

Original article

Evaluating the Health System Responsiveness after the Implementation of the Health System Transformation Plan in Zahedan

Fatemeh Setoodezadeh¹Milad Nasaji²Najmeh Azizi³Mostafa Peyvand^{4*}

- 1- PhD of Health Policy, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
- 2- MSc, Epidemiology, Student Research Committee, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
- 3- MSc, Health Care Management, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
- 4- MSc, Epidemiology, Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

*Corresponding author: Mostafa Peyvand, Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Email: mp.peyvand@yahoo.com

Received: 27 July 2022

Accepted: 12 October 2022

ABSTRACT

Introduction and purpose: The World Health Organization defines responsiveness as the ability of a health system to respond to the requests and needs of individuals in non-clinical but logical cases that strengthen the health system. This study aimed to evaluate the responsiveness of the health system after the implementation of the health system transformation plan.

Methods: This descriptive-analytical study was performed on 310 households in 2019 in Zahedan, Iran. Data were collected by cluster sampling method. In this study, the World Health Organization Questionnaire was used. Questionnaires were completed by interviewing the head of the household. Data were analyzed using SPSS-v22.

Results: Regarding outpatient services, the highest percentage of good performance belonged to the respect for people's dignity dimension (45%), the highest percentage of average performance belonged to the dimensions of quality of basic amenities (55%), and the highest percentage of poor performance was in the dimension of freedom of choice (40%). In inpatient services, the highest good performance belonged to the respect for people's dignity dimension (35%), the highest average performance belonged to the clarity of communication dimension (48%), and prompt attention, social support, and confidentiality (45%).

Conclusion: In this study, it was found that "prompt attention" and "respect for people's dignity" were the most important and "the freedom of choice" was the least satisfied, and this low level of satisfaction could be due to the lack of expert and efficient staff in the field of meeting the needs of the society in the city of Zahedan. Therefore, the university should try to train specialized and efficient staff.

Keywords: Evaluation, Health transformation plan, Responsiveness

► **Citation:** Setoodezadeh F, Nasaji M, Azizi N, Peyvand M. Evaluating the Health System Responsiveness after the Implementation of the Health System Transformation Plan in Zahedan. Journal of Health Research in Community. Winter 2023;8(4): 39-50.

مقاله پژوهشی

ارزشیابی پاسخگویی نظام سلامت به مراجعه کنندگان بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در شهر زاهدان

چکیده

فاطمه ستوده زاده^۱
 میلاد نساجی^۲
 نجمه عزیزی^۳
 مصطفی پیوند^{۴*}

مقدمه و هدف: سازمان جهانی بهداشت پاسخگویی را توان نظام سلامت در پاسخ به درخواست‌ها و نیازهای افراد در موارد غیربالینی، اما منطقی و تقویت کننده نظام سلامت تعریف می‌کند. هدف این مقاله تعیین میزان پاسخگویی نظام سلامت پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت بود.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که روی ۳۱۰ خانوار در سال‌های ۱۳۹۸-۹۹ در سطح شهر زاهدان انجام شد. بدین منظور اطلاعات بلوک‌های شهری از مراکز بهداشت به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای جمع‌آوری و برای انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه به خانوارها مراجعه شد. در این مطالعه از پرسش‌نامه جهانی سازمان بهداشت استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: در حوزه خدمات سرپایی بیشترین درصد عملکرد خوب در بُعد احترام به شأن افراد ۴۵ درصد، بیشترین درصد عملکرد متوسط در بعدهای کیفیت محیط ۵۵ درصد و بیشترین درصد عملکرد بد به بعد حق انتخاب ۴۰ درصد تعلق گرفت. در حوزه خدمات بستری بیشترین عملکرد خوب در بُعد احترام به شأن افراد ۳۵ درصد، بیشترین عملکرد متوسط در بعدهای وضوح ارتباطات ۴۸ درصد، توجه سریع، دسترسی به حمایت خانواده و محرمانگی ۴۵ درصد بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه مشخص شد توجه سریع و احترام به شأن افراد بیشترین اهمیت و حق انتخاب کمترین رضایت را داشته‌اند. کم بودن میزان رضایت ممکن است ناشی از کمبود نیروی متخصص و کارا در زمینه رفع نیازهای مردم شهر زاهدان باشد. بنابراین، دانشگاه باید در تربیت نیروی متخصص و کارآمد بکوشد.

کلمات کلیدی: ارزشیابی، پاسخگویی، طرح تحول سلامت

۱. استادیار سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران
۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران
۴. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

* نویسنده مسئول: مصطفی پیوند، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

Email: mp.пейvand@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۰

◀ **استناد:** ستوده زاده، فاطمه؛ نساجی، میلاد؛ عزیزی، نجمه؛ پیوند، مصطفی. ارزشیابی پاسخگویی نظام سلامت به مراجعه کنندگان بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در شهر زاهدان. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، زمستان ۱۴۰۱؛ ۸(۴): ۵۰-۳۹.

مقدمه

سلامت یکی از مهم‌ترین اهداف اجتماعی در سطح جهان به شمار می‌آید [۱]. نظام‌های سلامت در دنیا یکی از عوامل

تعیین کننده شرایط سلامت جامعه به شمار می آیند [۲]. گزارش سازمان جهانی بهداشت ۳ هدف بنیادین را برای نظام های سلامت در نظر گرفته است که شامل ارتقای سطح سلامت افراد و جامعه، مشارکت مالی عادلانه و در نهایت پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیربالینی افراد است [۳]. پاسخ دهی به انتظارات مردم در مسائل غیربالینی منعکس کننده اهمیت احترام به شأن و منزلت بیمار، داشتن اختیار و محرمانه بودن اطلاعات بیمار است. قوانین حقوق بشر نیز بر جنبه های غیربالینی خدمات سلامت به شدت تأکید کرده اند [۴]. با تغییر در آگاهی عمومی در سال های اخیر، مردم نیز هنگام دریافت خدمات سلامت صرفاً به جنبه بالینی آن توجه نمی کنند و انتظارات شأن از نهادهای ارائه دهنده خدمات سلامت افزایش چشمگیری داشته است؛ موضوعی که با عنوان «پاسخگویی به نیازهای غیرطبی بیماران» برای هر نظام سلامت تبلور یافته است [۵].

بر همین اساس یکی از اهداف و مؤلفه های اصلی مورد بحث سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت پاسخگویی است [۱]. پاسخگویی که یکی از مهم ترین اهداف نظام سلامت است، برای مدیران و سیاستمداران ذی ربط مهم است؛ بنابراین، در همه جای جهان این نظام ها سعی در یافتن راهی بهتر برای افزایش میزان پاسخگویی به بیماران و مراجعان به نظام سلامت دارند [۶]. ابعاد پاسخگویی شامل مجموعه مشترک از ۸ مورد است. این موارد به دو دسته کلی تقسیم می شوند که عبارت اند از: احترام به حقوق افراد که شامل زیرگروه های احترام به شأن افراد، استقلال، محرمانه بودن اطلاعات شخصی، واضح بودن ارتباط است. حوزه دوم نیز مشتری مداری با زیرگروه های حق انتخاب، کیفیت محیط، توجه سریع و دسترسی به حمایت های خانواده و اجتماع است [۷].

پاسخگویی با تأثیر بر رضایتمندی بیماران، در همکاری و همراهی بیماران با ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی مؤثر است. این مسئله با دریافت کامل دوره خدمات منجر به افزایش

پیامدهای سلامتی افراد می شود. بنابراین پاسخگویی به صورت غیرمستقیم منجر به تحقق سلامتی عموم می شود [۸]. از طرفی دیگر، عدم رضایت مردم از نظام بهداشتی درمانی منجر به افزایش شکایت ها می شود و در نتیجه پاسخگویی ضعیف اتفاق می افتد. به همین دلیل گفته می شود که برای ارتقای سلامت عموم، افراد باید رضایتی نسبی در قبال کیفیت خدمات بهداشتی درمانی داشته باشند تا بتوانند نسبت به دریافت این خدمات اقدام کنند و این مهم زمانی محقق می شود که سیستم بهداشتی درمانی سطح قابل قبولی از پاسخگویی داشته باشد تا با جلب اعتماد افراد به نظام سلامت، موجبات دریافت خدمات را فراهم کند [۹].

دولت یازدهم و انحصاراً وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای اهداف کلی کشوری، رویکرد چشم انداز بیست ساله، برنامه پنجم توسعه و سیاست های سلامتی دولت، اجرای طرح تحول سلامت را در سال ۱۳۹۳ پیرو همان اهداف سه گانه سازمان جهانی بهداشت که پیش تر ذکر شد، آغاز کرد [۵]. نمونه اصلاحات نظام سلامت در کشورهای مختلف اجرا شده و مهم ترین هدف آن بهبود سطح سلامت جامعه بوده است. البته این اصلاحات همیشه موفق نبوده است و علت آن را می توان در سوءمدیریت یا اجرای سیاست های مغایر با آن جست و جو کرد. برای مثال، طرحی مشابه طرح تحول سلامت در سال ۱۹۹۷ در کشور پرو اجرا شد که با مدیریت غلط و عدم نظارت درست شکست خورد [۱۰].

ارزیابی اصلاحات در نظام سلامت ضروری است. با گذشت چند سال از اجرای طرح تحول سلامت، طرح مذکور در زمینه های مختلف دستاوردهای قابل توجهی از جمله کاهش پرداخت از جیب در بیمارستان های دولتی و کاهش افراد بدون بیمه داشته است [۱۱]. بر اساس مطالعه پیروزی و همکاران در سندج با عنوان «ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت»، ابعاد ارتباطات، استقلال و کیفیت محیط به عنوان ابعاد اولویت دار برای اقدامات اصلاحی به منظور بهبود

روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی است که در سال‌های ۱۳۹۸-۹۹ انجام شد. جامعه مطالعه‌شده در این پژوهش افراد مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان بودند. نمونه‌گیری بر اساس اصل خوشه‌گیری انجام شد. بر این اساس که هر خوشه نشان‌دهنده جمعیت تحت پوشش یکی از پایگاه‌های سلامت شهر زاهدان بود. برای بررسی میزان پاسخگویی با توجه به متفاوت بودن دامنه پاسخگویی از ۴۰ تا ۱۰۰ درصد طبق مطالعات قبلی، برای برآورد نمونه مقدار $d = 0.05$ و $P =$ در نظر گرفته شد و با $d = 0.05$ حداقل حجم نمونه لازم برای پاسخگویی ۳۱۰ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2 * P * (1 - P)}{d^2} = \frac{3.84 * .74 * .27}{.05^2} = 306$$

بر اساس منطقه‌بندی جغرافیایی شهرداری، شهر به ۱۰ منطقه تقسیم و از هر منطقه ۱۵ پایگاه سلامت انتخاب شد. سپس بر اساس تعداد جمعیت تحت پوشش هر پایگاه، حجم نمونه بین پایگاه‌های انتخاب‌شده تقسیم شد. در مرحله بعد، به صورت تصادفی و از طریق کد پرونده الکترونیک سلامت خانوار که در سامانه سیب ثبت شده است، خانوارها انتخاب شدند. در ابتدای کار اهداف مطالعه و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه به افراد توضیح داده شد و پاسخ دادن به سؤالات پرسش‌نامه به‌عنوان رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه در نظر گرفته شد. اگر پرسشگر به فردی برخورد می‌کرد که به هر دلیلی حاضر به همکاری نمی‌شد، خانوار بعدی را جایگزین می‌کرد. سؤالات از سرپرست خانوار یا فرد بالای ۱۸ سال عضو خانوار پرسیده می‌شد.

به‌منظور بررسی میزان پاسخگویی از پرسش‌نامه سازمان جهانی بهداشت استفاده شد که روایی ۸۶ درصد و پایایی ۹۲/۵ درصد داشت و رشیدیان و همکاران آن را سنجیده بودند [۱۸]. این پرسش‌نامه یک ابزار معتبر، قابل اطمینان و دارای قابلیت

پاسخگویی نظام سلامت مشخص شد [۱۲]. فتحی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با توجه به وضعیت کنونی پاسخگویی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت و اهمیت آن، تقویت ابعاد دارای نقاط ضعف باید در اولویت کاری مدیران و سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد Kapologwe . و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «ارزیابی پاسخگویی سیستم سلامت در مراکز مراقبت بهداشتی اولیه در تانزانیا» به این نتیجه رسیدند که حوزه‌های پاسخ‌دهی سیستم سلامت در بسیاری از مناطق نسبتاً ضعیف عمل کرده‌اند؛ به‌جز احترام به منزلت و محرمانگی که در همه حوزه‌ها امتیاز خوبی کسب کرده بود و سایر حیطه نیازمند تقویت هستند [۱۳، ۱۴]. Yakob و همکاران در مطالعه‌ای در کشور اتیوپی به این نتیجه رسیدند که اندازه‌گیری پاسخگویی سیستم سلامت در سطح تسهیلات و امکانات بهداشتی در حوزه‌های استقلال، انتخاب، توجه و امکانات ضعیف بوده است و بهبود کیفیت مراقبت، رضایت مشتری و انصاف مالی مداخلات مهمی برای بهبود عملکرد پاسخگویی خواهند بود [۱۵].

در راستای ارزیابی طرح، دیدگاه بیماران در ایجاد یا ادامه سیاست‌ها اهمیت بیشتری دارد. درک و تشخیص جمعیت از کیفیت مراقبت‌ها برای توسعه اقدامات و افزایش استفاده از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اولیه حیاتی است [۱۶]. با توجه به اینکه استان سیستان و بلوچستان یکی از محروم‌ترین استان‌های مرزی کشور است و پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت نیز تغییرات زیادی در حوزه سلامت آن رخ داده است، لذا هدف این مطالعه بررسی ابعاد پاسخگویی نظام سلامت در شهر زاهدان و انعکاس نتایج به‌دست‌آمده به سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان به‌منظور شناسایی نقاط قوت و ضعف و رفع موانع و مشکلات است [۱۷]. ارزیابی میزان پاسخگویی نظام سلامت در شهر زاهدان با توجه به محرومیت‌های گسترده کمک زیادی به مدیران و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت خواهد کرد.

این پرسش‌نامه ۴ بخش و ۴۰ سؤال دارد؛ قسمت اول شامل سؤالات مربوط به مشخصات فردی و زمینه‌ای بیماران، قسمت دوم شامل سؤالات مربوط به نیاز به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و ارزشیابی عمومی نظام سلامت، قسمت سوم شامل ۷ سؤال مربوط به اهمیت ابعاد پاسخگویی است که هر عبارت مربوط به اهمیت ابعاد پاسخگویی با مقیاس لیکرت ۵ امتیازی نمره‌گذاری می‌شود (۵: بیش از اندازه مهم، ۴: خیلی مهم، ۳: اهمیت متوسط، ۲: کمی مهم، ۱: بدون اهمیت).

قسمت چهارم شامل ۲۱ سؤال مربوط به وضعیت ابعاد پاسخگویی از دیدگاه بیماران سرپایی و بستری است و به ۶ بعد و حیطه به شرح ذیل تقسیم می‌شود: احترام به شأن (۵ سؤال)، استقلال (۳ سؤال)، رازداری و محرمانگی (۳ سؤال)، توجه سریع (۳ سؤال)، کیفیت محیط فیزیکی (۴ سؤال) و انتخاب (۳ سؤال). هر عبارت با مقیاس لیکرت ۵ امتیازی نمره‌گذاری می‌شود (۵: خیلی خوب، ۴: خوب، ۳: متوسط، ۲: بد و ۱: خیلی بد). در هر حیطه از پرسش‌نامه مذکور، با توجه به تعداد سؤالات، حداکثر امتیاز برای گزینه‌های مربوطه محاسبه شد. هرچه امتیازات به‌دست‌آمده در مکان ارزیابی‌شده بیشتر باشد، از عملکرد پاسخگویی بهتر و مطلوب‌تر حکایت دارد و بالعکس.

در این پژوهش به‌منظور تجزیه و تحلیل و بررسی داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (شامل فراوانی، درصد و میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی و تحلیل واریانس) استفاده شد. تمامی داده‌ها با نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه با ۳۱۰ فرد با استفاده از پرسش‌نامه سازمان جهانی بهداشت مصاحبه شد. میانگین سنی افراد 34 ± 10 سال بود. نتایج نشان داد توزیع فراوانی زنان (۷۲ درصد) نسبت به

مقایسه است که سازمان بهداشت جهانی به‌منظور سنجش سطح عملکرد پاسخگویی نظام سلامت (بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی) تدوین کرده است. این پرسش‌نامه شامل سؤالاتی درباره مصرف خدمات بهداشتی، اهمیت ابعاد پاسخگویی از دیدگاه بیمار و دیدگاه بیمار درباره عملکرد پاسخگویی در خدمات سرپایی و بستری است. ابعاد بخش پاسخگویی این پرسش‌نامه ۸ بعد دارد که به شرح ذیل توصیف و تعریف شده است [۱۹]:

۱- رعایت شأن انسانی (Dignity): شامل درمان همراه با احترام به شأن و منزلت بیمار؛

۲- خودمختاری (Autonomy): شامل مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان و کسب اجازه از فرد قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی یا آزمایش؛

۳- رازداری (Confidentiality): حفظ حریم خصوصی در زمان ارتباطات و مشاوره و رعایت محرمانگی در زمینه مدارک پزشکی و اطلاعات فردی بیماران؛

۴- توجه سریع (Prompt Attention): دو جنبه دارد؛ ۱. دسترسی یعنی توانایی به‌دست آوردن مراقبت سریع از واحدهای بهداشتی و درمانی، ۲. تقویت رفاه فردی از طریق کاهش زمان انتظار.

۵- کیفیت تسهیلات اساسی (Basic Amenities): درجه‌ای که ساختار فیزیکی تسهیلات بهداشتی خوشایند و مطلوب هستند؛ شامل محیط فیزیکی تمیز، نگهداری مناسب، امکانات کافی، تهویه کافی، آب تمیز و سرویس‌های بهداشتی تمیز.

۶- انتخاب ارائه‌دهنده مراقبت (Care Provider): توانایی و آزادی انتخاب بین واحدهای مراقبت بهداشتی ازجمله فرصت‌های دسترسی به متخصصان و انتخاب‌های دیگر.

۷- دسترسی به حمایت‌های اجتماعی (Social support network): دسترسی به حمایت اجتماعی طی مراقبت. این بعد در خدمات سرپایی وجود ندارد.

۸- وضوح ارتباطات

مردان (۲۸ درصد) بیشتر بود. کمترین سن ۱۸ سال و بیشترین سن ۸۲ سال بود. ۹۶ درصد از افراد متأهل بودند. بیشترین فراوانی مدرک تحصیلی به ترتیب لیسانس (۲۶ درصد)، سیکل (۲۴ درصد) و بی سواد (۱۷ درصد) بود. تقریباً نیمی از شرکت کنندگان خانه دار بودند (۵۲ درصد). بر اساس نتایج مربوط به قسمت نیاز به مراقبت های بهداشتی درمانی و ارزشیابی عمومی نظام سلامت، ۶۴ درصد از افراد اعلام کردند وقتی به خدمات بهداشتی نیاز داشتند، قدرت انتخاب پزشک را نداشتند. پس از مراجعه به پزشک برای ۹۱ درصد از افراد در آخرین مراجعه به مرکز دارو تجویز شد که ۲۱ درصد نتوانستند همه داروها را تهیه کنند. بیشترین علت این موضوع بهتر شدن حال بیمار (۲۳ درصد) و تصور اینکه شاید نیاز نبوده است همه داروها را تهیه کنند (۱۴ درصد) بود. در پاسخ به این سؤال که چقدر مسئولان افراد را در موارد مربوط به سلامتی شان مشارکت می دهند، ۵۴ درصد این موضوع را متوسط و ۲۵ درصد آن را زیاد گزارش کردند. ۷۹ درصد افراد از کیفیت خدمات راضی و ۲۱ درصد ناراضی بودند. طی ۵ سال گذشته، ۱۸۲ نفر (۵۹ درصد) از بیماران حداقل یک شب در بیمارستان بستری بودند که بیشتر این افراد از امکانات بیمارستان دولتی استفاده کرده بودند. حوزه های پاسخگویی شامل ۸ مورد بود که میزان اهمیت هریک از موارد در جدول

۱ آمده است.

نتایج جدول ۱ نشان می دهد بیشتر بیماران ابعاد پاسخگویی را خیلی مهم و مهم گزارش کردند. در این میان حوزه های برقراری ارتباطات مناسب و احترام به شأن و منزلت، بیشترین درصد را در خصوص اهمیت حوزه ها به صورت «مهم» داشتند. در بعد محرمانگی نسبت به سایر حوزه ها، اهمیت این حوزه را بیشتر «بی اندازه مهم» گزارش کردند.

بر اساس جدول ۳، عملکرد بخش خدمات بستری از نظر بیشتر شرکت کنندگان متوسط بود. بیشترین درصد عملکرد متوسط در حوزه توجه سریع، وضوح ارتباطات و محرمانگی بود (تقریباً ۵۰ درصد از آرای شرکت کنندگان). بیشترین درصد عملکرد بد و خیلی بد در حوزه های احترام به شأن و منزلت و حق انتخاب (تقریباً ۵۰ درصد از شرکت کنندگان) بود.

از سوی دیگر، در جدول ۴ و ۵ رابطه سطح پاسخگویی در بخش سرپایی و بستری با جنسیت، اشتغال، سن و تحصیلات در سه سطح نامناسب، متوسط و مناسب بر حسب اظهارات شرکت کنندگان در پژوهش بررسی شد. همان طور که نتایج در جداول نشان می دهد، بین سطح پاسخگویی در گروه های سنی و سایر متغیرها هم در گروه بیماران بستری و هم در گروه

جدول ۱: میزان اهمیت ابعاد پاسخگویی از دیدگاه خانوارهای ساکن شهر زاهدان

حوزه پاسخگویی	بی اندازه مهم تعداد (درصد)	خیلی مهم تعداد (درصد)	مهم تعداد (درصد)	کمی مهم تعداد (درصد)
احترام به شأن و منزلت افراد	۱۵)۴۹	۳۸)۱۱۵	۴۶)۱۴۲	۱)۴
استقلال	۱۸)۵۷	۳۷)۱۱۳	۴۲)۱۲۸	۳)۱۲
محرمانگی	۲۰)۶۴	۳۸)۱۱۵	۴۱)۱۲۶	۱)۵
برقراری ارتباطات مناسب	۱۱)۳۵	۴۰)۱۲۱	۴۶)۱۴۱	۳)۱۳
توجه و رسیدگی فوری	۱۷)۵۵	۴۱)۱۲۴	۴۱)۱۲۵	۱)۶
دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی	۱۲)۴۰	۳۹)۱۱۸	۳۹)۱۱۸	۱۰)۳۴
کیفیت امکانات رفاهی	۱۶)۵۱	۳۴)۱۰۵	۴۴)۱۳۵	۶)۱۹
حق انتخاب	۱۸)۵۷	۳۷)۱۱۲	۴۲)۱۳۰	۳)۱۱

جدول ۲: نمرات عملکرد پاسخگویی بخش سرپایی در بیماران دریافت کننده خدمات سرپایی در شهر زاهدان

ابعاد خیلی مناسب تعداد (درصد)	سرپایی			
	مناسب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	نامناسب تعداد (درصد)	خیلی نامناسب تعداد (درصد)
توجه سریع	زمان لازم برای رسیدن به درمانگاه	۳۱۰ (۳)	۱۲۲ (۴۰)	۱۳۸ (۴۵)
	مدت زمان انتظار برای پذیرش	۳۱۰ (۳)	۱۳۵ (۴۴)	۱۱۹ (۳۹)
احترام به شأن افراد	محترمانه بودن نحوه برخورد و صحبت کردن پزشک	۳۱۰ (۳)	۱۳۶ (۴۴)	۱۳۴ (۴۴)
	رعایت حریم خصوصی حین معاینه جسمی و درمان	۵۱۶ (۵)	۱۲۳ (۴۰)	۱۳۶ (۴۵)
وضوح ارتباطات	کافی و مناسب بودن توضیحات توسط تأمین کننده	۲۹ (۲)	۱۱۵ (۳۸)	۱۳۴ (۴۴)
	مراقبت سلامت	۱۵ (۱)	۱۰۴ (۳۴)	۱۴۲ (۴۶)
استقلال	کافی بودن زمان برای پرسیدن درباره مشکلات و درمان	۸ (۲)	۱۰۳ (۳۴)	۱۲۰ (۳۹)
	میزان اطلاع رسانی درباره راه های دیگر درمان	۵ (۱)	۱۰۵ (۳۳)	۱۳۳ (۴۲)
محترمانه بودن اطلاعات شخصی	میزان دخالت شخص در تصمیم گیری راجع به مراقبت و درمان	۵ (۱)	۱۰۵ (۳۳)	۱۳۳ (۴۲)
	خصوصی صحبت کردن با تأمین کننده مراقبت سلامت	۵ (۱)	۹۴ (۳۱)	۱۵۸ (۵۱)
حق انتخاب	محترمانه بودن اطلاعات شخصی	۶ (۱)	۱۲۲ (۴۰)	۱۲۶ (۴۱)
	آزادی در انتخاب تأمین کننده مراقبت سلامت	۳	۵۸ (۱۹)	۱۲۲ (۴۰)
کیفیت محیط	بهداشت و تمیزی بیمارستان	۵ (۱)	۱۰۶ (۳۵)	۱۵۲ (۵۰)
	کافی بودن جا و فضا در اتاق معاینه	۳	۸۹ (۲۹)	۱۷۷ (۵۹)

بیماران سرپایی تفاوت وجود دارد که این تفاوت از نظر آماری و استفاده از آزمون کای اسکور معنادار است ($P < ۰/۰۰۰۱$).

جدول ۳: نمرات عملکرد پاسخگویی بخش بستری در بیماران دریافت کننده خدمات بستری در شهر زاهدان

ابعاد خیلی خوب تعداد (درصد)	بستری			
	خوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	بد تعداد (درصد)	خیلی بد تعداد (درصد)
توجه سریع	زمان لازم برای رسیدن به درمانگاه	۸ (۵)	۲۳ (۱۴)	۸۳ (۵۰)
	مدت زمان انتظار برای پذیرش	۱۱ (۶)	۳۵ (۱۹)	۷۵ (۴۱)
احترام به شأن افراد	محترمانه بودن نحوه برخورد و صحبت کردن پزشک	۱۴ (۷)	۳۱ (۱۷)	۴۵ (۲۵)
	رعایت حریم خصوصی حین معاینه جسمی و درمان	۲۴ (۱۳)	۶۹ (۳۸)	۷۴ (۴۱)
وضوح ارتباطات	کافی و مناسب بودن توضیحات مسائل توسط تأمین کننده	۴ (۲)	۳۱ (۱۷)	۸۶ (۴۸)
	مراقبت سلامت	۲ (۱)	۲۵ (۱۳)	۸۶ (۴۸)
استقلال	کافی بودن زمان برای پرسیدن در مورد مشکلات و درمان	۴ (۲)	۲۸ (۱۵)	۷۴ (۴۱)
	میزان اطلاع رسانی درباره راه های دیگر درمان	۱ (۰)	۲۰ (۱۰)	۸۵ (۴۸)
محترمانه بودن اطلاعات شخصی	میزان دخالت شخص در تصمیم گیری راجع به مراقبت و درمان	۵ (۲)	۱۵ (۸)	۸۳ (۴۸)
	خصوصی صحبت کردن با تأمین کننده مراقبت سلامت	۳ (۱)	۲۶ (۱۴)	۷۸ (۴۴)
حق انتخاب	محترمانه بودن اطلاعات شخصی	۳ (۱)	۲۵ (۱۳)	۶۵ (۳۶)
	آزادی در انتخاب تأمین کننده مراقبت سلامت	۳ (۱)	۲۵ (۱۳)	۶۵ (۳۶)
کیفیت محیط	بهداشت و تمیزی بیمارستان	۹ (۴)	۵۰ (۲۹)	۶۹ (۳۸)
	کافی بودن جا و فضا در اتاق معاینه	۴ (۲)	۲۵ (۱۳)	۵۹ (۳۳)
دسترسی به حمایت های خانواده و اجتماع	راحتی ملاقات با دوستان و آشنایان	۸ (۴)	۳۹ (۲۱)	۸۴ (۴۷)
	در تماس بودن با خارج بیمارستان	۳۸ (۲۰)	۰	۸۰ (۴۵)

جدول ۴: رابطه بین سطح پاسخگویی در بیماران سرپایی با متغیرهای دموگرافیک

متغیر	نامناسب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	مناسب تعداد (درصد)	P
جنس	مرد	(۷۴)۳۴	(۱۲)۶	۰/۰۰۱
	زن	(۷۶)۱۰۳	(۱۵)۱۹	
اشتغال	کارمند	(۷۴)۴۲	(۱۲)۷	
	آزاد	(۷۳)۲۴	(۱۲)۴	
سن	بیکار	(۷۸)۷۱	(۱۵)۱۴	
	۱۸-۳۲	(۸۳)۶۳	(۱۰)۸	
	۳۳-۴۷	(۶۸)۵۷	(۱۹)۱۵	
	۴۸ و بیشتر	(۷۷)۱۷	(۱۰)۲	
تحصیلات	زیر دیپلم	(۷۵)۵۵	(۱۶)۱۱	
	دیپلم و بیشتر	(۷۵)۶۰	(۱۴)۱۲	
	بی سواد	(۷۹)۲۲	(۷)۲	
		(۱۴)۴		

بحث و نتیجه گیری

زیادی برای عزت نفس، ارتباطات، توجه سریع و خودمختاری قائل هستند که هم راستا با مطالعه حاضر است [۲۰]. مطالعه دیگری که در ایران در خصوص پاسخگویی سیستم سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد، نشان داد مهم ترین حوزه ها از دید بیمار، توجه و رسیدگی فوری و احترام به شأن و منزلت افراد بود [۲۱]. تقریباً در بیشتر مطالعات، تمامی ابعاد پاسخگویی از نظر

نتایج مطالعه حاضر نشان داد حوزه های برقراری ارتباطات مناسب و احترام به شأن و محرمانگی بیشترین اهمیت را برای بیماران داشت. در این راستا، مطالعه ای در خصوص اهمیت ابعاد پاسخگویی در تایلند نشان داد بیشتر زنان (۸۰ درصد) امتیازات

جدول ۵: رابطه بین سطح پاسخگویی در بیماران بستری با متغیرهای دموگرافیک

متغیر	نامناسب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	مناسب تعداد (درصد)	P
جنس	مرد	(۱۰)۸	(۱۵)۱۴	۰/۰۰۱
	زن	(۹)۲۲	(۱۶)۳۷	
اشتغال	کارمند	(۱۲)۱۰	(۱۶)۱۳	
	آزاد	(۷)۴	(۱۴)۸	
سن	بیکار	(۹)۱۶	(۱۷)۳۰	
	۱۸-۳۲	(۶)۷	(۱۳)۱۴	
	۳۳-۴۷	(۱۰)۲۲	(۱۷)۳۶	
	۴۸ و بیشتر	(۲۵)۱	(۲۵)۱	
تحصیلات	زیر دیپلم	(۸)۱۱	(۱۴)۱۹	
	دیپلم و بیشتر	(۱۰)۱۳	(۱۹)۲۴	
	بی سواد	(۱۱)۶	(۱۵)۸	

بیماران مهم بود. شاید ماهیت بیماری از نظر مسری بودن در تعیین اهمیت هریک از این ابعاد اندکی مؤثر باشد؛ چنان که مطالعه‌ای در سیستان و بلوچستان بعد محرمانه بودن اطلاعات را به عنوان یکی از مهم‌ترین ابعاد در بین بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت گزارش داد [۲۲].

صرف نظر از اهمیت هریک از ابعاد در بیماری‌های مسری و مزمن، بررسی و تفسیر یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات ضرورت توجه به تمامی ابعاد پاسخگویی را توسط سیاست‌گذاران بهداشتی با توجه به جدید بودن موضوع مشتری‌مداری و پاسخگویی برای ارزیابی عملکرد سیستم مراقبت‌های بهداشتی و اینکه این دو بیانگر احترام به حقوق بشر در سیستم بهداشت و درمان و انتظارات موجه مردم از سیستم بهداشتی هستند، نمایان می‌کند [۲۱].

مطالعه حاضر عملکرد خدمات سرپایی را در تمامی ابعاد متوسط نشان داد. در این پژوهش عملکرد به‌طور کلی خوب، متوسط و بد در نظر گرفته شد. بیشترین عملکرد خوب به ترتیب در حوزه‌های کیفیت محیط و محرمانه بودن بود. بیشترین عملکرد بد نیز در حوزه‌های حق انتخاب و استقلال بود. در این راستا مطالعه‌ای که در درمانگاه‌های شهر زنجان انجام شد، نشان داد بهترین عملکرد مربوط به بعد رازداری و احترام به شأن افراد بوده است [۲۳].

نتایج مطالعه Carlasare نشان داد بین مسئولیت‌پذیری از نظر آیت‌های پاسخگویی منفی تشابهاتی وجود دارد. برای محور احترام به شخص، بهترین عملکرد پاسخگویی به عبارات «رعایت حریم خصوصی طی درمان یا معاینه» در بعد احترام به شأن و «رازداری در مدارک و اسناد بیماران» در بعد رازداری مربوط می‌شد. بدترین عملکرد پاسخگویی به عبارات «تشویق به طرح سؤالات» و «مشاوره در زمینه درمان‌های جایگزین» در بعد انتخاب مربوط می‌شدند [۲۴].

مراجعة کنندگان بهترین عملکرد پاسخگوی رای به عبارات دسترسی به آب تمیز و توانایی مشاوره با یک متخصص مربوط می‌دانستند. بدترین عملکرد پاسخگویی نیز به توالت‌های تمیز و

انتخاب ارائه‌دهندگان داخل واحد مراقبت مربوط می‌شد [۱۱]. بعد رازداری در مطالعات دیگر نیز به عنوان بهترین عملکرد مشخص شد و استقلال کمترین عملکرد را داشت. مطالعه‌ای در تایوان نشان داد دغدغه‌ای که مردم از آن صحبت می‌کردند، ایجاد ارتباط با تأمین کنندگان مراقبت بود که این مسئله ضرورت توجه سیاست‌گذاران و کارکنان را به این موضوع نشان می‌دهد [۵]. با توجه به اینکه بیشتر افراد عملکرد بعد رازداری را خوب توصیف کردند، می‌توان گفت که در ایجاد تسهیلات مدنظر مراجعه کنندگان موفق عمل شد.

عملکرد بخش خدمات بستری از نظر بیشتر شرکت کنندگان متوسط بود. عملکرد مانند موردی که گذشت، به صورت خوب، متوسط و بد در نظر گرفته شد. بیشترین درصد عملکرد بد به حوزه‌های احترام به شأن و منزلت و حق انتخاب تعلق می‌گیرد. مرور مطالعات نشان می‌دهد در برخی مطالعات در بعد خدمات بستری استقلال بدترین عملکرد را داشت [۲۱]. مطالعه پیروزی و همکاران در سندج در سال ۱۳۹۴ نشان داد در این بخش بهترین عملکرد مربوط به حوزه دسترسی به حمایت خانواده و محرمانه بودن و بدترین عملکرد مربوط به وضوح ارتباطات بود [۵]. نتایج مطالعه‌ای سطح پاسخگویی را در بیمارستان‌ها متوسط ارزیابی می‌کند [۲۵].

همان‌طور که ذکر شد، بهتر است در ایجاد مهارت‌های ارتباطی با بیماران تلاش بیشتری شود. می‌توان با ایجاد سیستم‌های پاسخگو میزان حق انتخاب بیماران را برای انتخاب تأمین‌کننده مراقبت خود افزایش داد. مطالعات نشان می‌دهد اجرای طرح تحول نظام سلامت توانسته است تغییرات مطلوبی را در شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها ایجاد کند [۲۶]. همچنین این برنامه توانسته است پرداخت از جیب را به میزان قابل توجهی کاهش دهد [۱۳]. نتایج این بخش می‌تواند به عنوان دلیلی برای افزایش احترام به شأن بیماران و ایجاد ارتباطات به عنوان یکی از عوامل مهم مدنظر بیماران در بیمارستان استفاده شود [۲۷].

و کم بودن سطح درآمد افراد، بیشتر مراجعات به مراکز دولتی بوده است. به طور کلی دولت و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان باید با پیش گرفتن برنامه‌های مدیریتی مدون و به روز میزان پاسخگویی را ارتقا بخشند. همچنین با تربیت نیروی بهداشتی و درمانی دلسوز و ماهر اعتماد مردم را به نظام بهداشتی درمانی بهبود دهند و از این طریق عدالت در سلامت را از شعار به عمل تبدیل کنند.

قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی با کد طرح (۹۳۰۶) و کد اخلاق (IR.ZAUMS.REC.۱۳۹۸.۱۴۴) است. نویسندگان از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به دلیل حمایت‌های مالی و معنوی این طرح و تمامی مشارکت کنندگانی که در پژوهش حاضر با پژوهشگران همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض در منافع

نویسندگان این مطالعه تصریح می‌کنند هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

نتایج این پژوهش نشان داد بین متغیرهای سن، تحصیلات، جنسیت و میزان پاسخگویی در بخش سرپایی و بستری تفاوت آماری معناداری وجود دارد. این موضوع در مطالعات دیگر نیز گاهی بر حسب جنس و گاهی بین تحصیلات، سن و درآمد با میزان اهمیت هریک حوزه‌ها تفاوت معنی‌داری داشت [۲۸]. در مطالعه Gouveia و همکاران در برزیل روی ۵ هزار مصاحبه‌شونده به این نتیجه رسیدند که پاسخگویی به افراد جوان‌تر و جنسیت مرد بیشتر از سایر افراد است. می‌توان گفت که این افراد راحت‌تر با کادر سلامت ارتباط برقرار می‌کنند [۲۹].

پژوهش حاضر نیز همچون سایر پژوهش‌ها تحت تأثیر محدودیت‌هایی بود. نبود مطالعات منسجم درباره طرح تحول سلامت، کم بودن تحقیقات در زمینه موضوع تحقیق در استان سیستان و بلوچستان و مهم‌تر از آن، به دلیل محدودیت‌های زمانی و مکانی، تنها شهر زاهدان در نظر گرفته شد و شرایط بررسی موضوع در جامعه بزرگ‌تر فراهم نبود.

در این مطالعه میزان پاسخگویی سیستم بهداشتی درمانی در حوزه بهداشت متوسط ارزیابی شد که کمی نگران‌کننده است. به نظر می‌رسد مداخلات سیستم سلامت تعیین‌کننده اصلی نمره پاسخ‌دهی در مقایسه با متغیرهای دموگرافیک یا کاربر است. آموزش کارکنان، تخصیص منابع بیشتر و مهندسی مجدد برخی فرایندها ممکن است در بهبود پاسخگویی نقش داشته باشد. در سطح شهر زاهدان به دلایلی مانند بافت نسبتاً محروم جامعه

References

1. Rahimi H, Goudarzi R, Noorihekmat S, Haghdoo t A, Khodabandeh F. Inequality in households' access to primary health care (PHC): a case study in Kerman, southeast Iran. BMC Health Serv Res 2022; 22(1): 1077.
2. Seyedin S, Mohseni M, Hossaini F, Asadi H, Gharasi Manshadi M. Situation analysis of performance accountability in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. JHOSP 2015; 14(2): 95-100 (Persian).
3. WHO. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
4. Fazaeli S, Yousefi M, Ebrahimipour H, Banikazemi

- H, Khorsand vakilzadeh V. Responsiveness of the health system in outpatient services in low- and high-income areas of Mashhad. *J Paramed Sci* 2016; 5(2): 58-66 (Persian).
5. Zanganeh Baygi, M, Peyvand M. Blood Pressure National Campaign in Iran: Experiences of Service Recipients- A Qualitative Study. *J Health Sci Surveill Syst* 2021; 9(4): 243-52.
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. Organization WH. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism: World Health Organization; 2003.
8. Akbari Sari A, Mosadegh Rad AM, Janbabaee Mola G, Mousavi SE. Cancer Patient Satisfaction Following Implementation of Health Transformation Plan in a Hospital: A Brief report. *J Mazandaran Univ Med Sci*.2018; 28(162): 149-54 (Persian).
9. Sadeghi A, Rohani H, Davarzani S, Davarzani Z. Trend of Patients' Compliance in a Public Hospital Before and After Healthcare Reform Implementation. *JHOSP* 2018; 17(2): 105-12 (Persian).
10. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci Trends* 2011; 5(4): 139-50.
11. Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh* 2018; 17(5) :481-94 (Persian).
12. Pirooz B, Moradi G, Esmail Nasab N, Ghasri H, Farshadi S, Farhadifar F. Evaluating the effect of health sector evolution plan on cesarean rate and the average costs paid by mothers: A case study in Kurdistan province between 2013-2015. *Hayat* 2016; 22(3): 245-54 (Persian).
13. Fathi F, Khezri A, Khanjani MS, Sharifi H, Abdi K. Investigating the Responsibility in Health System, a Review Study. *HRJBAQ* 2020; 5(3): 152-61 (Persian).
14. Kapologwe NA, Kibusi SM, Borghi J, Gwajima DO, Kalolo A. Assessing health system responsiveness in primary health care facilities in Tanzania. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1): 104.
15. Yakob B, Ncama BP. Measuring health system responsiveness at facility level in Ethiopia: performance, correlates and implications. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 1-12.
16. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *Health Serv Res* 2009; 9(1): 1-12.
17. Khammarnia M, peyvand M, Setoodezadeh F. Intensifying health challenges in low-income provinces: The impact of the Corona pandemic. *J Jiroft Univ Med Sci* 2021; 8 (1) :543-544(Persian).
18. 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. *Iran Red Crescent Med J* 2011; 13(5): 302-8.
19. Murray CJ, Evans DB. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. World Health Organization; 2003.
20. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *Int J Qual Health Care* 2012; 24(2): 169-75.
21. 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. *Arch Iran Med* 2014; 17(11):736-40.
22. Azizi N, Setoodehzadeh F, Ansari H. What do Tuberculosis Patients says about Health System responsiveness?(A study in Sistan region; South East of Iran). *Prensa Med Argent* 2020; 106: 4.
23. Mohammadi A, Kamali K. Patients' perspectives on responsiveness in outpatient clinics of hospitals at Zanzan University of Medical Sciences. *Prev Care Nurs Midwifery J* 2015; 5(1): 80-92.
24. Carlasare LE, Hickson GB. Whose responsibility is it to address bullying in health care? *AMA J Ethics* 2021; 23(12): 931-6.
25. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Shams A, Kadkhodaie M. Organizational justice and responsiveness in selected private and public hospitals of Isfahan, Iran. *SJSPH* 2012; 9(4): 11-20 (Persian).
26. Badiie Aval S, Adel A, Hosseini SJ, Ebrahimipour H, Askarzadeh E. The effect of health evolution plan on the performance indicators in hospitals of Mashhad University of Medical Sciences using the Pabon Lasso Model. *Manage Strat Health Syst* 2019; 3(4): 290-8 (Persian).
27. Sofaer S, Crofton C, Goldstein E, Hoy E, Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Serv Res* 2005; 40(6): 2018-36.
28. Fazaeli S, Hashemi SA, Ebrahimipour H, Banikazemi SH, Yousefi M. Importance of health System responsiveness in a high- and low-income

areas in Mashhad, Iran: A Household survey. Payesh
2016; 15(2): 153-62 (Persian).
29. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PR,

Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in
Brazil, 2003. Cad Saude Publica 2005; 21: 109-18.