

# جنبه‌های غیر پزشکی خدمات سلامت ارایه شده به بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان: پاسخ‌گویی\*

مرضیه جوادی<sup>۱</sup>، مریم یعقوبی<sup>۲</sup>، احمدرضا رئیسی<sup>۳</sup>، حسنعلی ماندگار<sup>۴</sup>، علی ایوبیان<sup>۵</sup>

## چکیده

**مقدمه:** ارتباط مناسب بیمار و درمانگر همواره یکی از مهم‌ترین عوامل در جلب رضایت بیمار و درک مطلوبیت خدمات از دیدگاه بیمار تلقی می‌شود. در بخش سلامت علاوه بر اهمیت نتیجه‌ی نهایی اقدامات درمانی، سیستم سلامت نیز باید انتظارات جامعه را از جنبه‌ی غیر پزشکی خدمات برآورده سازد. این پژوهش با هدف بررسی پاسخ‌گویی و جنبه‌های غیر پزشکی خدمات در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان انجام شده است.

**روش بررسی:** این مطالعه تحلیلی و از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۸۹ در هشت بیمارستان منتخب دولتی و خصوصی شهر اصفهان انجام گردید. جامعه‌ی پژوهش را بیماران بستری و پرستاران تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای تعداد ۳۲۰ نمونه انتخاب شدند. ابزار مطالعه، پرسش‌نامه‌ی پاسخ‌گویی WHO بود. روایی پرسش‌نامه پس از ترجمه با استفاده از نظرات استادان و صاحب‌نظران مدیریت بیمارستان مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن به روش Cronbach's alpha ۰/۸۹ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و استنباطی آماری در نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها از دیدگاه پرستاران  $2/32 \pm 0/54$  و از نظر بیماران  $2/48 \pm 0/58$  بود (از حداکثر ۴ نمره). در بین جنبه‌های غیر پزشکی خدمات، پرستاران بعد محرمانگی اطلاعات بیمار را با میانگین  $2/41 \pm 0/8$  بالاتر و بیماران، بعد دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره‌ی بستری و مراقبت را با میانگین  $2/62 \pm 0/9$  بالاتر ارزیابی نموده‌اند. همچنین از منظر نقاط ضعف، بیماران، حق انتخاب درمانگر و پرستاران، امکانات فیزیکی مرکز درمانی را مهم‌ترین نقاط ضعف بیمارستان‌ها برآورد نموده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** ادراک بیماران و پرستاران از جنبه‌های غیر پزشکی خدمات به طور تقریبی یکسان بود، از این رو به نظر می‌رسد به منظور ارتقای سطح کیفی این خدمات، که مورد توجه سازمان جهانی بهداشت است، توجه بیشتر به مکانیزم‌های پاسخ‌گویی بهتر و ارایه‌ی خدمات با کیفیت‌تر ضروری می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت مراقبت‌های سلامت؛ بیمار؛ مراقبت از بیمار؛ بیمارستان‌ها.

## نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۹۰/۲/۱۹

اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۹

پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۱۱

**ارجاع:** جوادی مرضیه، یعقوبی مریم، رئیسی احمدرضا، ماندگار حسنعلی، ایوبیان علی. جنبه‌های غیر پزشکی خدمات سلامت ارایه شده به بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان: پاسخ‌گویی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۵): ۷۰۹-۷۱۷

\* این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب به شماره‌ی ۲۸۱۵۸ است که توسط مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت حمایت مالی گردیده است.  
۱. دانشجوی دکتری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: m\_javadi@mng.mui.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران.  
۳. استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
۴. کارشناس، بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
۵. کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

## مقدمه

در جهان امروز، شاهد نوآوری‌ها و تحولاتی سریع در عرصه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستیم (۱). برقراری ارتباط خوب با پزشکان و سایر درمانگران، همواره به عنوان سنگ بنای کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران تلقی شده است (۲). بیماران، پزشکی را ارزشمند و حاذق می‌دانند که به آنچه بیمار اظهار می‌کند، علاقه نشان می‌دهد، وقت کافی برای پاسخ به سوالات بیمار می‌گذارد و توضیح کافی در مورد مشکل بیمار و درمان او ارایه می‌کند (۳). در سال‌های اخیر، اهمیت مهارت‌های ارتباط با بیمار و توجه به بیمار در درمان و مراقبت، به طور روز افزونی مورد تأکید قرار گرفته است و دانشگاه‌های پزشکی در سراسر دنیا در این زمینه برنامه‌های آموزشی متعددی را اجرا می‌کنند (۴).

برقراری ارتباط با بیمار، جنبه‌ای از اخلاق در پزشکی است و بیشتر دانشگاه‌های دنیا قبل از ورود دانشجویان گروه پزشکی به بیمارستان، این موضوع مهم را به آن‌ها آموزش می‌دهند (۵). ارتباطی که بین درمانگر و بیمار وجود دارد، از یک قرارداد فراتر می‌رود و به صورت رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد متقابل و اعتقاد قلبی در می‌آید. ارایه دهنده‌ی خدمت با آگاهی درباره‌ی راه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی، رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد با بیمار برقرار می‌کند که در آن حفظ منافع بیمار، بیشترین اهمیت را دارد (۶).

ارتباط، مجموعه‌ای از مهارت‌ها یا آموخته‌هایی است که به اعتقاد بسیاری از صاحب‌نظران یک مهارت بالینی پایه محسوب می‌شود (۷). هر چند که مهارت‌های ارتباطی رفتارهای پیچیده‌ای هستند، اما قابلیت یاددهی و یادگیری دارند (۴). تحولات مداوم علمی و تکنولوژی همراه با وضعیت متغیر بیماران، تیم درمانی را بر آن می‌دارد که با تلفیق مهارت‌های دانش حرفه‌ای و ارتباطی خود، به تشخیص مشکلات بیماران بپردازند. در نتیجه، تقاضا برای مراقبت مدرن‌تر، با کیفیت‌تر و ارزشمندتر افزایش می‌یابد. بنابراین مدیران خدمات بهداشتی، نه تنها برای رضایت خاطر مراجعین، بلکه به منظور کاربرد مطلوب منابع محدودی که در اختیار دارند، نیازمند فرایندی با

ساختار مناسب، برای سنجش و ارزشیابی کیفیت مراقبت ارایه شده هستند (۸-۹).

مفهوم جنبه‌های غیر پزشکی خدمت به بخشی از خدمات اشاره دارد که بر نحوه‌ی رفتار ارایه دهندگان خدمات متمرکز است و به نوعی با مقوله‌ی کیفیت خدمات مرتبط است. برخی اعتقاد دارند مفهوم کیفیت در سازمان‌های بهداشتی درمانی قابل اندازه‌گیری نیست و سازمان‌های بهداشتی درمانی نمی‌توانند اهداف کیفیت را برای سازمان خود تدوین نمایند و کیفیت خدمات خود را بسنجند (۱۰)؛ و یا گفته شده است که کیفیت خدمات در بخش بهداشت و درمان به طور مشخص یک مفهوم چند بعدی و یکی از مسایلی است که هنوز تعریف قطعی برای آن موجود نیست (۱۱). اما در مورد مفهوم کیفیت مراقبت‌های سلامت، مطالعات مختلفی انجام شده است و اندیشمندان مختلفی در مورد کیفیت خدمات و انتظار بیمار از سازمان‌های مراقبت سلامت سخن گفته‌اند. Tomes و Chee Peng در مورد کیفیت خدمات و مراقبت‌ها، همدلی، فهم بیماری (Understanding illness)، احترام متقابل و نیازهای دینی را مهم تلقی می‌کنند (۱۲). Hasin و Roongrat Seeluangsawat کیفیت خدمت ارایه شده به بیماران را در ابعاد ارتباطات، مسؤولیت، ادب و مهربانی، هزینه و نظافت برشمرده‌اند (۱۳).

همچنین در مطالعه‌ی انجام شده توسط Dickert و Kass، بیماران اظهار داشته‌اند که تکریم و توجه به بیمار، شامل عناصر مهمی از جمله همدلی، مراقبت، استقلال، ارایه‌ی اطلاعات، به رسمیت شناختن بیمار، شرافت و توجه به نیازهای بیمار است (۱۴). WHO در مقوله‌ی ابعاد غیر پزشکی خدمت یا پاسخ‌گویی، بر چگونگی تجربه‌ی بیمار از خدماتی که در طول دوره‌ی مراقبت دریافت کرده است، تأکید دارد (۱۵) و همین تجربیات به استناد شواهد قوی، با پیامد نهایی سلامت در هر سیستم سلامت ارتباط دارد (۱۶). گذشته از در نظر گرفتن این ارتباط، قوانین حقوق بشر این جنبه‌های غیر پزشکی را به شدت مورد تأکید قرار می‌دهد (۱۷). چارچوبی که WHO آن را به عنوان پاسخ‌گویی پذیرفته

مورد دیگر از جنبه‌های غیر پزشکی خدمات سلامت به عنوان محرمانگی، به این معنا است که چه کسی حق دارد به اطلاعات فردی بیمار دسترسی داشته باشد. همچنین توجه فوری و اقدام بلادرنگ، یعنی توجه فوری در موارد اورژانس و انتظار معقول در موارد غیر اورژانس (۲۱).

پنجمین مورد از جنبه‌های غیر پزشکی، کیفیت امکانات و تسهیلات است که به طور عمده بر امکانات فیزیکی عمومی سازمان ارایه دهنده‌ی خدمات همچون وضعیت عمومی نظافت یا حالت ظاهری مبلمان و کیفیت غذا تمرکز دارد (۲۱).

مورد ششم دسترسی به شبکه‌ی حمایت اجتماعی در طول بستری و مراقبت است؛ این مورد به انتظار بیمار برای جلب حمایت بیمار توسط دوستان و خانواده اشاره دارد که یک ارزش ذاتی برای سازمان محسوب می‌شود (۲۱).

هفتمین مورد، انتخاب ارایه دهنده‌ی خدمت به معنای حق انتخاب درون و بین واحدهای مراقبت، شامل فرصت برای دسترسی داشتن به متخصص و کسب نظر از دیگران است (۲۱). توفیقاتی که سازمان در پاسخ‌گویی کسب می‌کند، به طور مستقیم در رفاه و آسایش بیمار و همچنین بر ارتقای سطح سلامت او مؤثر است. هر چه پاسخ‌گویی فرد در زمینه‌های غیر پزشکی خدمات بیشتر باشد، صرف نظر از تأثیری که بر سلامت او دارد، آرامش، آسایش و رفاه او نیز بیشتر خواهد بود. برای مثال اطمینان از دسترسی سریع به خدمات اورژانس، که عامل افزایش میزان زنده ماندن و نجات زندگی افراد است، موجب آسایش فکر فرد می‌شود و یا وجود بیمارستان‌های تمیز با کارکنانی متین و آراسته که بیمار را با احترام مدیریت می‌کنند، موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین تمرکز بر پاسخ‌گویی به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت، ارزش ویژه‌ای دارد (۲۲).

پاسخ‌گویی در گزارش جهانی سال ۲۰۰۰ WHO برای همه‌ی کشورها (برآورد سال ۱۹۹۹) منتشر شد. در این گزارش رتبه‌ی سیستم سلامت ۱۹۱ کشور دنیا از نظر پاسخ‌گویی مشخص و از ۱ تا ۱۰ رتبه‌بندی شده است؛ از نظر رتبه‌بندی در این سال، ایالات متحده‌ی امریکا رتبه‌ی اول و سومالی رتبه‌ی

است، موارد زیر را شامل می‌شود: شرافت و کرامت انسانی (Dignity)، استقلال و خودمختاری (Autonomy)، محرمانگی و اعتماد (Confidentiality)، اقدام بلادرنگ (Prompt attention)، کیفیت امکانات اولیه‌ی مورد نیاز (Quality of basic amenities)، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در حین مراقبت (Access to social support)، آزادی امکان انتخاب درمانگر (networks during care)، طبق خواست بیمار (Choice of health care provider)، ارتباط با بیمار، به حساب آوردن بیمار و نظرخواهی و مشارکت بیمار در فرایند درمان (Communication) (۱۸).

این پاسخ‌گویی با مفهومی که در سایر سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی انتظار می‌رود، متفاوت است. پاسخ‌گویی در بخش عمومی در واقع برگردان واژه‌ی Accountability است و اشاره بر این دارد که هر دولتی نیازمند یک سیستم پاسخ‌گو است و لازمه‌ی دموکراسی، داشتن یک سیستم پاسخ‌گویی مناسب است. سازمان‌های دولتی، به وسیله‌ی مردم و برای مردم ایجاد می‌شوند و می‌بایست در برابر آن‌ها پاسخ‌گو باشند. رابطه‌ی بین دولت و شهروندان، سیستم پاسخ‌گویی را شکل می‌دهد که به موجب آن، سازمان‌های دولتی وظایف مربوط را انجام می‌دهند و شهروندان اجازه می‌دهند که این وظایف انجام شوند، مشروط بر اینکه وکیل از حد خود تجاوز نکند و پاسخ‌گو باشد (۱۹). اما در بخش سلامت، پاسخ‌گویی به مفهوم دیگری مورد استفاده است. در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این موضوع را در نقشه‌ی سلامت سوم، چهارم و پنجم توسعه‌ی کشور در نظر گرفته است (۲۰).

جنبه‌های مختلف پاسخ‌گویی در سلامت، هر یک به گونه‌ای ابعاد انسانی خدمات سلامت را مورد تأکید قرار می‌دهد. اولین جنبه‌ی رفتار انسانی، توجه به کرامت و انسانیت بیمار است. این مفهوم تأکید خاصی بر جلب اعتماد بیمار و همراهان و رفتار مهربانانه با آنان دارد (۲۱). جنبه‌ی دیگر از مواردی که به عنوان پاسخ‌گویی مطرح شده است، توجه به استقلال فردی و به رسمیت شناختن فرد به معنای احترام گذاشتن به استقلال و توانایی او در تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود می‌باشد.

روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات استادان و صاحب‌نظران مدیریت بیمارستان مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن به روش Cronbach's alpha ۰/۸۹ به دست آمد. هر سؤال به وسیله‌ی مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت و طیف نمره‌دهی به سؤالات از صفر تا چهار طراحی شد. پژوهشگران -با هماهنگی قبلی با ریاست و مدیریت بیمارستان- برای جمع‌آوری داده‌ها به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه و اقدام به جمع‌آوری داده‌ها کردند.

داده‌های پژوهش مورد نظر با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی تفاوت دیدگاه دو گروه مورد مطالعه استفاده گردید.

#### یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ی پاسخ‌گویان به جنبه‌های غیر پزشکی خدمات (پاسخ‌گویی) در بیمارستان‌های مورد مطالعه از دیدگاه پرستاران  $2/32 \pm 0/54$  و از نظر بیماران  $2/48 \pm 0/58$  از حداکثر ۴ نمره می‌باشد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین کل نمره‌ی پاسخ‌گویی پرستاران و بیماران تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P = 0/3$ ).

همچنین در بخشی از مطالعه به بررسی ابعاد مختلف پاسخ‌گویی از دیدگاه بیماران و پرستاران پرداخته شد و مشخص شد نظرات بیماران و پرستاران در مورد کیفیت جنبه‌های غیر پزشکی خدمات، اندکی متفاوت است.

آخر را دارا بودند. کشور ما نیز در این رتبه‌بندی در جایگاه صدم قرار گرفت (۲۳). این پژوهش با هدف بررسی پاسخ‌گویی و جنبه‌های غیر پزشکی خدمات در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان انجام شده است.

#### روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه تحلیلی و از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۸۹ در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر اصفهان انجام گرفت. حدود ۴۰ درصد از دو گروه بیمارستان‌های خصوصی و دولتی به طور تصادفی انتخاب شدند. جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران و پرستاران (دارای نقش اصلی در فرایند درمان بیمار) بود. تعداد نمونه بر اساس فرمول مربوط ۱۶۰ نفر در هر گروه از پاسخ‌گویان (پرستار و بیمار) تعیین شد که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (بر اساس حجم کل نمونه و بر مبنای تعداد جامعه‌ی پاسخ‌گویان در هر بیمارستان) به نسبت تسهیم شدند و انتخاب گردیدند. معیار ورود پاسخ‌گویان به مطالعه عبارت از پرستاران شاغل با حداقل دو سال سابقه‌ی کار و بیماران با حداقل ۷۲ ساعت بستری در بیمارستان بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی پاسخ‌گویی بود که یک پرسش‌نامه‌ی استاندارد تنظیم شده به وسیله‌ی سازمان جهانی بهداشت است. پس از ترجمه‌ی پرسش‌نامه، از بخش‌های مرتبط با ارزیابی جنبه‌های غیر پزشکی خدمات سلامت ارایه شده به بیماران بستری، هشت مؤلفه‌ی اقدام بلادرنگ؛ ارتباط با بیمار، به حساب آوردن بیمار و نظرخواهی و مشارکت بیمار در فرایند درمان؛ شرافت و کرامت انسانی؛ استقلال و خودمختاری؛ محرمانگی و اعتماد؛ قدرت انتخاب درمانگر؛ کیفیت امکانات اولیه‌ی مورد نیاز و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره‌ی بستری، اقتباس گردید.

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی پاسخ‌گویی از دیدگاه بیماران و پرستاران

P-value	F	انحراف معیار	میانگین	پاسخ‌گویان
۰/۳	۰/۹۷	۰/۵۴	۲/۳۲	پرستار
		۰/۵۸	۲/۴۸	بیمار

جدول ۲ بیانگر این مطلب است که پرستاران نقاط ضعف بیشتری را در مورد امکانات فیزیکی مراکز درمانی، حق انتخاب درمانگر و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی تجربه کرده‌اند.

جدول ۳: میانگین نمره‌ی ابعاد مختلف پاسخ‌گویی از دیدگاه بیماران

انحراف معیار	میانگین	ابعاد مختلف پاسخ‌گویی
۰/۹۰	۲/۶۲	دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره‌ی بستری و مراقبت
۰/۶۶	۲/۵۸	حفظ شأن و کرامت بیمار
۰/۶۷	۲/۵۷	اقدام و توجه فوری
۰/۹۶	۲/۵۴	محرمانگی اطلاعات بیمار
۰/۷۹	۲/۵۰	مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی
۰/۷۲	۲/۴۱	برقراری ارتباط صمیمانه
۰/۹۶	۲/۳۶	امکانات فیزیکی مرکز درمانی
۰/۸۳	۲/۱۵	حق انتخاب درمانگر

جدول ۳ بیانگر این مطلب است که بیماران بیشترین نقاط ضعف بیمارستان‌ها در مورد پاسخ‌گویی را در مورد حق انتخاب درمانگر، امکانات فیزیکی مراکز درمانی و برقراری ارتباط صمیمانه با بیماران تجربه کرده‌اند.

میانگین نمره‌ی پاسخ‌گویان به جنبه‌های غیر پزشکی خدمات، که سازمان جهانی بهداشت به عنوان پاسخ‌گویی از آن یاد می‌کند، در بیمارستان‌های مورد مطالعه از دیدگاه پرستاران  $2/54 \pm 0/32$  و از نظر بیماران  $2/48 \pm 0/58$  می‌باشد (از حداکثر ۴ نمره). همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد، برآورد بیماران از نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات، کمی بیشتر از پرستاران است و پرستاران کیفیت خدمات یا پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها را کمتر از بیماران برآورد کرده‌اند؛ در حالی که برآورد پرستاران به دلیل آگاهی بیشتر آنان از سازمان، واقعی‌تر به نظر می‌رسد. این موضوع می‌تواند به معنای ناآگاهی بیماران از حقوق و

در بررسی جنبه‌های مختلف پاسخ‌گویی مشخص گردید که سه مورد اول نقاط ضعف بیمارستان‌ها در پاسخ‌گویی از دیدگاه پرستاران به ترتیب شامل امکانات فیزیکی مرکز درمانی ( $2/18 \pm 0/62$ )، حق انتخاب درمانگر ( $2/20 \pm 0/63$ ) و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی ( $2/26 \pm 0/63$ ) می‌باشد. همچنین از منظر نقاط قوت، سه مورد اول از دیدگاه پرستاران شامل محرمانگی اطلاعات بیمار ( $2/41 \pm 0/8$ )، حفظ شأن و کرامت بیمار ( $2/37 \pm 0/6$ ) و اقدام و توجه فوری ( $2/35 \pm 0/56$ ) بوده است (جدول ۲).

سه مورد اول نقاط ضعف در پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها از دیدگاه بیماران نیز به ترتیب شامل حق انتخاب درمانگر ( $2/15 \pm 0/83$ )، امکانات فیزیکی مرکز درمانی ( $2/36 \pm 0/96$ ) و برقراری ارتباط صمیمانه ( $2/41 \pm 0/72$ ) بوده است. همین بررسی نشان داد سه مورد اول نقاط قوت از دیدگاه بیماران شامل دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره‌ی بستری و مراقبت ( $2/62 \pm 0/90$ )، حفظ شأن و کرامت بیمار ( $2/58 \pm 0/66$ ) و اقدام و توجه فوری ( $2/57 \pm 0/67$ ) بوده است (جدول ۳).

جدول ۲: میانگین نمره‌ی ابعاد مختلف پاسخ‌گویی از دیدگاه پرستاران

انحراف معیار	میانگین	ابعاد مختلف پاسخ‌گویی
۰/۸۰	۲/۴۱	محرمانگی اطلاعات بیمار
۰/۶۰	۲/۳۷	حفظ شأن و کرامت بیمار
۰/۵۶	۲/۳۵	اقدام و توجه فوری
۰/۷۱	۲/۳۳	دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره‌ی بستری و مراقبت
۰/۶۴	۲/۳۲	برقراری ارتباط صمیمانه
۰/۶۳	۲/۲۶	مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی
۰/۶۳	۲/۲۰	حق انتخاب درمانگر
۰/۶۲	۲/۱۸	امکانات فیزیکی مرکز درمانی



استانداردهای مربوط به خدمات باشد. در مطالعه‌ای که Ulusoy و Zulfikar انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که تنها ۲۳ درصد از بیماران قادر به تعیین و تشخیص حقوق خود بودند و بیماران به طور معمول آگاهی کمی نسبت به حقوق خود داشتند (۲۴).

در مطالعه‌ی دیگری که به منظور بررسی پاسخ‌گویی در هشت کشور اروپایی انجام شد، عنوان گردید که وقتی تجربیات و احساس فرد را از مواجهه با یک سازمان ارایه دهنده‌ی خدمات می‌سنجیم، این تجربه بستگی به ادراکات و انتظارات افراد دارد (۱۶). برخی از مطالعات نیز اعلام داشته‌اند که با افزایش متغیرهایی مثل سطح تحصیلات و یا جوان بودن، که با میزان آگاهی افراد مرتبط است، انتظار آنان نیز از خدمات بالاتر و رضایتمندی آنان کمتر می‌شود (۲۵).

با توجه به اینکه هر چه آگاهی فرد از حقوق خود کمتر باشد، انتظار او از خدمات نیز پایین‌تر است، در این تحقیق نیز می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نمره‌ی بالاتر گروه بیمار نسبت به پرستاران می‌تواند ناشی از عدم آگاهی گروه بیماران و آگاه‌تر بودن گروه پرستاران باشد. از سوی دیگر، مطالعه‌ای در چین و بین جامعه‌ی بیماران و پرستاران صورت گرفت که در آن مشخص شد که ادراک بیماران و پرستاران در مورد کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارایه شده به بیمار در دو گروه پرستاران و بیماران، تفاوت معنی‌داری دارد؛ ضمن اینکه در برخی از جنبه‌ها مشابهت نظرات معنی‌دار بوده است (۲۶). به نظر می‌آید این تفاوت مربوط به این باشد که پاسخ به نیازهای بیمار و برآورد توقع بیمار، یک امر نسبی تلقی می‌شود و به طور معمول به ادراک و پیش‌فرض‌های ذهنی افراد نیز وابسته است.

در تحلیل ابعاد مختلف پاسخ‌گویی به تفکیک پرستار و بیمار، پرستاران کمترین امتیاز را به «امکانات فیزیکی» بیمارستان‌ها دادند. اما در مطالعه‌ی سنجش پاسخ‌گویی بیمارستان‌های ترکیه از دیدگاه مدیران ارشد و پرستاری بیمارستان‌ها اعلام شد که پس از محرمانگی اطلاعات و دسترسی به شبکه‌ی حمایت‌های اجتماعی در مرحله‌ی سوم، بالاترین نمره مربوط به امکانات فیزیکی بیمارستان‌ها و حاکی از وضعیت مناسب این امکانات در

بیمارستان‌های ترکیه است (۲۱).

امکانات فیزیکی بیمارستان‌ها از دیدگاه بیماران نیز مناسب نبود و به عنوان دومین نقطه ضعف از دیدگاه آنان در جدول ۳ نشان داده شده است. در این رابطه در مطالعه‌ی انجام شده در کشور رومانی نیز اعلام گردید که بیشتر بیماران از نظافت محیط ناراضی بودند و از تمیزی سرویس‌های بهداشتی، تمیزی بخش‌ها و اتاق‌های بیماران اظهار ناراضیتی کرده بودند (۲۷).

در ادامه‌ی همین تحلیل مشخص شد که بیماران، کمترین امتیاز را به «حق انتخاب درمانگر» داده‌اند. پرستاران نیز دیدگاه مثبتی بر روی این موضوع نداشته‌اند و به عنوان دومین نقطه ضعف از دیدگاه آنان در جدول ۲ مطرح شده است. این یافته به خصوص در کشور ما چندان دور از ذهن به نظر نمی‌آید، چرا که بر اساس مطالعه‌ی دیگر، انتخاب آزادانه‌ی درمانگر یا بیمارستان محل درمان، در بسیاری از کشورها غیر معمول است؛ حتی بیشتر اروپایی‌ها به انتخاب آزادانه‌ی درمانگر عادت ندارند. به نظر می‌رسد یک دلیل این امر، عدم اطمینان آن‌ها به توانایی خود در انتخاب احسن و دانش کافی برای انتخاب است (۳). حق انتخاب درمانگر، موضوع مهمی است که چالش و اهمیت خاص خود را در سیستم سلامت دارد، به طوری که موضوع پاسخ‌گویی در ۸ کشور اروپایی مورد مطالعه قرار گرفت و در ۷ کشور، اکثریت افراد حق انتخاب درمانگر را پایین ارزیابی کردند و البته این موضوع را به نداشتن آگاهی کافی برای انتخاب نسبت دادند؛ در بین کشورهای مورد مطالعه، فقط پاسخ‌گویان کشور سوئد با این موضوع مشکلی نداشتند (۳).

از دیدگاه بیماران سومین نقطه ضعف، بعد برقراری ارتباط پزشکی یا درمانگر با بیمار می‌باشد که حاکی از آن است که تیم بالینی ارتباط و تعامل مناسبی با بیمار نداشته‌اند (۲۲/۰ ± ۲/۴۱). این یافته در مطالعه‌ی انجام شده در کشور تایوان نیز تأیید شده است. در کشور تایوان، مطالعه‌ای به ارزیابی ابعاد مختلف پاسخ‌گویی بر اساس مقیاس WHO پرداخت و در واقع دیدگاه تایوانی‌ها در زمینه‌ی پاسخ‌گویی و ابعاد آن را بررسی نمود. این مطالعه نتیجه گرفت که توانایی برقراری ارتباط توسط تیم درمان و همچنین رعایت جنبه‌های

مشخص شد، بالاترین امتیاز در گروه پرستاران مربوط به «محرمانگی اطلاعات» بیمار است، که این یافته در مطالعه‌ی سنجش پاسخ‌گویی بیمارستان‌های ترکیه از دیدگاه مدیران ارشد و پرستاری بیمارستان‌ها نیز تأیید شد و محرمانگی اطلاعات بالاترین نمره را در بین ابعاد پاسخ‌گویی حایز گردید (۲۱).

در گروه بیماران، بیشترین امتیاز مربوط به «دسترسی به حمایت‌های اجتماعی در دوره‌ی بستری و مراقبت» بوده است. با توجه به اینکه حمایت اجتماعی بیمار توسط خانواده در طول مدت بستری، عامل بسیار مهمی در روند درمان و یکی از عوامل بسیار مهم در بهبودی بیمار است، این یافته نتیجه‌ی خوشایندی محسوب می‌شود. به طوری که تحقیقات نشان داده است که در بیماران سرطانی، حمایت اجتماعی و حضور و همراهی خانوادگی بیمار تأثیر مثبتی دارد (۳۱).

#### نتیجه‌گیری

ادراک بیماران و پرستاران از جنبه‌های غیر پزشکی خدمات به طور تقریبی یکسان بود، از این‌رو به نظر می‌رسد به منظور ارتقای سطح کیفی این خدمات، که مورد توجه سازمان جهانی بهداشت است، توجه بیشتر به مکانیزم‌های پاسخ‌گویی بهتر و ارابه‌ی خدمات باکیفیت‌تر ضروری می‌باشد.

اخلاق پزشکی از مهم‌ترین دغدغه‌های بیماران در تایوان بوده است (۲۸). نتایج بعضی از تحقیقات در مورد حقوق بیمار نیز نشان می‌دهد که اغلب بیماران معتقدند موارد حقوقی از جمله دریافت اطلاعات از تشخیص و درمان، عواقب و خطرات ناشی از درمان و عدم درمان، توجه به درخواست‌های آنان و گوش فرادادن به صحبت‌هایشان از سوی گروه مراقبتی و درمانی رعایت نمی‌شود (۲۹).

سومین نقطه ضعف در گروه پرستاران، پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها از دیدگاه مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی با نمره‌ی  $0/63 \pm 2/26$  می‌باشد. ذکر این نکته لازم است که امروزه انتظار دخالت دادن بیمار در انتخاب درمان و خود مدیریتی بیماران رو به گسترش است (۳۰). میزان درگیری و مشارکت بیمار در مسایل درمانی، موضوعی است که بر حسب فرهنگ شایع پزشکی در منطقه فرق می‌کند. اگر الگوی پزشکی یک منطقه پدرگرایی (Paternalist) باشد، هم پزشک و هم بیمار قبول می‌کنند که تصمیم در مورد درمان مسؤلیت پزشک است. این در حالی است که در فرهنگ تساوی‌گرایی (Egalitarian) یک تصمیم‌گیری مشارکتی و جلب نظر بیمار بیشتر مورد تأیید می‌باشد (۳).

از منظر نقاط قوت پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها در گروه پرستاران

#### References

1. Rezaei-hachesoo P, Habibi SH, Fouzoun Khah SH. Information Technology. An Effective Tool in Reducing and Preventing Medical Errors: Suggestion for Improvement. Health Information Management 2007; 4(1): 89-98.
2. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract 2000; 50(460): 882-7.
3. 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.
4. SoltaniArabshahi SK, Ajami A, Siabani S. Investigation of Doctor-Patient Communication Skills Teaching: Medical Learners' Perception (Stager-Intern) and Staffs of Iran University of Medical Sciences & Kermanshah University of Medical Sciences. Iran University of Medical Sciences 2004; 11(41): 423-32.
5. Wikipedia The Free Encyclopedia. Doctor-patient relationship [Online]. 2003; Available from: URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Doctor-patient\\_relationship/](http://en.wikipedia.org/wiki/Doctor-patient_relationship/)
6. Shahroudi Moghadam Z. Doctor-patient relationship [Online]. 2009 [cited 2009 Jun 8]; Available from: URL: [www.aftabir.com/lifestyle/view/](http://www.aftabir.com/lifestyle/view/)
7. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. Can J Neurol Sci 2002; 29(Suppl 2): S23-S29.
8. Habibi S, Rezaie haChesoo P, Tabaghi R. Promotion of Information Literacy; Development of Nursing based on Evidence. Health Information Management 2010; 7(3): 371-8.

9. Majlesi F, Nik Pour B. Evaluation of health care Quality. Tehran: Tehran University Press; 2002.
10. Puran A. Stakeholders` Perceptions Regarding Hospital Quality [PhD Thesis]. New Jersey: The State University of New Jersey; 2003.
11. Karimi I. Health Economics (Glossary). Tehran: Gape Publication; 2005.
12. Tomes AE, Chee Peng NS. Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire. *Int J Health Care Qual Assur* 1995; 8(3): 25-33.
13. Hasin MA, Roongrat Seeluangsawat MA. Statistical measures of customer satisfaction for health care quality assurance: a case study. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2001; 14(1): 6-14.
14. Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *J Med Ethics* 2009; 35(7): 419-23.
15. Darby C, Valentine N, Murray C, De Silva A. WHO strategy on measuring responsiveness (GPE discussion paper no 23). Geneva: WHO; 2000.
16. Lackovicova H, Prasad A, Vallée RL, Valentine N. The health systems analytical guidelines for survey in the multi-country survey study. Geneva: World Health Organization; 2005.
17. Gostin L, Hodge JG, Valentine N, Nygren-Krug H. The Domains of Health Responsiveness -A Human Rights Analysis. Geneva: World Health Organization; 2002.
18. De Silva A. A Framwork for Measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series No. 32 [Online]. 1997; Available from: URL: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf/>
19. Awen H. New Governmental Management. Trans. Alvani SA, Shourini SM, Memar Zadeh GR. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Morvarid Press; 2006.
20. Ministry of Health. Third and fourth development plans [Online]. 2010; Available from: URL: <http://hamahangi.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=126&pageid=955/>
21. 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): 421-8.
22. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6): 717-31.
23. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
24. Zulfikar F, Ulusoy MF. Are patients aware of their rights? A Turkish study. *Nurs Ethics* 2001; 8(6): 487-98.
25. Mack JL, File KM, Horwitz JE, Prince RA. The effect of urgency on patient satisfaction and future emergency department choice. *Health Care Manage Rev* 1995; 20(2): 7-15.
26. Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue XL. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *J Clin Nurs* 2009; 18(12): 1722-8.
27. Ristea AL, Stegaroiu I, Franc VI, Dinu V. Responsiveness of Health Systems: a Barometer of the Quality of Health Services. *j* 2009; 11(26): 277-87.
28. Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health* 2006; 6: 72.
29. Hooshmand A, Joulaie S, Mehrdad N, BahraniN. Hospital Teaching nurses Awareness of Patient Rights And their Viewpoints about its facilitators. *Hayat* 2006; 12(4): 57-66.
30. Coulter A. The autonomous patient: ending paternalism in medical care. Toronto: TSO; 2002.
31. Rodin G, Walsh A, Zimmermann C, Gagliese L, Jones J, Shepherd FA, et al. The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psychooncology* 2007; 16(12): 1080-91.



## A Study of Non-Medical Aspects of Health Services Provided to Patients in Selected Hospitals of Isfahan: Responsiveness\*

*Marzieh Javadi<sup>1</sup>; Maryam Yaghoobi<sup>2</sup>; Ahmadreza Raiesi, PhD<sup>3</sup>;  
Hassan Ali Mandegar<sup>4</sup>; Ali Ayoobian<sup>5</sup>*

### Abstract

**Introduction:** Good relationships between patients and doctors and other health professionals have long been seen as the bedrock of patient satisfaction. In addition to important health care outcomes, health systems must also meet the non-medical expectations of the community. This study aimed to survey the accountability and non-medical service provision in selected hospitals in Isfahan, Iran.

**Methods:** This was a descriptive, retrospective study conducted in eight selected public and private hospitals in Isfahan during 2010. The statistical population included 320 inpatients and nurses selected through stratified random sampling. Data was collected by the World Health Organization (WHO) questionnaire whose validity was confirmed by professors and administrators. The reliability of the questionnaire was also calculated to be 0.89 by Cronbach's alpha. Data was analyzed by SPSS.

**Results:** The mean score of accountability from the viewpoints of nurses and patients was  $2.3 \pm 0.54$  and  $2.48 \pm 0.58$  (out of a maximum of 4), respectively. Nurses and patients respectively considered confidentiality ( $2.41 \pm 0.8$ ) and access to social support during the hospitalization period ( $2.62 \pm 0.9$ ) as the best aspects of non-medical services. However, choice of therapist and physical facilities of the treatment centers were determined as weak points by the patients and nurses, respectively.

**Conclusion:** Since patients and nurses had almost identical perceptions toward the non-medical services. Therefore, in order to enhance service quality, which is of great importance to the WHO, more attention needs to be paid to accountability mechanisms and better quality services.

**Keywords:** Quality of Healthcare; Patient; Patient Care; Hospitals.

**Type of article:** Original article

*Received: 9 May, 2011*

*Accepted: 2 Nov, 2011*

**Citation:** Javadi M, Yaghoobi M, Raiesi A, Mandegar H, Ayoobian A. A Study of Non-Medical Aspects of Health Services Provided to Patients in Selected Hospitals of Isfahan: Responsiveness. Health Information Management 2011; 8(5): 717.

\* This article was derived from a research project (No.288158) supported by Health Management and Economy Research Center at Isfahan University of Medical Sciences.

1. PhD Student, Student Research Committee, Health Services Management, Health Management and Economy Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: m\_javadi@mng.mui.ac.ir
2. PhD Student, Health Services Management, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Health Information Management, Health Management and Economy Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. BSc, Public Health, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran.
5. MSc, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.