

Research Paper

Responsiveness in Health Service: Patients Experience in Hospital of Sabzevar

Marjan Vejdani¹, Maryam Godarzeyan¹, Zahra Rahimi², Seyyed Ehsan Saffari³, Marzieh Vejdani⁴, Samira Fouji⁵, *Arefeh Pourtaleb⁶

1. Instructor, Iranian Research Center on Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
2. BSc., Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
3. Statistics Specialist, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
4. BSc., Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
5. Instructor, Department of Operating Room, School of Paramedical, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
6. PhD. Candidate, Health Management and Economics Research Center, Department of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Citation: Vejdani M, Godarzeyan M, Rahimi Z, Saffari SE, Vejdani M, Fouji S, et al. [Responsiveness in Health Service: Patients Experience in Hospital of Sabzevar (Persian)]. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2016; 23(4):662-671.



Received: 6 Mar. 2016

Accepted: 7 Jun. 2016

ABSTRACT

Background Considering patient's experiences about non clinical aspect of health care services is now seen as a key characteristic of an effective health system. This study looks into the Responsiveness in Sabzevar University of Medical Sciences, 2015.

Methods & Materials In this cross-sectional and explanatory study, 189 hospitalized patients in Vasai hospital were selected using a stratified and simple random sampling. Standard Responsiveness Questionnaire was used as the data collection tool. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests and ANOVA by SPSS 16 at a significance level of 0.05.

Results Access to the social support during hospitalization achieved the highest score while patient autonomy received the least score. There was a significant relationship between Access to the social support and patient's gender ($P \leq 0.05$). Results showed significant differences between wards in this hospital and Access to the social support and Quality of basic amenities ($P \leq 0.05$). From patient view point the total score for this hospital was (2.43 ± 0.60) that showed the moderate level of responsiveness.

Conclusion More than ever trying to institutionalize the principle of responsiveness culture in this kind of training educational hospital should be regarded. In this way it could be helpful to design a new scientific approach to implement and evaluate responsiveness in hospital regularly. It also would be an effective way to design suitable guideline and checklist along with improve clinical governance and clinical audit indexes. However, we suggest using theoretical and practical educational courses to improve the knowledge and attitudes of medical and nonmedical staff.

Keywords:

Responsiveness,
Hospital, Patient

* Corresponding Author:

Arefeh Pourtaleb, PhD Student

Address: Health Management and Economics Research Center, Department of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (51) 44011336

E-mail: pourtaleba901@gmail.com

پاسخ‌گویی در ارائه خدمات سلامت: تجربه بیماران بستری در بیمارستانی آموزشی، درمانی و پژوهشی

مرجان وجدانی^۱، مریم گودرزیان^۱، زهرا رحیمی^۲، سید احسان صفاری^۲، مرضیه وجدانی^۳، سمیرا فوجی^۴، عارفه پورطالب^۵

- ۱- مریمی، مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۲- کارشناس، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۳- متخصص آمار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۴- کارشناس، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۵- مریمی، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سبزوار، ایران.
- ۶- دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۶ اسفند ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۸ خرداد ۱۳۹۵

اهداف: توجه به جنبه‌های غیرپزشکی در مراقبت سلامت یا پاسخگویی بیانگر چگونگی تجربه بیمار از خدماتی است که در طول دوره مراقبت دریافت می‌کند. این موضوع بارها مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی بوده است. این پژوهش با هدف ارزیابی وضعیت پاسخگویی از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهرستان سبزوار است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی و مقطعی جامعه پژوهش شامل تمام بیماران بستری‌شده در مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی واسعی سبزوار در سال ۱۳۹۴ است. ۱۸۹ بیمار به روش طبقه‌بندی دومرحله‌ای و تصادفی ساده از این مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد پاسخگویی بوده است. داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی و آنوا با نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد از بین مؤلفه‌های هشت‌گانه پاسخگویی، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری بیشترین نمره و استقلال بیمار کمترین نمره را به خود اختصاص داده است. بین دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و جنسیت رابطه معنادار وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین بین بخش بستری‌شده بیماران با دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و کیفیت امکانات رفاهی رابطه معنادار مشاهده شد ($P < 0/05$). از دیدگاه بیماران میانگین نمره کل پاسخگویی در بیمارستان مطالعه‌شده از حداکثر چهار نمره ($2/42 \pm 0/60$) به دست آمد که نمایانگر پاسخگویی در حد متوسط است. **نتیجه‌گیری:** توجه به جنبه‌های غیرپزشکی، ارائه خدمات مراقبت سلامت در بیمارستان باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. نقاط قوت حاکی از آن است که بیمارستان قابلیت لازم برای بهبود مؤلفه‌های هشت‌گانه پاسخگویی را دارد. تلاش برای فرهنگ‌سازی و نهادینه‌کردن اصول پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی، برگزاری دوره‌های آموزشی تئوری و عملی برای کارکنان و مدیران بیمارستان‌های آموزشی، اصلاح آگاهی و نگرش بیماران و کادر درمانی می‌تواند در بهبود پاسخگویی و توجه به جنبه‌های غیرپزشکی ارائه خدمات نقش داشته باشد.

کلیدواژه‌ها:

پاسخ‌گویی، بیمارستان، بیمار

مقدمه

برای سیستم‌های سلامت اثربخش است [۴]. سیستم بهداشتی و درمان پاسخ‌گو باید متعهد شود تا نیازهای روان‌شناختی و انتظارات افرادی را که به آنان خدمت ارائه می‌کند برآورده سازد [۵]. پاسخ‌گویی به توانایی سیستم‌ها برای پاسخ‌دهی به انتظارات قانونی و منطقی بالقوه مصرف‌کنندگان اشاره دارد [۶]. سازمان جهانی بهداشت پاسخ‌گویی را به‌طور علمی بر پایه مطالعه و بازنگری از مفهوم رضایت بیمار و کیفیت مراقبت تعریف می‌کند و ابعادی را برای آن انتخاب کرده است که جامع و آزمون‌پذیر و

امروزه محور اصلی توسعه بیمارستان مشتری‌گرایی است. در بیمارستان‌ها تنها اجرای فعالیت‌ها و نتیجه نهایی فرایندهای درمانی مهم نیست. بهبود فرایندهای کاری، ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان بدون توجه به نظرات، جلب رضایت بیماران و توجه به نیازها و انتظارات و جنبه‌های غیربالینی ارائه خدمات امکان‌پذیر نیست [۳-۱]. پاسخ‌گویی به عنوان راهبردی اساسی

* نویسنده مسئول:

عارفه پورطالب

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت.

تلفن: ۴۴۰۱۱۳۳۶ (۵۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: pourtaleba901@gmail.com

قابل مقایسه بین جمعیت‌های گوناگون باشد [۷].

تفاوت در پاسخ‌گویی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و وضعیت اجتماعی مختلف در افراد متفاوت مشاهده شد.

با توجه به افزایش جمعیت و آگاه‌تر شدن افراد و محدودیت منابع، دولت‌ها می‌توانند از پاسخ‌گویی در سیاست‌گذاری و بهبود عملکرد نظام بهداشت و درمان استفاده کنند و در این بین اصلاحاتی برای بهبود پاسخ‌گویی در ارائه خدمات سرپایی به کار گرفته شود [۱۱]. در تایلند رضایت مراجعه‌کنندگان به میزان زیادی با ابعاد پاسخ‌گویی رابطه داشت [۱۲]. در مطالعه داری به چگونگی تجربه بیمار از خدماتی که در طول دوره مراقبت دریافت کرده تأکید شده است [۱۳]. قوانین حقوق بشر نیز به جنبه‌های غیرپزشکی در ارائه خدمات تأکید می‌کند [۱۴]. در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ رتبه سیستم سلامت ۱۹۱ کشور دنیا از نظر پاسخ‌گویی مشخص و از ۱ تا ۱۰ رتبه‌بندی شد. کشور ایران از لحاظ پاسخ‌گویی در رده صدم قرار گرفت که نمایانگر نیاز به توجه ویژه به این امر است [۱۵]. در ایران وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی موضوع «پاسخ‌گویی در نظام بهداشت و درمان کشور» را در نقشه سلامت سوم و چهارم و پنجم توسعه کشور در نظر گرفته است [۱۶]. پژوهش حاضر با هدف بررسی پاسخ‌گویی در خدمات سلامت و تجربه بیماران شهرستان سبزوار از یک بیمارستان آموزشی، درمانی و پژوهشی در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی مقطعی جامعه پژوهشی شامل تمام بیماران بستری در بیمارستان آموزشی درمانی و پژوهشی واسعی شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۴ است. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده است که با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه، تعداد نمونه موردنظر ۱۸۹ نمونه به دست آمد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه استاندارد پاسخ‌گویی [۱۷] شامل دو بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی و هشت مؤلفه پاسخ‌گویی (توجه و رسیدگی فوری، برقراری ارتباط مناسب با بیمار، حفظ شأن و کرامت بیمار، استقلال، محرمانگی، حق انتخاب، کیفیت امکانات رفاهی و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی) است که به صورت لیکرت از صفر تا چهار (کاملاً موافق، موافق، متوسط، مخالف و کاملاً مخالف) نمره‌گذاری شده است. امتیاز میانگین مؤلفه‌ها به این صورت تعریف شدند: میانگین ۰ تا ۰/۸ خیلی کم، ۰/۹ تا ۱/۶ کم، ۱/۷ تا ۲/۴ متوسط، ۲/۵ تا ۳/۲ خوب و ۳/۳ تا ۴ عالی. پژوهشگران با حضور در بیمارستان ضمن توضیح درباره هدف مطالعه و کسب رضایت بیماران، اقدام به گردآوری داده‌ها نمودند. در مواردی که بیمار به هر دلیلی توانایی پاسخ‌گویی نداشت از همراه بیمار سؤال شد.

توصیف مربوط به هر یک از مؤلفه‌های پاسخ‌گویی به شرح زیر است:

قلمروی پاسخ‌گویی به حوزه‌های بین‌فردی (شرافت و کرامت انسانی، استقلال و خودمختاری، محرمانگی و اعتماد، ارتباط با بیمار) و حیطه‌های ساختاری (کیفیت امکانات اولیه مورد نیاز، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت، قدرت انتخاب درمانگر، اقدام و توجه فوری) تقسیم می‌شود [۸].

در مطالعه‌ای که رشیدیان و همکاران در ایران انجام دادند، بیش از ۹۰ درصد از پاسخ‌دهندگان پاسخ‌گویی در خدمات سلامت را موضوعی بسیار مهم ذکر کردند و معتقد بودند نظام سلامت ایران باید توجه بیشتری به پاسخ‌گویی به انتظارات غیربالیینی بیماران و مصرف‌کنندگان خدمات مراقبت سلامت داشته باشد. همچنین از دیدگاه مصرف‌کنندگان خدمات سلامت، پاسخ‌گویی در ارائه خدمات سرپایی بیشتر از خدمات بستری بوده است [۷].

مطالعه موردی کریمی و همکاران در یکی از بیمارستان‌های تخصصی قلب و عروق تهران نشان داد پاسخ‌گویی در خدمات سرپایی در ابعاد حق انتخاب و اقدام فوری برای بیماران کمترین امتیاز را داشته است (۳۵/۸ درصد و ۳۵/۱ درصد). در خدمات بستری استقلال بیمار در پایین‌ترین وضعیت بوده است (۳۱/۵ درصد). محرمانگی اطلاعات بیمار در هر دو نوع خدمت سرپایی و بستری بالاترین امتیاز را داشته است (۸۷/۸ درصد و ۸۵/۶ درصد). همچنین مهم‌ترین بُعد پاسخ‌گویی از دیدگاه بیماران توجه و اقدام فوری (۴۷ درصد) و احترام به شأن و شخصیت بیماران (۲۳ درصد) بیان شده است. در این مطالعه نتیجه‌گیری شده است که توجه بیشتر به حقوق بیمار، فرصت‌دادن به بیمار برای انتخاب و تصمیم‌گیری، فراهم کردن دسترسی بیشتر به مراقبت‌های اورژانسی (اقدام و توجه فوری) و توجه بیشتر به حق استقلال بیمار مهم‌ترین جنبه‌ها در پاسخ‌گویی مراقبت سلامت بیان شده است [۹].

مطالعه والتین و همکاران درباره «مهم‌ترین جنبه‌های کیفیت مراقبت غیربالیینی» در ۴۱ کشور نشان داد توجه سریع (۴۱ درصد) مهم‌ترین بُعد تلقی شده است. احترام به شأن (۲۲ درصد) در درجه بعدی اهمیت قرار داشت و دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی به عنوان کم‌اهمیت‌ترین بُعد رتبه‌بندی شد [۸].

مطالعه‌ای در پاکستان نشان‌دهنده ترجیح بیماران به انتخاب بیمارستان‌های خصوصی نسبت به دولتی بوده است. مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده در این انتخاب، تجربه بیماران و انتظارات آنان از خدمات سلامت ارائه‌شده است. به‌علاوه کمبود محرمانگی، استقلال و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی، ارتباطات ضعیف و نفاذت پایین منجر به تجربه ناخوشایند بیماران از ارائه خدمات شده است [۱۰]. در چین پاسخ‌گویی در خدمات بستری بیشتر از خدمات سرپایی بوده است و رعایت منزلت، احترام به بیمار و اقدام و توجه فوری نقاط قوت در ارائه خدمات بوده‌اند.

دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی: به انتظار بیمار برای جلب حمایت بیمار توسط دوستان و خانواده اشاره دارد [۱۸].

داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و همچنین آزمون‌های آماری تی و آزمون آنوا^۱ با نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ برخی از مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران به تفکیک بخش‌های بستری نشان داده شده است. از میان شرکت‌کنندگان ۵۱ درصد از بیماران مرد و ۴۹ درصد زن بوده‌اند که ۳۵ درصد آنان در گروه سنی ۴۵ تا ۵۹ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات بیش از نیمی از بیماران (۵۵ درصد) بی‌سواد بودند. مدت بستری ۵ روز یا بیشتر بود که فراوانی آن ۳۲ درصد بود.

در جدول شماره ۲ میانگین نمره هشت مؤلفه پاسخ‌گویی در هر یک از گروه‌های بیماران به تفکیک جنسیت و سن و مدت

توجه و رسیدگی فوری: دسترسی آسان و در زمان منطقی به مرکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت و دریافت خدمات اورژانس در اسرع وقت و خدمات دیگر شامل معاینه، مشاوره، آزمایش و غیره در زمان انتظار کوتاه و معقول.

برقراری ارتباط مناسب با بیمار: گوش دادن به بیمار، ارائه وقت کافی به وی برای سؤال پرسیدن و ارائه پاسخ‌های شفاف به وی.

حفظ شأن و کرامت بیمار: درمان همراه با حفظ به شأن و منزلت همه افراد و دوری از تبعیض.

استقلال: مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان و کسب اجازه از فرد قبل از شروع هر گونه اقدام درمانی یا آزمایش.

محرمانگی: حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و حریم شخصی وی.

حق انتخاب: حق انتخاب و تغییر مکان و همچنین فرد ارائه‌دهنده خدمات سلامت.

کیفیت امکانات رفاهی: نظافت و پاکیزگی، فضای کافی، تهویه مطلوب و غذای سالم.

1. ANOVA

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه پژوهش به تفکیک بخش بستری.

کل	بخش بستری					متغیر		
	عفونی (درصد)	جراحی (درصد)	قلب (درصد)	داخلی (درصد)	اعصاب (درصد)			
۹۶(۵۱)	۵(۵/۲۱)	۱۶(۱۶/۶۷)	۲۲(۲۲/۹۲)	۳۴(۳۵/۴۲)	۱۹(۱۹/۷۹)	مرد	جنس	
۹۳(۴۹)	۱۳(۱۳/۹۸)	۶(۶/۴۵)	۲۲(۲۳/۶۶)	۲۳(۲۴/۷۳)	۲۹(۳۱/۱۸)	زن		
۴۲(۲۲)	۱(۲/۳۸)	۷(۱۶/۶۷)	۱۵(۳۵/۷۱)	۹(۲۱/۴۳)	۱۰(۲۳/۸۱)	کمتر از ۴۵	سن	
۶۴(۳۴)	۷(۱۰/۹۳)	۴(۶/۲۵)	۱۶(۲۵)	۲۲(۳۴/۳۸)	۱۵(۲۳/۴۴)	۴۵-۵۹		
۳۹(۲۱)	۴(۱۰/۲۶)	۳(۷/۶۹)	۹(۲۲/۰۸)	۱۲(۳۰/۷۷)	۱۱(۲۸/۲۱)	۶۰-۷۴		
۴۴(۲۳)	۶(۱۳/۶۴)	۸(۱۸/۱۸)	۴(۹/۰۹)	۱۴(۳۱/۸۲)	۱۲(۲۷/۲۷)	۷۵ و بالاتر		
۱۰۴(۵۵)	۹(۸/۶۵)	۱۱(۱۰/۵۸)	۲۶(۲۵)	۳۰(۲۸/۸۵)	۲۸(۲۶/۹۲)	بی‌سواد	تحصیلات	
۳۳(۱۷)	۲(۶/۲۵)	۵(۱۵/۶۳)	۸(۲۵)	۱۰(۳۱/۲۵)	۷(۲۱/۸۸)	ابتدایی		
۱۷(۹)	۲(۱۱/۷۶)	۲(۱۱/۷۶)	۵(۲۹/۴۱)	۴(۲۳/۵۳)	۴(۲۳/۵۳)	راهنمایی		
۳۴(۱۳)	۵(۲۰/۸۳)	۳(۱۲/۵)	۵(۲۰/۸۳)	۹(۳۷/۵)	۲(۸/۳۳)	دبیرستان		
۱۲(۶)	۰(۰)	۱(۸/۳۳)	۰(۰)	۴(۳۳/۳۳)	۷(۵۸/۳۳)	دانشگاهی		
۵۰(۲۶)	۳(۶)	۱۳(۲۶)	۱۲(۲۴)	۱۱(۲۲)	۱۱(۲۲)	۲		مدت بستری (روز)
۴۹(۲۶)	۸(۱۶/۳۳)	۲(۴/۰۸)	۱۱(۲۲/۴۵)	۹(۱۸/۳۷)	۱۹(۳۸/۷۸)	۳		
۳۰(۱۶)	۴(۱۳/۳۳)	۳(۱۰)	۹(۳۰)	۹(۳۰)	۵(۱۶/۶۷)	۴		
۶۰(۳۲)	۳(۵)	۴(۶/۶۷)	۱۲(۲۰)	۲۸(۴۶/۶۷)	۱۳(۲۱/۶۷)	۵ و بیشتر		

جدول ۲. میانگین نمره مؤلفه‌های پاسخ‌گویی با توجه به فاکتورهای جنسیت، سن و مدت بستری.

مؤلفه	متغیر									
	توجه و رسیدگی فوری	برقراری ارتباط مناسب	حفظ شأن و کرامت بیمار	استقلال	محرمانگی	حق انتخاب	کیفیت امکانات رفاهی	دسترسی به حمایت اجتماعی	نمره کل پاسخ‌گویی	
جنسیت	مرد	۲/۴۷±۰/۶۰	۲/۲۶±۰/۷۷	۲/۴۵±۰/۷۱	۲/۱۳±۰/۹۸	۲/۶۵±۰/۹۰	۲/۴۳±۰/۸۹	۲/۶۰±۰/۹۷	۲/۷۴±۰/۹۶	۲/۴۱±۰/۵۹
	زن	۲/۲۶±۰/۷۷	۲/۳۰±۰/۷۷	۲/۴۱±۰/۷۱	۲/۳۴±۰/۹۲	۲/۷۰±۰/۹۴	۲/۳۸±۱/۱۴	۲/۸۳±۰/۹۵	۳/۰۲±۰/۹۴	۲/۴۵±۰/۶۱
P-value	۰/۳۸	۰/۷۰	۰/۶۹	۰/۴۲	۰/۶۹	۰/۷۰	۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۶۱	
سن	کمتر از ۴۵	۲/۴۵±۰/۶۱	۲/۳۳±۰/۷۹	۲/۵۱±۰/۷۲	۲/۱۹±۰/۹۷	۲/۶۳±۰/۹۳	۲/۴۳±۱/۰۴	۲/۸۴±۰/۸۴	۲/۹۳±۰/۹۱	۲/۴۸±۰/۶۰
	۴۵-۵۹	۲/۶۰±۰/۵۸	۲/۳۱±۰/۸۷	۲/۵۵±۰/۷۷	۲/۰۹±۱/۰۳	۲/۴۸±۰/۹۴	۲/۳۲±۱/۰۸	۲/۶۵±۱/۰۴	۲/۷۹±۱/۰۹	۲/۴۴±۰/۶۷
	۶۰-۷۴	۲/۴۰±۰/۸۳	۲/۳۰±۰/۷۴	۲/۳۶±۰/۶۹	۲/۲۵±۰/۸۹	۲/۸۸±۰/۸۶	۲/۴۸±۰/۹۵	۲/۸۴±۰/۹۳	۳/۰۲±۰/۹۴	۲/۴۶±۰/۵۸
	۷۵ و بالاتر	۲/۲۵±۰/۶۹	۲/۱۴±۰/۶۹	۲/۳۲±۰/۶۵	۲/۱۷±۰/۹۶	۲/۶۰±۰/۹۳	۲/۳۳±۱/۰۸	۲/۴۳±۱/۰۳	۲/۶۹±۰/۸۹	۲/۳۰±۰/۵۶
	P-value	۰/۱۶	۰/۶۶	۰/۳۴	۰/۸۷	۰/۱۴	۰/۸۳	۰/۱۴	۰/۳۲	۰/۵۳
مدت بستری (روز)	۲	۲/۳۱±۰/۶۱	۲/۲۵±۰/۸۳	۲/۳۹±۰/۷۱	۲/۱۴±۰/۸۰	۲/۵۳±۰/۸۸	۲/۳۴±۱/۰۳	۲/۵۹±۰/۹۲	۲/۷۵±۰/۹۳	۲/۳۶±۰/۵۸
	۳	۲/۴۵±۰/۶۴	۲/۳۶±۰/۷۳	۲/۳۹±۰/۶۵	۲/۲۰±۰/۹۰	۲/۸۸±۰/۸۹	۲/۴۵±۱/۰۳	۲/۸۲±۰/۹۷	۳/۰۲±۰/۹۴	۲/۵۱±۰/۵۴
	۴	۲/۳۴±۰/۸۵	۲/۱۸±۰/۸۱	۲/۴۷±۰/۶۹	۲/۱۱±۱/۰۲	۲/۶۲±۰/۷۵	۲/۱۳±۰/۹۷	۲/۶۳±۱/۰۳	۲/۷۰±۱/۱۴	۲/۳۶±۰/۶۲
	۵ و بیشتر	۲/۵۳±۰/۷۵	۲/۲۸±۰/۷۳	۲/۳۹±۰/۷۷	۲/۲۴±۱/۰۸	۲/۶۵±۱/۰۳	۲/۵۶±۱/۰۳	۲/۷۷±۰/۹۶	۲/۹۶±۰/۹۰	۲/۴۵±۰/۶۵
	P-value	۰/۳۹	۰/۷۶	۰/۸۲	۰/۹۱	۰/۲۸	۰/۲۹	۰/۶۳	۰/۳۱	۰/۵۸

دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت و در بخش جراحی، محرمانگی اطلاعات بیماران بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد بین بخش بستری شده بیماران و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت و کیفیت امکانات رفاهی رابطه معنادار وجود دارد ($P \leq 0/05$).

از نظر سطح تحصیلات بیماران، در گروه‌های بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و در گروه تحصیلات دانشگاهی، کیفیت امکانات رفاهی بیشترین امتیاز را داشته است. بیشترین میانگین پاسخ‌گویی در بخش اعصاب و داخلی و سپس در بخش قلب به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد بیشترین میانگین نمره در مؤلفه دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت ($2/88 \pm 0/96$)، کیفیت امکانات رفاهی ($2/71 \pm 0/96$) و محرمانگی ($2/67 \pm 0/92$) بوده است. مؤلفه استقلال بیمار کمترین میانگین نمره ($2/18 \pm 0/95$) را داشت. از دیدگاه بیماران میانگین نمره کل پاسخ‌گویی در بیمارستان مطالعه‌شده از حداکثر چهار نمره ($2/43 \pm 0/60$) به دست آمده

بستری نشان داده شده است. در این جدول مقادیر به صورت میانگین \pm انحراف معیار گزارش شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد بین هشت مؤلفه در هر دو گروه بیماران مرد و زن بیشترین میانگین نمره مربوط به بُعد دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت بوده است و تنها بین این مؤلفه با جنسیت رابطه معنادار وجود دارد ($P \leq 0/05$). مردان بیشترین امتیاز را در بُعد محرمانگی اطلاعات بیماران ($2/65 \pm 0/9$) و زنان در بُعد کیفیت امکانات رفاهی ($2/83 \pm 0/95$) داشتند.

در جدول شماره ۳ یافته‌های مربوط به میانگین نمره مؤلفه‌های پاسخ‌گویی با در نظر گرفتن بخش بستری شده بیماران و سطح تحصیلات آنان به دست آمده است. مقادیر این جدول نیز به صورت میانگین با انحراف معیار ذکر شده است. میانگین مؤلفه‌های پاسخ‌گویی در خدمات و مراقبت‌های ارائه‌شده در بخش‌های مختلف بیمارستان (بخش اعصاب، داخلی، قلب، جراحی و عفونی) متفاوت بوده است. بیشترین میانگین در بخش‌های اعصاب، داخلی، قلب و عفونی مربوط به مؤلفه

جدول ۳. میانگین نمره مؤلفه‌های پاسخ‌گویی با توجه به فاکتورهای بخش بستری و تحصیلات.

مؤلفه	متغیر									
	نوع و رسیدگی فوری	برقراری ارتباط مناسب	حفظ شأن و کرامت بیمار	استقلال	محرمانگی	حق انتخاب	کیفیت امکانات رفاهی	دسترسی به حمایت اجتماعی	نمره کل پاسخ‌گویی	
بخش بستری	اعصاب	۲/۵۳±۰/۶۱	۲/۲۵±۰/۷۲	۲/۴۹±۰/۵۶	۲/۲۴±۰/۸۳	۲/۹۳±۰/۸۰	۲/۲۶±۰/۰۷	۳/۱۵±۰/۸۴	۲/۱۸±۰/۹۱	۲/۵۲±۰/۵۲
	داخلی	۲/۳۶±۰/۷۷	۲/۳۶±۰/۷۸	۲/۴۰±۰/۸۰	۲/۳۲±۱/۰۴	۲/۶۴±۰/۹۵	۲/۴۳±۱/۰۸	۲/۷۰±۰/۸۸	۲/۸۷±۰/۹۳	۲/۴۵±۰/۶۹
	قلب	۲/۴۴±۰/۷۰	۲/۲۶±۰/۷۹	۲/۳۸±۰/۸۰	۲/۰۲±۰/۹۹	۲/۵۳±۰/۹۳	۲/۶۱±۰/۹۳	۲/۵۷±۱/۰۵	۲/۷۵±۱/۰۹	۲/۳۸±۰/۶۵
	جراحی	۲/۴۲±۰/۵۸	۲/۲۵±۰/۷۳	۲/۵۳±۰/۶۰	۲/۰۶±۰/۸۷	۲/۶۱±۰/۹۵	۲/۳۴±۰/۸۵	۲/۲۷±۰/۹۲	۲/۴۸±۰/۸۸	۲/۳۶±۰/۴۸
	عفونی	۲/۳۰±۰/۹۱	۲/۱۵±۰/۸۷	۲/۳۴±۰/۷۰	۲/۱۱±۰/۹۴	۲/۵۰±۰/۹۷	۲/۲۸±۱/۱۳	۲/۴۸±۰/۹۹	۲/۹۴±۰/۷۸	۲/۳۲±۰/۵۱
P value	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۸۵	۰/۵۲	۰/۲۳	۰/۵۳	۰/۰۰	۰/۰۵	۰/۶۵	
تحصیلات	بیسواد	۲/۴۰±۰/۷۷	۲/۲۱±۰/۷۹	۲/۳۲±۰/۶۹	۲/۲۱±۰/۹۳	۲/۷۵±۰/۸۹	۲/۴۵±۱/۰۵	۲/۶۵±۱/۰۵	۲/۸۷±۱/۰۰	۲/۳۸±۰/۶۱
	ابتدایی	۲/۳۴±۰/۶۴	۲/۱۲±۰/۶۶	۲/۵۵±۰/۶۷	۱/۹۹±۰/۸۸	۲/۵۸±۰/۸۶	۲/۱۳±۰/۹۸	۲/۵۸±۰/۹۸	۲/۸۱±۱/۰۲	۲/۳۴±۰/۵۲
	راهنمایی	۲/۷۸±۰/۷۱	۲/۳۴±۰/۷۰	۲/۳۹±۰/۷۰	۱/۸۵±۰/۹۷	۲/۳۲±۰/۹۷	۲/۷۴±۰/۸۳	۳/۰۸±۰/۷۲	۲/۸۲±۰/۹۲	۲/۴۱±۰/۵۴
	دبیرستان	۲/۴۷±۰/۴۹	۲/۷۰±۰/۶۴	۲/۷۵±۰/۶۸	۲/۳۹±۰/۹۰	۲/۷۵±۱/۰۲	۲/۵۶±۰/۹۱	۲/۸۶±۰/۶۶	۳/۱۰±۰/۸۱	۲/۶۹±۰/۵۵
	دانشگاهی	۲/۵۰±۰/۵۶	۲/۵۲±۰/۹۱	۲/۵۹±۰/۸۲	۲/۴۸±۱/۲۸	۲/۵۴±۰/۹۹	۲/۰۰±۱/۳۱	۲/۸۱±۰/۹۳	۲/۷۹±۰/۸۴	۲/۵۴±۰/۸۱
P value	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۲۲	۰/۴۰	۰/۱۴	۰/۳۸	۰/۸۰	۰/۱۸	

دانشگاه سبزواری، مرکز تحقیقات سلامت

مطالعه‌شده به عنوان نمونه و یا در بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهرستان‌ها وجود دارد نیازمند مکانیزم‌هایی برای پاسخ‌گویی بهتر و توجه بیشتر به عوامل ایجادکننده انگیزه و جنبه‌های غیربالیینی و ارائه خدمات با کیفیت‌تر به‌ویژه در بخش دولتی است [۱۷].

در مطالعه کاووسی در خانوارهای هفده منطقه از استان تهران پاسخ‌گویی در خدمات بستری بیمارستان‌ها در تمام مؤلفه‌ها در وضعیت خوب یا بسیار خوب قرار داشت. بهترین حیطه‌ها مربوط به حفظ شأن و کرامت بیمار و محرمانگی اطلاعات بیماران (۷۸ درصد) و بدترین حیطه‌ها مربوط به استقلال بیمار (۶۲ درصد) و کیفیت امکانات رفاهی (۶۵ درصد) بوده است [۷]. مطالعه پلتزر^۲ در جنوب آفریقا نشان داد در خدمات بستری، مؤلفه‌های استقلال بیمار و رسیدگی و توجه فوری کمترین میانگین نمره را داشته است، درحالی‌که کیفیت امکانات رفاهی و محرمانگی و حفظ شأن و کرامت بیمار بیشترین میانگین نمره را داشته است. رسیدگی و توجه فوری، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی یا به عبارتی استقلال بیمار، ارتباطات

است که پاسخ‌گویی در حد متوسط را بیان می‌کند.

بحث

پژوهش حاضر مطالعه‌ای تحلیلی مقطعی است که در سال ۱۳۹۴ با هدف ارزیابی وضعیت پاسخ‌گویی از دیدگاه بیماران بستری‌شده در بیمارستانی آموزشی درمانی و پژوهشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرستان سبزواری انجام شده است.

نتایج این بررسی حاکی از متوسط بودن میانگین نمره کل در وضعیت پاسخ‌گویی در بیمارستان مطالعه‌شده است. دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت، کیفیت امکانات رفاهی مورد نیاز و محرمانگی بیشترین امتیاز را داشته‌اند و با وضعیت خوب از نظر بیماران ارزیابی شده‌اند. دیگر مؤلفه‌های پاسخ‌گویی امتیاز کمتری را به خود اختصاص داده و با وضعیت متوسط (نه خوب نه بد) ارزیابی شده‌اند. این ارزیابی می‌تواند بیانگر لزوم توجه بیشتر به اهمیت و نقش نیروی انسانی و عوامل انگیزشی در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به‌ویژه در بیمارستان‌ها به عنوان یک سازمان پیچیده باشد. شرایطی که در بیمارستان

2. Peltzer

۶۲ درصد از بیمارستان‌های خصوصی وضعیت مناسبی دارند [۲۳].

یافته‌های پژوهش پارسا با عنوان «حریم خصوصی و رازداری در پزشکی و جنبه‌های مختلف آن» نشان داد در اکثر نکات اخلاقی انجمن‌ها و تشکل‌های حرفه‌ای پزشکی به مسئله رازداری و حفظ حریم خصوصی بیمار تأکید فراوان شده است [۲۴]. لذا تلاش در راستای حفظ رازداری و محرمانگی اطلاعات بیمار می‌تواند به عنوان یک اصل اخلاقی موجب رضایت بیمار و توسعه اخلاق حرفه‌ای و در نهایت پیشرفت واحدهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی شود.

در تحقیق حاضر حفظ شأن و کرامت بیمار از مؤلفه‌هایی بود که نمره نسبتاً بالایی داشت. مطالعه‌ای در بیمارستان‌های زنان و زایمان تایلدن نشان داد حفظ شأن و منزلت بیمار و برقراری ارتباط مناسب بیشترین امتیاز را داشته است. زنانی که تحت پوشش برنامه‌های بیمه‌ای و طرح‌های سلامت خاصی بودند میزان توجه به شأن و منزلت و محرمانگی و انتخاب ارائه‌دهنده را به‌طور متمایزی بیشتر مطرح کردند [۱۲].

در بوستون تعداد زیادی از بیماران ناراضی خود را از نادیده گرفتن شأن و کرامت بیمار مطرح کردند. آنان حفظ شأن و کرامت بیمار و مهم‌ترین عناصر مربوط به آن را در زمینه‌های زیر تعریف کرده‌اند: حفظ حریم خصوصی بیمار، محرمانگی، ارتباطات، نیاز به آگاهی و اطلاع‌رسانی، حق انتخاب و اختیار، مشارکت کافی در تصمیم‌گیری‌های درمانی، رعایت ادب و احترام و در آخر چگونگی خطاب کردن بیمار [۲۵]. یافته‌های پژوهشی در تابوان نشان داد رعایت شأن و منزلت بیمار به عنوان عنصر اساسی در ارائه خدمات پرستاری و مراقبتی بیان شده است. چرا که کمبود و سهل‌انگاری در این مؤلفه می‌تواند در فرایند درمان و بهبودی بیمار نقش اساسی داشته باشد.

در کشورهای غربی روی مؤلفه حفظ شأن و کرامت بیمار بررسی‌های زیادی انجام شده است، اما در آسیا مطالعه‌های اندکی این موضوع را بررسی کرده‌اند [۲۶]. دولت انگلستان سیاست‌هایی برای افزایش مداخله در حفظ حریم خصوصی بیمار و شأن و کرامت وی طراحی و اجرا کرده است. در روسیه با وجود توجه و تأکید زیاد بر این موضوع تحقیقات اندکی در این زمینه انجام شده است [۲۶]. با شناسایی مهم‌ترین عوامل در حفظ شأن و کرامت بیمار می‌توان در ارائه خدمات سلامت مبتنی بر این عامل مداخلاتی انجام داد و وضعیت موجود را به‌طور مداوم بهبود بخشید [۲۷].

در این پژوهش پنجمین مؤلفه دارای امتیاز «توجه و رسیدگی فوری» بوده است. محققان با بررسی زمان انتظار و اقدام و توجه فوری دریافته‌اند در ارائه خدمات متنوع به بیماران این موضوع با رضایت بیماران رابطه دارد و زمان انتظار طولانی و کاهش اقدام و توجه فوری بر انتخاب بخش خصوصی تأثیرگذار بوده است. نادیده گرفتن این موضوع باعث تفکر منفی و بدبینانه نسبت به سیستم ارائه‌دهنده

مناسب و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی به عنوان حیطه‌های مهم برای اقدام شناخته شدند تا بتوان با این مداخلات پاسخ‌گویی خدمات سلامت در جنوب آفریقا را بهبود بخشید [۱۹].

در بررسی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بیماران دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره بستری و مراقبت را عالی ارزیابی کردند. این موضوع در مطالعه‌ای مشابه در بیمارستان‌های مشهد و اصفهان نیز تأیید شده است [۱۷، ۲۰]. حمایت اجتماعی بیمار توسط خانواده در طول مدت بستری عامل بسیار مهمی در روند درمان و بهبودی بیمار است [۱۰].

در بررسی حاضر کیفیت امکانات رفاهی بیمارستان دومین مؤلفه در پاسخ‌گویی بوده است که بیشترین امتیاز را داشت. بین کیفیت امکانات رفاهی و بخش‌های مختلف بیمارستان رابطه معناداری وجود داشت. این یافته با بررسی پلتز همسو است [۱۹]. کیفیت امکانات رفاهی اولیه نه تنها در راحتی و آسایش بیمار مؤثر است، بلکه با احساس بهبودی بیمار و تسریع این فرایند نیز مرتبط است. مطالعات نشان داده است حتی در کشورهای پیشرفته دنیا بین نیازهای بیماران و دسترسی به امکانات و تسهیلات اولیه و رفاهی مطلوب فاصله زیادی وجود دارد. نامطلوب بودن این تسهیلات برای بیمار و همراهان مخاطراتی به دنبال خواهد داشت [۲۱].

در یافته‌های جواد پرستاران امکانات فیزیکی مراکز درمانی را مهم‌ترین نقاط ضعف بیمارستان‌ها برآورد کرده‌اند [۱۷]. در کشور رومانی بیشتر بیماران از نظافت محیط (تمیز نبودن سرویس‌های بهداشتی و بخش‌ها و اتاق‌های بیماران) اظهار ناراضی کرده بودند [۲۲]. در حقیقت رضایت بیماران از این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده انجام صحیح خدمات در بیمارستان باشد. رضایتی که به‌طور مسلم نمی‌تواند صرفاً به دلیل ارائه خدمات حرفه‌ای و بهره‌مندی از فناوری‌های پیشرفته محقق شود، بلکه سهم عمده این رضایت‌مندی متأثر از کیفیت و تنوع 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 و می‌تواند دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در طرح تحول نظام سلامت باشد.

در مطالعه پیش‌رو مؤلفه محرمانگی اطلاعات بیمار خوب ارزیابی شده است که این یافته با پژوهش‌های داخلی و خارجی همسو است [۱۷، ۱۹، ۲۰]. در مطالعه «بررسی وضعیت محرمانگی اطلاعات بیماران در تمام بیمارستان‌های تهران» که به تعیین سطوح دسترسی و میزان محرمانگی مدارک پزشکی، قوانین و مصوبات، استانداردها و رویه‌های عملکردی برای حفظ این محرمانگی پرداخته است، یافته‌ها نشان داد در مجموع ۵۴ درصد از بیمارستان‌های دولتی آموزشی و ۵۷ درصد از بیمارستان‌های دولتی غیرآموزشی و

پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات مطرح شده است، درحالی‌که هلندی‌ها از این موضوع رضایت بسیار کمتری داشته‌اند [۴].

برقراری ارتباط توسط تیم درمان و همچنین رعایت جنبه‌های اخلاق پزشکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بیماران تایوانی بوده است [۵]. اطلاعات زیادی درباره تفاوت‌ها و شباهت‌های الگوهای ارتباط پزشک و بیمار در فرهنگ‌های مختلف وجود ندارد. ارتباط با بیمار و در نظر گرفتن وی معیاری با ابعادهای چندگانه است [۲۹]. در مطالعه‌ای که در آفریقا و در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی مشهد انجام شده است برخلاف پژوهش حاضر ارتباطات نمره‌هایی بالاتری را به خود اختصاص داده بودند [۱۹، ۲۰].

محدودیت‌ها

برخی از پاسخ‌گویان ممکن است به دلیل ترس از تأثیر نظرات خود بر مراقبت‌هایی که به آن‌ها ارائه می‌شود نظرات واقعی خود را در برخی زمینه‌ها ابراز نکنند. همچنین با توجه به اینکه بیمارستان مطالعه‌شده نمونه واقعی‌ای از بیمارستان‌های شهرستان‌های مختلف ایران نیست، باید در تعمیم نتایج آن به بیمارستان‌های دیگر کشور با احتیاط عمل کرد.

پیشنهادها

باید به جنبه‌های غیرپزشکی در ارائه خدمات مراقبت سلامت در بیمارستان بیش از پیش توجه شود. نقاط قوت حاکی از آن است که بیمارستان‌های آموزشی قابلیت لازم برای بهبود مؤلفه‌های هشت‌گانه پاسخگویی را دارند. پاسخگویی را می‌توان کمک ارزشمندی به هر برنامه‌ای دانست که هدف آن بهبود کیفیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. تلاش برای فرهنگ‌سازی و نهادینه کردن اصول پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی، تدوین دستورالعمل و چک‌لیست پاسخگویی به موازات بهبود شاخص‌های حاکمیت و ممیزی بالینی، تدوین رویکرد نوین علمی، اجرا و ارزیابی دوره‌ای آن برای بهبود وضعیت پاسخگویی در مراکز درمانی، برگزاری دوره‌های آموزشی تئوری و عملی برای کارکنان و مدیران بیمارستان‌های آموزشی، اصلاح آگاهی و نگرش بیماران و کادر درمانی می‌تواند در بهبود پاسخگویی و توجه به جنبه‌های غیرپزشکی ارائه خدمات نقش داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به شماره ۳۹۴۲۷۱۱۰۷ و با کد اخلاق IR.MEDSAB.RIC.1394.28 است. نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی اعضای معاونت پژوهشی دانشگاه، مدیران، مسئولان و پرسنل محترم بیمارستان واسعی اعلام می‌دارند.

خدمت حتی قبل از دریافت خدمت واقعی می‌شود [۲۱]. اقدام و توجه فوری به بیماران و انتظارات آنان نقطه قوت نظام بهداشت و درمان پاکستان است [۱۰]. در تهران توجه و رسیدگی فوری و کیفیت امکانات رفاهی امتیاز پایینی در ارائه خدمات سرپائی داشتند، ولی در بیمارستان‌های مشهد و اصفهان این عامل جزء مؤلفه‌های دارای بالاترین نمره میانگین بوده است [۷، ۱۷، ۲۰].

تحلیل‌ها نشان داد حق انتخاب درمانگر مؤلفه‌ای است که نسبت به مؤلفه‌های دیگر امتیاز کمتری دارد و بیماران حق انتخاب درمانگر را پایین دانسته‌اند. این موضوع حاکی از افزایش انتظارات بیماران و آگاهی و توانمندی آنان و اطمینان به تصمیم‌گیری برای انتخاب ارائه‌دهنده خدمت مدنظر آنان است. به نظر می‌رسد پایین بودن امتیاز انتخاب درمانگر می‌تواند دلیلی بر اطمینان نداشتن آن‌ها به توانایی خود در انتخاب بهترین درمانگر و داشتن دانش کافی برای انتخاب در این زمینه باشد. این یافته در مطالعات انجام‌شده در اصفهان و اروپا نیز مشابه بوده است که اهمیت این موضوع و چالشی بودن آن را در نظام سلامت تأیید می‌کند [۴، ۱۷].

در بررسی انجام‌شده در اروپا افراد جوان‌تر انتقادات بیشتری نسبت به افراد مسن‌تر مطرح کردند. آنان بیان کردند باید قدرت انتخاب و اختیار بیشتری در انتخاب پزشکان عمومی و متخصص و یا بیمارستان مدنظرشان داشته باشند، درحالی‌که نیمی از بیماران بیان کردند اطلاعات کافی را برای انتخاب آگاهانه ندارند. بیماران اروپایی نقش مستقل بیشتری در تصمیم‌گیری‌های درمانی خود می‌خواهند [۴]. توجه به قدرت انتخاب و اختیار از نقاط قوت در نظام سلامت تایلند است [۱۲]. بیماران خواستار مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی و حق انتخاب هستند، درحالی‌که در عمل این میزان کمتر از مقداری است که آن‌ها می‌خواهند [۲۸].

پژوهش‌ها حاکی از مشارکت کم بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی است. برای کاهش فاصله بین انتظارات عمومی بیماران از حق انتخاب و تصمیم‌گیری و تجربیاتی که در عمل در این زمینه به دست می‌آورند، باید تلاش شود [۴]. گرچه ممکن است در نظام‌های بهداشت و درمان بیماران استفاده محدودی از قدرت انتخاب خویش داشته باشند، اما حق انتخاب و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی می‌تواند ارائه‌دهندگان خدمت را به بهبود کیفیت خدمات و مراقبت‌ها ترغیب کند [۲۸].

ارتباط مناسب بیمار و درمانگر نیز همواره یکی از مهم‌ترین عوامل در جلب رضایت بیمار و درک مطلوب بودن خدمات از دیدگاه بیمار بیان شده است. در پژوهش حاضر این مؤلفه امتیاز پایین‌تری داشته است. در اروپا بیماران بیان کردند پزشکان به حرف‌های آنان با دقت گوش می‌دهند و زمان کافی برای پاسخ‌گویی و ارائه توضیحات شفاف به آن‌ها اختصاص می‌دهند. در سوئیس و انگلیس میزان رضایت بالایی از مهارت‌های ارتباطی

References

- [1] Oberst MT. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Patients' perceptions of care. Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*. 1984; 53(10):2366-75. PMID: 6704916
- [2] Thomas LH, Bond S. Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23(4):747-56. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb00047.x
- [3] Ware J. What information do consumers want and how will they use it? *Medical Care*. 1995; 33:25-30. doi: 10.1097/00005650-199501001-00005
- [4] 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. doi: 10.1093/eurpub/cki004
- [5] Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health*. 2006; 6:72. doi: 10.1186/1471-2458-6-72
- [6] Rice N, Robone S, Smith PC. The measurement and comparison of health system responsiveness. York: University of York; 2008.
- [7] Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, AGh P, Pourmalek F, Arab M, Mohammad K. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th District of Tehran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2011; 13(5):302-8. PMID: PMC3371967
- [8] 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. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.002
- [9] 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. doi: 0141711/AIM.003
- [10] Naseer M, Zahidie A, Shaikh BT. Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: A critical review. *Pakistan Journal of Public Health*. 2012; 2(2):52.
- [11] Kowal P, Naidoo N, Williams SR. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health*. 2011; 3(10):638-46. doi: 10.4236/health.2011.310108
- [12] 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. doi: 10.1093/intqhc/mzr085
- [13] Darby C, Valentine N, Murray CJ, De Silva A. World Health Organization: strategy on measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization; 2000.
- [14] Hodge, JG, Gostin, LO, Valentine N, Nygren Krug H. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [15] World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- [16] Ministry of Health. [Third and fourth development plans (Persian)] [Internet]. 2010 [Cited 2010 Apr. 4]. Available from: http://www.iranssr.org/services/nsr_Rules/1743
- [17] 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. PMID: PMC3583095
- [18] Valentine NB, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB, et al. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [19] Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Services Research*. 2009; 9:117. doi: 10.1186/1472-6963-9-117
- [20] Ebrahimipour H, Najjar AV, 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 & Management*. 2013; 1(1):85-90. doi: 10.15171/ijhpm.2013.13
- [21] Habibullah S. Responsiveness of the federal health system to the needs of 18-45 year old adults with physical disabilities in Islamabad, Pakistan [PhD thesis]. South Florida: University of South Florida.
- [22] 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.
- [23] Arab M, Pourreza A, Eshraghian M, Khabiri R. [A survey on current status of patient information privacy in Tehran's hospitals (Persian)]. *Health Information Management*. 2010; 8(1):33-40.
- [24] Parsa M. [Privacy and confidentiality in medical and it's various aspects (Persian)]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 2(4):1-14.
- [25] Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(20):2709-17. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x
- [26] Whitehead J, Wheeler H. Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: A literature review. *British Journal of Nursing*. 2008; 17(6):381-5. doi: 10.12968/bjon.2008.17.6.28904
- [27] Lin YP, Tsai YF, Chen JHF. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20(5-6):794-801. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x
- [28] 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. doi: 10.1258/jhsrp.2008.007163
- [29] Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *Journal of Medical Ethics*. 2009; 35(7):419-23. doi: 10.1136/jme.2008.027235

