

بررسی سطح پاسخ‌گویی به نیازهای غیرطبی بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرستان گرگان در سال ۱۴۰۱

علیرضا حیدری^{۱*}، سیدحامد آتشی^۲، فریده کوچک^۳، زهرا خطیرنامی^۴

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۲. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴. دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

چکیده

پاسخ‌گویی به نیازهای غیرطبی بیماران، بیانگر خواست بیماران و خانواده‌ها برای مشارکت فعالانه‌تر در تصمیم‌ها و برنامه‌های درمانی است. هدف این مطالعه، تعیین سطح پاسخ‌گویی به نیازهای غیرطبی بیماران بستری بود. این مطالعه، مقطعی و به روش توصیفی تحلیلی انجام شد. تعداد ۳۹۲ بیمار بستری از مراکز آموزشی درمانی شهیدصیاد شیرازی و پنج آذر گرگان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان در مطالعه شرکت کردند. روش نمونه‌گیری، تصادفی نظام‌مند بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی روا و پایاشده‌ی پاسخ‌گویی سازمان جهانی بهداشت بود. میانگین سنی (\pm انحراف معیار) بیماران برابر با $(16/92 \pm 45/17)$ سال بود. ۵۵/۱ درصد از بیماران مرد و مابقی زن بودند. میانگین نمره‌ی کلی اهمیت پاسخ‌گویی (\pm انحراف معیار) برابر با $(4/45 \pm 33/37)$ محاسبه شد که در سطحی بالاتر از متوسط قرار داشت. اغلب بیماران (بیشتر از ۶۵ درصد)، همه‌ی ابعاد پاسخ‌گویی را خیلی مهم یا بی‌اندازه مهم ارزیابی کردند. مهم‌ترین بُعد از دیدگاه بیماران، مناسب بودن کیفیت محیط اطراف (۹۵/۹ درصد) و کم‌اهمیت‌ترین بُعد، محرمانه نگهداشتن اطلاعات فردی (۳۴/۷ درصد) بود. میانگین نمره‌ی کلی عملکرد پاسخ‌گویی (\pm انحراف معیار) برابر با (8 ± 70) محاسبه شد و در سطحی بالاتر از متوسط ارزیابی گردید. نمره‌ی کلی اهمیت و عملکرد پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی شهیدصیاد شیرازی و پنج آذر گرگان در سطحی بالاتر از متوسط قرار داشت. ضروری است، به ابعادی که از نظر بیماران مهم تلقی شدند و از نظر عملکرد پاسخ‌گویی ضعیف بودند، اولویت داده شود و مراکز آموزشی درمانی در پاسخ‌گویی به بیماران در خصوص جنبه‌های غیربالینی توجه بیشتری نشان دهند.

واژگان کلیدی: پاسخ‌گویی نظام سلامت، جنبه‌ی غیرپزشکی مراقبت، مراقبت‌های بستری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۲/۳۰

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

علیرضا حیدری

آدرس: مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه‌ی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی گلستان، گرگان، ایران

کد پستی: ۴۹۱۹۶۶۶۴۴۱

تلفن: ۰۷۱ - ۳۲۰۵۸۲۰۰

Email: alirezaheidari7@gmail.com

DOI: [10.18502/ijme.v18i1.18674](https://doi.org/10.18502/ijme.v18i1.18674)

مقدمه

طبق گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، سه هدف اصلی برای نظام‌های سلامت تعریف شده است: ارتقای سطح سلامت جامعه، مشارکت مالی عادلانه مردم برای برخورداری از خدمات سلامت و پاسخ‌گویی به نیازهای غیربالینی. پاسخ‌گویی به نیازهای غیرطبی بیماران، هدف سومی است که منعکس کننده اهمیت احترام به جایگاه اختیار و محرمانه بودن اطلاعات افراد می‌باشد (۱). پاسخ‌گویی به نیازهای غیرطبی بیماران، بیانگر تمایل و خواست بیماران و خانواده‌ها برای مشارکت فعالانه تر در تصمیمات و برنامه‌های درمانی خود می‌باشد و تحقق آن نمایانگر دستیابی به سطوح مطلوبی از کیفیت غیربالینی خدمات سلامت می‌باشد (۲). بیماران انتظار دارند که نظام سلامت با آنها با رعایت شئون انسانی رفتار نماید، نقش آنان را در تصمیمات مربوط به مراقبت بهداشتی تسهیل نماید، ارتباطات روشن با ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی را برای آنان فراهم سازد و تضمین کند، مواجهه پزشکی آنها محرمانه باشد (۳). نظام سلامت پاسخ‌گو باید خود را متعهد به رفع نیاز روانی مردم در خدمات رسانی مطابق انتظارات مردم بداند؛ زیرا ممکن است افراد به دلیل نداشتن تخصص پزشکی، پیش‌آگهی کافی از بیماری خود نداشته و دلیل تصمیمات پزشکی و میزان انتظار از منابع سلامتی نظام سلامت را ندانند (۴). رعایت نشدن شان و کرامت افراد با پیامدهای سوئی چون ترس، ناباوری، شوک، احساس تنفر، بی‌تفاوتی، ناراحتی و سرخوردگی همراه بوده و نهایتاً تأثیرات غیرقابل انکاری بر سلامتی افراد خواهد داشت (۵). بنابراین پاسخ‌گویی نظام سلامت به چند دلیل حائز اهمیت

پیام‌های کلیدی

- نمره کلی اهمیت و عملکرد پاسخ‌گویی در مراکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی و پنج آذر گرگان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سطحی بالاتر از متوسط قرار داشت.
- حق انتخاب درمانگر، کیفیت امکانات رفاهی و استقلال باید در اولویت پاسخ‌گویی قرار گیرند.
- مراکز آموزشی و درمانی در پاسخ‌گویی به بیماران در خصوص جنبه‌های غیربالینی باید توجه بیشتری نشان دهند.
- ارائه اطلاعات کافی و قابل درک برای بیماران در افزایش قدرت تصمیم‌گیری آنها می‌تواند مفید باشد.

است: الف) توجه به انتظارات مشروع مردم در هسته وظیفه سرپرستی نظام سلامت می‌باشد، ب) پاسخ‌گویی دارای اهمیت اساسی است؛ چرا که به حقوق اساسی انسان‌ها مربوط می‌شود. همه نظام‌ها، اعم از سلامت، آموزشی، اقتصادی و فرهنگی در پاسخ‌گویی به عنوان یک هدف سهیم هستند و ج) یک نظام سلامت می‌تواند بعضی از عناصر پاسخ‌گویی را بدون سرمایه‌گذاری زیاد اصلاح نماید. بهبود و ارتقا احترام به اشخاص در نظام سلامت می‌تواند تغییرات قابل توجهی را در نگرش نیروی انسانی نسبت به نظام سلامت ایجاد نماید که با حداقل منابع

علم فارغ التحصیلان رشته پزشکی و پیراپزشکی داشته، که

نتیجه آن در یک نگاه می‌تواند سلامت بیماران باشد (۴).

در مطالعه انجام شده توسط رشیدیان و همکاران در ایران،

بیش از ۹۰ درصد از پاسخ دهندگان معتقد بودند که پاسخ‌گویی

موضوع بسیار مهمی است و پژوهشگران بیان کرده بودند که

نظام سلامت ایران باید توجه بیشتری نسبت به پاسخ‌گویی به

انتظارات غیر بالینی بیماران در مورد خدمات داشته باشد. بر این

اساس، پاسخ‌گویی به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت

باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد (۷). در مطالعه کرمی و

همکاران در مورد یکی از بیمارستان‌های تخصصی قلب و عروق

تهران نیز نشان داده شد که پاسخ‌گویی در زمینه خدمات

سرپایی در ابعاد حق انتخاب و اقدام فوری برای بیماران، کمترین

امتیاز را داشته است. در این مطالعه نتیجه‌گیری شد که توجه

بیشتر به حقوق بیمار، فرصت دادن به وی برای انتخاب و تصمیم

گیری، فراهم کردن دسترسی بیشتر به مراقبت‌های اورژانسی و

توجه بیشتر به حق استقلال بیمار مهم‌ترین جنبه‌های پاسخ

گویی در مراقبت سلامت هستند (۸). در مطالعه صورت گرفته

توسط والنیتین و همکاران در ارتباط با مهم‌ترین جنبه‌های

کیفیت مراقبت غیربالینی در ۴۱ کشور نیز گزارش گردید که

توجه سریع، مهم‌ترین بعد و احترام به منزلت در رده بعدی از

منظر پاسخ‌گویی قرار می‌گیرد (۹).

علیرغم اینکه یکی از اهداف کلان چشم‌انداز نظام جمهوری

اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، دستیابی به جایگاه اول منطقه در

پاسخ‌دهی به نیازهای غیرپزشکی خدمت‌گیرندگان (بخش

سرپایی و بستری/دولتی و غیردولتی) و رسیدن به میزان پاسخ

دهی ۹۰ درصد تا پایان برنامه است (۱۰)؛ ولی مشابه بسیاری

از نظام‌های سلامت دست‌یابی به پاسخ‌دهی مناسب برای نظام

مالی و سرمایه‌گذاری ممکن است (۳).

سنجش پاسخگویی نظام سلامت، موسسات بهداشتی و

درمانی را قادر می‌سازد تا عملکرد خودشان را با سایر نظام‌های

سلامت مقایسه نمایند. این امر به آن‌ها فرصت می‌دهد تا

موقعیت و جایگاه خود را در مقایسه با سایر موسسات و جوامع

شناسایی کنند (۶). بدین منظور، چارچوب‌های متفاوتی برای

ارزیابی کیفیت غیربالینی مراقبت سلامت ارائه شده است.

معروفترین آن‌ها، چارچوب ارائه شده توسط سازمان بهداشت

جهانی در سال ۲۰۰۰ می‌باشد. در این چارچوب، هشت حوزه

اصلی در نظر گرفته شده است که در قالب دو دسته بندی کلی

قرار دارند. احترام به حقوق افراد که شامل حوزه‌های احترام به

شأن و منزلت، استقلال، محرمانگی و ارتباطات می‌باشد و

مشتری‌مداری که حوزه‌های حق انتخاب، توجه و رسیدگی

فوری، کیفیت امکانات رفاهی، پشتیبانی و حمایت خانواده و

اجتماع را در بر می‌گیرد (۲).

بیمارستان‌ها، به عنوان یکی از مهم‌ترین سازمان‌های درمانی

در کشورها و جوامع گوناگون، بیشترین نیاز به ارزیابی را دارند.

بیمارستان سازمانی است که جزء لاینفک تشکیلات پزشکی و

اجتماعی است که وظایف تامین و مراقبت‌های کامل بهداشتی

(پیشگیری، درمان و بازتوانی) عموم را برعهده دارد (۳).

پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور به دو دلیل باید

مورد توجه مدیران و سیاستگذاران بخش سلامت قرار گیرد.

نخست به دلیل ماهیت دولتی بودن بیمارستان‌های آموزشی که

همانا قشر عظیمی از مردم خواهان استفاده از امکانات آن

هستند و دوم اینکه با توجه به رسالت آنها که نقش آموزش

تعداد زیادی از دانشجویان را میسر می‌سازند و کیفیت آموزشی

و درمانی مطلوب بیمارستان‌ها می‌تواند نقش مهمی در افزایش

یک شبانه روز بستری بودن، شرایط جسمی مناسب جهت پاسخگویی به سوالات (به ویژه بیماران بستری در بخش‌های ویژه و اعصاب و روان) و داشتن تمایل به مشارکت در مطالعه بود. با توجه به اینکه، در حالت استاندارد پاسخ‌های خالی به بیش از ده درصد سوالات پرسشنامه‌ها منجر می‌شود که پرسشنامه فاقد اعتبار باشد و داده‌های آن منجر به سوگیری در مطالعه خواهد شد، بنابراین پرسشنامه با ویژگی‌های ذکر شده از مطالعه کنار گذاشته شدند.

ابزار و جمع آوری اطلاعات

ابزار جمع آوری داده‌ها، فهرست بررسی متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه کار، وضعیت تاهل، شغل، پوشش بیمه، نوع بیمه، نوع بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری، بخش بستری، تعداد دفعات بستری و مدت زمان بستری و پرسشنامه پاسخگویی سازمان جهانی بهداشت (بخش اهمیت و عملکرد پاسخگویی) بود. پرسشنامه پاسخگویی شامل دو بخش میزان اهمیت ابعاد پاسخگویی و میزان عملکرد پاسخگویی بیمارستان بود.

بخش عملکرد شامل ۱۵ سؤال و در ۸ بعد بود که بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای با نمرات ۱ تا ۵ (خیلی خوب، خوب، متوسط، بد، خیلی بد) درجه بندی گردید. پیامدهای عملکرد پاسخگویی هنگام تحلیل، مطابق با رویکرد WHO در مطالعات قبلی به صورت دو حالت به شرح ذیل طبقه بندی شدند: برای عملکرد خوب پاسخ‌های خیلی خوب و خوب با هم ترکیب شدند و سپس نسبت (درصد) آنها محاسبه شد و همین طور برای عملکرد بد یا ضعیف، پاسخ‌های خیلی بد، بد و متوسط با هم ترکیب گردید و نسبت آنها محاسبه شد. بخش اهمیت شامل ۸ سؤال و در ۸ بعد بود که بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای با

سلامت ایران به عنوان چالش باقی مانده است (۱۱). بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح پاسخگویی به نیازهای غیرطبی بیماران بستری مراکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی و پنج آذر گرگان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد تا نتایج حاصل جهت طراحی مداخلات مؤثر جهت بهبود وضعیت موجود در اختیار سیاستگذاران و مدیران دانشگاه علوم پزشکی قرار گیرد.

روش کار

شرکت کنندگان

یک مطالعه مقطعی به روش توصیفی تحلیلی انجام شد. محیط پژوهش، مراکز آموزشی درمانی شهید صیاد شیرازی و پنج آذر گرگان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. جامعه آماری شامل بیماران بستری در بیمارستان‌های مذکور بودند.

با استفاده از فرمول برآورد تعیین حجم نمونه در مطالعات توصیفی و مطالعات مشابه (۱ و ۱۲)، با انحراف معیار برابر ۰/۶ و اندازه خطای قابل قبول (d) ۶ درصد و همچنین ۵ درصد جهت اطمینان بیشتر، حجم نمونه این پژوهش ۴۰۲ نفر و در هر بیمارستان ۲۰۱ نفر برآورد شد. در نهایت، با توجه به عدم پاسخ‌دهی مناسب به سوالات در برخی پرسشنامه‌ها (۵ پرسشنامه)، در هر بیمارستان، ۱۹۶ بیمار وارد مطالعه شدند. با توجه به اینکه فهرست تمامی بیماران در هر بیمارستان ثبت شده است، روش نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری تصادفی نظام‌مند بود و اعضای نمونه با توجه به در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه وارد شدند.

معیارهای ورود شامل داشتن حداقل ۱۶ سال سن، حداقل

مشاور رسید و بعد از بررسی توسط ایشان مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه در مطالعه محمدی و کمالی با آلفای کرونباخ ۰/۷۴ (۳) و در مطالعه رشیدیان و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مورد تایید قرار گرفته است (۷). پایایی کل پرسشنامه در مطالعه حاضر در بخش اهمیت پاسخگویی ۰/۷۲ و در بخش عملکرد پاسخگویی ۰/۹۰ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه تایید گردید.

هریک از مولفه‌های پاسخگویی به شرح جدول ۱ قابل بیان می‌باشند (۱ و ۱۶):

نمرات ۱ تا ۵ (بی اندازه مهم، خیلی مهم، مهم، کمی مهم، بدون اهمیت) درجه بندی گردیده است. همچنین، این قسمت نیز هنگام تحلیل، به صورت ذیل طبقه بندی گردید: گزینه‌های ۵ (بی اندازه مهم) و ۴ (خیلی مهم) با هم ترکیب شدند و به عنوان مهم در نظر گرفته شد و گزینه‌های (۱ تا ۳) با هم ترکیب شدند و به عنوان کم اهمیت در نظر گرفته شد (۱۱ و ۱۳ و ۱۴).

بومی سازی این پرسشنامه در مطالعه جوادی و همکاران انجام شده است (۱۵). روایی این پرسشنامه توسط صاحب‌نظران و خبرگان در دسترس تأیید شد و به رویت استاد راهنما و استاد

جدول شماره ۱- تعاریف مربوط به هریک از مولفه‌های پاسخگویی

تعریف	مولفه‌ها
دسترسی آسان طی زمان منطقی به مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت، دریافت خدمات اورژانس در سریع ترین زمان و سایر خدمات شامل: معاینه، مشاوره، آزمایش و غیره در زمان انتظار کوتاه و معقول	توجه و رسیدگی فوری
گوش دادن به بیمار، اختصاص دادن وقت کافی به وی برای سوال پرسیدن و ارائه پاسخ‌های شفاف به وی	برقراری ارتباط مناسب با بیمار
درمان همراه با حفظ شان و منزلت تمامی افراد و دوری از تبعیض	حفظ شان و کرامت بیمار
مشارکت در تصمیم گیری‌های مرتبط با درمان و کسب اجازه از فرد قبل از آغاز هرگونه اقدام درمانی یا آزمایش	استقلال
حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و حریم شخصی وی	محرمانگی
حق انتخاب و تغییر مکان و فرد ارائه دهنده خدمات سلامت	حق انتخاب
نظافت و پاکیزگی، فضای کافی، تهویه مطلوب و غذای سالم	کیفیت امکانات رفاهی
به انتظار بیمار برای جلب حمایت وی توسط دوستان و خانواده اشاره دارد	دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی

توجیه شدند و پرسشنامه‌ها بصورت خوداظهاری تکمیل گردید.

مباحث اخلاقی

طرح به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه رسید (کد اخلاق: IR.GOUMS.REC.1401.102، کد طرح: ۱۱۲۷۱۸). پس از هماهنگی با مسئولین و کسب مجوز کتبی به بیمارستان‌ها

جهت جمع آوری داده‌ها، به پرسشگر آموزش لازم در مورد چگونگی برقراری ارتباط با بیماران، جلب اعتماد آنها و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد و بعد از هماهنگی‌های لازم، به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه نمود. قبل از تکمیل پرسشنامه، بیماران شرکت کننده در مورد مطالعه و اهداف طرح

نتایج

در نهایت اطلاعات مربوط به ۳۹۲ نفر از بیماران مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی (\pm انحراف معیار) بیماران ۴۵/۱۷ ($\pm ۱۶/۹۲$) سال بود. ۵۵/۱ درصد بیماران مرد و بقیه زن بودند. حدود نیمی از بیماران دارای تحصیلات متوسطه (۴۹/۲ درصد) و بیش از سه چهارم بیماران متأهل (۷۷/۸ درصد) بودند. اکثر بیماران دارای بیمه درمانی (۹۸/۷ درصد) و نیمی از بیماران تحت پوشش بیمه سلامت (۴۴/۴ درصد) بودند. از نظر وضعیت نوع بیماری، حدود یک چهارم بیماران (۲۱/۲ درصد) از بخش ارتوپدی و نیمی از بیماران تحت بستری در بخش جراحی (۴۱/۶ درصد) بودند. مشخصات دموگرافیک بیماران شرکت کننده در مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

مراجعه شد. قبل از تحویل پرسش نامه به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل محرمانه خواهد ماند. از بیماران رضایت آگاهانه و بصورت شفاهی اخذ گردید. شرکت کننده می‌دانست که می‌تواند هر لحظه که بخواهد از بررسی کنار بکشد.

تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ (version 23, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها با توجه به عدم برقراری فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها (بررسی با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف) از آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد.

جدول شماره ۲ - مشخصات دموگرافیک بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد (درصد)
سن (سال)	۴۵/۱۷ \pm ۱۶/۹۲	
مدت زمان ابتلا به بیماری (روز)	۶۰۳/۵۱ \pm ۱۲۵۹/۶۳	
تعداد دفعات بستری (بار)	۲/۳۴ \pm ۱/۹۵	
مدت زمان بستری (روز)	۵/۸۴ \pm ۴/۹۹	
جنس		
مرد		۲۱۶ (۵۵/۱)
زن		۱۷۶ (۴۴/۹)
سطح تحصیلات		
ابتدایی و پایین تر		۱۱۵ (۲۹/۳)
متوسطه و دیپلم		۱۹۳ (۴۹/۲)
لیسانس و بالاتر		۸۴ (۲۱/۴)
وضعیت تاهل		
مجرد		۷۴ (۱۸/۹)
متاهل		۳۰۵ (۷۷/۸)
سایر		۱۳ (۳/۳)
وضعیت شغلی		

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد (درصد)
کارمند		۶۶ (۱۶/۸)
کارگر		۹۰ (۲۳/۰)
آزاد		۸۲ (۲۰/۹)
خانه دار		۱۱۴ (۲۹/۱)
سایر		۴۰ (۱۰/۲)
وضعیت بیمه		
دارد		۳۸۷ (۹۸/۷)
ندارد		۵ (۱/۳)
نوع بیمه درمانی		
بیمه سلامت		۱۷۴ (۴۵/۰)
تامین اجتماعی		۱۲۴ (۳۲/۰)
نیروهای مسلح		۳۱ (۸/۰)
سایر		۵۸ (۱۵/۰)
نوع بیماری		
تنفسی		۳۵ (۸/۹)
قلبی		۲۰ (۵/۱)
دیابت		۲۱ (۵/۴)
گوارشی		۵۰ (۱۲/۸)
ارتوپدی		۸۳ (۲۱/۲)
چشم و گوش		۱۲ (۳/۱)
اورولوژی و نفرولوژی		۵۶ (۱۴/۳)
مغز و اعصاب		۲۸ (۷/۱)
خون		۱۵ (۳/۸)
سایر		۷۲ (۱۸/۴)
بخش بستری		
داخلی		۹۵ (۲۴/۲)
جراحی		۱۶۳ (۴۱/۶)
عفونی		۳۱ (۷/۹)
زنان		۲۹ (۷/۴)
اعصاب		۳۱ (۷/۹)
اورولوژی		۲۱ (۵/۴)
سایر		۲۲ (۵/۶)

میانگین (\pm انحراف معیار) نمره کلی اهمیت پاسخگویی

نمرات پس از نرمال سازی ($0/23 \pm$) $0/65$ بود که بالاتر از $0/5$

($4/45 \pm$) $33/37$ محاسبه شد. میانگین (\pm انحراف معیار)

و بنابراین اهمیت پاسخگویی در سطحی بالاتر از متوسط قرار

نگهداشتن اطلاعات فردی (۳۴/۷ درصد) بود. توزیع فراوانی سوالات مربوط به اهمیت پاسخگویی در جدول ۳ ارائه شده است.

دارد. اکثریت بیماران (بالای ۶۵ درصد)، همه ابعاد پاسخگویی را خیلی مهم یا بی اندازه مهم ارزیابی کردند. مهمترین بعد از دیدگاه بیماران، مناسب بودن کیفیت محیط اطراف (۹۵/۹ درصد) و کم اهمیت‌ترین بعد از دیدگاه بیماران، محرمانه

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی (درصد) سوالات مربوط به اهمیت پاسخگویی در بیماران بستری

گویه ها	کم‌اهمیت	مهم
دریافت توجه و احترام از سوی پزشکان و سایر پرسنل درمانی	۵۳ (۱۳/۵)	۳۳۹ (۸۶/۵)
محرمانه نگهداشتن اطلاعات فردی	۱۳۶ (۳۴/۷)	۲۵۶ (۶۵/۳)
مناسب بودن نحوه رفت و آمد به مرکز مورد نظر و کوتاه بودن زمان انتظار	۸۳ (۲۱/۲)	۳۰۹ (۷۸/۸)
قدرت انتخاب نمودن پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی درمانی	۱۰۵ (۲۶/۸)	۲۸۷ (۷۳/۲)
مشارکت دادن شما در تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامتی خودتان	۱۰۱ (۲۵/۸)	۲۹۱ (۷۴/۲)
مناسب بودن کیفیت محیط اطراف	۱۶ (۴/۱)	۳۷۶ (۹۵/۹)
ارتباط با دنیای خارج از بیمارستان	۱۳۱ (۳۳/۴)	۲۶۱ (۶۶/۶)
کیفیت ارتباطات بین فردی	۵۱ (۱۳/۰)	۳۴۱ (۸۷/۰)

و بنابراین عملکرد پاسخگویی در سطحی بالاتر از متوسط قرار دارد. میانگین نمره کلی عملکرد پاسخگویی در بیماران بستری در جدول ۴ ارائه شده است.

میانگین (\pm انحراف معیار) نمره کلی عملکرد پاسخگویی ($\pm ۸/۷۰$) محاسبه شد. میانگین (\pm انحراف معیار) نمرات پس از نرمال سازی ($\pm ۰/۱۵$) بود که بالاتر از $۰/۵$

جدول ۴- میانگین نمره کلی عملکرد پاسخگویی در بیماران بستری

ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانه	کمترین	بیشترین
توجه و رسیدگی فوری	۳/۷۹	۰/۶۶	۴	۱/۵۰	۵/۰۰
حفظ شان و کرامت بیمار	۳/۸۵	۰/۷۳	۴	۱	۵
برقراری ارتباط مناسب	۳/۷۳	۰/۸۱	۴	۱	۵
استقلال	۳/۵۰	۰/۷۵	۳/۵۰	۱	۵
محرمانگی	۳/۸۳	۰/۷۷	۴	۱	۵
حق انتخاب درمانگر	۳/۲۳	۰/۸۸	۳	۱	۵
کیفیت امکانات رفاهی	۳/۳۳	۰/۹۷	۳	۱	۵
دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی	۳/۶۴	۰/۸۲	۳/۵۰	۱	۵
نمره کلی عملکرد پاسخگویی	۵۴/۵۴	۸/۷۰	۵۵	۱۶	۷۵

مسائل خصوصی بیمار حین معاینه و درمان " (۷۸/۸ درصد) در

بهترین عملکرد پاسخگویی به ترتیب به " در نظر گرفتن

کیفیت امکانات رفاهی و "میزان دخالت بیمار در تصمیم‌گیری راجع به درمان" (۵۷/۱ درصد) در بعد استقلال مربوط می‌شد. توزیع فراوانی سوالات مربوط به عملکرد پاسخگویی در جدول ۵ ارائه شده است.

بعد حفظ شان و کرامت بیمار و "میزان محرمانه ماندن اطلاعات شخصی بیمار" (۷۷/۸ درصد) در بعد محرمانگی و بدترین عملکرد پاسخگویی به ترتیب به "میزان آزادی بیمار در انتخاب کادر درمان" (۶۴/۸ درصد) در بعد حق انتخاب درمانگر، "تمیزی اتاق بیمار و تسهیلات داخل آن" (۵۷/۱ درصد) در بعد

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی (درصد) سوالات مربوط به عملکرد پاسخگویی در بیماران بستری

خوب	بد	سوالات	ابعاد عملکرد پاسخگویی
۲۹۸ (۷۶)	۹۴ (۲۴)	مدت زمانی که طول کشید تا به بیمارستان برسید مناسب بود؟	توجه و رسیدگی فوری
۲۴۸ (۶۳/۳)	۱۴۴ (۳۶/۷)	زمان انتظار برای پذیرش را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	حفظ شان و کرامت بیمار
۲۸۳ (۷۲/۲)	۱۰۹ (۲۷/۸)	نحوه برخورد پرسنل و خوش آمدگویی آنها را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	برقراری ارتباط مناسب
۳۰۹ (۷۸/۸)	۸۳ (۲۱/۲)	در نظر گرفتن مسائل خصوصی خود را حین معاینه و درمان چگونه ارزیابی می‌کنید؟	استقلال
۲۵۸ (۶۵/۸)	۱۳۴ (۳۴/۲)	وضوح توضیحاتی که کادر درمان به شما دادند را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	محرمانگی
۲۳۸ (۶۰/۷)	۱۵۴ (۳۹/۳)	کافی بودن زمانی را که صرف پرسیدن در مورد مشکلات و درمان شما شد را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	حق انتخاب درمانگر
۲۱۶ (۵۵/۱)	۱۷۶ (۴۴/۹)	گرفتن اطلاعات راجع به انواع دیگر درمان با آزمایش‌ها را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	کیفیت امکانات رفاهی
۱۶۸ (۴۲/۹)	۲۲۴ (۵۷/۱)	میزان دخالت شما در تصمیم‌گیری راجع به درمان خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی
۲۶۹ (۶۸/۶)	۱۲۳ (۳۱/۴)	میزان خصوصی صحبت کردن کادر درمان را با خودتان چگونه ارزیابی می‌کنید؟	
۳۰۵ (۷۷/۸)	۸۷ (۲۲/۲)	میزان محرمانه ماندن اطلاعات شخصی تان را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	
۱۳۸ (۳۵/۲)	۲۵۴ (۶۴/۸)	میزان آزادی شما در انتخاب کادر درمان خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	
۱۶۸ (۴۲/۹)	۲۲۴ (۵۷/۱)	تمیزی اتاق و تسهیلات داخل آن مثل دستشویی را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	
۱۶۸ (۴۲/۹)	۲۲۴ (۵۷/۱)	میزان فضایی را که شما در اختیار دارید را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	
۱۹۲ (۴۹)	۲۰۰ (۵۱)	میزان راحتی ملاقات دوستان و خویشاوندان را با خودتان چگونه ارزیابی می‌کنید؟	
۲۹۹ (۷۶/۳)	۹۳ (۲۳/۷)	میزان در تماس بودن با خارج بیمارستان موقعی که شما در بیمارستان بودید را چگونه ارزیابی می‌کنید؟	

تحصیلات ابتدایی و پایین تر ($P\text{-Value} = ۰/۰۰۲$) و متوسطه و دیپلم ($P\text{-Value} = ۰/۰۲۱$) پایین تر از تحصیلات لیسانس و بالاتر بوده است. همچنین، در افراد تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی بالاتر از بیمه سلامت بود ($P\text{-Value} = ۰/۰۰۳$).

نتایج آزمون کروسکال والیس^۱ نشان داد که نمره کلی اهمیت پاسخگویی با سطح تحصیلات ($P\text{-Value} = ۰/۰۰۲$), نوع بیمه درمانی ($P\text{-Value} = ۰/۰۰۳$) و نوع بیماری (۰/۰۲۸) ($P\text{-Value} =$ ارتباط معناداری داشت، به طوری که در سطوح

1. Kruskal-Wallis test

نوع بیماری با نمره کلی عملکرد پاسخگویی ارتباط معناداری داشت ($P\text{-Value} = ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون بن فرونی^۳ نشان داد که نمره کلی عملکرد پاسخگویی در مبتلایان به بیماری دیابت ($P\text{-Value} = ۰/۰۱۰$) و گوارشی ($P\text{-Value} = ۰/۰۳۱$) پایین تر از سایر افراد بوده است.

سن بیماران با نمره کلی عملکرد پاسخگویی ارتباط مستقیم و معناداری داشت ($P\text{-Value} = ۰/۰۰۳$). به طوری که با افزایش سن بیماران، نمره کلی عملکرد پاسخگویی افزایش یافت. مدت زمان بستری در این بیمارستان با نمره کلی عملکرد پاسخگویی ($P\text{-Value} = ۰/۰۱۶$) ارتباط مستقیم و معناداری داشت. به طوری که با افزایش سن بیماران، نمره کلی عملکرد پاسخگویی افزایش یافت.

هیچ ارتباط معناداری بین مدت زمان ابتلا به بیماری و تعداد دفعات بستری با نمره کلی عملکرد پاسخگویی و ابعاد آن مشاهده نشد ($P\text{-Value} > ۰/۰۵$).

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد که نمره کلی اهمیت پاسخگویی در سطحی بالاتر از متوسط قرار داشت. در مطالعه هوشمند و همکاران (۱۳۹۷) در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شهر مشهد، میانگین مجموع نمرات پرسشنامه پاسخگویی در حد متوسط ارزیابی شد (۱). در مطالعه فضائی و همکاران (۱۳۹۳) در مناطق منتخب شهر مشهد نیز بیش از ۶۰ درصد افراد، پاسخگویی خدمات سرپایی را در حوزه‌های مختلف خوب گزارش کردند (۲). نتایج مطالعه گوهری و همکاران (۱۳۹۰) در بیمارستان‌های آموزشی کشور در مورد سطح پاسخگویی

همچنین، در مبتلایان به دیابت پایین تر از بیماری مغز و اعصاب ($P\text{-Value} = ۰/۰۳۱$) و سایر بیماری‌ها ($P\text{-Value} = ۰/۰۲۵$) بوده است.

هیچ ارتباط معناداری بین وضعیت شغلی ($P = ۰/۰۸۰$) و بخش بستری ($P\text{-Value} = ۰/۵۴۳$) با نمره کلی اهمیت پاسخگویی مشاهده نشده است.

نتایج آزمون من ویتنی^۱ نشان داد که بین نمره کلی اهمیت پاسخگویی با متغیرهای بیمارستان ($P\text{-Value} = ۰/۶۴۱$)، جنس ($P\text{-Value} = ۰/۳۸۷$) و وضعیت تاهل ($P = ۰/۳۱۴$) هیچ رابطه معناداری مشاهده نشده است.

نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن^۲ نشان داد، هیچ ارتباط معناداری بین متغیرهای سن ($P\text{-Value} = ۰/۶۰۳$)، مدت زمان ابتلا به بیماری ($P\text{-Value} = ۰/۸۰۴$)، تعداد دفعات بستری در بیمارستان ($P\text{-Value} = ۰/۴۵۶$) و مدت زمان بستری در بیمارستان ($P\text{-Value} = ۰/۲۸۶$) با نمره کلی اهمیت پاسخگویی مشاهده نشده است.

بین نمره کلی عملکرد پاسخگویی با متغیر بیمارستان، جنس و وضعیت تاهل ارتباط معناداری مشاهده نشده است ($P\text{-Value} > ۰/۰۵$).

بین نمره کلی عملکرد پاسخگویی با سطح تحصیلات رابطه معناداری وجود داشت ($P\text{-Value} < ۰/۰۰۱$). به طوری که نمره کلی عملکرد پاسخگویی در افرادی با تحصیلات کارشناسی و بالاتر، پایین تر از سایر سطوح بوده است. بین نمره کلی عملکرد پاسخگویی و ابعاد آن با نوع بیمه درمانی ارتباط معناداری مشاهده نشده است ($P\text{-Value} > ۰/۰۵$).

3. Bonferroni test

1. Mann-Whitney U test
2. Spearman's rank correlation coefficient

یافته‌های مطالعه نشان داد که عملکرد پاسخگویی در سطحی بالاتر از متوسط قرار داشت. در مطالعه فضایی و همکاران در سال ۱۳۹۳ بیش از ۶۰ درصد افراد پاسخگویی را خوب گزارش کردند (۲). در مطالعه محمدی و کمالی در سال ۱۳۹۲ حدوداً نیمی از بیماران، عملکرد پاسخگویی را خوب ارزیابی کردند (۳). مطالعه زارعی و همکاران (۱۳۹۵) که بررسی پاسخگویی بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی پرداخت ۳/۳ از ۵ و در حد متوسط بود (۱۲). نتایج مطالعات اوغورلو اوغلو^۴ و همکاران در ترکیه (۲۰۰۶) (۲۰)، کوال^۵ در چین (۲۰۱۱) (۲۱) و عرب و همکاران (۱۳۹۴) (۱۰)، جوادی و همکاران (۲۰۱۱) (۱۵)، ابراهیمی پور و همکاران (۲۰۱۳) (۲۲) نشان داد که پاسخگویی در سطح متوسط بود. علت تفاوت در نتایج این مطالعه با برخی از مطالعات داخلی و خارجی دیگر ممکن است به علت تفاوت در فرهنگ حاکم بر برخی از جوامع، تعداد متفاوت حجم نمونه و روش نمونه‌گیری و دلایل دیگر باشد. از آنجایی که ضعف در پاسخگویی عملکرد می‌تواند موجب اختلال در کار بیمارستان و نارضایتی بیماران شود، رسیدگی به این موضوع بحثی است که همیشه باید اولویت کاری مدیران بخش سلامت باشد. همچنین، با توجه به وضعیت کنونی پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها و اهمیت آن، تقویت ابعاد دارای نقاط ضعف باید در اولویت کاری مدیران و سیاستگذاران قرار گیرد.

در مطالعه حاضر، اکثریت بیماران، همه ابعاد پاسخگویی را خیلی مهم یا بی‌اندازه مهم ارزیابی کردند. مطالعه محمدی و

بیمارستان‌های آموزشی کشور متوسط به بالا گزارش شد (۴). نتایج مطالعه عرب و همکاران در بیمارستان‌های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران (۱۳۹۴) نشان داد که میانگین نمره پاسخگویی بیمارستان‌های تهران در سطح متوسط به بالا بوده است (۱۰) که از این نظر همراستا با نتایج مطالعه حاضر بود. نتایج مطالعه ویترای^۱ (۲۰۰۹) نشان داد که سطح کلی پاسخگویی در کشورهای منتخب ۶۸ درصد بود و بطور متوسط دو سوم مردم، همه حوزه‌های پاسخگویی را خوب و خیلی خوب ارزیابی کردند (۱۷). مطالعه و بررسی اوستون^۲ و همکاران (۲۰۰۳) تحت عنوان "ارزیابی عملکرد نظام سلامت" در ۶۹ کشور از جمله ۲۹ کشور عضو اتحادیه اروپا پیرامون انتظارات و پاسخگویی^۳ نشان داد که تغییرات روشنی بین نمرات پاسخگویی از ۵۵/۸ درصد تا ۹۱/۵ درصد در مراقبت سرپایی وجود داشت (۱۸). در مطالعه شاقورا^۳ و همکاران (۲۰۲۱) در بیمارستان‌های عمومی غزه پاسخگویی کلی حدود ۷۷/۵ درصد بود (۱۹) که نمره عملکرد پاسخگویی در نتایج این مطالعات بالاتر از مطالعه حاضر بود. براساس یافته‌ها و فراوانی آیتم‌های پژوهش ذکر شده می‌توان چنین استنباط کرد که استقرار نظام پاسخگویی عملکرد در این بیمارستان، باعث بهبود عملکرد و تصمیم‌گیری و نهایتاً بهبود مدیریت منابع انسانی می‌گردد. به همین جهت است که پاسخگویی را می‌توان به عنوان ابزاری راهبردی در نظر گرفت که عملکرد سازمانی را از طریق آن می‌توان اندازه گرفت، رضایت مشتری را ارتقا داد و کارایی عملیاتی را موجب شد.

4. Ugurluoglu
5. Kowal

1. Vitrai
2. Ustun
3. Shaqura

محرمانه نگهداشتن اطلاعات فردی بود. در مطالعه کورنوال و همکاران (۲۰۰۰) کم‌اهمیت‌ترین بعد، حق انتخاب و مشارکت در تصمیم بوده است (۲۴). در مطالعه فتحی و همکاران کم‌اهمیت‌ترین بعد از نظر مراجعه کنندگان، کیفیت محیط بوده است (۲۵). در مطالعه لیابسوتراکول و همکاران (۲۶) و مطالعه ولنتاین و همکاران (۹) حمایت اجتماعی کم‌اهمیت‌ترین بعد شناخته شد که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی نداشت.

در عملکرد پاسخگویی، بالاترین نمره مربوط به بعد حفظ شان و کرامت بیمار بود که با نتایج مطالعات جوادی و همکاران (۱۵)، رشیدیان و همکاران (۷)، پلتزر^۴ و همکاران (۲۰۱۲) (۲۷) و لیابسوتراکول و همکاران (۲۰۱۲) (۲۶) همخوانی داشت. مطالعه لین^۵ و همکاران (۲۰۱۱) در تایوان نشان داد که رعایت شان و منزلت بیمار به عنوان عنصر اساسی در ارائه خدمات پرستاری و مراقبتی بیان شده است. چرا که کمبود و سهل‌انگاری در این مولفه می‌تواند در فرایند درمان و بهبودی بیمار نقش اساسی داشته باشد (۲۸) که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه پیترز^۶ (۲۰۱۲) بالاترین نمره سطح پاسخگویی درباره مشارکت در تصمیم بود (۲۹). در مطالعه برامسفلد^۷ (۲۰۰۷) در آلمان بهترین بعد از نظر عملکرد در بیماران بستری مربوط به بعد محرمانگی بوده است (۱۴). در مطالعه هویکس^۸ و همکاران (۲۰۰۵) بیشترین پاسخگویی مربوط به بعد محرمانگی بوده است (۳۰) که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت.

کمالی (۱۳۹۲)، اکثریت بیماران (بالای ۷۳ درصد) همه ابعاد پاسخگویی در خدمات سرپائی را مهم ارزیابی کردند (۳). در مطالعه کیوانلو و همکاران (۱۳۹۸)، از نظر ۹۲/۲ درصد مراجعان، پاسخگویی کلی و ابعاد آن بالاتر از ۴ بود که نشان دهنده اهمیت زیاد پاسخگویی از دیدگاه مراجعه کنندگان است (۲۳). در پژوهش رشیدیان و همکاران (۲۰۱۱) (۷) و پیروزی و همکاران روی ۶۴۶ خانوار در شهر سنندج در سال ۹۴-۱۳۹۳ (۱۱) نیز برای بیش از ۹۰ درصد افراد ابعاد پاسخگویی مهم بود. با توجه به نمره پاسخگویی در این مطالعه به نظر می‌رسد همچنان ظرفیت برای ارتقای پاسخگویی در بیمارستان‌های دولتی وجود دارد تا آن را به سطح بالاتری ارتقاء داد.

در مطالعه حاضر، مهم‌ترین بُعد از دیدگاه بیماران، مناسب بودن کیفیت محیط اطراف بود. در مطالعه کورنوال^۱ و همکاران (۲۰۰۰) نیز با اهمیت‌ترین بعد، کیفیت محیط بوده است (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه فتحی و همکاران در سال ۱۳۹۶، با اهمیت‌ترین بعد از نظر مراجعه کنندگان، مشارکت در تصمیم بوده است (۲۵). در مطالعه لیابسوتراکول^۲ و همکاران (۲۰۱۲) در تایلند (۲۶) و مطالعه ولنتاین^۳ و همکاران (۲۰۰۷) در پیمایش پاسخگویی سلامت که در ۴۱ کشور (۹) توجه فوری مهم‌ترین بعد بود که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. تفاوت در نتایج مطالعات ممکن است به دلیل تفاوت در فرهنگ هر جامعه، حجم نمونه و سایر عوامل بوده باشد.

در مطالعه حاضر کم‌اهمیت‌ترین بُعد از دیدگاه بیماران،

5. Lin
6. Peters
7. Bramesfeld
8. Hüpkes

1. Cornwall
2. Liabsuetrakul
3. Valentine
4. Peltzer

همکاران (۲۰۱۱) (۷) همخوانی داشت. در کشور رومانی نیز بیشتر بیماران از نظافت محیط (تمیز نبودن سرویس‌های بهداشتی و بخش‌ها و اتاق‌های بیماران) اظهار نارضایتی کرده‌اند (۸) ولی این نتیجه با یافته‌های مطالعات زارعی و همکاران (۱۳۹۵) (۱۲)، برامسفلد در آلمان (۱۴)، پلترز در آفریقای جنوبی (۲۷) همخوانی نداشت. کیفیت امکانات فیزیکی نه تنها بر آسایش و راحتی بیمار تاثیر می‌گذارد، 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 (۱۲). در حقیقت، رضایت بیماران از این موضوع می‌تواند، نشان‌دهنده انجام صحیح خدمات در بیمارستان باشد. رضایتی که به طور مسلم نمی‌تواند صرفاً به دلیل رایج خدمات حرفه‌ای و بهره‌مندی از فناوری‌های پیشرفته محقق شود، بلکه سهم عمده این رضایتمندی متاثر از کیفیت و تنوع خدمات خدمات اقامت بیمار است. هرچه این خدمات متنوع‌تر و با کیفیت بهتر ارائه شود، رضایت بیماران و احتمال انتخاب مجدد بیمارستان توسط آنها بیشتر می‌شود (۳۴-۳۶).

پاسخگویی به نیازهای غیرطبی استفاده‌کنندگان از خدمات سلامت از جمله اهدافی است که دارای ارتباط مستقیم و تنگاتنگی با نقش تولیتی نظام سلامت می‌باشد. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که تولیت نظام سلامت کشور سازوکارهایی را فراهم کند تا نسبت به تحقق این هدف در نهادهای دولتی و غیردولتی رایج خدمات مطمئن گردد (۲).

یکی از محدودیت‌های مطالعه این است که در مطالعه مقطعی با قاطعیت زیاد نمی‌توان در مورد عوامل مؤثر تصمیم گرفت. در این راستا نتایج این مطالعه می‌تواند پایه ای برای

در مطالعه حاضر بعد حق انتخاب درمانگر پایین‌ترین نمره در عملکرد پاسخگویی را داشت که در مطالعات برامسفلد (۱۴)، پلترز (۲۷)، هوپکس (۳۰)، جوادی (۱۵) و بزاز (۲۰۱۵) (۳۱) 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 غیرمعمول است، حتی بیشتر اروپایی‌ها به آزادی انتخاب درمانگر عادت ندارند. به نظر می‌رسد دلیل این امر، عدم اطمینان آنها به توانایی خود در انتخاب احسن و دانش کافی برای انتخاب است (۱۲). همچنین، نحوه مدیریت نظام سلامت در کشورهای مختلف (از جمله وجود پزشک خانواده و نظام ارجاع) عامل مهمی در برخی کشورهاست. از سوی دیگر این موضوع می‌تواند حاکی از افزایش انتظارات بیماران و آگاهی و توانمندی آنان و اطمینان به تصمیم‌گیری برای انتخاب ارائه دهنده خدمت مدنظر آنان است (۳۲). گرچه ممکن است در نظام‌های بهداشت و درمان بیماران استفاده محدودی از قدرت انتخاب خویش داشت باشند، اما حق انتخاب و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی می‌تواند ارائه دهندگان خدمت را به بهبود کیفیت خدمات و مراقبت‌ها ترغیب کند (۳۳) و احتمال اجرای سایر اجزای پاسخگویی را افزایش می‌دهد (۱۰). بهبود حق انتخاب درمانگر از طریق در اختیار دادن لیست پزشکان و سوابق مثبت و منفی (کارنامه عملیاتی و سطح تجارب پزشک) جهت معالجه بیماران می‌تواند محقق گردد (۱۲).

کیفیت امکانات رفاهی دومین نمره پایین را در بین ابعاد پاسخگویی داشت که با نتایج مطالعات فضالی و همکاران (۱۳۹۳) (۲)، جوادی و همکاران (۲۰۱۱) (۱۵) و رشیدیان و

نتیجه‌گیری

نمره کلی اهمیت و عملکرد پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی شهید صیاد شیرازی و ۵ آذر گرگان در سطحی بالاتر از متوسط قرار داشت. ضروری است، به ابعادی که از نظر بیماران مهم تلقی شدند و عملکرد پاسخگویی ضعیف‌تری داشتند، اولویت داده شود. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود، بعد حق انتخاب درمانگر، بعد کیفیت امکانات رفاهی و بعد استقلال در اولویت قرار گیرند. مراکز آموزشی و درمانی در پاسخگویی به بیماران در خصوص جنبه‌های غیربالینی توجه بیشتری نشان دهند و تمرکز مدیران و سیاست‌گذاران سلامت بر آموزش نیروی انسانی در زمینه پاسخگویی و تخصیص منابع بیشتر در بهبود پاسخگویی می‌تواند نقش مؤثری ایفا نماید. ارائه اطلاعات کافی و قابل درک برای بیماران در افزایش قدرت تصمیم‌گیری آنها می‌تواند مفید باشد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه که صمیمانه در این مطالعه شرکت کردند، اعلام می‌دارند.

مطالعات مداخله‌ای آینده باشد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که مبتنی بر خوداظهاری توسط بیماران تکمیل گردید که ممکن است بیماران از بیم پیامدهای احتمالی در روند درمان به سوالات صادقانه جواب ندهند. در این راستا ضمن آموزش به پاسخگویان، بر بی‌نام بودن و جمع‌آوری محرمانه پرسشنامه‌ها تأکید گردید. از آنجا که تمرکز بر روی بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان بوده است، جهت انجام مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود به بررسی سطح پاسخگویی به بیماران سرپایی در کلینیک‌های دولتی و خصوصی و همچنین سایر بیمارستان‌های دولتی یا خصوصی نیز پرداخته شود. همچنین ضمن طراحی مداخلاتی جهت بهبود پاسخگویی به بیماران، مطالعات مداخله‌ای جهت سنجش اثربخشی این مداخلات اجرایی گردد.

منابع

1. Hooshmand E, Ramzi A, Jamali J, Ghalandarabadi L, Vafae-najar A. Evaluation of the Staff Responsiveness Level to Patients Referred to Public and Private Hospitals in Mashhad during 2018. Navid No. 2019; 22(71): 1-10. [in Persian]
2. Fazaeli S, Yousefi M, Ebrahimipour H, Banikazemi H, Khorsand Vakilzadeh A. Responsiveness of the health system in outpatient services in low and highincome areas of Mashhad. Journal of paramedical science and rehabilitation. 2016; 5(2): 58- 66. [in Persian]
3. 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. [in Persian]
4. Gohari M, Tabibi SJ, Nasiripour A, Mahboubi M. Seven dimensions of accountability in Iran's teaching hospitals: a national study. Payavard-Salamat. 2012; 6 (4): 255- 264.
5. Raee Z, Abedi H. Nurses' Perspectives on Human Dignity of Hospitalized Patients. IJN. 2017; 29 (104):55-65. [in Persian]
6. Montazeralfaraj R, Shafii M, Dehghani A, Moddaresi M, Zare V. Examine the relationship between service quality and responsiveness of the hospital and its relationship with loyal patients in governmental hospitals of Yazd took place in 2016. TB. 2017; 16 (4):96-108. [in Persian]
7. 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.
8. Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H, Nojomi M. Health System Responsiveness for Care of Patients with Heart Failure: Evidence form a University Hospital. Archives of Iranian medicine. 2014; 17(11): 36-4.
9. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJ. Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of whose questions on health systems responsiveness. Qual Life Res. 2007; 16(7): 1107-25.
10. Arab M, Rahimi Froushani A, Akbari Sari A, Khammarnia M, Sadeghi A, Siavashi E. Comparison of Responsiveness Rate among Private and Social Security Hospitals in Tehran City. JHOSP. 2016; 14 (4):29-39. [in Persian]
11. Piroozi B, Mohamadi Bolban Abad A, Moradi G. Assessing Health System Responsiveness after the Implementation of Health System Reform: A Case Study of Sanandaj, 2014-2015. IRJE. 2016; 11 (4):1-9. [in Persian]
12. Zareei E, Danesh Kohan A, Khoda Karim S, Shamsodini Lori A, Ahmadi Kashkooli S. Assessing the level of response of public hospitals under the auspices of Shahid Beheshti University of Medical Sciences from the perspective of patients in the second half of 2015. Pajoohande. 2016;21(2): 99-106. [in Persian]
13. Njeru MK, Blystad A, Nyamongo IK, Fylkesnes K. A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counseling services in Kenya. BMC Health Serv Res. 2009; 9:243.
14. 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 Serv Res. 2007; 7: 99.
15. 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. [in Persian]
16. Vakili A, Mehr Alizadeh S, Pour Hoseyni SM. View of academics of Faculty of Medicine of Semnan University of Medical Sciences towards student research. *jmed*. 2011;6(1):11 - 6. [in Persian]
17. Vitrai J. Inequality in health system responsiveness. Joint WHS report. 2007.
18. Üstün TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL. The World Health Surveys: Health Systems Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). 1st ed. Geneva: WHO, 2003; 797-808.
19. Shaqura II, Jaafari-pooyan E, Hosseini M, Shagora AERS, Sari AA. Nurses' Perspectives on Inpatient Care Responsiveness at the Gazan Public Hospitals. *Ethiop J Health Sci*. 2021;31(4):847-856.
20. 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.
21. 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, Khamarnia.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.
22. Ebrahimipour H, Najjar A, Jahani AK, Pourtaieb 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. [in Persian]
23. Keyvanlo, Z., Fazayeli, S., Barghamadi, B., keykhosravi, A., Sabzevari, N., Neamatshahi, M. The study of the most important aspects of responsiveness from the point of view of referring to Sabzevar health centers. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2020; 26(6): 817-825. [in Persian]
24. Cornwall A, Lucas H, Pasteur K. Introduction: Accountability through participation: Developing workable partnership models in the health sector. *IDS Bulletin*, 2000; 31(1):1-13.
25. Fathi F, Khezri A, Khanjani MS, Hosseinzadeh S, Abdi K. Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization from the Perspective of Services Recipients. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 20(3):270-285. [in Persian]
26. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *International Journal for Quality in Health Care*. 2012; 24(2):169-75.
27. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Services Research*. 2009; 9:117.
28. Lin YP, Tsai YF, Chen HF. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20(5-6):794-80.
29. Peters BG, Pierre J. Citizens versus the new public manager: The problem of mutual empowerment. *Administration & Society*. 2000; 32(1):9-28.
30. Hüpkes E, Quintyn M, Taylor MW. The accountability of financial sector supervisors-principles and practice. *European Business Law Review*. 2005; 16(6):1575-620.
31. Bazzaz MM, Taghvaei 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. [in Persian]
32. Vejdani M, Godarzayan M, Rahimi Z, Saffari SE, Vejdani M, Fouji S, et al. Responsiveness in Health Service: Patients Experience in

- Hospital of Sabzevar Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016; 23(4):662-671.
33. Fotaki M, Roland M, Boyd A, Mc Donald R, Scheaff R, Smith L. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. Journal of Health Services Research & Policy. 2008; 13(3):178-84.
34. Ristea AL, Ioan Franc V, Dinu V. Responsiveness of health systems: a barometer of the quality of health services. Amfiteatru Economic. 2009; 11(26):277-87.
35. Keshtkaran A, Taft V, Keshtkaran V, Heidari A, Shahmohammadi J, Dehbozorgi M et al. Client Tribute Plan and Patient Satisfaction in Shiraz Hospitals. Payavard. 2017; 11 (1):115-123. [in Persian]
36. Keshtkaran A, Heidari A, Keshtkaran V, Taft V, Almasi A. Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz, 2009. Payesh. 2012; 11(4): 459-465. [in Persian]

Assessing Responsiveness to Non-Medical Needs of Inpatients in Educational-Therapeutic Hospitals in Gorgan, 2022

Alireza Heidari^{1*}, Seyed Hamed Atashi², Farideh Kouchak³, Zahra Khatirnamani⁴

1. Assistant professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

2. General Physician, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

3. Assistant professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

4. Ph.D Student in Biostatistics, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Received: 23 June 2023

Accepted: 25 January 2025

Published: 20 May 2025

*Corresponding Author

Alireza Heidari

Address: Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Postal Code : 4919646441

Tel: 98 17 32 55 82 00

Email: alirezaheidari7@gmail.com

Citation to this article:

Heidari A, Atashi SH, Kouchak F, Khatirnamani Z. Assessing responsiveness to non-medical needs of inpatients in educational-therapeutic hospitals in Gorgan, 2022. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2025; 18:Article number: 1.

Abstract

Addressing patients' non-medical needs reflects the desires of patients and their families to engage more actively in decision-making and treatment processes. The present study aimed to assess the level of responsiveness to the non-medical needs of hospitalized patients. This was a cross-sectional study conducted using a descriptive-analytical approach. A total of 392 patients hospitalized in Shahid Sayad Shirazi and 5 Azar educational-therapeutic hospitals, affiliated with Golestan University of Medical Sciences in Gorgan, were included in the study. Participants were selected through systematic random sampling. Data were collected using the validated and reliable responsiveness questionnaire developed by the World Health Organization (WHO). The mean (\pm SD) age of participants was (45.17 ± 16.92) years, with 55.1% being male. The mean (\pm SD) overall score for the importance of responsiveness was (33.37 ± 4.45), which was above the average. The majority of patients (over 65%) rated all dimensions of responsiveness as very important or extremely important. The most important dimension from the patients' perspective was the quality of the surrounding environment (95.9%), while the least important was the confidentiality of personal information (34.7%). The mean (\pm SD) overall score for responsiveness performance was 54.54 (0.7 ± 8), which was above the average. The overall score of the responsiveness performance and importance in Sayad Shirazi and 5 Azar educational hospitals was above average. Dimensions deemed important by patients but with weaker performance should be prioritized, and educational and therapeutic centers should pay more attention to patients' non-clinical expectations.

Keywords: Health System Responsiveness, Inpatient Care, Non-Medical Aspects of Care.

