

ارزیابی میزان پاسخگویی و تبیین چالش‌های ارائه خدمات و راهکار اجرایی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

لیلا قلندر ابادی^۱، حسن نیرومند سعداباد^{۲،۳}، ابوالفضل مروی^۲، علیرضا رمزی^۴، علی وفایی نجار^{۵*}

- ۱- کارشناس مامایی، کارشناس واحد تحقیقات بیمه سلامت، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، اداره کل بیمه سلامت استان خراسان رضوی، مشهد، ایران.
- ۲- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
- ۳- کارشناس سلامت مدیریت درمان تامین اجتماعی، مشهد، ایران.
- ۴- دکتری حرفه ای پزشکی، کارشناس واحد تحقیقات بیمه سلامت، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، اداره کل بیمه سلامت استان خراسان رضوی، مشهد، ایران.
- ۵- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسئول: علی وفایی نجار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت تلفن: ۰۹۱۵۵۱۵۸۲۶۹
پست الکترونیک: vafaee@mums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۰

چکیده

مقدمه: ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای لازمه مراقبت مطلوب از بیمار در نظام سلامت کارآمد می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی میزان پاسخگویی و تبیین چالش‌های ارائه خدمات و راهکار اجرایی در سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش ترکیبی (کمی-کیفی) بود. مشارکت کنندگان به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین ۳ بیمارستان جنرال شهر مشهد انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کمی پرسشنامه استاندارد پاسخگویی سازمان جهانی بهداشت بود که پس از جمع‌آوری، داده‌ها در سطح معنی داری کمتر از ۰,۰۵ با استفاده از آزمون ANOVA تحلیل شدند. فاز کیفی با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام شد و مشارکت کنندگان از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. نرم‌افزارهای SPSS و Maxqda به ترتیب جهت تجزیه و تحلیل داده‌های کمی و کیفی استفاده شد.

یافته‌ها: بالاترین نمره پاسخگویی مربوط به بعد ارتباطات، شان و منزلت بیمار بود و کمترین مربوط به حمایت اجتماعی، محرمانگی اطلاعات و حق انتخاب بود. ارتباط ابعاد پاسخگویی با میزان تحصیلات فقط در بعد استقلال، تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0.007$). در بخش کیفی چالش‌های ارتقای پاسخگویی در هفت بعد شامل مدیریتی، فرهنگی، عملکردی، اطلاعاتی، ارزیابی، مشارکتی و زیرساخت، طبقه بندی شدند.

نتیجه‌گیری: هدف‌گذاری و برنامه ریزی، ایجاد واحدهای پاسخگویی در بیمارستان‌ها، آموزش مدیران، کارکنان و بیماران و هماهنگی بین بخشی می‌تواند به بهبود پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی کمک کند.

واژگان کلیدی: بیمارستان، بیمارستان آموزشی، پاسخگویی، بیمار، بیمه سلامت، ایران

مقدمه

است [۱]. همه افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی ایران بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تامین کند. براین اساس ارائه خدمات سلامت باید

نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات مراقبت سلامت می‌باشد. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای و حساسیت نسبت به تفاوت‌های موجود لازمه مراقبت مطلوب از بیمار

سازمان ارزیابی و کنترل را بر عملکرد سازمان‌ها تقاضا کردند [۹، ۱۰]. در مطالعاتی که اخیراً انجام گرفته است به طور مشابه پاسخگویی سازمان‌ها به مثابه یک فرایند شناخته شده و به این صورت تعریف شده است: «فرایند مسئول نگه داشتن ارائه دهندگان خدمات نسبت به اعمال خود» [۱۱]. به منظور شناسایی وضعیت آینده پاسخگویی سازمان‌ها لازم است در ابتدا عوامل کلیدی تاثیرگذار بر ابعاد مختلف پاسخگویی را تحلیل نمود. عوامل کلیدی، عواملی هستند که بر ویژگی‌های پاسخگویی مانند چگونگی پاسخگویی و اهداف پاسخگویی سازمان‌های فعال در حوزه‌ی بهداشت و درمان ایران تاثیرگذار هستند.

همچنین توجه به نحوه ارائه خدمات در بخش سلامت و به ویژه بیمارستان‌ها در ایران از موضوعات اساسی است؛ به طوری که کنترل بر تمامی واحدهایی که در زمینه بهداشت و درمان در کشور فعالیت می‌کنند، طبق قانون از وظایف مهم و اساسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب می‌شود. در دهه‌های اخیر، بررسی نظرات بیماران از نحوه ارائه خدمات درمانی اهمیتی مضاعف یافته و نقش محوری بیماران در تعیین چگونگی خدمات ارائه شده و تلاش‌های صورت گرفته در زمینه ارتقاء سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است.

هدف اساسی نظام‌های سلامت ارتقاء سلامت جمعیت است. یک سیستم بهداشت و درمان پاسخگو باید متعهد شود تا نیازهای روانشناختی و انتظارات افرادی را که به آنان ارائه خدمت می‌کند برآورده سازد. امروزه پاسخگویی یکی از ویژگی‌های کلیدی سیستم‌های سلامت اثربخش است و سنجش میزان پاسخگویی سازمان‌ها، یکی از قویترین ابزارهای مدیریتی است.

تحقیقات بسیاری از جمله مطالعه، حکمت پور، ایزدی و کرم سینا در زمینه بررسی کیفیت خدمات بیمارستانی و میزان رضایت بیماران از مراقبت‌های بیمارستان، بیان‌گر این حقیقت است که چالش‌ها و نارسایی‌های متعددی در این زمینه وجود دارد [۱۲-۱۴]. یکی از مهم‌ترین گروه‌های تحت مطالعه در این زمینه، بیماران بستری در بیمارستان می‌باشند؛ چرا که از یک سو، فرایند بستری شدن در طول دوره بیماری همراه استرس بوده و تجربه نامطلوبی برای بسیاری از افراد محسوب می‌گردد و از سوی دیگر بستری شدن هزینه‌های زیادی را به فرد و جامعه تحمیل می‌نماید [۱۵].

عادلان و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت گیرد [۲]. یکی از مهم‌ترین عوامل در بهبود فرایند مراقبت در سازمان‌های بهداشتی درمانی، اندازه‌گیری کیفیت خدمات و پاسخگویی از دید مشتریان می‌باشد [۳]. به طوری که تمامی نظام‌های سلامت به دنبال یافتن راه‌هایی برای بهبود میزان پاسخگویی به بیماران هستند [۴].

پاسخگویی اولین بار در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ مطرح شد و به عنوان یکی از اهداف بنیادی نظام‌های سلامت مورد توجه قرار گرفت. در این هدف سازمان جهانی بهداشت، بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد درمورد جنبه‌های غیرپزشکی نظام سلامت اشاره دارد. انتظارات منطقی نیز همان اصول شناخته شده و مورد قبول و یا قوانین و استانداردها هستند. چارچوب‌های متفاوتی برای ارزیابی کیفیت غیر بالینی مراقبت سلامت ارائه شده است. معروف‌ترین آنها، چارچوب ارائه شده توسط WHO 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 غیربالینی کیفیت مراقبت که از آن به نام < پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیر بالینی 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 حوزه‌های حق انتخاب، توجه و رسیدگی فوری، کیفیت امکانات رفاهی، پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع را در بر می‌گیرد [۵، ۶]. پاسخگویی همچنین با خرسندی از جنبه‌های غیرپزشکی خدمات معمولاً با جواب دادن دستورات درمانی، اقدام سریع در مورد بیمار، درک بهتر و حفظ اطلاعات پزشکی بیمار ارتباط دارد [۷]. از آنجا که پاسخگویی به عنوان یک هدف نهایی می‌تواند بدون تاثیر بر دیگر اهداف نهایی افزایش یابد و نیز تا حدی مستقل از آنهاست، این مزیت را دارد که تحت تاثیر دیگر اهداف قرار نرفته و رفاه اشخاص را به خودی خود افزایش دهد [۸]. از نقطه نظری دیگر پاسخگویی مفهومی چند وجهی است، در مطالعات مختلف از نظرات پژوهشگران و دیدگاه‌های غالب در حوزه‌ی مورد مطالعه تاثیر پذیرفته است. پاسخگویی زمانی ظهور یافت که اعضای سازمان، مراجعه کنندگان و ذینفعان

تخصصی و با توجه به اینکه، این سه بیمارستان به صورت کلی بیش از ۵۰٪ تخت‌های فعال بیمارستانی دانشگاه را به خود اختصاص داده اند، انتخاب شدند. از هر بیمارستان منتخب بصورت تصادفی با مراجعه به واحد ترخیص، بیماران جهت تکمیل پرسشنامه انتخاب شدند. نمونه‌گیری و انتخاب حجم نمونه در هر بیمارستان متناسب با تعداد بیماران پذیرش شده در آن بیمارستان طی یک ماه قبل از آن انجام شد. همچنین با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌ها در بخش‌های مختلف این بیمارستان‌ها و همچنین تفاوت ساختاری در ابعاد و امکانات، سعی شد نمونه‌گیری از بخش‌های متفاوتی در این بیمارستان‌ها انجام شود. حجم نمونه با توجه به مطالعه هوشمند و همکاران که میانگین نمره پاسخگویی را $0/80 \pm 40/3$ گزارش نمودند و در نظر گرفتن خطای ۵ درصد، توان آزمون ۸۰٪ و خطای نسبی ۰/۰۷، با استفاده از فرمول میانگین یک جامعه مستقل حداقل حجم نمونه ۵۰۲ نفر تعیین گردید [۱۷]. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS گردید و با استفاده از ابزارهای آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و همچنین آزمون استنباطی آنالیز واریانس یک طرفه (Anova) جهت تعیین ارتباط بین متغیرها استفاده گردید. سطح معناداری ۵٪ در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شرکت کنندگان شامل بستری بودن در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی، تحت پوشش بیمه سلامت ایران و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیار خروج شامل عدم تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه و یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود.

بخش کیفی مطالعه به روش تحلیل محتوا انجام شد. هدف این بخش از مطالعه تبیین چالش‌ها و ارائه راهکارهای ارتقای میزان پاسخگویی بود.

مشارکت کنندگان جهت تبیین چالش‌ها، بیماران بستری بیمارستان‌ها بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها در این بخش مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. پس از تدوین راهنمای مصاحبه با استفاده از ابعاد پرسشنامه بخش کمی و نتایج حاصل از آن، مصاحبه‌ها به صورت فردی و چهره به چهره انجام شد. انتخاب شرکت کنندگان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام و تا مرحله اشباع داده‌ها ادامه یافت. تعداد ۳۰ مصاحبه با مشارکت کنندگان صورت گرفت. مکان اجرای مصاحبه‌ها بیمارستان‌های محل بستری بیماران بود. مدت زمان اجرای مصاحبه‌ها از ۳۰ دقیقه تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. که با رضایت بیماران صدای آنها ضبط می‌شد.

توسعه نظام بیمه سلامت کشور در سیاست‌های ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، و برنامه‌های توسعه کشور همواره مورد تاکید قرار گرفته است. زیرا با توسعه نظام بیمه سلامت زمینه تحقق اهداف مهمی نظیر عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع هم‌پوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم خواهد شد. [۱۶].

سنجش عملکرد نظام سلامت می‌تواند اطلاعاتی به هنگام و مرتبط در رابطه با عملکرد این نظام در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهد. در ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مسئولیت پاسخگویی نظام بهداشت و درمان کشور را در نقشه سلامت سوم و چهارم و پنجم توسعه کشور برعهده دارد [۱۷]. مقوله پاسخگویی به انتظارات غیر پزشکی بیماران و تبیین چالش‌های آرایه خدمات از منظر بیماران، یکی از موضوعات کلیدی در سازمان بیمه سلامت محسوب می‌شود. اما تاکنون مطالعه جامعی در سطح بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در زمینه وضعیت پاسخگویی به بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران نپذیرفته است؛ بنابراین این پژوهش با هدف بررسی وضعیت پاسخگویی و تبیین چالش‌های آرایه خدمات از منظر بیمه‌شدگان و آرایه راهکار اجرایی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع ترکیبی (کمی-کیفی) بود و جامعه مورد مطالعه بیماران بستری شده تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی در شهر مشهد بودند. در بخش کمی، پرسشنامه استاندارد سنجش میزان پاسخگویی سازمان جهانی بهداشت به عنوان ابزار گردآوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. در مطالعه هوشمند و همکاران، پرسشنامه مورد نظر پس از ترجمه با توجه به فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها بومی‌سازی شده و آلفای کرونباخ آن ۸۱،۳ تعیین شده است [۱۷]. مکان اجرای مطالعه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند که جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از بین بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد سه بیمارستان امام رضا(ع)، قائم(عج) و شهید هاشمی نژاد به دلیل عمومی بودن، ارائه همه خدمات

۱۷,۴ سال (۳۹,۸۸±۱۷,۴ سال) بود.

با توجه به نتایج بدست آمده (جدول شماره یک)، بالاترین نمره پاسخگویی مربوط به بعد ارتباطات، شان و منزلت بیمار بود و کمترین مربوط به حمایت اجتماعی، محرمانگی اطلاعات و حق انتخاب بود. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (Anova) نشان داد که جز شاخص ارتباطات، تمامی شاخص‌ها در بیمارستان‌های مختلف با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری داشتند. همچنین با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (Anova) تنها شاخص استقلال، با توجه به میزان تحصیلات بیماران متفاوت بود. این شاخص در بین افرادی با تحصیلات فوق لیسانس از سایرین بیشتر بود. بقیه شاخص‌ها ارتباطی با میزان تحصیلات فرد ($p < 0,007$) نداشتند.

در بخش کیفی، چالش‌های شناسایی شده به همراه راهکارهای پیشنهادی در قالب هفت طبقه اصلی شامل حوزه‌های مدیریتی، فرهنگی، عملکردی، اطلاعاتی، ارزیابی، مشارکتی و زیرساخت در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

بحث

این مطالعه ترکیبی با هدف ارزیابی چالش‌ها و ارائه راهکارهای ارتقای پاسخگویی در بین بیمه‌شدگان خدمات سلامت در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی شهر مشهد انجام شد.

طبق نتایج، نمره سطح پاسخگویی در تمامی بیمارستان‌های مورد مطالعه در سطح متوسط گزارش گردید. این یافته‌ها با نتایج مطالعه گوهری و همکاران در رابطه با ارزیابی سطح پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور همخوانی دارد [۱۸].

براساس نتایج به دست آمده، از میان ابعاد بررسی شده، حمایت اجتماعی و محرمانگی اطلاعات دارای کمترین نمره پاسخگویی و ارتباطات و شان و منزلت بالاترین نمره را داشته است. در این راستا در مطالعه دیگری، مؤلفه‌های مسئولیت، اخلاق، قانونمداری، شفافیت و گزارش، نظارت و نهادهای ناظر و قانونی و تخصص و شایستگی مدیران به عنوان اثرگذار بر پاسخگویی نسبت به شهروندان بررسی گردیدند که نتایج، حاکی از نبود شفافیت، برنامه ریزی و چشم اندازی روشن برای پاسخگویی بودند [۱۷, ۲۰].

در مطالعه رشیدیان و همکاران نیز سطح پاسخگویی در مورد خدمات بستری در بیمارستان‌های تهران بیانگر آن بود که بالاترین نمره در بین ابعاد، مربوط به حفظ شأن و کرامت

مصاحبه‌ها پس از انجام هر مصاحبه نهایتاً تا ۲۴ ساعت پیاده سازی می‌گردید به طوری که یک نفر از اعضای تیم پژوهش حداقل سه بار فایل صوتی مصاحبه را گوش داده و سپس در نرم افزار ورد نسخه ۲۰۱۹ پیاده سازی می‌کرد. به منظور اطمینان از اعتبار و مقبولیت داده‌ها، پس از هر مصاحبه، متون پیاده سازی شده مصاحبه‌ها جهت تأیید به مصاحبه شوندگان ارائه و در صورت لزوم اصلاحات لازم انجام می‌شد. پس از تأیید فرایند کدگذاری توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهشی انجام گردید. و یک نفر از اعضای تیم پژوهش بر فرایند کدگذاری نظارت می‌کرد. پس از انجام کدگذاری اولیه در نرم افزار maxqda نسخه ۲۰۲۰، کدها فشرده سازی شده و براساس شباهت و تفاوت‌ها در زیر طبقه‌ها قرار گرفتند و سپس طبقات اولیه شکل گرفتند.

جهت ارزیابی راهکارها، نتایج در اختیار مدیران بیمارستان قرار گرفت. دو جلسه بحث گروهی که حدود ۳ ساعت به طول انجامید یافته مورد بحث قرار گرفتند و در نهایت نتایج اصلی شامل ابعاد، چالش‌ها استخراج و راهکارهای مدیریتی جهت ارتقاء فرایند پاسخگویی ارائه گردید. به منظور اطمینان از قابلیت اعتماد در پژوهش‌های کیفی از چهار معیار اعتبار پذیری، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأیید پذیری گابا و لینکلن استفاده گردید [۱۸]. جهت ایجاد اعتبار پذیری از مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها استفاده شد. جهت انتقال‌پذیری فرایند اجرای پژوهش به صورت کامل توضیح داده شد. جهت ایجاد قابلیت اطمینان دونفر از اعضای تیم پژوهشی کدگذاری را انجام دادند و نفر سوم بر این فرایند نظارت داشتند. مرور انتقادی اعضای پژوهشی جهت تأیید پذیری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

در بخش کمی این مطالعه ۵۰۰ پرسشنامه در اختیار بیماران قرار گرفت که از این تعداد، بعد از بررسی اولیه، ۴۵۰ پرسشنامه نهایی، مورد تحلیل قرار گرفت (نرخ پاسخگویی ۹۰ درصد). از این تعداد ۱۶۰ نفر معادل ۳۵,۶٪ مرد و ۲۹۰ نفر معادل ۶۴,۴٪ زن بودند. اکثر بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران در این مطالعه تحت پوشش صندوق بیمه سلامت همگانی بودند (۵۵٪) و بیمه‌شدگان روستایی، کارکنان دولت و سایر اقشار دیگر مشارکت کنندگان را به خود تشکیل دادند و متوسط سن بیمه‌شدگان ۳۹,۸۸ سال با انحراف معیار

تدوین و مرحله دوم پژوهش (کیفی) انجام و پس از بررسی جلسات متعدد با تیم پژوهش چالش‌های حوزه پاسخگویی شناسایی شد. در ادامه تیم پژوهش راهکارهایی را برای ارتقای پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی پیشنهاد کردند.

بیمار و محرمانگی اطلاعات بودند و کمترین نمره به بعد استقلال بیمار اختصاص داشت که برخی نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی داشت [۲۱].
در نهایت با استفاده از نتایج مرحله اول (کمی)، پرسشنامه

جدول ۱- میانگین شاخص‌های پاسخگویی به تفکیک بیمارستان

مولفه	بیمارستان	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
اقدام سریع	امام رضا (ع)	۲۲۸	۷.۵۴	۱.۵۷	<۰/۰۰۱
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۷.۷۴	۲.۲۶	
	قائم (عج)	۱۳۳	۹.۲۳	۱.۳۳	
	کل	۴۵۰	۸.۰۸	۱.۸۲	
ارتباطات	امام رضا (ع)	۲۲۸	۱۹.۵۴	۳.۶۴	۰.۲۳۵
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۱۹.۰۰	۶.۳۶	
	قائم (عج)	۱۳۳	۱۸.۸۰	۳.۳۰	
	کل	۴۵۰	۱۹.۲۲	۴.۲۴	
شأن و منزلت	امام رضا (ع)	۲۲۸	۲۰.۴۷	۳.۷۴	<۰/۰۰۱
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۱۸.۲۲	۶.۰۲	
	قائم (عج)	۱۳۳	۱۶.۲۸	۳.۲۶	
	کل	۴۵۰	۱۸.۷۹	۴.۵۵	
استقلال	امام رضا (ع)	۲۲۸	۱۱.۵۴	۲.۶۲	<۰/۰۰۱
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۱۰.۲۰	۲.۷۹	
	قائم (عج)	۱۳۳	۹.۸۴	۱.۵۵	
	کل	۴۵۰	۱۰.۷۷	۲.۵۱	
محرمانگی اطلاعات	امام رضا (ع)	۲۲۸	۵.۰۰	۱.۱۹	<۰/۰۰۱
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۵.۲۲	۲.۰۸	
	قائم (عج)	۱۳۳	۳.۵۸	۱.۱۲	
	کل	۴۵۰	۴.۶۲	۱.۵۵	
حق انتخاب	امام رضا (ع)	۲۲۸	۴.۹۸	۱.۲۶	<۰/۰۰۱
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۵.۳۱	۲.۳۰	
	قائم (عج)	۱۳۳	۳.۹۳	۱.۳۷	
	کل	۴۵۰	۴.۷۴	۱.۶۳	
امکانات اولیه	امام رضا (ع)	۲۲۸	۷.۵۸	۱.۸۶	<۰/۰۰۱
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۷.۸۱	۲.۷۸	
	قائم (عج)	۱۳۳	۶.۳۴	۱.۶۲	
	کل	۴۵۰	۷.۲۶	۲.۰۹	
حمایت اجتماعی	امام رضا (ع)	۲۲۸	۴.۷۰	۱.۱۰	<۰/۰۰۱
	شهید هاشمی نژاد	۸۹	۵.۰۴	۱.۹۵	
	قائم (عج)	۱۳۳	۳.۹۵	۱.۰۰	
	کل	۴۵۰	۴.۵۵	۱.۳۵	

جدول ۲- حیطة‌ها، چالش‌ها و راهکارهای ارتقای پاسخگویی به بیمه‌شدگان

چالش‌ها	راهکار	نقل قول بیماران
<ul style="list-style-type: none"> - عدم توجه کافی مسئولین به تقاضای بیماران - عدم تامین برخی تجهیزات و داروهای مصرفی در بخش‌ها توسط بیمارستان به دلایل مختلف - توقف خدمات بخاطر تعیین سقف هزینه‌ها - فقدان واحد مشاوره پزشکی جهت راهنمایی بیماران در تهیه لوازم مورد نیاز در اعمال جراحی و متضرر شدن بیماران - عدم تعهد بیمه سلامت در خصوص پوشش برخی خدمات به ویژه درمان نازایی - طولانی بودن فرایند پذیرش یا انتقال بیمار بین بخش یا بیمارستان‌ها - عدم پاسخگویی مناسب واحد مددکاری در بیمارستان‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌ریزی و اتخاذ راهبردهای مناسب جهت ارتقای دانش پاسخگویی در کارکنان • توانمندسازی مدیریت و اعضای تیم‌های سلامت • جلب مشارکت مسئولین ذینقش • تعیین سیاستها و رویه‌های مشخص • تبیین پاسخگویی در اهداف و رسالت بیمارستان • هماهنگی بین بخشی بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر در خصوص رفع نیازهای بیماران 	<p>در این زمینه بیماران اشاره کردند یکی از بیماران اظهار داشت: " وقتی هزینه به یک میلیون و پانصد هزار تومان رسید بیمارستان از دادن دارو امتناع کرد و اعلام کرد تا وقتی تسویه نکنید دارو داده نخواهد شد. (م ۱)". در مورد تعهد بیمه در مورد نازایی یکی دیگر از بیماران اعلام کرد: " بیمه به ما برای هزینه‌های نازایی کمک نمی‌کنه!! ما خودمون تحت فشار و استرس این مشکل هستیم. کاش بیمه ما هم بیشتر کمکمون می‌کرد" (م ۸).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ضعف در تکريم ، حفظ شان و منزلت بیمار - ضعف در استفاده از آموزه‌های دینی و مذهبی در فرهنگ سازی در این حوزه - ضعف در ایجاد فرهنگ سازی و رعایت حقوق بیمار - ترس و نگرانی بیمار از بیمارستان‌های آموزشی 	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش و فرهنگ سازی جامعه‌هدف در خصوص پاسخگویی از جمله حقوق بیماران • هماهنگی بین بخشی با سازمان‌های ذیربط با هدف ارتقای پاسخگویی • تقویت ارتباط بین بیمار و ارائه کنندگان خدمت از طریق مشوق‌های مناسب 	<p>برای مثال یکی از بیماران در مورد همدمی تیم سلامت گفت: " هیچ کس به درد آدم گوش نمی‌ده، هیچکسی برای ما وقت نداره!! (م ۲۰) یا به‌عنوان مثال بیمار دیگری در این زمینه اظهار داشت: " وقتی تعداد زیادی دانشجوی برای آموزش در کنار پزشک میان من خیلی معذب میشم. " (م ۲۵). در همین زمینه یکی از بیماران در مصاحبه خود گفت: " کاش خود دکترها کار مارو انجام بدن!! دانشجویها چیزی بلد نیستن ما می‌ترسیم بلایی سر ما بیاد" (م ۱۴).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تعاملات بعضا نامناسب کادر درمان و بیماران - شناخت ناکافی بیمار از کادر درمان، وظایف و نقش آنها - دسترسی ناکافی و به موقع به پزشکان معالج در بیمارستان - توجه ناکافی به رعایت حال بیماران از سوی کادر درمان 	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش و اطلاع رسانی به جامعه در خصوص اهداف و وظایف بیمارستان های آموزشی • بهبود ارتباط پزشک و سایر اعضای تیم سلامت با بیمار • اختصاص مشوق‌های مناسب برای ارائه کنندگان • توجه به مطالبات بیماران در پاسخگویی • پیش بینی محتوای پاسخگویی در شرح وظایف شغلی تیم سلامت • ایجاد سازوکار تقویت دسترسی به خدمات 	<p>یکی از بیماران می‌گوید: " پرستار به حرف من گوش نمیده و وقتی گلابی می‌کنم خیلی بداخلاق و تند رفتار می‌کنه!!" (م ۱۲) یکی از بیماران گفت: " اصلا براشون مهم نیست ما درد داریم و باید استراحت کنیم. خیلی بلند بلند حرف میزنن و میگوین می‌خندن" (م ۱۷).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - استفاده ناکافی از تکنولوژی‌ها و سامانه‌های نظرسنجی بر خط از بیماران - ضعف در اطلاع رسانی به بیماران در ابعاد مختلف 	<ul style="list-style-type: none"> • تامین و طراحی سامانه‌مورد نیاز جهت سنجش پاسخگویی • استفاده از تکنولوژی به روز جهت رصد میزان پاسخگویی 	<p>در این زمینه یکی از بیماران می‌گوید: " پرسنل پرستار توجه بیشتری به ما داشتند اما کارمندان پذیرش برخورد تندی با ما داشتند. چرا اونها از پرستاران یاد نمی‌گیرند؟" (م ۲۱). یک از بیماران می‌گوید اگر تلفنی باشد یا جایی باشد که ما نتوانیم نظراتمون رو اعلام کنیم " (م ۱۰).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - استفاده ناکافی از نظرات بیماران در ارزیابی پاسخگویی - عدم اطلاع رسانی یا گزارش نتایج ارزیابی پاسخگویی بیمارستان‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> • استفاده از نتایج نظرسنجی بیماران در تصمیم‌گیری های این حوزه • ارزیابی و گزارش نتایج پاسخگویی بیمارستان‌ها 	<p>به عنوان مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان خاطرنشان کرد: " بهتره با توجه به این تعداد بیمار و تخت نیروی خدمات بیشتر باشه تا برای هر چیزی اینقدر منتظر نمونیم ایا بررسی هم میشه!!" (م ۱۹). یکی از بیماران می‌گوید: " یکی از پرستاران بیهوشی پای من رو اشتباهی برای عمل بی حس کرده بود!!" (م ۲۶)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - نبود برنامه‌ها لازم جهت مشارکت جامعه - ناکافی بودن برنامه‌های آموزشی و اطلاع رسانی مناسب و مستمر 	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌ریزی جهت بکارگیری نیروهای داوطلب و رابطین سلامت در این زمینه • اجرای برنامه‌ها و مداخلات مناسب جهت همراه کردن و مشارکت مردم در هدفگذاری، برنامه ریزی و اجرای فرایند پاسخگویی • نیازسنجی از بیماران به‌عنوان گیرندگان خدمت • اختصاص زمان کافی برای تعامل با گیرندگان خدمت در خصوص ارتقای پاسخگویی 	<p>یکی از بیماران در مصاحبه خود گفت: " با انجام این مصاحبه آیا واقعا فراره چیزی توی این بیمارستان بهتر بشه ایا نظر بیماران هم حساب میشه؟" (م ۲)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - زیرساخت‌های نامناسب در بخش‌های بستری - عدم کیفیت امکانات رفاهی برای همراهی بیماران مانند استراحتگاه، آشپزخانه، تخت نوزاد، پارکینگ وسایل نقلیه - امکانات ناکافی بیمارستان مانند تخت‌های اضافی، سرویس بهداشتی، تهویه و ... 	<ul style="list-style-type: none"> • مرمت و نوسازی بخش‌های قدیمی • اختصاص امکانات رفاهی جهت همراهان بیماران • بررسی مجدد امکانات زیرساختی بیمارستان‌ها مطابق استانداردها 	<p>یکی از بیماران در مصاحبه خود می‌گوید: " چرا اینقدر بخش قدیمی و متروکه اس!! مترسم هر لحظه روی سرم آوار بشه". در مورد ضعف خدمات اتاق خصوصی نیز یکی دیگر از بیماران افزود: " این همه برای اتاق خصوصی از ما پول گرفتن ولی کلی تخت دیگه توی اتاق هست و به سرویس بهداشتی هم نداره" (م ۲۸).</p>

حال بیماران از سوی کادر درمان چالش‌های حوزه عملکردی هستند. تعاملات نامناسب کادر درمان و بیمار در برخی مصاحبه تکرار شد و نشانگر این موضوع است که این مهم یک چالش برای بیماران بستری است. مطالعات بسیاری این موضوع را تایید می‌کنند که یکی از مهم‌ترین راهکارهای افزایش رضایت بیماران، بهبود مدیریت ارتباطات و تعاملات کادر درمان به ویژه پرستاران و بیماران می‌باشد [۲۶، ۲۷].

عدم رعایت حال بیماران و سروصدای زیاد در بخش‌ها توسط کادر درمان نیز توسط برخی مصاحبه‌شوندگان اشاره شد. این مسئله یکی از مهم‌ترین مسائل مرتبط به رضایتمندی بیمار بوده و بسیار مورد توجه و محل چالش بوده است [۲۸].

چالش‌های حوزه اطلاعاتی

چالش این حوزه محدود استفاده ناکافی از تکنولوژی‌ها و سامانه‌های نظرسنجی بر خط از بیماران، ضعف در اطلاع رسانی به بیماران در ابعاد مختلف می‌شد. این موضوع نشان دهنده این مورد است که امر پاسخگویی به صورت موردی و پراکنده انجام شده و بیماران این موضوع را به صورت یکپارچه در سراسر بخش‌های بیمارستان‌ها حس نمی‌کنند. بیماران کیفیت ارائه خدمات را نه فقط در مراقبت‌ها، بلکه از بدو ورود و پذیرش درک کرده و مورد ارزیابی قرار می‌دهند و در درک کلی آن‌ها در مورد کیفیت ارائه خدمات تاثیرگذار است [۲۹].

چالش‌های حوزه ارزیابی

استفاده ناکافی از نظرات بیماران در ارزیابی پاسخگویی، عدم اطلاع رسانی یا گزارش نتایج ارزیابی پاسخگویی بیمارستان‌ها از چالش‌های این حوزه شناسایی شدند. تعداد زیادی از مصاحبه شوندگان به کمبود نیروی بهیار و خدمات در بخش‌ها اشاره کردند. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بین رضایت بیماران و کمبود پرستار و نیروی درمانی ارتباط مستقیمی وجود دارد. [۳۰] که یافته‌های ما را تایید می‌کند.

قصور پزشکی جزء جدایی ناپذیر مراقبت‌های سلامت در بیمارستان‌ها بوده و هیچوقت قابل حذف نیست. تمامی تلاش‌ها در بیمارستان‌ها و دیگر سازمان‌های علمی جهت به حداقل رساندن این موضع است ولی نمی‌توان کتمان کرد این موضوع در بیمارستان‌های آموزشی با توجه به فضای این بیمارستان‌ها کمی با احتمال بیشتری به وقوع می‌پیوندد. مشابه با نتایج مطالعه ما نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بین رضایت بیمار و خطا و قصور پزشکی ارتباط معکوس وجود دارد [۳۱].

چالش‌های حوزه مدیریتی

چالش‌های استخراج شده در این حوزه شامل: عدم توجه کافی مسئولین به تقاضای بیماران، عدم تامین برخی تجهیزات و داروهای مصرفی در بخش‌ها توسط بیمارستان به دلایل مختلف، توقف برخی از خدمات بخاطر تعیین سقف هزینه‌ها، فقدان واحد مشاوره پزشکی جهت راهنمایی بیماران در تهیه لوازم مورد نیاز در اعمال جراحی و متضرر شدن بیماران، عدم تعهد بیمه سلامت در خصوص پوشش برخی خدمات به ویژه درمان نازایی، طولانی بودن فرایند پذیرش یا انتقال بیمار بین بخش یا بیمارستان‌ها، عدم پاسخگویی مناسب واحد مددکاری در بیمارستان‌ها بودند. نتایج مطالعات انجام شده در این زمینه چالش‌های مدیریتی از جمله طولانی شدن زمان انتظار را به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار در رضایت بیمار از خدمات ارائه شده توسط بیمارستان برشمردند [۲۲، ۲۳].

چالش‌های حوزه فرهنگی

چالش‌های این حوزه را ضعف در تکریم، حفظ شان و منزلت بیمار، ضعف در استفاده از آموزه‌های دینی و مذهبی در فرهنگ سازی در این حوزه، ضعف در ایجاد فرهنگ سازی و رعایت حقوق بیماران، ترس و نگرانی بیمار از بیمارستان‌های آموزشی تشکیل می‌داد. مسائل مرتبط با حفظ شان و منزلت بیمار در کنار حوزه زیرساخت بیشترین چالش‌های مورد تاکید از طرف شرکت کنندگان بود. این چالش شامل زیر گروه‌های مختلفی مانند: همدلی، گوش دادن، ادب، معذب شدن بیمار از حضور دانشجویهای زیاد می‌شد. مشابه با یافته‌های ما، نتایج مطالعه‌ای رضایت پایین بیماران از خدمات بیمارستان‌های آموزشی به دلیل کیفیت پایین مراقبت پرستاری را مورد تاکید قرار دادند [۲۴].

یکی از چالش‌های شایع در مورد بیمارستان‌های آموزشی ترس برخی بیماران از آموزشی بودن بیمارستان‌ها و حضور کارآموزان و دستیاران پزشکی است. مطالعه اختری و همکاران در همین موضوع نشان داده است که حتی در بین بیمارستان‌های آموزشی نیز بزرگی بیمارستان و تعداد تخت بستری روی رضایت بیماران تاثیرگذار است [۲۵].

چالش‌های حوزه عملکردی

تعاملات بعضاً نامناسب کادر درمان و بیماران، شناخت ناکافی بیمار از کادر درمان، وظایف و نقش آنها دسترسی ناکافی و به موقع به پزشکان معالج در بیمارستان، توجه ناکافی به رعایت

چالش‌های حوزه مشارکتی

چالش‌های اصلی این حوزه نبود برنامه‌ها لازم جهت مشارکت جامعه، ناکافی بودن برنامه‌های آموزشی و اطلاع رسانی مناسب و مستمر بود. می‌توان گفت که بسیاری از بیماران یا اطلاعی از وجود اینگونه طرح‌ها ندارند و یا اطلاعی از اینکه دقیقاً چه حقوقی دارند و در رابطه با آنها باید اجرا شود آگاه نیستند. جولایی و همکاران در مطالعه خود به این مسئله اشاره می‌کنند در کشور ایران هنوز بسیاری از بیماران به حقوق خود آشنا نیستند که آن را در مراکز درمانی مطالبه کنند [۳۲].

چالش‌های حوزه زیرساخت

زیرساخت‌های نامناسب در بخش‌های بستری، عدم کفایت امکانات رفاهی برای همراهی بیماران مانند استراحتگاه، آبخوری، تخت نوزاد، پارکینگ وسایل نقلیه، امکانات ناکافی بیمارستان مانند تخت‌های اضافی، سرویس بهداشتی، تهویه عنوان چالش‌های اصلی حوزه زیرساخت شناسایی شدند. تاثیر امکانات بیمارستان‌ها در رضایتمندی بیماران در مطالعه‌ای دیگر نیز مورد تاکید قرار گرفته است [۳۳].

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد سطح پاسخگویی بیمارستان‌های مورد مطالعه نسبت به مطالعات قبلی انجام شده تغییر خاصی نداشته است و این امر بیانگر وجود چالش در ارتقای سطح پاسخگویی بیمارستان‌ها در مورد بیماران بستری است. بیمارستان‌های دولتی سطح شهر مشهد با چالش‌های متعددی برای افزایش سطح پاسخگویی بیماران بستری روبرو هستند. چالش‌های استخراج شده در مطالعه انجام شده را می‌توان به دو دسته کلی چالش‌های نرم و چالش‌های سخت تقسیم کرد. چالش‌ها شامل حوزه‌های مدیریتی، فرهنگی، عملکردی، اطلاعاتی، ارزیابی، مشارکتی و زیرساخت هستند. می‌توان گفت به جز حوزه زیرساخت و بخشی از حوزه ارزیابی، بیشتر حوزه‌ها با چالش‌های نرم مواجه هستند و می‌توان با برنامه‌ریزی، مدیریت و تقسیم وظایف بهتر به سطح بالاتری از پاسخگویی دست پیدا کرد. البته نباید از فراموش کرد که در حوزه چالش‌های سخت که به صورت واضح تری نیازمند منابع مالی و نیروی انسانی هستند نیز برنامه‌ریزی و مدیریت منابع و پروژه‌ها اهمیت بسیار زیادی دارد. نکته حائز اهمیت این است که این فعالیت‌ها مستلزم بررسی منظم سطح پاسخگویی بیمارستان‌ها و

برنامه‌ریزی برای رفع آن‌هاست. این مطلب نیازمند پیگیری و تدوین دستورالعمل‌های پاسخگویی در سطح بیمارستان‌ها و همچنین لزوم جدی گرفتن این ارزیابی‌ها برای برنامه‌ریزان و ارزیابان سطوح بالاتر و تی در نظر گرفتن نقش پررنگ تر رضایت بیماران در ارزیابی کلی مراکز درمانی است. ایجاد واحدهایی به نام پاسخگویی در مراکز درمانی گامی مهم و تاثیرگذار در این مسیر محسوب می‌شود. ولی خود این موضوع تحت تاثیر برنامه‌ریزی دقیق و همچنین در نظر گرفتن نیازهای آموزشی، فرهنگی و استراتژیک کشور است. پیشنهاد می‌گردد سیاستگذاران و مسئولان در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی توجه بیشتری به نتایج اینگونه ارزیابی‌ها داشته باشند و از این گونه ارزیابی‌ها به عنوان ابزار رقابتی با سایر مراکز و همچنین فرصتی مغتنم جهت ارتقای سطح کیفیت خدمات به مراجعه‌کنندگان استفاده کنند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

این مطالعه چالش‌های پاسخگویی را در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد نشان داد. بنابراین هدف گذاری و برنامه ریزی، ایجاد واحدهای پاسخگویی در بیمارستان‌ها، آموزش مدیران، کارکنان و بیماران و هماهنگی بین بخشی می‌تواند به بهبود پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب در مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت ایران و دارای کد اخلاق به شماره IR.MUMS.FHMPM.REC.1401.178 می‌باشد. بدین وسیله تیم پژوهش ضمن سپاسگزاری از حمایت‌های مالی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، از دانشگاه علوم پزشکی مشهد به ویژه مدیریت و کارکنان بیمارستان‌های آموزشی امام رضا، قائم و شهید هاشمی و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند صمیمانه سپاسگزاری می‌نماید.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در رابطه با تهیه، تدوین و انتشار این مقاله وجود ندارد. تمام مراحل طراحی، اجرا، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله به‌طور مستقل و بر اساس اصول علمی و اخلاقی انجام شده است.

References

1. Fathi F, Khezri A, Sharifi H, Abdi K. Investigating the responsibility in health system, a review study. *Health Research Journal*. 2020;5(3):152-61.
2. Stalder T, Kirschbaum C, Kudielka BM, Adam EK, Pruessner JC, Wüst S, et al. Assessment of the cortisol awakening response: Expert consensus guidelines. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;63:414-32.
3. Amerioun A, Teymourzadeh E, Alijanzadeh M, Hakimzadeh SM, Hosseini Shokouh SM, Bahadori M, et al. Research needs assessment and priority setting for health economics: a mixed method study in Iran. *Journal of Military Medicine*. 2014;16(1):23-8.
4. Rezaeian M, Asadpour M, Hadavi M. Research barriers from the perspective of academic members and strategies for confronting with these barriers in Rafsanjan University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health System Research*. 2013;9(3):269-76.
5. 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):e17820.
6. Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* Geneva: World Health Organization. 2003;96.
7. Maillet É, Mathieu L, Sicotte C. Modeling factors explaining the acceptance, actual use and satisfaction of nurses using an Electronic Patient Record in acute care settings: An extension of the UTAUT. *International journal of medical informatics*. 2015;84(1):36-47.
8. Darby C, Valentine N, De Silva A, Murray CJ. World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. World Health Organization: Geneva. 2003: 23 p.
9. Murthy RK. Building women's capacities: Interventions in gender transformation: New Delhi: Sage Publications; 2001. 22;75(2):311-313.
10. Peters BG, Pierre J. Citizens versus the new public manager: The problem of mutual empowerment. *Administration & Society*. 2000;32(1):9-28.
11. Li L, O'Brien KJ. The struggle over village elections. Cambridge: Harvard University Press, 1999.
12. Ayoubian A, Dopeykar N, Mehdizadeh P, Hoseinpoufard M, Izadi M. Surveying the Quality of care services in a military health center according to the SERVQUAL model. *Journal of Military Medicine*. 2015;16(4):225-9.
13. Hekmatpou D, Sorani M, Farazi A, Falahi Z, Lashgarara B. A survey on the quality of medical services in teaching hospitals of Arak University of Medical Sciences with SERVQUL model in Arak, *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2012 Dec 10;15(7):1-9.
14. Sina K, Babai Shibabandani M, Nadi Ghara A. Factors influencing the inpatients' satisfaction based on the Servqual model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;24(121):299-308.
15. Ameryoun A, Pourtaghi G, Yahaghi E, Heidari S, Bahadori M, Ebrahimnia M, et al. Outpatient and inpatient services satisfaction in Iranian military hospitals. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013;15(9):843.
16. Akhavan Behbahani A, Alidoost S, Masoudi Asl I, Rahbari Bonab M. Investigating the performance of Iran's health insurance organization and providing solutions for improvement: A mixed method study. *Iran J Health Insur*. 2018;1(3):39-47.
17. Hooshmand E, Ramzi A, Jamali J, Ghalandarabadi L, Vafae-najar A. Evaluation of the Staff Responsiveness Level to Patients Referred to Public and Private Hospitals in Mashhad during 2018. *Navid No*. 2019;22(71):1-10.
18. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Por los rincones *Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. 2002;3(2):113-45.
19. Mahmudreza G, Jamalodin TS, Amirashkan N, Mohammad M. Seven Dimensions Of Accountability In Iran's Teaching Hospitals: A National Study. *Payavard Salamat*. 2012;6(4).
20. Timori Nejad K. Accountability system in the municipality of tehran: research on how urban services and citizen satisfaction. Tehran: Alame Tabatabai University, School of Accounting and Management. 2004.
21. 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. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2011;13(5):302.
22. Rahmqvist M, Bara A-C. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International journal for quality in health care*.

- 2010;22(2):86-92.
23. Yildirim C, Kocoglu H, Goksu S, Gunay N, Savas H. Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. *Acta Medica journal (Hradec Kralove)/Universitas Carolina, Facultas Medica Hradec Kralove*. 2005;48(1).
24. Al Momani M, Al Korashy H. Patient experience of nursing quality in a teaching hospital in Saudi Arabia. *Iranian journal of public health*. 2012;41(8):42.
25. Akhtari-Zavare M, Abdullah MY, Hassan SS, Said SB, Kamali M. Patient satisfaction: evaluating nursing care for patients hospitalized with cancer in Tehran teaching hospitals, Iran. *Glob J Health Sci*. 2010;2(1):117-26.
26. Fillmore LA. (dissertation). Walking nursing rounds to improve nurse morale and patient satisfaction. Henderson: Touro University Nevada; 2010.
27. MacLeod L. Three keys to patient satisfaction: nursing, nursing, and nursing. *Nurse Leader*. 2012;10(5):40-3.
28. Dhale S, Patil J. Perception of patient and visitors on noise pollution in hospitals and need of the real time noise monitoring system. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, 2022. : 1081-1086
29. Mishra P, Gupta S. Study of patient satisfaction in a surgical unit of a tertiary care teaching hospital. *Journal of clinical orthopaedics and trauma*. 2012;3(1):43-7.
30. Clark PA, Leddy K, Drain M, Kaldenberg D. State nursing shortages and patient satisfaction: more RNs—better patient experiences. *Journal of nursing care quality*. 2007;27-119:(2)22.
31. Kian TP, Heng TK. An exploratory study on the factors that influence patient satisfaction and its impact on patient loyalty. *International Journal of Innovation, Management and Technology*. 2015;6(3):180.
32. Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tschudin V, Mansouri I. An Iranian perspective on patients' rights. *Nursing ethics*. 2006;13(5):488-502.
33. Sodani PR, Kumar RK, Srivastava J, Sharma L. Measuring patient satisfaction: A case study to improve quality of care at public health facilities. *Indian Journal of Community Medicine*. 2010;35(1):52-6.

Evaluating the responsiveness rate and explaining the challenges in service delivery and presenting solutions in teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences

Leila Gholandar Abadi¹, Hasan Niroomand Sadabad^{2,3}, Abolfazl Marvi², Alireza Ramzi⁴, Ali Vafaei Najjar^{5*}

1- Midwifery Expert, Health Insurance Research Unit, National Health Insurance Research Center, Health Insurance Administration of Khorasan Razavi Province, Mashhad, Iran.

2- PhD Student in Healthcare Services Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- Health Management Expert, Social Security Organization, Mashhad, Iran.

4- MD, Health Insurance Research Unit Expert, National Health Insurance Research Center, Health Insurance Administration of Khorasan Razavi Province, Mashhad, Iran.

5- PhD in Healthcare Services Management, Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Introduction: Appropriate and honest communication, along with respect for personal and professional values, is necessary for optimal patient care. This study aimed to evaluate the level of responsiveness, explain the challenges in service delivery, and present solutions in the teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences.

Methods: This mixed-methods study was conducted in the teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences in 2022. In the quantitative phase, patients covered by the Iran Health Insurance Organization were selected using a simple random sampling method. The data were collected using a standard questionnaire (WHO Responsiveness Questionnaire). The qualitative phase was conducted using a qualitative content analysis method. Participants (patients and hospital managers) were selected through purposive sampling. Semi-structured in-depth interviews were employed as a data collection method. SPSS and MaxQDA software were used to analyze quantitative and qualitative data, respectively.

Results: In the quantitative phase, the highest mean score among the dimensions of responsiveness was related to communication and patient dignity, while the lowest was associated with social support, confidentiality of information, and choice. The relationship between responsiveness dimensions and education level was significant only in the independence dimension ($p < 0.007$). In the qualitative phase, the challenges related to responsiveness were categorized into seven themes: managerial, cultural, functional, informational, evaluative, participatory, and infrastructural.

Conclusion: Setting goals and planning, establishing responsiveness units in hospitals, training managers, staff, and patients, and ensuring inter-departmental coordination can help improve responsiveness in teaching hospitals.

Keywords: Hospital, teaching hospital, Responsiveness, patient, Health Insurance, Iran

Please cite this article as follows:

Ghalandarabadi L, Niroomand Ssadabad H, Ramzi A.R, Vafaei Najjar A. Evaluating the responsiveness rate and explaining the challenges in service delivery and presenting solutions in teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences. *Hakim Health Sys.* 2023; 26 (1): 11-21.

*Corresponding Author: Ali Vafaei Najjar, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Tel: +98 9155158269 E-mail: vafaeai@mums.ac.ir

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.