

Responsiveness of the Health System in Outpatient Services in Low and High Income Areas of Mashhad

Fazaeli S¹, Yousefi M², Ebrahimipour H³, Banikazemi H⁴, khorsand vakilzadeh A⁵

Abstract

Purpose: Outpatient services are a significant part of the health care delivery system. Dominance of the non-governmental sector in delivery of these services along with the government stewardship role in health system indicates the importance of monitoring the non-clinical aspects of quality in the outpatient services. The aim of this study was to evaluate the Responsiveness of the health system in the sector of outpatient services for households living in selected areas in Mashhad.

Methods: This descriptive-applied study was performed as a cross sectional in 2014. The sample size included 1000 households that selected by multistage sampling from low and high income areas of Mashhad. Data was collected by WHO questionnaire which had three parts and its validity and reliability were assessed and approved. Data were analyzed by Descriptive and inferential statistics in SPSS.

Results: The findings generally showed that more than 60 percent of the responders, expressed outpatient services responsiveness as good. The aspects of confidentiality and the quality of the amenities, acquired the highest and lowest level from the respondents view, respectively. The level of responsiveness from the view of residents in the high income area has been reported higher than the low income area.

Conclusions: Quality of health services should be a goal that can be achieved with a good stewardship in the health system. Since most institutions that providing outpatient services are outside of the Ministry of Health as a stewardship of health system of Iran, establishing the appropriate mechanisms to monitor of this goal seems necessary.

Keywords: Health system, Outpatient services, Responsiveness

Received: 2015.7.1; Accepted: 2016.3.5

پاسخگویی نظام سلامت در حوزه خدمات سرپایی در مناطق برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد

سمیه فضائلی^۱، مهدی یوسفی^۲، حسین ابراهیمی پور^۳، سید حسن بنی کاظمی^۴، علی خورسند وکیل زاده^۵

هدف: خدمات سرپایی بخش قابل توجهی از نظام ارائه خدمات سلامت را شامل می‌شود. تسلط بخش غیردولتی در ارائه این خدمات در کنار نقش تولیتی دولت، اهمیت پایش جنبه‌های غیربالینی کیفیت این خدمات را نشان می‌دهد. هدف از این تحقیق، بررسی میزان پاسخگویی نظام سلامت در حوزه خدمات سرپایی در مناطق منتخب شهر مشهد بوده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- کاربردی و از نوع مقطعی بود. نمونه مورد بررسی شامل ۸۸۹ خانوار ساکن در دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد بود که به روش نمونه‌گیری ترکیبی و در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. ابزار مطالعه، پرسشنامه سه بخشی سازمان جهانی بهداشت بود که روایی و پایایی آن قبلاً تأیید شده بود. داده‌ها با استفاده از شاخصهای توصیفی و استنباطی آماری در نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه نشان داد که به طور کلی بیش از ۶۰٪ افراد، پاسخگویی خدمات سرپایی را در حوزه‌های مختلف خوب گزارش دادند. سطح پاسخگویی در حوزه محرمانگی بالاتر و در حوزه کیفیت امکانات رفاهی محل ارائه خدمت، پایین‌تر از سایر حوزه‌ها بوده است. همچنین سطح پاسخگویی از نظر ساکنان منطقه برخوردار بیشتر از منطقه کمتر برخوردار گزارش شده بود.

نتیجه‌گیری: پاسخگویی نظام سلامت هدفی است که در صورت وجود یک تولید خوب در نظام سلامت محقق می‌شود. از آنجا که اکثر نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سرپایی خارج از تصدی وزارت بهداشت به عنوان تولید نظام سلامت است، لذا ایجاد مکانیسم‌های مناسب برای پایش میزان تحقق این هدف ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: نظام سلامت، خدمات سرپایی، پاسخگویی

نویسنده مسئول: مهدی یوسفی، yousefimh@mums.ac.ir

آدرس: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی

- ۱- استادیار، گروه آموزشی مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۲- استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۴- مرکز تحقیقات راهبردی سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۵- استادیار، گروه طب چینی، دانشکده طب سنتی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

می‌باشد و تحقق آن نمایانگر دستیابی به سطح مطلوبی از کیفیت غیر بالینی خدمات سلامت می‌باشد. در این راستا، گسترش روز افزون حوزه ارائه خدمات سرپایی در کنار سطح آگاهی و انتظارات گیرندگان خدمات مذکور، ضرورت برنامه‌ریزی و اجرای نقش تولید نظام سلامت به عنوان مدافع هدف پاسخگویی را بیش از پیش آشکار می‌سازد (۶). بدین منظور چارچوب‌های متفاوتی برای ارزیابی کیفیت غیر بالینی مراقبت سلامت ارائه شده است. معروفترین آنها، چارچوب ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ می‌باشد که حاصل تلاش جمعی کشورهای مختلف است و از طریق توسعه مفاهیم مربوط به رضایت بیمار و کیفیت مراقبت جهت در برگرفتن محورهای اصلی مرتبط با نحوه ارائه خدمت به افراد ایجاد و معرفی گردید. در این چارچوب، برای سنجش ابعاد بین فردی کیفیت مراقبت یا همان ابعاد غیر بالینی کیفیت مراقبت که از آن به نام "پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیر طبی افراد" یاد کرده است، هشت حوزه اصلی در نظر گرفته شده است که در قالب دو دسته بندی کلی قرار دارند. احترام به حقوق افراد که شامل حوزه‌های احترام به شأن و منزلت، استقلال، محرمانگی و ارتباطات می‌باشد و مشتری مداری که حوزه های حق انتخاب، توجه و رسیدگی فوری، کیفیت امکانات رفاهی، پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع (حوزه آخر فقط در مورد خدمات بستری کاربرد دارد) را در بر می‌گیرد (۶،۷). از آنجا که تجربه‌ای که در اثر مراجعه افراد به ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش خدمات سرپایی در فرد گیرنده خدمت ایجاد می‌شود، می‌تواند مستقیماً تحت تاثیر عوامل مربوط به پاسخگویی سازمان ارائه‌دهنده خدمات

حوزه خدمات سرپایی به عنوان اولین نقطه تماس بیمار با نظام سلامت شناخته شده است و نقش قابل توجهی را در شکل‌گیری نوع نگرش افراد نسبت به آن ایفا می‌کند (۱). همچنین خدمات سرپایی را می‌توان پل ارتباطی مهمی بین حوزه‌های مختلف ارائه خدمت در نظام سلامت دانست (۲). بررسی روند حجم مراجعات مردم به نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سرپایی نشان می‌دهد که این روند به شکل صعودی بوده و به طور مثال در برخی کشورها مانند آمریکا در طول ده سال دو برابر شده است (۳). البته در سطح بیمارستان نیز خدمات سرپایی حجم قابل توجهی از ارائه خدمات را به خود اختصاص می‌دهد. نتایج حاصل از پژوهشی در شهر تهران نشان داد که از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان-ها، تنها ۱۵/۸٪ در بیمارستان پذیرش بستری می‌شوند و حدود ۸۱٪ آنها بادریافت خدمات سرپایی مرخص می‌شوند (۴). یکی از دلایل این امر این است که امروزه با پیشرفت فناوریهای حوزه سلامت بخش زیادی از اقدامات تشخیصی و حتی درمانی به‌صورت سرپایی قابل ارائه می‌باشند (۵). از طرف دیگر در عصر حاضر مردم در مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تنها به جنبه بالینی خدمت دریافت شده توجه نمی‌کنند، بلکه امروزه آگاهی مردم و به تبع آن، انتظارات ایشان از نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت افزایش چشمگیری داشته است، این موضوع باعث معرفی یک هدف مهم تحت عنوان "پاسخگویی به نیازهای غیر طبی بیماران" برای هر نظام سلامت گردیده است. این هدف بیانگر تمایل و خواست بیماران و خانواده‌ها برای مشارکت فعالانه‌تر در تصمیمات و برنامه‌های درمانی خود

باشد. در نتیجه احساس عدم رضایت‌مندی از پاسخگویی سازمان در بخش خدمات سرپایی ممکن است منجر به تصمیم بیمار برای تغییر ارائه‌دهنده یا حتی انصراف وی از ادامه درمان یا عدم مراجعه مجدد در مواردی نیاز به درمان بعدی شود (۸). لذا آگاهی از نظرات افراد به عنوان کاربران اصلی خدمات مراقبت سرپایی در مورد پاسخگویی نظام سلامت در حوزه های مختلف می تواند در ارائه تعبیر صحیح از نیازهای مشتریان نظام سلامت و در نتیجه ارائه خدمات با کیفیت تر و ارتقاء سلامت آنها مفید باشد (۹).

با این وجود، علیرغم تاکید سازمان جهانی بهداشت بر استفاده از ابزار سنجش پاسخگویی، در بخش سرپایی به دلایل ذکر شده، در این زمینه نسبت به سایر حوزه‌های نظام سلامت پژوهش های کمتری صورت پذیرفته است (۱۰،۱۱) و اغلب پژوهشهای صورت گرفته پیشین بر استفاده از ابزار مرتبط با سنجش رضایت بیماران متمرکز بوده است (۱۵-۱۲). لذا بررسی وضعیت پاسخگویی خدمات سرپایی (خدماتی که دریافت آنها توسط بیمار، نیاز به بستری شدن در بیمارستان ندارد) در این حوزه در دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار در شهر مشهد به عنوان یکی از بزرگترین و پرجمعیت‌ترین شهرهای شرق کشور، هدفی است که مطالعه حاضر برای تحقق آن انجام پذیرفته است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- مقطعی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش را خانوارهای ساکن در دو منطقه برخوردار و کم‌برخوردار شهر مشهد تشکیل دادند. انتخاب خانوارها به عنوان جامعه پژوهش و بررسی دیدگاه آنها برای سنجش پاسخگویی نظام سلامت، منطبق بر توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و مطالعات مرتبط در ایران صورت گرفت (۱۶،۱۷). معیار انتخاب این مناطق، نتایج حاصل از مطالعه یوسفی با عنوان "طبقه‌بندی اجتماعی نواحی شهر مشهد" بود (۱۸)، که براساس آن دو منطقه که دارای بیشترین تفاوت به لحاظ پایگاه اجتماعی (محاسبه شده براساس شاخصهای درآمد، سطح تحصیلات، طبقه شغلی) بودند انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعه بر اساس فرمول کوکران محاسبه و بعد از اضافه کردن ۳۰ درصد به جهت نوع مطالعه (ریزش در مطالعه میدانی)، تعداد ۵۰۰ خانوار برای هر منطقه تعیین شد.

جهت انتخاب نمونه‌ها پس از تعیین طبقات، هر طبقه به چند خوشه با ویژگیهای مشابه (بلوک‌های شهری) تقسیم شد. بلوک‌های مربوطه در روی نقشه شماره‌گذاری گردید و اعداد آنها به صورت تصادفی مرتب شدند. مقرر شد خانوارهای ساکن در هر بلوک بر اساس این لیست تا تکمیل شدن حجم نمونه مورد بررسی قرار گیرند. قبل از شروع فرآیند جمع‌آوری داده‌ها، به پرسشگران در خصوص هدف مطالعه، محتوای سوالات، محرمانه نگهداشتن اطلاعات خانوارها، نحوه نمونه‌گیری، انتخاب و برقراری ارتباط با خانوارها آموزش داده شد، سپس پرسشنامه‌ها با مراجعه حضوری پرسشگران به درب منازل خانوارها و مصاحبه با عضو واجد شرایط خانوار (فرد مطلع و دارای سن ۱۸ سال و بیشتر) تکمیل گشت.

شروع مصاحبه‌ها با معرفی پرسشگر، هدف از مطالعه، سازمان حامی و اخذ رضایت آگاهانه از فرد پاسخگو جهت شرکت در مطالعه بود. سپس سوالات پرسشنامه بر طبق راهنمای مصاحبه، توسط پرسشگر از نماینده خانوار پرسیده شد. برای گردآوری داده‌های مربوط به سنجش پاسخگویی در حوزه خدمات سرپایی، از پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت در خصوص سنجش پاسخگویی نظام سلامت شامل سوالات مربوط به ویژگیهای جمعیتی- دموگرافیکی خانوارها و سوالات مربوط به سنجش پاسخگویی حوزه خدمات سرپایی که در مطالعه رشیدیان و همکاران (۱۰) به فارسی برگردان و روایی این پرسشنامه توسط صاحب‌نظران بررسی و پایایی آن نیز با آلفای کرونباخ بالای ۸۰ درصد تأیید شده بود، استفاده شد. پرسشنامه شامل دو قسمت اصلی بود. قسمت اول حاوی ۱۰ سوال بسته و باز در خصوص ویژگیهای اجتماعی و دموگرافیکی پاسخگو و خانوار مورد مطالعه بود. قسمت دوم پرسشنامه حاوی دو سوال برای سنجش سطح پاسخگویی هر یک از هفت حوزه مورد مطالعه بود که مجموعاً ۱۴ سوال را در بر می‌گرفت. طیف پاسخگویی به سوالات در مقیاس لیکرت ۵ گزینشی بود. از پاسخ دهندگان خواسته شد برای سوالات مربوط به سنجش سطح پاسخگویی، امتیاز ۱ تا ۵ را به معنی خیلی بد تا خیلی خوب به هر یک از ابعاد پاسخگویی اختصاص دهند. پاسخگویی به تمام سوالات پرسشنامه به صورت متوسط حدود ۲۲ دقیقه به طول انجامید و در نهایت تعداد ۸۸۹ پرسشنامه توسط خانوارها تکمیل گردید.

در جدول ۱، حوزه‌های مختلف پاسخگویی در پرسشنامه

جدول ۱: معرفی حوزه های مختلف پاسخگویی نظام سلامت

توصیف	حوزه
درمان همراه با احترام به شان و منزلت همه افراد و به دور از تبعیض	احترام به شان و منزلت
مشارکت در تصمیم گیری های مرتبط با درمان و کسب اجازه از فرد قبل از شروع هر گونه اقدام درمانی یا آزمایش	استقلال
حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و حریم شخصی وی	محرمانگی
گوش دادن به بیمار، ارائه وقت کافی به وی برای پرسیدن سوال و ارائه پاسخ های شفاف به وی	برقراری ارتباط مناسب
دسترسی آسان و در زمان منطقی به مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت و دریافت خدمات اورژانس در اسرع وقت و سایر خدمات شامل معاینه، مشاوره، آزمایش و غیره در زمان انتظار کوتاه و معقول	توجه و رسیدگی فوری
نظافت و پاکیزگی، فضای کافی، تهویه هوای مطلوب و غذای سالم	امکانات رفاهی
حق انتخاب و تغییر مکان و همچنین فرد ارائه دهنده خدمات سلامت	حق انتخاب

هر یک از حوزه های مختلف پاسخگویی، از سوی کل شرکت کنندگان و بر اساس خانوارهای ساکن در منطقه برخوردار و کمتر برخوردار و همچنین بر اساس نوع آخرین مرکز دریافت کننده خدمت سرپایی نشان داده شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، به صورت کلی بیش از ۶۰٪ از کل شرکت کنندگان، وضعیت حوزه های مختلف پاسخگویی نظام سلامت را در حوزه خدمات سرپایی خوب گزارش دادند. بالاترین سطح پاسخگویی مربوط به حوزه محرمانگی و پایین ترین سطح مربوط به حوزه کیفیت امکانات رفاهی بود. همچنین به استثناء حوزه توجه و رسیدگی فوری و برقراری ارتباط مناسب، در سایر حوزه ها، سطح پاسخگویی ابراز شده در منطقه کمتر برخوردار به میزان کمی پایین تر از منطقه برخوردار بوده است. بین سطح پاسخگویی ابراز شده در حوزه های استقلال، محرمانگی و حق انتخاب با نوع منطقه محل سکونت پاسخگو، ارتباط معنی دار دیده شد ($p \leq 0/05$). همچنین بین نوع آخرین مرکز دریافت خدمات سرپایی با سطح پاسخگویی ابراز شده در حوزه های محرمانگی و استقلال ($p \leq 0/01$) و حوزه های احترام به شان و منزلت و حق انتخاب ($p \leq 0/05$) ارتباط معنی داری دیده شد. در جدول ۳۴ ارتباط بین سطح پاسخگویی ابراز شده در حوزه های مختلف پاسخگویی با خصوصیات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه شامل جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت سلامت خود گزارش شده و وجود فرد نیازمند مراقبت طولانی مدت در خانوار نشان داده شده است.

مذکور به همراه توصیف مختصری از هر یک آورده شده است (۱۷). داده های جمع آوری شده براساس سوالات پژوهش و با استفاده از روشهای آماری مانند جداول توزیع فراوانی و درصد میانگین و با بکارگیری آزمونهای ناپارامتریک شامل Mann- و Kruskal Wallis Test و Whitney و با بهره گیری از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS تحلیل و ارائه گردید.

یافته ها

به طور کلی ۸۸۹ خانوار در مطالعه شرکت داشتند. از این تعداد ۴۸٪ در منطقه برخوردار و ۵۲٪ در منطقه کمتر برخوردار ساکن بودند. افراد شرکت کننده در مطالعه بین ۱۸ تا ۹۲ سال سن داشتند. حدود نیمی از شرکت کنندگان طالع در هر دو منطقه را زنان و نیمی را مردان تشکیل می دادند. افراد دارای تحصیلات ابتدایی تا دیپلم بیشترین تعداد افراد را در بین شرکت کنندگان در مطالعه تشکیل می دادند. بیش از نیمی از شرکت کنندگان وضعیت سلامت خود را "خوب" گزارش دادند. ۷۲٪ خانوارهای ساکن در منطقه کمتر برخوردار و ۲۷٪ از خانوارهای ساکن در منطقه برخوردار دارای فرد زیر ۱۲ سال در خانوار بودند. در مورد وجود فرد بالای ۶۵ سال تعداد این خانوارها در منطقه برخوردار دو برابر منطقه کمتر برخوردار بود (۶۶٪). خانوارهایی که دارای فرد نیازمند مراقبت طولانی بودند در منطقه کمتر برخوردار ۵۵٪ و در منطقه برخوردار ۴۴٪ بودند. در جدول ۲، سطح پاسخگویی ابراز شده به تفکیک

جدول ۲: سطح پاسخگویی ابراز شده به تفکیک حوزه‌های پاسخگویی

حوزه های پاسخگویی	سطح پاسخگویی ابراز شده*		کل شرکت کنندگان (%)		منطقه محل سکونت (%)		آخرین مرکز دریافت کننده خدمت سرپایی (%)	
	ضعیف	خوب	کمتر بر خوردار	بیشتر بر خوردار	Z (P-value)	دولتی	خصوصی	Z (P-value)
توجه و رسیدگی فوری	ضعیف	۱۷/۱	۱۴/۸	۱۹/۶	-۱/۴۲۲ (۰/۱۵۵)	۱۷	۱۷	۰/۵۱۰ (۰/۹۱۷)
	خوب	۶۸/۲	۷۰/۰	۶۶/۴		۶۹	۶۹	
احترام به شان و منزلت	ضعیف	۷/۶	۷/۷	۷/۴	-۰/۵۲۶ (۰/۵۹۹)	۱۰	۵	۰/۰۱۱ (۱۱/۰۴)
	خوب	۷۳/۳	۷۲/۶	۷۴/۲		۷۰	۷۶	
محرم‌انگی	ضعیف	۸/۹	۱۱/۲	۶/۵	-۲/۰۹۵ (۰/۰۳۶)	۱۰	۶	۱۲/۶۲ (۰/۰۰۶)
	خوب	۸۳/۲	۸۰/۸	۸۵/۸		۸۱	۸۸	
برقراری ارتباط مناسب	ضعیف	۱۸/۰	۱۷/۲	۱۸/۸	-۰/۶۵۳ (۰/۵۱۴)	۲۰	۱۷	۷/۳۰ (۰/۶۳)
	خوب	۶۶/۷	۶۷/۷	۶۵/۷		۶۴	۷۰	
استقلال	ضعیف	۱۶/۹	۱۹/۳	۱۴/۳	-۲/۰۵۶ (۰/۰۴۰)	۲۰	۱۴	۱۱/۶۴۹ (۰/۰۰۹)
	خوب	۶۴/۰	۶۱/۱	۶۷/۱		۶۴	۶۶	
حق انتخاب	ضعیف	۱۰/۹	۱۲/۷	۸/۹	-۲/۴۳۱ (۰/۰۱۵)	۱۳	۸	۹/۳۹۳ (۰/۰۲۴)
	خوب	۶۳/۰	۵۹/۴	۶۶/۹		۶۱	۶۸	
کیفیت امکانات رفاهی	ضعیف	۱۷/۳	۱۷/۵	۱۷/۱	-۱/۸۹۹ (۰/۳۶۹)	۱۷	۱۷	۱/۱۴۵ (۰/۷۶۶)
	خوب	۶۱/۱	۵۹/۴	۶۲/۹		۵۹	۶۴	

*سطح پاسخگویی ابراز شده "خوب" مجموع گزینه های انتخابی خیلی خوب و خوب، سطح پاسخگویی ابراز شده "ضعیف"، مجموعه گزینه های بد و خیلی بد در پرسشنامه را در برمی گیرد

جدول ۳: بررسی ارتباط بین سطح پاسخگویی ابراز شده در حوزه‌های مختلف پاسخگویی با خصوصیات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه

ابعاد پاسخگویی	سطح پاسخگویی ابراز شده*		جنسیت		سطح تحصیلات		وضعیت سلامت خود گزارش شده	
	ضعیف	خوب	مرد	زن	کمتر از ابتدایی تا دانشگاهی	بیشتر از ابتدایی تا دانشگاهی	خوب بد	P-value
توجه و رسیدگی فوری	ضعیف	۱۶/۸	۱۸/۰	۱۶/۸	۶/۳	۱۸/۵	۲۲/۴	۰/۰۱
	خوب	۶۹/۳	۶۶/۷	۶۹/۳	۸۳/۵	۶۴/۹	۶۷/۳	
احترام به شان و منزلت	ضعیف	۹/۱	۶/۵	۹/۱	۲/۵	۶/۳	۱۳/۷	۰/۷۵
	خوب	۷۰/۲	۷۵/۷	۷۰/۲	۷۲/۲	۷۱/۱	۷۴/۵	
محرم‌انگی	ضعیف	۷/۶	۱۰/۵	۷/۶	۲/۶	۸/۲	۱۴/۰	۰/۶۵
	خوب	۸۴/۳	۸۱/۹	۸۴/۳	۸۶/۸	۸۴/۵	۸۰/۰	
برقراری ارتباط مناسب	ضعیف	۱۷/۵	۱۸/۷	۱۷/۵	۶/۴	۲۱/۸	۶/۴	۰/۱۲
	خوب	۶۵/۳	۶۷/۵	۶۵/۳	۸۰/۸	۶۲/۸	۷۴/۵	
استقلال	ضعیف	۱۴/۷	۱۹/۶	۱۴/۷	۱۴/۳	۱۹/۷	۱۸/۴	۰/۱۲
	خوب	۶۳/۵	۶۴/۴	۶۳/۵	۶۴/۹	۶۱/۸	۵۱/۰	
حق انتخاب	ضعیف	۱۱/۷	۱۰/۰	۱۱/۷	۱۱/۷	۱۰/۱	۱۲/۰	۰/۹۹
	خوب	۶۴/۳	۶۱/۲	۶۴/۳	۴۸/۱	۶۵/۸	۶۴/۰	
کیفیت امکانات رفاهی	ضعیف	۱۹/۶	۱۵/۴	۱۹/۶	۹/۱	۱۹/۳	۱۸/۴	۰/۷۶
	خوب	۵۷/۴	۶۳/۸	۵۷/۴	۵۸/۴	۶۰/۱	۶۷/۳	

مطالعه داشتند. این یافته هم مشابه مطالعه رشیدیان و همکاران (۱۰) در منطقه ۱۳ شهرداری تهران بوده است. منطقه‌ای که به لحاظ وضعیت پایگاه اجتماعی، مشابه منطقه کمتر برخوردار شهر مشهد بوده است. در مطالعه‌ای که توسط اصغری (۱۹) به هدف اندازه‌گیری پاسخگویی نظام ارائه خدمات سلامت به کودکان دچار اختلال تکامل و عوامل موثر بر آن انجام پذیرفت، نتایج برای خدمات سرپایی نشان داد که حوزه احترام به شان و منزلت و حق انتخاب، به ترتیب بهترین وضعیت را داشته‌اند. البته جامعه هدف این مطالعه با مطالعه حاضر متفاوت بوده است اما از آنجا که پاسخگویی نظام سلامت در صدد این است که نظر و حس کلی افراد را در خصوص نحوه ارائه خدمت در حوزه های مشخص بسنجد، می توان گفت فارق از اینکه به چه علت به مرکز ارائه دهنده خدمت مراجعه کرده باشند انتظار می رود با همه افراد به احترام و رعایت حق انتخابشان برخورد گردد. نکته قابل توجه در یافته‌های فعلی این است که بین ارزیابی افراد با سطح تحصیلات مختلف، از وضعیت حوزه‌های محرمانگی و احترام به شان و منزلت افراد، تفاوت معناداری دیده نمی‌شود.

وجود تفاوت در میزان اطلاعات در خصوص مراقبت سلامت، حتی بین افراد دارای سطح تحصیلات دانشگاهی با فرد ارائه‌دهنده خدمت سرپایی ممکن است باعث بروز این نتیجه شده باشد. با این حال مطالعه حاضر نشان داد در حوزه‌های توجه و رسیدگی فوری و برقراری ارتباط مناسب، افراد تحصیل کرده دانشگاهی سطح پاسخگویی کمتری را نسبت به سایرین ابراز کرده‌اند. برخی از این تفاوتها در حوزه توجه و رسیدگی فوری می‌تواند ناشی از درک ارزش زمان میان افراد تحصیل کرده باشد، به این صورت که این گروه انتظارات بیشتری را برای درمان سریعتر جهت ایجاد فرصت بیشتر برای پرداختن به فعالیت بیشتر و کسب مزایای بیشتر دارند، موضوعی که منطبق بر مدل Grossman در خصوص شکل گیری تقاضا برای خدمات سلامت می‌باشد (۲۰). در مطالعه حاضر بین جنسیت و سطح پاسخگویی ابراز شده برای خدمات سرپایی در حوزه‌های احترام به شان و منزلت و کیفیت امکانات رفاهی ارتباط ضعیفی دیده شد. در برخی مطالعات مشابه مانند مطالعه رشیدیان ارتباط معناداری بین این متغیر و پاسخگویی دیده نشد (۱۰).

در این زمینه مطالعه Kowal که به بررسی ارتباط بین

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطح پاسخگویی ابراز شده در حوزه توجه و رسیدگی فوری و برقراری ارتباط مناسب با سطح تحصیلات پاسخگویان معنی‌دار بوده است ($p \leq 0/01$). همچنین بین متغیر جنسیت و سطح پاسخگویی ابراز شده در حوزه‌های کیفیت امکانات رفاهی، حق انتخاب و احترام به شان و منزلت ارتباط معنادار مشاهده شد. در مورد متغیر وضعیت سلامت خود گزارش شده نیز بین سطح پاسخگویی ابراز شده در حوزه توجه و رسیدگی فوری و وضعیت سلامت آنها ارتباط معنادار دیده شد ($p \leq 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، سطح پاسخگویی نظام سلامت در حوزه خدمات سرپایی از دیدگاه خانوارهای ساکن در دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد مورد بررسی قرار گرفت. حوزه کیفیت امکانات رفاهی، کمترین امتیاز را در مطالعه حاضر به خود اختصاص داده است. کیفیت امکانات رفاهی شامل نظافت و پاکیزگی، فضای کافی در زمان انتظار، تهویه هوای مطلوب و سایر مواردی می‌باشد که بیمار در مدت زمانی که برای دریافت خدمت مذکور در محل ارائه خدمت صرف می‌کند، انتظار دارد از آنها بهره‌مند شود. در مطالعات مختلف دیگری مانند مطالعه کرمی و همکاران که در شهر زاهدان انجام شده است (۱۱) و مطالعه رشیدیان و همکاران (۱۰) که در منطقه ۱۳ شهرداری تهران انجام شد نیز کیفیت امکانات رفاهی کمترین امتیاز را در بین سایر حوزه‌های مربوط به پاسخگویی خدمات سرپایی کسب کرده بود.

نکته مهم در این قسمت این است که شباهت این نتایج به معنی سطح یکسان انتظارات نبوده است، بلکه این نتایج نشان می‌دهد به صورت کلی و در مقایسه با دیگر حوزه‌ها همواره حوزه کیفیت امکانات رفاهی وضعیت مناسبی نداشته است. نکته بعدی شباهت این اولویت بین مناطق برخوردار و کمتر برخوردار در مطالعه فعلی بوده است که این موضوع نیز نشان می‌دهد که حتی خانوارهایی که در مناطق کمتر برخوردار زندگی می‌کنند نیز انتظار دارند در هنگام دریافت خدمت سرپایی مورد نیاز خود، کیفیت خدمات مناسبی را تجربه کنند. یافته دیگر مطالعه حاضر این بود که حوزه‌های محرمانگی و احترام به شان و منزلت افراد، بالاترین سطح پاسخگویی را در بین جمعیت مورد

، مورد تاکید و استفاده قرار گرفته است (۲۹). این مطالعه همانند برخی مطالعه پیمایشی دیگر، با محدودیتهایی روبرو بود. از جمله مهمترین این محدودیتها عدم تمایل برخی خانوارها برای شرکت در مطالعه بود که در این خصوص سعی شد با توضیح بیشتر موضوع مطالعه، استفاده از روشهای برقراری ارتباط موثر و تکمیل حضوری پرسشنامه و پاسخگویی به سوالات احتمالی نماینده خانوار، عدم مشارکت به حداقل برسد. محدودیت دیگر مربوط به عدم حضور خانوارها در منزل در زمان مراجعه محقق بود که در این زمینه هم در صورتی یک خانوار از نمونه حذف و خانوار دیگر جایگزین می شد که بعد از سه بار مراجعه در زمانهای مختلف پرسشگر موفق به ملاقات با آنها نمی شد. همچنین از دیگر محدودیت های این مطالعه عدم وجود مطالعه مشابه در ایران بود که نویسندگان مقاله را بر آن واداشت تا به مقایسه نتایج مطالعه با سایر مطالعات مرتبط بپردازد البته اکثر مطالعات در دسترس نتایج مشابه نتایج به دست آمده از این مطالعه داشته اند، از این رو در قسمت بحث مقایسه مطالعه حاضر با مطالعات مخالف محدودتر بوده است. پاسخگویی به نیازهای غیرطبی استفاده-کنندگان از خدمات سلامت از جمله اهدافی است که دارای ارتباط مستقیم و تنگاتنگی با نقش تولیتی نظام سلامت (در ایران وزارت بهداشت) می باشد. بنابراین ضروری به نظر می رسد که تولیت نظام سلامت کشور سازوکارهایی را فراهم کند تا نسبت به تحقق این هدف در نهادهای دولتی و غیردولتی ارائه خدمات مطمئن گردد. پژوهشهایی مانند مطالعه فعلی نشان می دهد که وضعیت تحقق این هدف در حوزه های مختلف چگونه است. براساس نتایج حاصل از این مطالعه و نتایج مطالعات مشابه (۶،۲۶)، کیفیت امکانات رفاهی موضوعی است که نیازمند بررسی بیشتر و تعریف استانداردهای شفاف برای ارزیابی آن در نهادهای ارائه دهنده خدمات سرپایی هستیم. حوزه های حق انتخاب، استقلال و برقراری ارتباط مناسب از جمله اولویتهای دیگری هستند که نیازمند برنامه های ویژه و شفاف برای ارتقاء آنها در نهادهای فعال در زمینه ارائه خدمات سرپایی سلامت هستیم.

سپاسگزاری

این گزارش مربوط به طرح تحقیقاتی با کد ۹۱۰۵۸۱ مصوب علوم پزشکی مشهد می باشد. لذا نویسندگان بر خود لازم

ویژگیهای اجتماعی و جمعیتی با سطح پاسخگویی پرداخته بود، نشان داد که زنان و پاسخ دهندگان جوان تر به پاسخگویی بخش بستری رتبه بیشتری اختصاص دادند، در حالی که مردان و افراد با تحصیلات بالاتر به پاسخگویی بخش سرپایی رتبه بالاتری اختصاص داده بودند (۲۱). در مطالعه فعلی مردان نسبت به زنان، امتیاز بیشتری به کیفیت امکانات رفاهی در حوزه سرپایی دادند (۴/۲). در این زمینه نتایج مطالعه حاضر مشابه مطالعه خمسه و همکاران بوده است. (۲۲). در مطالعات دیگری نیز نشان داده شده که جنسیت در تعیین میزان رضایت بیماران نقش داشته است، به طوری که سطح رضایت مردان بالاتر از زنان بوده است (۲۳،۲۴). در زمینه سطح سلامت گزارش شده، در این مطالعه نشان داده شد که در مورد مقایسه نتایج ارزیابی فرد از وضعیت سلامت خود و میزان پاسخگویی ابراز شده در خدمات سرپایی، به طور کلی در افرادی که نتیجه ارزیابی آنها از وضعیت سلامت خود به صورت "خوب" گزارش شده است، امتیازات بیشتری به حوزه های مختلف پاسخگویی اختصاص داده اند. این موضوع در مطالعه Ortiz نیز اشاره شده است (۲۵).

در خصوص تفاوت بین مطالعه حاضر با سایر مطالعات مشابه انجام شده در این خصوص در کشور ایران و خصوصا شهر مشهد می توان به چند نکته اشاره نمود. اولین نکته این که اکثر مطالعات قبلی انجام شده در سطح کشور و حتی شهر مشهد به بررسی نظرات بیماران مراجعه کننده به بیمارستانها پرداخته اند (۲۸-۲۶)، اما در مطالعه حاضر سعی شد نظرات خانوارها در خصوص پاسخگویی نظام سلامت در ارائه خدمات سرپایی که حجم بیشتری از مراجعات به مراکز ارائه دهنده خدمات مراقبت سلامت را در شهری بزرگ و زیارتی مانند مشهد در بر می گیرد، مورد بررسی قرار گیرد. استفاده از نتایج این تحقیق می تواند در جهت هدایت تلاشهای مسئولین زیربند در خصوص افزایش رضایت و ارتقاء سطح کیفیت خدمات مراقبت سلامت ارائه شده به ساکنین و زائرین شهر مشهد مفید واقع گردد. نکته دوم اینکه در این مطالعه بر خلاف اکثر مطالعات مشابه دیگر، خانوارها به جای بیماران مراجعه کننده به بیمارستانها به عنوان جامعه پژوهش در نظر گرفته شدند. این رویکردی است که توسط سازمان جهانی بهداشت نیز برای دستیابی به حداکثر اطلاعات در خصوص ارزیابی حوزه های مختلف از دیدگاه خانوارها به عنوان مشتریان بالقوه خدمات سلامت

از کلیه افرادی که در انجام این مطالعه نقش داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد صمیمانه سپاسگزاری نمایند. همچنین، بدینوسیله

منابع

- Mosaddegh Rad AM, textbook of specialized hospital organization and management. Dibagaran-e- Tehran 2006; 1: 295. [Persian]
- Sadghiani A. textbook of Hospital Organization and Management. Jahan rayaneh. Tehran; 1: 1999: 295. [Persian]
- Ansari H, Ebadi Fard Azar F. Principles of Hospital Administration and Planning, Tehran, Medical University of Iran Publication, Iran;1998. [In Persian].
- Maleki m, karimi sh. Review of factors affecting hospital stay in Australia using the delphi technique, Journal of Iran University of Medical Sciences 2001; 9: 12-19. [Persian]
- Ainparast A. Estimated waiting time for outpatients and factors in the Orthopedic clinics of hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences [MS.c Thesis]. Tehran university of medical sciences; 2000. [Persian]
- Fazaeli S, Ahmadi M, Rashidian A, Sadoughi F. A Framework of a Health System Responsiveness Assessment Information System for Iran. Iranian Red Crescent medical journal 2014; 16(6). [Persian]
- Nicole B, Valentine, de Silva A, Kei Kawabata, Charles Darby, J.L. C, et al .Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. In "Murray CJL, Evans DB Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism)". geneva: World Health Organization; 2003: 573-596.
- Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? Journal of General Internal Medicine 2002; 17(1): 29-39.
- Wensing M, Elwyn G. Methods for incorporating patients' views in health care. Bmj 2003; 326(7394): 877-9.
- 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 Medical journal 2011; 13(5): 302-8.
- Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H, Nojomi M. Health System Responsiveness for Care of Patients with Heart Failure: Evidence form a University Hospital. Archives of Iranian medicine 2014; 17(11): 36-40.
- Leddy Km, Kaldenberg Do, Becker Bw. Timeliness in ambulatory care treatment: an examination of patient satisfaction and wait times in medical practices and outpatient test and treatment facilities. The Journal of ambulatory care management 2003; 26(2): 138-49.
- Rezaei F, Askari HA. Checking the relationship between physicians' communication skills and outpatients' satisfaction in the clinics of Isfahan Al-Zahra(S) Hospital in 2011. Journal of education and health promotion 2014; 3: 105.
- Farmahini Farahani M, Shamsikhani S, Sajadi Hezaveh M. Patient satisfaction with nursing and medical care in hospitals affiliated to Arak University of medical sciences in 2009. Nursing and midwifery studies 2014; 3(3): e14022.
- Jafari Kelarijani SE, Jamshidi R, Heidarian AR, Khorshidi M. Evaluation of factors influencing patient satisfaction in social security hospitals in Mazandaran province, North of Iran. Caspian journal of internal medicine 2014; 5(4): 232-4.
- Fazaeli S, Ahmadi M, Rashidian A, Sadoughi F. A Framework of a Health System Responsiveness Assessment Information System for Iran. Iranian Red Crescent medical journal 2014; 16(6):10-14.
- Nicole B, Valentine, de Silva A, Kei Kawabata, Charles Darby, J.L. C, et al. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. in "Murray CJL, Evans DB Health System Performance Assessment (Debates,

- Methods and Empiricism)". Geneva: World Health Organization; 2003:chapter 43:573.
18. yousefi, A. A reflection on the social boundaries of urban space Mashhad, Mashhad, position Classification. Journal of Social Sciences 2010; 6(2): 61-91.
 19. Asghari S, Malekafzali H, Holakouie Naieni K, Majdzadeh R, Soleimani F, Amirsalari S. Health service utilization by mentally handicapped children and factors affecting it. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. [MS.c Thesis] 2007; 5(1): 29-37. [Persian]
 20. Yousefi M, Assari Arani A, Sahabi B, Kazemnejad A, Fazaeli S. Household Health Costs: Direct, Indirect And Intangible. Iranian Journal of Public Health 2014; 43(2): 202-9. [Persian]
 21. Kowal P, Naidoo N, Williams S.R, Chatterji S. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. Health 2011; 3(10): 638-48.
 22. Khamseh M.E., Aghili R., Baradaran H.R., Arabi A. Article Title: Patients satisfaction of medical care delivered in outpatient clinics of endocrinology and metabolism in Tehran, Iran. January 2007;6(1): 71-74 .[Persian]
 23. Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. BMC Health Services Research 2006; 6: 1-9.
 24. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? J Gen Intern Med 2003; 18(1): 23-30.
 25. Ortiz J. Inequality in Responsiveness: Population Surveys from 16 OECD Countries. in "Murray CJL, Evans DB Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism)". Geneva: World Health Organization; 2003: 653 - 663.
 26. Ebrahimipour H, Najjar AV, Jahani AK, Pourtaieb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. International journal of health policy and management 2013; 1(1): 85.
 27. Yazdi NA, Tavafian SS, Emadzadeh A, Kazemnejad A, Ghofranipour F. Communication training and patient satisfaction: A randomized trial study from Mashhad, Iran. Patient preference and adherence 2008; 2: 137-142.
 28. Saadati Z. Satisfaction of clients referring to emergency wards of a teaching hospital in Mashhad city 2006; 16(25): 40 - 47.
 29. Üstün TB, et al. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001. In "Murray CJL, Evans DB Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism)". Geneva: World Health Organization; 2003: chapter 44.