستان داشتند. احتمالاً یکی از دلایل این نتیجه می‌تواند این باشد که این افراد بعد از تحقیق و بررسی در مورد بیمارستان‌های موجود، بیمارستانی را که دارای وضعیت بهتری

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]

بوده است انتخاب کرده‌اند و بنابراین دارای سطح انتظارات متعادلی بودند. رابطه‌ی همبستگی معکوس بین پاسخگویی و مدت اقامت حاکی از این است که با افزایش مدت اقامت، بیماران احساس می‌کنند که بیماریشان آنقدر وخیم است که مجبورند مدت طولاتی بستری شوند و این عامل به نگرانی و دلواپسی بیماران می‌افزاید و هر روز دید آنها نسبت به بیمارستان بدتر می‌شود و این عوامل می‌توانند منجر به پاسخ‌دهی کمتر و یا دید منفی بیماران نسبت به خدمات بیمارستان و کارکنان شود.

مطالعه‌ی ما محدودیت‌هایی نیز داشت. اول، در مطالعه‌ی مورد نظر فقط بیمارستان‌های دولتی بدون در نظر گرفتن بیمارستان‌های خصوصی و خیریه در نظر گرفته شده است که انجام مطالعات مقایسه‌ای می‌تواند به درک بهتر پاسخگویی بهتر نظام سلامت کمک کند. دوم، نتایج مطالعه‌ی ما محدود به بیماران بستری و بدون در نظر گرفتن خدمات سرپایی انجام شده است که پیشنهاد می‌شود در بخش خدمات سرپایی نیز چنین مطالعه‌ای انجام شود.

نتیجه‌گیری

پاسخگویی یکی از اهداف نظام سلامت می‌باشد و انجام مطالعات در این زمینه می‌تواند در جهت ارتقای وضعیت پاسخگویی در بیمارستان‌ها حایز اهمیت باشد. یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد وضعیت پاسخگویی در بیمارستان‌های دولتی از دیدگاه بیمار در حد متوسط است و همچنان ظرفیت برای ارتقای وضعیت پاسخگویی وجود دارد. لازم است تا ابعادی از پاسخگویی که دارای وضعیت خوب بوده است، تقویت شود و برای ابعادی که عملکرد خوبی نداشته‌اند تمهیداتی اندیشیده شود. برای این منظور موارد ذیل پیشنهاد می‌گردد:

۱. بهبود بُعد استقلال از طریق آموزش بیماران و نظرخواهی کردن از آنان جهت اجرای درمانی

۲. بهبود حق انتخاب درمانگر از طریق در اختیار دادن لیست پزشکان و سوابق مثبت و منفی (کارنامه‌ی عملیاتی و سطح تجارب پزشک) جهت معالجه‌ی بیماران

۳. بهبود بُعد توجه فوری و کاهش زمان انتظار از طریق سازمان‌دهی مجدد نیروی انسانی، استفاده از نظام‌های رایانه‌ای تعیین وقت قبلی و مهندسی مجدد فرآیند پذیرش بیمار در خدمات بستری.پ

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه آقای صادق احمدی کشکولی در مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی به راهنمایی دکتر احسان زارعی است که در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجرا شده است. نویسندگان از همکاری مدیران بیمارستان‌های طالقانی و امام حسین، دکتر حسین جعفری و دکتر محمد کاظم کاظمی و کارکنان این بیمارستان‌ها که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، سپاسگزاری می‌کنند.

REFERENCES

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

2. Gakidou E, Murray CJ, Frenk J. Measuring preferences on health system performance assessment. GPE Discussion Paper Series: No.20 .Geneva. 2000.

3. World Health Organization. The world health report 2000 : health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: 2000.

4. Desilva A, Valentine N. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Series. Geneva: 2000.

5. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the world Health Organization. 2000;78(6):717-31.

6. Letkovicova H, Prasad A, Valentine N. The health systems analytical guidelines for survey in the multi-country survey study. World Health Organization Geneva Switzerland. 2005;3(1):45-55.

7. World Health Organization. Key Informant Survey. Geneva, Switzerland.Available from: http://www.who.int/questionnaire.pdf 2001 [22/03/2016.[

8. Mohammadi A, Kamali K. Patients' Perspectives on Responsiveness in Outpatient Clinics of Hospitals at Zanjan University of Medical Sciences. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal. 2015;5(1):80-92.

9. Adesanya T, Gbolahan O, Ghannam O, Miraldo M, Patel B, Verma R, et al. Exploring the responsiveness of public and private hospitals in Lagos, Nigeria. Journal of Public Health Research. 2012;1(2):2-7.

10. Gharai H, Tapak L, Bahrami M , Askari R. Relationship betwen organizational climate and accountability in public , private ,charity selective hospitals in Hamedan. Health care Management 2013;3(1):35-47.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]

11. Karami-Tanha F, Fallah-Abadi H. Health System Responsiveness for Care of Patients with Heart Failure: Evidence form a University Hospital. Archives of Iranian Medicine. 2014;17(11):736-40.

12. Javadi M, Yaghoobi M, Raiesi A, Mandegar HA, Ayoobian A. A Study of Non-Medical Aspects of Health Services Provided to Patients in Selected Hospitals of Isfahan: Responsiveness. Health Information Management. 2011;8(5):709-17.

13. Ebrahimipour H, Najjar A, Jahani AK, Pourtaleb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. International journal of Health Policy and Management. 2013;1(1):85-90.

14. MOHME. Ministry of Health and Medical Education MOHME. Health scientific general plan. iran , tehran,2009 [10/09/2015.[

15. Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th District of Tehran. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2011;13(5):302-8.

16. MOHME. Ministry of health and Medical Education MOHME.Health Setor Evolution Iran, Tehran,2015 [14/02/2015.[

17. Bazzaz MM, Taghvaee MRE, Salehi M, Bakhtiari M, Shaye ZA. Health System's Responsiveness of Inpatients: Hospitals of Iran. Global Journal of Health Science. 2015;7(7):106-14.

18. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Kaveh K. Comparison of patients' and nurses' viewpoints about responsiveness among a sample from public and private hospitals of Isfahan. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2011;16(4):273-7.

19. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Shams A, Kadkhodaie M. Organizational justice and accountability in public and private hospitals selected in Isfahan. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2012;9(4):11-20.

20. Nasiripour A, Tabibi S, Gohari M, Mahboubi M. Dimensions of Accountability from The Perspective of Educational Hospital Staff. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2013;12(5):377-88.

21. Gohari M, Tabibi S, Nasiripour A, Mahboubi M. Seven Dimensions Of Accountability In Iran's Teaching Hospitals: A National Study. jornal ofTehran University of medical sciences. 2013;6(4):254-64.

22. Ugurluoglu O, Celik Y. How responsive Turkish health care system is to its citizens: the views of hospital managers. Journal of Medical Systems. 2006;30(6):421-8.

23. Kowal P, Naidoo N, Williams SR, Chatterji S. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. Health. 2011;3(10):638-46.

24. Arab.M R-FA, Akbari Sari.A, Khammarnia.M, Sadeghi.A, Siavashi.E. Comparison of Responsiveness Rate among Private and Social Security Hospitals in Tehran City. Journal of Hospital. 2015;14(4):29-39.

25. Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. BMC Health Services Research. 2007;7(1):79-99.

26. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. BMC Health Services Research. 2009;9(1):109-17.

27. Sajjadi F, Moradi-Lakeh M, Nojomi M, Baradaran HR, Azizi F. Health system responsiveness for outpatient care in people with diabetes Mellitus in Tehran. Medical Journal of The Islamic Republic of Iran 2015;29(1):1136-49.

28. Mosallam R, Aly MM, Moharram AM. Responsiveness of the health insurance and private systems in Alexandria, Egypt. The Journal Of The Egyptian Public Health Association. 2013;88(1):46-51.

29. Coulter A. The autonomous patient: ending paternalism in medical care. Stationery Office HMSO Great Britain Nuffield Trust for Research Policy Studies in Health Services: London; 2002.

30. Kavosi Z. Analysis of responsibility changes and equity in health financing in 17 region of Tehran Tehran: Tehran University of medical sciences 2010 [cited PhD]. 120-2.[

31. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. Global Health Action. 2012;5(2):1-11.

32. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. Social Science & Medicine. 2008;66(9):1939-50.

33. Asghari S, Malekafzali H, Holakouie Naieni K, Majdzadeh R, Soleimani F, Amirsalari S. Health service utilization by mentally handicapped children and factors affecting it. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2007;5(1):29-37.

34. Zarei E, Tabatabai G, Mahmud S, Rahimi Forushani A, Rashidiyan A, Arab M. Hospital Services Quality From Patients' Point Of View: A Cross-Sectional Study In Tehran Private Hospitals. Payavard Salamat. 2012;5(4):66-76.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]

35. Habibullah S. Responsiveness of the Federal Health System to the Needs of 18-45 Year Old Adults With Physical Disabilities in Islamabad, Pakistan: University of South Florida; 2012.

36. Rodin G, Walsh A, Zimmermann C, Gagliese L, Jones J, Shepherd FA, et al. The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. Psycho-Oncology. 2007;16(12):1080-91.

37. Hnzaee K, Bigdeli F, Khanzadeh M, Javanbakht A. Assessing patients behavioral intentions through service quality and perceived value. Journal of Basic Applied Science Research. 2012;2(10):10686-92.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-28]