

دیدگاه بیماران در خصوص وضعیت پاسخگویی در درمانگاه‌های سرپائی مراکز آموزشی درمانی زنجان

علی محمدی^۱، کورش کمالی^۲

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت drkamali@zums.ac.ir

دریافت: ۹۳/۰۵/۲۲ پذیرش: ۹۴/۰۵/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: سازمان بهداشت جهانی پاسخگویی را توانایی هر نظام سلامت در برآوردن انتظارات مشروع جمعیت برای ابعاد غیر بالینی (Non-clinical) اما تقویت کننده نظام سلامت تعریف می‌کند، بررسی پاسخگویی می‌تواند در تخصیص منابع و تدوین استراتژی‌های اصلاحی به مدیریت کمک کند به همین منظور این مطالعه با هدف بررسی وضعیت پاسخگویی در درمانگاه سرپائی صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۲ در مراکز آموزشی و درمانی زنجان صورت گرفت. بدین منظور ۲۴۰ نفر از بیماران سرپائی به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعین پذیرش سرپائی درمانگاه‌ها انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه بررسی پاسخگویی نظام سلامت بهداشت جهان استفاده شد. تحلیل آماری اطلاعات با کمک نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ انجام شد، آمارهای توصیفی و تحلیلی مثل درصد، فراوانی، میانگین، آزمون *t-test* و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها: اکثریت بیماران (بالای ۷۳ درصد) همه ابعاد پاسخگویی در خدمات سرپائی را مهم ارزیابی کردند. حدوداً نیمی از آنها (۵۰/۶ درصد) سطح عملکرد پاسخگویی را خوب توصیف کردند. بهترین عملکرد پاسخگویی به ابعاد رازداری (۷۶/۳ درصد) و احترام به شأن (۶۳/۸ درصد) مربوط می‌شدند. مهم‌ترین بعد از دیدگاه بیماران، بعد احترام به شأن بود. آنالیزها نشان داد که تفاوت مشاهده شده در میانگین نمرات عملکرد پاسخگویی بعد احترام به شأن برحسب جنس معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بین عملکرد و اهمیت ابعاد پاسخگویی در بیمارستان‌های مورد بررسی شکاف وجود دارد و رسیدن به جایگاهی مطلوب و مناسب اجتناب‌ناپذیر است.

واژگان کلیدی: عملکرد پاسخگویی، درمانگاه سرپائی، مراکز آموزشی، بیماران، ایران

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت (WHO)، پاسخگویی را توانایی هر نظام سلامت در برآوردن انتظارات مشروع جمعیت برای ابعاد غیر بالینی (Non-clinical)، اما تقویت کننده نظام سلامت تعریف می‌کند (۲). پاسخگویی در بیماران سرپائی دارای شش حوزه (بعد) است که تحت دو محور کلی به شرح ذیل طبقه‌بندی می‌شوند: ۱- احترام به شخص (Respect to person): این محور شامل رعایت شأن انسانی (Dignity)، خود مختاری و رازداری می‌باشد، ۲- راهنمایی و جهت‌دهی

حفظ و بهبود سلامت جمعیت، مسئولیت اولیه هر نظام سلامتی است. از دیگر اهداف ذاتی نظام سلامت پاسخگو بودن به انتظارات مردم در ابعاد غیر بالینی چون رعایت شئون اسلامی، رازداری، آزادی عمل و غیره می‌باشد. پاسخگویی، رضایت بیماران را نسبت به ارائه دهندگان مراقبت افزایش می‌دهد، که آن هم به نوبه خود به ارتقاء استفاده از خدمات بهداشتی منتهی می‌شود (۱).

۱-دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲-دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مقایسه با سایر مؤسسات و جوامع شناسایی کنند (۹). پاسخگویی نظام سلامت به چند دلیل حائز اهمیت 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 ارتقاء 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 مالی و سرمایه‌گذاری ممکن است. ایجاد اصلاحات مهم در پاسخگویی الزاماً به سرمایه‌گذاری عمده در تکنولوژی و نیروی انسانی نیاز ندارد (۱۰).

سازمان جهانی بهداشت (WHO) ابزار و پرسشنامه‌ای را برای سنجش سطح پاسخگویی به عنوان معیاری از عملکرد نظام سلامت تدوین کرده است (۱۱). این ابزار در چندین مطالعه بکار گرفته شده است (۱۲، ۱۳) و بررسی سطح پاسخگویی شواهد و اسنادی را فراهم می‌سازد که می‌توانند در تخصیص منابع و تدوین استراتژی‌های مدیریتی بعنوان راهنما عمل کنند (۵). مطالعه رشیدیان و همکاران (۲۰۱۱) تحت عنوان "ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت: بررسی خانوارها در منطقه ۱۷ تهران" نشان داد که ۶ درصد از افراد مورد مطالعه نمی‌توانستند مراقبت بهداشتی را علی‌رغم احساس نیاز بدست آورند، نیمی از آنها اذعان کردند قادر به تأمین هزینه خدمات نبودند (۱۲). مطالعه والتین (Valentine) و همکاران (۲۰۰۸) پیرامون "کدام جنبه‌های کیفیت مراقبت غیر بالینی مهمترین هستند" در ۴۱ کشور نشان داد که توجه سریع (۴۱ درصد) مهمترین بعد تلقی شد. احترام به شأن (۲۲ درصد) در درجه بعدی اهمیت قرار داشت و دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی به عنوان کم اهمیت‌ترین بعد رتبه‌بندی شد (۳).

به مراجعین (Clint-Orientation): این محور شامل انتخاب ارائه دهنده مراقبت، توجه سریع به مشکلات بیماران، کیفیت تسهیلات اساسی است (۳، ۴). علاوه بر حفظ سلامت، بیماران انتظار دارند که نظام سلامت با آنها با رعایت شئون انسانی رفتار نماید، نقش آنان در تصمیمات مربوط به مراقبت بهداشتی را تسهیل نماید، ارتباطات روشن با ارائه دهندگان مراقبت سلامتی را برای آنان فراهم سازد و تضمین کند مواجهه پزشکی آنها محرمانه خواهد بود، این اقدامات نظام سلامت بعد احترام به شخص (respect to person) پاسخگویی را تشکیل می‌دهند. مصرف کنندگان همچنین از نظام سلامت انتظار دارند که به مسائل و مشکلات آنها توجه سریع نشان دهد، امکان انتخاب ارائه دهندگان را داشته باشند، از تسهیلات اساسی با کیفیت کافی برخوردار باشند؛ این اقدامات بعد جهت‌دهی به مراجعین را شامل می‌شوند (۵). امروزه پاسخگویی به بیماران به عنوان یک مشخصه کلیدی نظام‌های سلامت اثر بخش تلقی می‌شود نظام‌های سلامت در سرتاسر جهان بدنبال راه‌هایی برای پاسخگو ساختن نظام‌های بهداشتی به بیماران و عموم مردم هستند. به همین خاطر سازمان جهانی بهداشت برای تشویق و سوق دادن کشورها به این موضوع، شاخص‌های پاسخگویی را در گزارشات بهداشت جهانی شامل کرده است (۶).

یک پزشک خوب دیدگاه جامع بیمار و انتظارات معقول آنها را جویا می‌شود در حقیقت یکی از چالش‌های فعلی نظام سلامت نحوه پاسخگویی و بر آوردن انتظارات بیماران است (۷). برای بیماران پاسخگویی نظام سلامت یک ملاحظه مهم می‌باشد چرا که اغلب آنها می‌توانند آن را درک نمایند، ابعاد پاسخگویی که در طی مراحل درمان تجربه می‌کنند را می‌توانند مورد قضاوت قرار دهند (۸). علاوه سنجش پاسخگویی نظام سلامت، مؤسسات 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

بیمارستان‌های مذکور بودند. پس از تعیین حجم نمونه، بیماران سرپائی از بین مراجعین پذیرش سرپائی درمانگاه‌ها بصورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار پاسخگویی بهداشت جهانی (WHO responsiveness Tools) بکار رفت. این پرسشنامه یک ابزار معتبر، قابل اطمینان و دارای قابلیت مقایسه است که توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور سنجش سطح عملکرد پاسخگویی نظام سلامت (بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی) تدوین شده است. این پرسشنامه حاوی سوالاتی درباره "مصرف خدمات بهداشتی"، "اهمیت ابعاد پاسخگویی از دیدگاه مردم" و "دیدگاه مردم درباره عملکرد پاسخگویی در خدمات سرپائی و بستری" است (۱۱). این پرسشنامه دارای هفت بعد می‌باشد که به شرح ذیل توصیف و تعریف شده‌اند:

۱- رعایت شأن انسانی (dignity): یعنی حق افراد برای درمان شدن بعنوان اشخاص به جای صرفاً بیماران در نظر گرفته شود، چون افراد در طی بیماری اطلاعات نامتقارن در مقایسه با ارائه دهندگان خدمت دارند و توانایی جسمی‌شان کاهش می‌یابد لذا حق دارند با رعایت احترام درمان شوند.

۲- خود مختاری (autonomy): یعنی آزادی عمل نسبت به تصمیم‌گیری بین شیوه‌های درمانی، روش‌های مراقبت و آزمایش از جمله رد درمان البته به شرط دارا بودن سلامت ذهنی است.

۳- رازداری (confidentiality): یعنی حفظ حریم خصوصی در زمان ارتباطات و طی مشاوره و رعایت محرمانگی در مورد مدارک پزشکی و اطلاعات فردی بیماران.

۴- توجه سریع (prompt attention) دارای دو جنبه است: اول دسترسی یعنی توانایی بدست آوردن مراقبت سریع از واحدهای بهداشتی و درمانی، دوم تقویت رفاه فردی از طریق کاهش زمان انتظار، هر دو جنبه از نظر مشاوره، درمان و

نتایج مطالعه در مورد ایران نشان داد که بعد توجه سریع مهمترین بعد (۳۳ درصد) تلقی شد و بعد از آن احترام به شأن (۲۱ درصد) و ارتباطات (۱۶ درصد) در مراتب بعدی قرار داشتند و ابعاد استقلال و حمایت اجتماعی (۳ درصد) کم اهمیت ترین بعد بود (۳).

در اغلب کشورهای اروپایی، سیاستگذاران سلامت به خواسته و انتظارات مردم واکنش نشان داده و در جهت بهبود پاسخگویی اقداماتی را انجام داده‌اند از جمله: تعریف و مشخص نمودن منشور حقوق بیماران، پرداخت به مسائلی چون احترام به شأن بیماران، توجه نمودن به مسائل و موضوع فهرست‌های انتظار (waits) و نهادینه کردن و افزایش انتخاب ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی (۱۴).

پاسخگویی، از رضایت بیمار و کیفیت خدمات متفاوت است چرا که به نظام سلامت بعنوان یک کل مربوط می‌شود و بر جنبه‌های غیر پزشکی (بالینی) مراقبت بهداشتی تمرکز دارد (۱۵). در مطالعات معدود انجام شده در زمینه ارزیابی و سنجش پاسخگویی نظام سلامت در ایران موضوع پاسخگویی بیمارستان‌ها بررسی نشده است (۷، ۱۲). به همین منظور این مطالعه با هدف بررسی پاسخگویی بیمارستانها به بیماران سرپائی در مراکز آموزشی درمانی شهر زنجان از اردیبهشت لغایت بهمن سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی مقطعی است که بصورت مقطعی در مراکز آموزشی و درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی زنجان صورت گرفت. جامعه مورد مطالعه این تحقیق را بیماران سرپائی مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی موسوی و ولی عصر (عج) دانشگاه علوم پزشکی زنجان بجز بیماران اورژانسی و اعصاب و روان تشکیل دادند. حجم نمونه ۲۴۰ نفر از بیماران سرپائی مراجعه کننده به

فهرست انتظار بر اساس عمل مد نظر هستند.

۵- کیفیت تسهیلات اساسی (basic amenities): یعنی درجه‌ای که زیر ساختار فیزیکی تسهیلات بهداشتی خوشایند و مطلوب هستند، شامل محیط فیزیکی تمیز (clean)، نگهداری مناسب، امکانات کافی، تهویه کافی، آب تمیز و سرویس‌های بهداشتی تمیز است.

۶- انتخاب ارائه دهنده مراقبت (care provider): یعنی توانایی و آزادی انتخاب بین واحدهای مراقبت بهداشتی از جمله فرصت‌های دسترسی به متخصصین و انتخاب‌های دیگر می‌باشد.

۷- دسترسی به حمایت‌های اجتماعی (social support network): یعنی دسترسی به حمایت اجتماعی در طی مراقبت (ملاقات‌ها، امکان انتخاب غذای مورد نظر) می‌باشد این بعد در خدمات سرپائی وجود ندارد (۱۶).

این پرسشنامه دارای چهار بخش است، قسمت اول شامل سوالات مربوط به مشخصات فردی و زمینه‌ای بیماران، قسمت دوم شامل سوالات مربوط به مصرف خدمات و نیاز بهداشتی، قسمت سوم شامل ۷ سوال مربوط به اهمیت ابعاد پاسخگویی و قسمت چهارم شامل ۲۱ سوال مربوط به وضعیت ابعاد پاسخگویی از دیدگاه بیماران سرپائی می‌باشد و به ۶ بعد و حیطه به شرح ذیل تقسیم می‌شوند: احترام به شأن (۵ سوال)، استقلال (۳ سوال)، رازداری و محرمانگی (۳ سوال)، توجه سریع (۳ سوال)، کیفیت محیط فیزیکی (۴ سوال) و انتخاب (۳ سوال).

هر عبارت با مقیاس لیکرت ۵ امتیازی بین ۱-۵ نمره گذاری شد (۵ خیلی خوب، ۴ خوب، ۳ متوسط، ۲ بد و ۱ خیلی بد). در هر حیطه از پرسشنامه مذکور، با توجه به تعداد سوالات، حداکثر امتیازها برای گزینه‌های مربوط محاسبه می‌شود. هر چه امتیازات حاصله در مکان مورد ارزیابی (بیمارستان) بالاتر باشد از عملکرد پاسخگویی بهتر و مطلوب‌تر حکایت دارد و بالعکس.

هر عبارت مربوط به اهمیت ابعاد پاسخگویی با مقیاس لیکرت ۵ امتیازی بین ۱-۵ نمره‌گذاری شد (۵ بی‌اندازه مهم، ۴ خیلی مهم، ۳ اهمیت متوسط، ۲ کمی مهم، ۱ بدون اهمیت).

روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط رشیدیان و همکاران طی مطالعه‌ای تحت عنوان "ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت در تهران" مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۲).

برای تناسب پرسشنامه با محیط مطالعه (بیمارستان) تغییرات جزئی در عبارت بندی بعضی سوالات به عمل آمد. بطور مثال عبارت "در مورد آخرین ویزیت شما (فرزندتان)، زمان انتظار برای دیدن تأمین کننده مراقبت سلامت را چگونه ارزیابی می‌کنید؟" در پرسشنامه اصلی به عبارت "در مورد آخرین ویزیت، زمان انتظار برای دیدن تأمین کننده مراقبت سلامت را چگونه ارزیابی می‌کنید؟" در پرسشنامه نهائی تغییر داده شد.

به منظور تعیین روایی پرسشنامه نهائی از روش روایی محتوا استفاده شد و پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از متخصصان حوزه سلامت (آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مدیریت نظام سلامت، اپیدمیولوژی و پزشک متخصص بیماری‌های داخلی) قرار گرفت و با اعمال برخی اصلاحات مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر از روش آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) استفاده شد. بدین منظور ابتدا پرسشنامه تهیه شده بین ۲۰ نفر از جامعه آماری توزیع شد و پس از جمع‌آوری و بررسی، ضرایب آلفای کرونباخ برای آن محاسبه شد که ضرایب آلفای کلی برای پرسشنامه ۰/۷۴ و برای ابعاد احترام به شأن، استقلال، رازداری، توجه سریع، کیفیت محیط فیزیکی و انتخاب به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۷۰، ۰/۷۲ و ۰/۷۱ به دست آمد.

در این پژوهش، برای هر بیمارستان یک پرسشگر انتخاب گردید و برای افراد بی‌سواد و کم‌سواد یک مصاحبه ساختارمند (انجام مصاحبه براساس سوالات پرسشنامه) انجام شد.

اهمیت در نظر گرفته شدند. همانند WHO نمره عملکرد پاسخگویی کلی محاسبه شد، برای این منظور از نمرات خام همه ابعاد پاسخگویی میانگین گرفته شد.

یافته ها

۲۴۰ نفر بیمار سرپائی در مطالعه شرکت نمودند. بیشتر شرکت کنندگان مطالعه را افراد گروه سنی ۲۱-۴۰ سال (۳۷/۱ درصد) تشکیل دادند. میانگین سن ($36/9 \pm 12/2$) سال بود. ۶۳/۸ درصد از افراد مورد مطالعه را بیماران زن تشکیل دادند. بیشتر افراد مورد مطالعه متاهل (۷۰ درصد) بودند. ۳۵ درصد شرکت کنندگان در مطالعه را افراد بی سواد تشکیل دادند. ۵۶/۷ درصد از افراد مورد مطالعه خانه دار بودند. اکثریت (۹۲/۵ درصد) افراد مورد مطالعه دارای پوشش بیمه ای بودند. ۵۴/۶ درصد از افراد تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران سرپائی در مراکز آموزشی درمانی زنجان از نظر ویژگی های جمعیت شناختی ۱۳۹۲

مشخصه	زیرگروه	تعداد	درصد
سن	زیر ۲۰ سال	۴۶	۱۹/۲
	۲۱ - ۴۰	۸۹	۳۷/۱
	۴۱ - ۶۰	۸۰	۳۳/۳
جنس	+۶۱	۲۵	۱۰/۴
	مرد	۸۷	۳۶/۲
	زن	۱۵۳	۶۳/۸
سطح سواد	بیسواد	۸۴	۳۵
	ابتدائی	۶۲	۲۵/۸
	راهنمائی	۴۲	۱۷/۵
وضعیت اشتغال	متوسطه	۲۳	۹/۶
	دانشگاهی	۲۹	۱۲/۱
	کارمند	۳۰	۱۲/۴
پوشش بیمه	شغل آزاد	۳۳	۱۳/۸
	خانه دار	۱۳۶	۵۶/۷
	بیکار	۴۱	۱۷/۱
پوشش بیمه	دارد	۲۲۲	۹۲/۵
	ندارد	۱۸	۷/۵

پرسشنامه پس از شرح مختصر اهداف و فرایند جمع آوری داده ها (بی نام بودن و اهمیت مشارکت بیماران) توزیع شد. برای بدست آوردن اطلاعات قابل اطمینان، به پرسشگر در زمینه فنون ارتباطی، مصاحبه و رعایت بی طرفی و پایبندی به محتوای متن پرسشنامه و حفظ اصالت آن آموزش های لازم داده شد. برای حصول اطمینان از عملکرد پرسشگران، ابتدا پرسشگران ده مورد پرسشنامه را در محیط واقعی مطالعه تکمیل نمودند و توسط مجریان (اصلی و مشاور) پرسشنامه تکمیل شده مورد بررسی قرار گرفت.

همچنین اطلاعات ضروری به منظور توجیه نمونه های پژوهش در مورد نحوه پرکردن پرسشنامه در اختیار این افراد قرار می گرفت. هر یک از پرسشگران یا مصاحبه کنندگان به نمونه های پژوهش مراجعه و پرسشنامه ها را به آنان تحویل داده و پس از تکمیل جمع آوری می کردند.

تحلیل آماری اطلاعات با کمک نرم افزار SPSS ۱۱/۵ انجام شد برای تحلیل داده ها آمارهای توصیفی مثل درصد، فراوانی، میانگین بکار برده شدند. برای مقایسه معنی داری مقادیر میانگین های بین گروه ها در نمونه های مستقل از آزمون t-test و برای مقایسه میانگین ها در نمونه های بیش از دو حالت آنالیز واریانس یک طرفه (one - way ANOVA) استفاده شد.

پی آمدهای عملکرد پاسخگویی هنگام تحلیل، مطابق با رویکرد WHO در مطالعات قبلی (۱۱،۱۳) به صورت دو حالت به شرح ذیل طبقه بندی شدند: برای عملکرد خوب، پاسخ های خیلی خوب (very good) و خوب (good) و یا معمولاً (Usually) و همیشه (always) با هم ترکیب شدند و سپس نسبت (درصد) آنها محاسبه شد و همین طور برای عملکرد بد یا ضعیف، پاسخ های خیلی بد، بد، متوسط یا هرگز (Never) و گاهی اوقات (Sometimes) با هم ترکیب شده و نسبت آنها محاسبه شد.

همچنین اهمیت ابعاد پاسخگویی هنگام تحلیل، به صورت ذیل طبقه بندی گردید: گزینه های ۵ (بی اندازه مهم) و ۴ (خیلی مهم) با هم ترکیب شدند و بعنوان مهم در نظر گرفته شدند و گزینه های (۱ تا ۳) با هم ترکیب شده بعنوان کم

بعد از دیدگاه بیماران سرپائی، بعد احترام به شأن بود. بطوری که ۹۷/۹ درصد بیماران سرپائی پاسخگویی در این بعد را مهم یا خیلی مهم تلقی کردند. کم اهمیت ترین بعد از نظر بیماران بعد محرمانگی و رازداری بود ۷۳/۳ درصد بیماران سرپائی پاسخگویی در این بعد را مهم یا خیلی مهم تلقی نمودند. ابعاد توجه سریع (۹۱/۷ درصد)، استقلال (۸۱/۶ درصد)، محیط فیزیکی (۷۷/۲ درصد) و انتخاب (۷۴/۲ درصد) در مراتب دوم تا پنجم از نظر اهمیت پاسخگویی از دیدگاه بیماران ارزیابی شدند (جدول ۲).

۵۰/۶ درصد از بیماران سرپائی، عملکرد کلی پاسخگویی را خوب توصیف کردند. از میان ابعاد پاسخگویی، بهترین عملکرد پاسخگویی به بعد رازداری مربوط می شد. بطوری که ۷۶/۳ درصد بیماران سرپائی عملکرد پاسخگویی در این بعد را خوب و تنها ۲۳/۸ درصد آن را بد یا ضعیف توصیف کردند. بدترین عملکرد پاسخگویی به بعد انتخاب مربوط بود. بطوریکه ۳۰ درصد بیماران سرپائی پاسخگویی در این بعد را خوب توصیف نمودند (جدول ۲). اکثریت بیماران (بالای ۷۰ درصد) همه ابعاد پاسخگویی در خدمات سرپائی را مهم یا خیلی مهم ارزیابی کردند. مهمترین

جدول ۲: توزیع فراوانی عملکرد و اهمیت ابعاد پاسخگویی از دیدگاه بیماران سرپائی مراجعه کننده

به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۹۲

نحوه عملکرد ابعاد پاسخگویی	عملکرد			اهمیت	
	خوب	بد	مهم	بی اهمیت	تعداد درصد
توجه سریع	۱۶۳	۶۷/۹	۲۲۰	۹۱/۷	۲۰
احترام به شأن	۸۷	۳۶/۳	۲۳۵	۹۷/۹	۵
استقلال	۱۰۴	۴۳/۳	۱۹۵	۸۱/۶	۴۵
رازداری	۵۷	۲۳/۸	۱۷۶	۷۳/۳	۶۴
انتخاب	۱۶۸	۷۰	۱۷۸	۷۴/۲	۶۲
محیط فیزیکی	۱۲۷	۵۲/۹	۱۸۵	۷۷/۲	۵۵
پاسخگویی کلی	۱۱۹	۴۹/۴	۱۹۶	۸۲/۵	۴۴

زمان انتظار برای پذیرش بیمارستان" در بعد توجه سریع مربوط می شد (جدول ۳)

بهترین و بدترین عملکرد پاسخگویی به ترتیب به عبارات "نگهداری محرمانه اطلاعات شخصی ارائه شده (شما) توسط بیمارستان" در بعد محرمانگی و رازداری و "مناسب بودن

جدول ۳: توزیع فراوانی عملکرد پاسخگویی در هر یک از سوالات از نظر بیماران

سرپائی در مراکز آموزشی درمانی زنجان ۱۳۹۲

ابعاد پاسخگویی	عبارت هر بعد	وضعیت عملکرد		عملکرد بد (ضعیف)
		عملکرد خوب	عملکرد بد (ضعیف)	
توجه سریع	مدت زمان صرف شده برای رسیدن به بیمارستان	۱۱۸	۴۹/۲	۵۰/۸
	مناسب بودن مدت زمان لازم برای رسیدن به بیمارستان	۱۵۴	۶۴/۲	۳۵/۸
	مناسب بودن زمان انتظار برای پذیرش بیمارستان	۷۴	۳۰/۸	۶۹/۲

۱۸/۳	۴۴	۸۱/۷	۱۹۶	نحوه برخورد پرسنل و خوش آمدگویی آنها با شما	
۲۱/۲	۵۱	۷۸/۸	۱۸۹	در نظر گرفتن مسائل خصوصی خود حین معاینه و درمان	
۱۹/۲	۴۶	۸۰/۸	۱۹۴	کفایت و وضوح توضیحات تامین کننده مراقبت سلامت به بیمار	احترام به شأن
۲۰/۸	۵۰	۷۹/۲	۱۹۰	کافی بودن زمان برای پرسیدن در مورد مشکلات و درمان خود	
۱۴/۶	۳۵	۸۵/۴	۲۰۵	رعایت شأن انسانی در نحوه برخورد و صحبت کردن پزشک	
۳۴/۲	۸۲	۶۵/۸	۱۵۸	گرفتن اطلاعات راجع به انواع دیگر درمان ها یا آزمایشها	استقلال
۲۱/۷	۵۲	۷۸/۳	۱۸۸	دخالت شما در تصمیم گیری راجع به درمان و مراقبت سلامت	
۱۹/۶	۴۷	۸۰/۴	۱۹۳	اجازه گرفتن قبل از انجام آزمایشات و شروع درمان	
۲۲/۱	۵۳	۷۷/۹	۱۸۷	میزان خصوصی صحبت کردن تامین کننده مراقبت سلامت با بیمار	محرمانگی
۱۷/۱	۴۱	۸۲/۹	۱۹۹	میزان محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شما	ورازداری
۲/۹	۷	۹۷/۱	۲۳۳	نگهداری محرمانه اطلاعات شخصی ارائه شده توسط بیمارستان	
۶۶/۲	۱۵۹	۳۳/۸	۸۱	قدرت انتخاب پزشک یا کارمند بهداشتی و مراقبت کننده	انتخاب
۲۷/۵	۶۶	۷۲/۵	۱۷۴	آزادی شما در انتخاب تامین کننده مراقبت سلامت (واحد درمانی)	
۴۰/۰	۹۶	۶۰/۰	۱۴۴	میزان اطلاع رسانی در مورد نحوه ها / راه های دیگر درمان	
۱۰/۰	۲۴	۹۰/۰	۲۱۶	کافی و مناسب بودن لوازم و تجهیزات برای درمان شما	
۲۳/۳	۵۶	۷۶/۷	۱۸۴	تمیزی و تسهیلات داخل اتاق انتظار	محیط فیزیکی
۴۱/۷	۱۰۰	۵۸/۳	۱۴۰	کفایت و راحتی میزان فضایی اتاق معاینه و مشاوره پزشکی	
۶۷/۹	۱۶۳	۳۲/۱	۷۷	بهداشت و تمیزی توالت ها	

آزمون one-way ANOVA نشان داد که تفاوت مشاهده شده در میانگین نمرات ابعاد احترام به شأن، استقلال، محیط فیزیکی و پاسخگویی کلی بر حسب سن معنی دار بودند (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات (انحراف معیار) ابعاد پاسخگویی و پاسخگویی کلی بر حسب سن

سن	توجه سریع	احترام به شأن	استقلال	ورازداری و محرمانگی	انتخاب	کیفیت محیط	پاسخگویی کلی
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)
≤۲۰	۳/۳۸(۰/۸۷)	۴/۰۵(۰/۵۷)	۳/۹۷(۰/۴۵)	۴/۱۵(۰/۴۸)	۳/۳۵(۰/۸۴)	۳/۸۸(۰/۵۸)	۳/۸۰(۰/۳۷)
۲۱-۴۰	۳/۱۶(۰/۹۹)	۳/۹۱(۰/۷۳)	۳/۷۴(۰/۰۵)	۴/۰۸(۰/۵۷)	۳/۰۸(۰/۹۲)	۳/۵(۰/۰۶)	۳/۵۸(۰/۴۹)
۴۱-۶۰	۳/۳۲(۰/۹۲)	۴/۱۷(۰/۶۴)	۳/۹۹(۰/۵۳)	۴/۱۸(۰/۵۸)	۳/۴۰(۰/۹۵)	۳/۸۳(۰/۵۹)	۳/۸۱(۰/۴۶)
+۶۱	۳/۲۵(۰/۹۶)	۴/۴۰(۰/۴۱)	۴/۰(۰/۳۶)	۴/۳۸(۰/۴۰)	۳/۴۲(۰/۷۲)	۴/۰۲(۰/۵۶)	۳/۹۱(۰/۲۷)
P value*	N.S	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	N.S	N.S	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

*N.S: از نظر آماری معنی دار نیست.

آزمون تی نمونه‌های مستقل نشان داد که تفاوت مشاهده شده در میانگین نمرات در بعد احترام به شأن بر حسب جنس معنی دار بود. میانگین نمره عملکرد پاسخگویی بعد مذکور از نظر بیماران زن بالاتر و مطلوبتر بود (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه میانگین نمرات (انحراف معیار) عملکرد ابعاد پاسخگویی و پاسخگویی کلی برحسب جنس

جنس	توجه سریع	احترام به شأن	استقلال	رازداری و محرمانگی	انتخاب	کیفیت محیط	پاسخگویی کلی
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
مرد	۳/۳۹(۰/۹۲)	۳/۹۵(۰/۵۹)	۳/۸۶(۰/۴۹)	۴/۰۹(۰/۵۲)	۳/۱۵(۰/۹۱)	۳/۷۹(۰/۶۱)	۳/۷۰(۰/۴۶)
زن	۳/۱۹(۰/۹۵)	۴/۱۵(۰/۶۸)	۳/۹۲(۰/۵)	۴/۲۰(۰/۵۶)	۳/۳۴(۰/۸۹)	۳/۷۰(۰/۶۲)	۳/۷۵(۰/۴۵)
	N.S	۰/۰۲۸	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
	P value*						

N.S*: از نظر آماری معنی دار نیست.

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه ارزیابی اهمیت و عملکرد پاسخگویی خدمات سرپائی در بیمارستان‌های آموزشی شهر زنجان بود. نتایج این پژوهش نشان داد که حدوداً نیمی از بیماران سرپائی، عملکرد پاسخگویی کلی را خوب ارزیابی کردند. بهترین و بدترین (ضعیف) عملکرد از لحاظ پاسخگویی، به ترتیب به ابعاد محرمانگی و رازداری و انتخاب مربوط بودند. این از دیدگاه و نگرش مثبت بیماران به حفظ محرمانگی و رازداری در حین مراقبت حکایت دارد. از سوی دیگر، دیدگاه و نگرش منفی بیماران به بعد انتخاب از حق انتخاب کمتر آنها در مورد ارائه دهندگان مراقبت و انتخاب پزشکان متخصص در درون واحد مراقبتی حکایت دارد. بعد انتخاب گویه‌هایی چون قدرت انتخاب پزشک، آزادی در انتخاب واحد مراقبت سلامت و اطلاع رسانی در مورد دیگر روش‌های درمان را در بر می‌گیرد.

بعد احترام به شأن، دومین رتبه عملکرد پاسخگویی خوب را از نظر بیماران داشت. این یافته با نتایج مطالعات نجرو (Njera) و همکاران (۱۱)، رشیدیان (۱۲)، برامس فیلد (Bramesfeld) و همکاران (۱۳)، مطالعه دی سلوا (de silva) و همکاران (۱۶) اغورلو اوغلو (Ugurlue ogle) و

همکاران (۱۷) و پلتزر (Peltzer) و همکاران (۱۸) همسوئی دارد.

مطالعه نجرا و همکاران تحت عنوان "ارزیابی اساسی ابزار پاسخگویی who" در شهرستان مالیندی (Malindi) هند نشان داد که در زمینه بعد انتخاب از نظر عملکرد پاسخگویی اکثریت استفاده کنندگان (۷۱ درصد) معتقد بودند که انتخابی در مورد واحد مراقبتی و ارائه دهنده مراقبت نداشتند (۱۱). نتایج مطالعه رشیدیان و همکاران (۲۰۱۱) تحت عنوان "ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت در منطقه ۱۷ تهران" نشان داد که ۴۹ درصد از پاسخگویان، عملکرد کلی نظام سلامت را رضایت‌بخش اعلام نمودند. به نظر بیماران بستری، بهترین حوزه عملکرد نظام سلامت، مربوط به احترام به شأن و رازداری بود (۱۲).

مطالعه برامس فیلد و همکاران با عنوان "عملکرد خدمات بهداشتی روانی نسبت به خواسته‌ها و انتظارات استفاده کنندگان در آلمان" نشان داد که ۱۵ درصد شرکت کنندگان در خدمات سرپائی تجربه منفی را گزارش نمودند. بهترین حوزه عملکرد نظام سلامت در بعد محرمانگی و رازداری بود. فقط ۶ درصد بیماران سرپائی عملکرد پاسخگویی در این بعد را ضعیف تلقی کردند، احترام به شأن دومین عملکرد مناسب

نظام سلامت در آفریقای جنوبی" در سال ۲۰۱۲ نشان داد که بیماران سرپایی، بدترین عملکرد پاسخگویی (۵۱/۲ درصد) را به عبارت "زمان انتظار برای مراقبت" مربوط دانستند، در همان حال احترام و رعایت حریم خصوصی حین معاینه فیزیکی (۷۷/۹ درصد) بالاترین نمرات پاسخگویی را داشتند (۱۸).

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران سرپایی، بعد احترام به شأن را مهمترین بعد ارزیابی کردند و بعد محرمانگی را کم اهمیت تلقی کردند. ابعاد توجه سریع، استقلال، کیفیت محیط و انتخاب در مراتب دوم تا پنجم اهمیت قرار داشتند.

هرچند اهمیت ابعاد مختلف پاسخگویی از نظر بیماران در بین جوامع مختلف دارای تفاوت‌هایی است. ولی ابعاد احترام به شأن و توجه سریع در مطالعات بیش از سایر ابعاد مهم تلقی شده‌اند. از جمله در مطالعات والتین (Valentine) و همکاران (۳)، ویتری (vitrai) و همکاران (۱۹)، کوال (Kowal) و همکاران (۲۰) و لیاب سوتوراکو (Liabsuetraku) و همکاران (۲۱) این دو بعد بعنوان مهمترین ابعاد پاسخگویی نظام سلامت از نظر بیماران تلقی شده‌اند.

مطالعه والتین و همکاران (۲۰۰۸) پیرامون "کدام جنبه‌های کیفیت مراقبت غیر بالینی مهمترین هستند" در ۴۱ کشور نشان داد که توجه سریع و احترام به شأن مهمترین ابعاد پر اهمیت بودند. نتایج مطالعه در مورد ایران نشان داد که بعد توجه سریع (۳۳ درصد) مهمترین بعد و احترام به شأن (۲۱ درصد) در مرتبه بعدی اهمیت قرار داشت (۳).

نتایج مطالعه ویتری و همکاران (۲۰۰۹) در کشورهای اروپایی، رتبه‌بندی خیلی مهم در مورد پاسخگویی بطور متوسط ۸۶ درصد بود. که در بین کشورها تفاوت‌هایی در اهمیت نسبی ابعاد مشاهده شد. به نحوی که برای مجارستان ابعاد (شئونات

نظام سلامت از نظر بیماران سرپایی بود. همچنین بدترین عملکرد نظام سلامت از نظر هر دو گروه به ابعاد انتخاب مربوط می‌شد و فقط ۲۷ درصد بیماران سرپایی این بعد را خوب تلقی نمودند (۱۳).

نتایج مطالعه دسیلوا تحت عنوان "سنجش پاسخگویی: نتایج بررسی‌ها از افراد مطلع کلیدی از ۳۵ کشور" نشان داد که بین کشورها به لحاظ آیم‌های پاسخگویی منفی تشابهات وجود دارد. برای محور "احترام به شخص" (respect to person) بهترین عملکرد پاسخگویی به عبارات "رعایت حریم خصوصی در طی درمان یا معاینه" در بعد احترام به شأن و "راز داری در مورد مدارک و اسناد بیماران" در بعد رازداری مربوط می‌شدند. بدترین عملکرد پاسخگویی به عبارات "تشویق به طرح سوالات" و "مشاوره در مورد درمان‌های جایگزین" در بعد انتخاب مربوط می‌شدند.

در حوزه جهت‌دهی به مراجعین (client orientation)، بهترین عملکرد پاسخگویی به عبارات "دسترسی به آب تمیز" و "توانایی مشاوره با یک متخصص" مربوط می‌شدند. بدترین عملکرد پاسخگویی به عبارات "توالتهای تمیز" و "انتخاب ارائه دهندگان در داخل واحد مراقبت" مربوط می‌شدند (۱۶).

مطالعه اغورلو اوغلو و همکاران (۲۰۰۶) پیرامون پاسخگویی نظام سلامت از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها در زمینه عملکرد پاسخگویی بیمارستان‌ها در کشور ترکیه نشان داد که در میان هفت حوزه پاسخگویی، بالاترین نمره (۷/۲۷) را برحسب مقیاس (۰=بدترین تا ۱۰=بهترین) حوزه رازداری داشت. بالاترین میانگین نمره (۳/۴) به عبارت "احترام و رعایت حریم خصوصی" حین (درمان و تشخیص) در بعد احترام به شأن (dignity) و پایین ترین نمره (۱/۸) به عبارت "قدرت انتخاب بین پزشکان و ارائه دهندگان خدمات در یک واحد" در بعد انتخاب مربوط می‌شد (۱۷).

نتایج مطالعه پلتزر تحت عنوان "تجربه بیماران و پاسخگویی

بطور مختلف ارزیابی می‌کنند (۲۲).

نتایج مطالعه والتین و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که پاسخگویان امارات متحده عربی - عمان بالاترین میزان پاسخگویی را داشتند به طوری که (۷۶ درصد) عملکرد پاسخگویی را خوب یا خیلی خوب تلقی کردند. گرجستان با ۱۸ درصد پاسخگویی خوب یا خیلی خوب، کمترین میزان پاسخگویی را داشت.

نتیجه همان مطالعه در مورد ایران، میزان پاسخگویی نظام سلامت ایران را ۵۴ درصد نشان داد، به عبارتی ۵۴ درصد از پاسخگویان نظام سلامت را خوب یا خیلی خوب تلقی کردند (۲۳).

نتایج این پژوهش نشان داد که بین عملکرد و اهمیت (وضع مطلوب) ابعاد پاسخگویی در بیمارستان‌های مورد بررسی شکاف معنی‌دار وجود دارد و تلاش در جهت کاهش این شکاف و رسیدن به جایگاهی مطلوب و مناسب امری اجتناب ناپذیر است. لذا با توجه به کمبودها و محدودیت‌هایی که مدیریت این سازمان‌ها بویژه در زمینه منابع با آن روبرو است، شایسته است بر اساس میزان شکاف عملکرد و اهمیت، ابعاد پاسخگویی از نظر اولویت برای از بین بردن یا کاهش شکاف، در چهار گروه قرار داده شوند. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود بعد توجه سریع در اولویت اول، ابعاد انتخاب و احترام به شأن در اولویت دوم، ابعاد استقلال و کیفیت محیط فیزیکی در اولویت سوم و بعد محرمانگی و رازداری اولویت چهارم قرارگیرند.

پیشنهاد می‌شود به ابعادی که از نظر بیماران مهم تلقی شدند و عملکرد پاسخگویی ضعیف‌تری داشتند اولویت داده شود. در این مطالعه ابعاد توجه سریع، محیط فیزیکی و استقلال نیازمند توجه بیشتر هستند.

مراکز آموزشی و درمانی در پاسخگویی به بیماران در خصوص جنبه‌های غیربالینی توجه بیشتری نشان دهند و

انسانی، توجه سریع، تسهیلات اساسی) و در کرواسی (انتخاب، استقلال، ارتباطات) و اسلاواکی (شئونات انسانی، تسهیلات اساسی و شبکه اجتماعی) مهم‌ترین ابعاد بودند (۱۹). نتایج مطالعه کوال و همکاران (۲۰۱۱) با عنوان "عملکرد نظام سلامت در چین و آسیا بر حسب پاسخگویی" نشان داد که پاسخگویان درمان محترمانه، احترام به شأن و کیفیت محیط فیزیکی را مهمترین ابعاد پاسخگویی رتبه‌بندی کردند و ابعاد استقلال و حمایت اجتماعی به عنوان کم اهمیت ترین بعد ارزیابی شدند (۲۰).

مطالعه لیاب سوتوراکول پیرامون "پاسخگویی نظام سلامت برای مراقبت‌های زایمانی در تایلد جنوبی" نشان داد که توجه سریع، احترام به شأن، ارتباطات روشن، استقلال، تسهیلات اساسی، رازداری، انتخاب و حمایت اجتماعی به ترتیب مهم‌ترین عوامل تصمیم‌گیری در انتخاب یک بیمارستان بودند (۲۱).

مطالعات نشان می‌دهند که تفاوت‌هایی در سطح عملکرد پاسخگویی کشورها وجود دارد (۱۹، ۲۲، ۲۳).

نتایج مطالعه ویتری (Vitrai) در ۲۰۰۹ تحت عنوان "نابرابری‌ها در پاسخگویی نظام سلامت در کشورهای منتخب اروپایی" نشان داد که سطح کلی پاسخگویی در کشورهای منتخب ۶۸ درصد بود به عبارت دیگر به طور متوسط دو سوم مردم همه حوزه‌های پاسخگویی را خوب و خیلی خوب ارزیابی کردند (۱۹).

مطالعه و بررسی اوستون (Ustun) و همکاران (۲۰۰۳) تحت عنوان "ارزیابی عملکرد نظام سلامت" در ۶۹ کشور از جمله ۲۹ کشور عضو اتحادیه اروپا پیرامون انتظارات و پاسخگویی" نشان داد که تغییرات روشنی بین نمرات پاسخگویی از ۵۵/۸ درصد تا ۹۱/۵ درصد در مراقبت سرپایی وجود داشت. اوکراین با پایین‌ترین نمره کلی پاسخگویی، نشان دهنده این بود که مردم با انتظارات متفاوت، تجارب مشابه و همسان را

وضعیت پاسخگویی در مراکز آموزشی درمانی حائز اهمیت باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح پژوهشی مصوب با کد A-11-44-1 به تاریخ ۳۰ / ۱۱ / ۹۱ توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان استخراج شده است لذا از همکاری حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه در تامین منابع مالی طرح سپاسگزاریم.

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 (استقلال) می‌تواند مفید باشد.

چون پاسخگویی یکی از هدف‌های نظام سلامت می‌باشد، انجام مطالعات در زمینه عوامل کمک‌کننده به پاسخگویی بهتر می‌تواند در بهبود سیاست‌گذاری درست در جهت ارتقاء

منابع

- 1- Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. Health Policy Plan. 2013; 28(2): 197-205.
- 2- Valentine, NB, De Silva A, Murray CJL. Estimating Responsiveness Level and Distribution for 191 Countries: Methods and Results. GPE Discussion Paper Series: No. 22, WHO, 2001.
- 3- 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. Soc Sci Med. 2008; 66(9): 1939-50.
- 4- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000; 51(11): 1611-25.
- 5- De Silva A. A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization, unpublished document, GPE Discussion Paper Series: No. 34. 2002.
- 6- Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. Eur J Public Health. 2005; 15(4): 355-60.
- 7- Dormohammadi T, Asghari F, Rashidian A. What Do Patients Expect from Their Physicians? Iranian journal of Public Health. 2010; 39(1): 70-77.
- 8- Adesanya T, Gbolahan O, Ghannam O, et al. Exploring the responsiveness of public and private hospitals in Lagos, Nigeria. J Public Health Res. 2012; 1(1): 2-6.
- 9- Rice N, Robone S, Smith P. Vignettes and health systems responsiveness in cross-country comparative analyses. 2009; HEDG Working Paper 09/29.
- 10- Gakidou EE, Frenk J, Murray CJL. Measuring preferences on health system performance assessment. Geneva, World Health Organization, 2000 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion paper No. 20)

- 11- 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.
- 12- Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, et al. Assessing Health System Responsiveness: A Household Survey in 17th District of Tehran. *IRCMJ.* 2011; 13(5): 302-308.
- 13- 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.
- 14- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patients surveys in five countries. *Int j Qual Health Care.* 2002; 14(5): 353-58.
- 15- Silva A, Valentine N. Measuring Responsiveness: Results of a key informants survey in 35 countries. *GPE Discussion Paper Series: No. 21, WHO, 2001.*
- 16- De Silva A. A framework for measuring responsiveness. Geneva, WHO, Global Programme on Evidence for Health Policy. 1999 (unpublished paper).
- 17- Ugurluoglu O, Celik Y. How Responsive Turkish Health Care System Is to Its Citizens: The Views of Hospital Managers. *J Med Syst.* 2006; 30(6): 421-28.
- 18- Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action.* 2012; 5: 1-11.
- 19- Vitrai J. Inequality in health system responsiveness. *Joint WHS report.* 2007.
- 20- Kowal P, Naidoo N, Williams S, Chatterji S. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health.* 2011; 3(10): 638-46.
- 21- Liabsuetraku T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *Int J Qual Health Care.* 2012; 24(4): 169-75.
- 22- 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.
- 23- 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.

***Patients' Perspectives on Responsiveness in Outpatient Clinics of Hospitals
at Zanjan University of Medical Sciences***

Mohammadi A¹, Kamali K²

¹PhD. Dept. of Public Health, School of Public Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²PhD. Epidemiology, Dept. of Public Health, School of Public Health, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dept. of Public Health, School of Public Health, Zanjan University of Medical Sciences,
Zanjan, Iran

Email: drkamali@zums.ac.ir

Received: 13 Aug 2014 **Accepted:** 8 Aug 2015

Background and Objectives: According to the World Health Organization (WHO), responsiveness is the ability of health systems to meet the legitimate expectations of populations for non-clinical enhancing aspects of health system. Assessment of responsiveness can help to manage resource allocation and improve strategies. The aim of this study was to assess the responsiveness in outpatient clinics of Zanjan.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out in Zanjan hospitals' outpatient clinics during 2013-2014. A total of 240 patients were selected systematically. The WHO's responsiveness questionnaire was used to collect data. Data were analyzed using the descriptive and analytical statistics such as mean, frequency, percent, and the Student t -test and one way ANOVA in the SPSS 11.5.

Results: The majority of the respondents (over 73%) rated all aspects of the responsiveness as important. Half of the participants (50.6%) rated overall responsiveness as good. The best performance of responsiveness was related to confidentiality (76.3%) and dignity (63.8%) domains. The dignity was rated as the most important domain from outpatients' point of view. There was a statistically significant difference between the male and female patients regarding mean score of dignity.

Conclusion: The finding of this study showed that there were gaps between the responsiveness performances and importance of all domains of the responsiveness. Achieving desirable status of responsiveness is essential.

Key words: *responsiveness status, outpatient clinic, hospital, patient, Iran*

Please cite this article as follows:

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