

## کیفیت غیر بالینی خدمات در بیمارستان های آموزشی: سطح پاسخ گویی و اهمیت نسبی حوزه های مختلف آن

دکتر سمیه فضائی<sup>۱</sup>، دکتر مهدی یوسفی<sup>۲</sup>، زهرا سادات ارشادنی<sup>۳</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: با توجه به گستردگی وظایف و نقش بیمارستان های آموزشی در ارتقای سطح سلامت جامعه، توجه به پاسخ گویی آنها به عنوان یکی از اهداف سه گانه ی هر نظام سلامت ضروری است، لذا در این مطالعه سطح و اهمیت حوزه های هشت گانه پاسخ گویی در بیمارستان های آموزشی از دیدگاه خانوارهای شهر مشهد بررسی شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر توصیفی-مقطعی بود. ابزار پژوهش، پرسشنامه ای استاندارد بود که توسط سازمان جهانی بهداشت جهت سنجش پاسخ گویی در بیمارستان ها تدوین شده است. تعداد ۵۶۱ خانوار دارای سابقه مراجعه به بیمارستان های آموزشی، از طریق نمونه گیری چند مرحله ای از بین خانوارهای ساکن در دو منطقه ی منتخب شهر مشهد انتخاب شدند. تحلیل داده ها بر اساس الگوی سازمان جهانی بهداشت به تفکیک آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت.

یافته ها: حدود ۵۰ درصد از خانوارها پاسخ گویی حوزه های مختلف را در بیمارستان های آموزشی خوب و خیلی خوب گزارش کردند. حوزه ی محرمانگی اطلاعات بهترین و حوزه ی کیفیت امکانات رفاهی و حمایت اجتماع و خانواده، بدترین عملکرد را از دیدگاه خانوارها داشتند. بیشترین و کمترین اهمیت به ترتیب به حوزه های کیفیت امکانات رفاهی و حمایت اجتماعی و خانواده تعلق داشت.

نتیجه گیری: با توجه به پاسخ گویی نسبتاً پایین حوزه های مختلف و وجود شکاف بین اولویت های خانوارها با عملکرد بیمارستان های آموزشی، توجه بیشتر سیاستگذاران به اولویت های بیماران از جمله کیفیت امکانات رفاهی و ایجاد محتوای آموزشی مرتبط برای فراگیران علوم پزشکی، همچنین ارزیابی دوره ای پاسخ گویی، می تواند در ارتقای پاسخ گویی بیمارستان های آموزشی مفید باشد.

واژه های کلیدی: کیفیت، پاسخ گویی نظام سلامت، بیمارستان آموزشی، اهمیت

دریافت مقاله : دی ۱۳۹۵

پذیرش مقاله : اردیبهشت ۱۳۹۶

\*نویسنده مسئول :

دکتر مهدی یوسفی؛

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر

سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Email :

Yousefimh@mums.ac.ir

<sup>۱</sup> استادیار گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد مدیریت فناوری اطلاعات پزشکی، گروه مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

## مقدمه

مهارت در انجام اقدامات بالینی از ضروریات حرفه ی پزشکی است. کسب صلاحیت لازم در این زمینه، مستلزم صرف زمان و تمرین در یک بستر مناسب است که این بستر باید در بیمارستان های آموزشی برای فراگیران رشته های علوم پزشکی فراهم گردد (۱).

از طرف دیگر بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی کشور، بیش از ۷۰ درصد از موسسات درمانی ارائه دهنده ی خدمات بستری کشور را تشکیل می دهند (۳ و ۲). این وضعیت ممکن است منجر به تعارض هایی بین اولویت های آموزش علوم پزشکی و مراقبت از بیمار با حفظ حرمت و رضایت وی در فرایند آموزشی بالینی شود (۵ و ۴).

لذا با توجه به گستردگی وظایف و نقش این بیمارستان ها در ارائه خدمات درمانی (۷ و ۶)، انتظار می رود توجه به کیفیت غیر بالینی مراقبت های ارائه شده در این بیمارستان ها، به عنوان یک اولویت اساسی در ارائه خدمات مورد نیاز و یک مفهوم آموزشی در فرایند آموزش دانشجویان مد نظر قرار گیرد (۹ و ۸).

اهمیت توجه به انتظارات بیماران در فرایند ارائه خدمات مراقبت سلامت سبب شد که "پاسخ گویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت" در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از سه هدف عمده ارزیابی هر نظام سلامت به همراه دو هدف دیگر ارتقای سطح سلامت افراد و مشارکت مالی عادلانه، معرفی شود (۱۱ و ۱۰). این هدف دربرگیرنده ی هشت حوزه است که در دو دسته اصلی احترام به افراد و مشتری مداری قرار می گیرند.

احترام به افراد به جنبه های اخلاقی ارتباط بین افراد و نظام سلامت مرتبط است و شامل حوزه های: احترام به شان و منزلت افراد، استقلال، برقراری ارتباط مناسب کادر درمان با بیمار و حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار می باشد و مشتری مداری اشاره به اجزای مربوط به رضایت مشتری دارد و شامل حوزه های کیفیت امکانات رفاهی، توجه و رسیدگی فوری، دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی و خانواده (در طول مدت بستری) و حق انتخاب ارائه دهنده می باشد (۱۵-۱۲).

اکثر مطالعات پیشین با دیدگاه سنجش رضایت بیماران از دریافت خدمات در بیمارستان های آموزشی انجام شده اند (۱۹-۱۶). این در حالی است که پاسخ گویی در مقایسه با

رضایت بیمار موضوعی نسبتاً جدید بوده و تفاوت های قابل ملاحظه ای با مفهوم رضایت بیمار در حوزه هایی مانند هدف از ارزیابی، حیطه ی پژوهش و شاخص های ارزیابی دارد (۱۲). با این حال تاکنون مطالعات معدودی در خصوص ارزیابی پاسخ گویی بیمارستان های آموزشی در ایران صورت گرفته است و اکثراً به صورت موردی به ارزیابی بیمارستانی خاص پرداخته اند (۲۱ و ۲۰)، لذا ارایه تصویری روشن از وضعیت پاسخ گویی بیمارستان های آموزشی و تعیین اولویت های گیرندگان خدمات (بر اساس حوزه های مختلف پاسخ گویی)، می تواند سیاستگذاران آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی را در خصوص انجام اقدامات و برنامه های اصلاحی رهنمون سازد. بر این اساس مطالعه ی حاضر با هدف بررسی میزان اهمیت و سطح هر یک از حوزه های پاسخ گویی نظام سلامت در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

## روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی بود که به روش توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش در این مطالعه، خانوارهای ساکن در دو منطقه ی برخوردار و غیر برخوردار شهر مشهد بودند. مناطق مورد مطالعه بر اساس مطالعه ی یوسفی (۲۲) با عنوان "طبقه بندی اجتماعی نواحی شهر مشهد" انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران (احتمال ۵۰ درصد و خطای ۵ درصد) برابر با ۶۳۰ محاسبه گردید (۳۵۰ نمونه برای منطقه کم برخوردار و ۲۸۰ نمونه برای منطقه برخوردار بر اساس سهم جمعیتی). جهت انتخاب نمونه ها پس از تعیین طبقات، هر طبقه به چند خوشه با ویژگی های مشابه (بلوک های شهری) تقسیم شد؛ میانگین تعداد خانوارها در خوشه ها در منطقه برخوردار ۲۸ و در منطقه کمتر برخوردار ۴۳ خانوار بوده است. سپس پرسشگر تعداد نمونه های مشخص شده از هر خوشه را به صورت منظم از بین خانوارهای ساکن در مناطق مورد نظر انتخاب نمود.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه ی سازمان جهانی بهداشت شامل سوالات مربوط به ویژگی های جمعیتی دموگرافیکی خانوارها و سوالاتی در خصوص اهمیت حوزه های مختلف پاسخ گویی بود که در مطالعه ی رشیدیان و همکاران (۲۳) به فارسی برگردان و روایی و پایایی آن تایید شده بود.

## جدول ۱: معرفی موزه های مختلف پاسخ گویی نظام سلامت

توصیفی مختصر	حوزه
شامل درمان همراه با احترام به شان و منزلت همه افراد	احترام به شان و منزلت
شامل مشارکت در تصمیم گیری های مرتبط با درمان و کسب اجازه از فرد قبل از شروع هر گونه اقدام درمانی یا آزمایش	استقلال
شامل حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و حریم شخصی وی	محرمانگی
شامل گوش دادن به بیمار، ارائه وقت کافی به وی برای پرسیدن سوال و ارائه پاسخ های شفاف به وی	برقراری ارتباط مناسب
شامل 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
در موارد بستری شامل امکان ملاقات با دیگران و انجام اعمال مذهبی و دریافت غذای مورد علاقه یا هدایا از آنها	پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع
شامل نظافت و پاکیزگی، فضای کافی، تهویه هوای مطلوب و غذای سالم	کیفیت امکانات رفاهی
شامل حق انتخاب و تغییر مکان و همچنین فرد ارائه دهنده خدمات سلامت	حق انتخاب

۵ گزینه ای به نحوی بود که برای سنجش میزان اهمیت از خیلی با اهمیت (۵) تا بدون اهمیت (۱) و برای سنجش سطح پاسخ گویی از خیلی خوب (۵) تا خیلی بد (۱) امتیازبندی شد و از پاسخ دهندگان خواسته شد تا عدد ۱ تا ۵ را به هر یک از ابعاد پاسخ گویی اختصاص دهند. پاسخ گویی به تمام سوالات پرسشنامه به صورت متوسط حدود ۲۲ دقیقه به طول انجامید و در نهایت تعداد ۵۶۱ پرسشنامه توسط خانوارها تکمیل گردید. داده های جمع آوری شده بر اساس سوالات پژوهش و با استفاده از روش های آماری مانند جداول توزیع فراوانی و درصد میانگین و با بکارگیری آزمون آماری مناسب با بهره گیری از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS تحلیل و ارائه گردید.

## یافته ها

بررسی وضعیت دموگرافیکی پاسخ دهندگان نشان می دهد که از بین افراد شرکت کننده، ۴۸/۷ درصد آن ها را مردها و ۵۱/۳ درصد را زن ها تشکیل دادند. اکثر شرکت کنندگان در مطالعه بین ۳۸ تا ۵۸ سال سن داشتند و متوسط سنی آن ها ۴۲/۳ سال بود. در کمتر از نیمی از خانوارهای مورد مطالعه اقشار آسیب پذیر مانند کودکان، سالمندان و افراد نیازمند مراقبت طولانی مدت وجود داشتند. تقریباً یک سوم مشارکت کنندگان (۳۳/۷ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (جدول ۲).

جدول ۱ حوزه های مختلف پاسخ گویی نظام سلامت در پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت معرفی می کند (۱۰). پرسشنامه ها با روش مراجعه حضوری پرسشگر به درب منازل و تکمیل آن توسط عضو واجد شرایط خانوار (فرد مطلع و دارای سن ۱۸ سال و بیشتر) تکمیل گردید. پرسشگران قبل از شروع جمع آوری داده ها در خصوص هدف مطالعه، سوالات، محرمانه نگهداشتن اطلاعات خانوارها، نحوه نمونه گیری، انتخاب و برقراری ارتباط با خانوار آموزش داده شدند. بر این اساس در اولین تماس با نماینده خانوار و قبل از تکمیل پرسشنامه توضیحات کاملی در خصوص هدف مطالعه، سازمان حامی و سوالات پرسشنامه بر طبق راهنمای مصاحبه، توسط پرسشگر به نماینده خانوار ارائه شد. سپس از خانوارها پرسیده شد که آیا طی یک سال گذشته ۲۴ ساعت یا بیشتر در بیمارستان های آموزشی شهر مشهد که لیست آن ها توسط محقق به رویت نماینده خانوار می رسید، بیمار بستری داشته اند، یا خیر؟ در صورتی که سابقه مراجعه ذکر نمی شد آن خانوار از مطالعه حذف شده و بر اساس راهنمای انتخاب نمونه ها، خانوار جدید انتخاب در بلوک مربوطه انتخاب شد. از نماینده خانوار دارای سابقه بستری در بیمارستان های آموزشی با اختیار کامل و در صورت تمایل برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید و سپس مصاحبه حضوری بر اساس سوالات پرسشنامه با آن ها صورت پذیرفت. طیف پاسخ گویی به سوالات در مقیاس لیکرت

## جدول ۲: خصوصیات اقتصادی- اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه

درصد	تعداد	خصوصیات اقتصادی- اجتماعی
۵۷/۶۰	۳۲۳	منطقه کمتر برخوردار
۴۲/۴۰	۲۳۸	منطقه برخوردار



۴۸/۷۰	۲۶۶	مرد	جنس
۵۱/۳۰	۲۸۰	زن	
۶۳/۸۰	۳۴۷	خوب	وضعیت سلامت خود گزارش شده پاسخ گو
۲۹/۲۰	۱۵۹	متوسط	
۷/۰۰	۳۸	بد	
۷۲/۸۰	۳۹۷	دارد	بیمه پایه
۲۷/۲۰	۱۴۸	ندارد	
۶۶/۹۰	۳۴۵	دارد	بیمه تکمیلی
۳۳/۱۰	۱۷۱	ندارد	
۵۴/۶۰	۳۰۶	وجود ندارد	وجود فرد زیر ۱۲ سال در خانوار
۴۵/۴۰	۲۵۴	وجود دارد	
۷۱/۳۰	۳۹۸	وجود ندارد	وجود فرد بالای ۶۵ سال در خانوار
۲۸/۷۰	۱۶۰	وجود دارد	
۷۰/۰۰	۳۸۸	وجود ندارد	وجود فرد نیازمند مراقبت طولانی مدت در خانوار
۳۰/۰۰	۱۶۶	وجود دارد	

جدول ۳: درصد افرادی که موزه های مختلف پاسخ گویی را خوب و خیلی خوب گزارش دادند به تفکیک خصوصیات اقتصادی- اجتماعی آن ها

کل	وجود فرد بالای ۶۵ سال در خانوار	وضعیت سلامت خود گزارش شده پاسخ گو		منطقه محل سکونت		سطح تحصیلات		جنس	حوزه ها و زیر حوزه های پاسخ گویی	
		وضعیت خوب	وضعیت بد	منطقه برخوردار	منطقه کمتر برخوردار	دارای تحصیلات دانشگاهی	فاقد تحصیلات دانشگاهی			
۵۷	۷۰	۵۳	۶۱	۶۱	۵۴	۵۵	۵۹	۶۱	۵۴	مدت زمانی که طول کشید تا به بیمارستان برسید
۵۱	۶۱	۵۷	۵۱	۴۹	۵۲	۴۰	۵۶	۵۰	۵۱	زمان انتظار برای پذیرش
۵۴	۶۵	۵۵	۵۶	۵۵	۵۳	۴۸	۵۸	۵۶	۵۳	توجه و رسیدگی فوری
۴۹	۶۱	۵۷	۵۱	۵۰	۴۹	۴۷	۵۱	۴۸	۵۱	نحوه ی برخورد پرسنل و خوش آمدگویی آنها
۴۹	۶۱	۵۷	۵۱	۵۰	۴۹	۴۷	۵۱	۴۸	۵۱	احترام به شان و منزلت
۶۲	۷۱	۶۲	۶۰	۶۵	۵۹	۶۰	۶۳	۵۷	۶۷	در نظر گرفتن حریم خصوصی حین معاینه و درمان
۵۶	۶۷	۶۵	۵۵	۵۶	۵۶	۴۹	۶۰	۵۵	۵۶	شفافیت توضیحاتی که ارائه دهنده مراقبت سلامت به شما ارائه داد
۴۸	۶۲	۴۹	۴۸	۴۹	۴۸	۴۰	۵۳	۴۷	۴۹	کافی بودن زمانی که به شما برای پرسیدن در مورد مشکلات و درمان اختصاص داده شد
۵۲	۶۵	۵۷	۵۲	۵۳	۵۲	۴۵	۵۷	۵۱	۵۳	برقراری ارتباط مناسب
۴۹	۶۲	۴۷	۴۹	۴۷	۵۰	۴۲	۵۳	۴۹	۴۹	ارایه اطلاعات راجع به انواع دیگر درمان یا آزمایش ها

۴۴	۵۱	۵۱	۴۶	۴۵	۴۴	۳۹	۴۸	۴۸	۴۰	میزان دخالت شما در تصمیم گیری راجع به درمان و مراقبت سلامت
۴۷	۵۶	۴۹	۴۸	۴۶	۴۷	۴۱	۵۱	۴۸	۴۵	حق انتخاب
۵۱	۵۹	۶۲	۵۰	۵۰	۵۱	۴۵	۵۵	۴۹	۵۲	میزان خصوصی صحبت کردن ارایه دهنده ی مراقبت سلامت با شما
۶۴	۶۷	۷۵	۶۶	۶۸	۶۲	۶۵	۶۵	۶۵	۶۲	میزان محرمانه ماندن اطلاعات شخصی
۵۹	۶۶	۶۶	۵۹	۶۱	۵۷	۵۶	۶۱	۵۷	۶۰	محرمانگی
۴۹	۵۸	۵۳	۴۸	۵۰	۴۹	۴۹	۴۹	۴۷	۵۱	میزان آزادی شما در انتخاب ارایه دهنده ی مراقبت سلامت
۴۹	۵۸	۵۳	۴۸	۵۰	۴۹	۴۹	۴۹	۴۷	۵۱	استقلال
۴۵	۴۹	۵۷	۴۵	۴۳	۴۶	۴۰	۴۷	۴۵	۴۳	تمیزی تسهیلات داخل اتاق شامل دستشویی
۴۳	۴۶	۴۷	۴۴	۴۲	۴۳	۳۸	۴۵	۴۲	۴۲	میزان فضایی که در اختیار داشتید
۴۴	۴۷	۵۲	۴۵	۴۲	۴۵	۳۹	۴۶	۴۴	۴۲	کیفیت امکانات رفاهی
۴۵	۵۸	۵۷	۴۴	۵۰	۴۱	۴۰	۴۷	۴۶	۴۴	میزان راحتی ملاقات دوستان و خویشاوندان
۴۳	۴۹	۵۴	۴۲	۵۰	۳۹	۴۶	۴۱	۴۱	۴۶	میزان در تماس بودن با خارج بیمارستان
۴۴	۵۴	۵۵	۴۳	۵۰	۴۰	۴۳	۴۴	۴۴	۴۵	موقعی که در بیمارستان بودید
۴۴	۵۴	۵۵	۴۳	۵۰	۴۰	۴۳	۴۴	۴۴	۴۵	پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع

در جدول ۳ خصوصیات اجتماعی و اقتصادی مانند: جنس، میزان تحصیلات، منطقه محل سکونت، ارزیابی پاسخ گواز وضعیت سلامت کلی خود، در مورد افرادی که طی یکسال گذشته در بیمارستان های آموزشی شهر مشهد بستری بوده اند و عملکرد این بیمارستان ها را در زمینه ی پاسخ گویی به صورت "خوب و خیلی خوب" گزارش کرده اند، آورده شده است.

بهترین عملکرد در پاسخ گویی در بیمارستان های آموزشی مربوط به حوزه های محرمانگی و توجه و رسیدگی فوری

بوده است. همچنین بر اساس یافته ها، مشارکت کنندگانی که دارای تحصیلات بالاتر بودند نسبت به دیگران عملکرد بیمارستان های آموزشی را در زمینه ی پاسخ گویی در همه ی حوزه های هشت گانه خصوصاً حوزه ی توجه و رسیدگی فوری، ضعیف تر گزارش کردند. مشارکت کنندگانی که در منطقه ی کمتر برخوردار زندگی می کردند، حوزه های انتخاب و کیفیت امکانات رفاهی را کمی بهتر از افراد ساکن در منطقه ی برخوردار گزارش دادند، البته این تفاوت معنی دار نیست.

#### جدول ۴: درصد فالص مشارکت کنندگانی که هر یک از موزه های هشت گانه ی پاسخ گویی را به عنوان "بسیار مهم" انتقاد کرده اند (به تفکیک فصوصیات اقتصادی- اجتماعی)

کل	وجود فرد بالای ۶۵ سال در خانوار	خود ارزیابی سلامت		منطقه محل سکونت		سطح تحصیلات		جنس		حوزه های پاسخ گویی نظام سلامت
		وضعیت سلامت بد	وضعیت سلامت خوب	منطقه برخوردار	منطقه کمتر برخوردار	دارای تحصیلات دانشگاهی	فاقد تحصیلات دانشگاهی	مرد	زن	
۵۴/۲۰	۵۱/۸۰	۵۰/۰۰	۵۳/۵۰	۵۴/۲۰	۵۴/۱۰	۵۵/۴۰	۵۰/۹۰	۵۳/۶۰	۵۵/۳۰	احترام به شان و منزلت
۴۹/۳۰	۳۴/۹۰	۵۰/۰۰	۴۸/۷۰	۴۴/۳۰	۵۳/۰۰	۵۳/۰۰	۳۵/۸۰	۴۵/۴۰	۵۳/۴۰	محرمانگی
۴۶/۹۰	۴۴/۶۰	۴۷/۴۰	۴۶/۱۰	۴۶/۰۰	۴۷/۶۰	۴۷/۸۰	۴۰/۴۰	۴۸/۲۰	۴۵/۶۰	توجه و رسیدگی فوری
۴۲/۴۰	۴۴/۶۰	۴۷/۴۰	۴۱/۰۰	۴۵/۴۰	۴۰/۱۰	۴۵/۵۰	۳۵/۸۰	۴۰/۶۰	۴۳/۹۰	حق انتخاب
۴۲/۲۰	۳۶/۱۰	۴۷/۴۰	۳۹/۸۰	۴۳/۷۰	۴۱/۱۰	۴۶/۸۰	۴۱/۵۰	۴۴/۷۰	۴۰/۵۰	استقلال
۵۷/۸۰	۴۷/۶۰	۴۸/۶۰	۵۷/۶۰	۵۵/۵۰	۵۹/۶۰	۶۰/۸۰	۵۱/۹۰	۶۱/۱۰	۵۳/۶۰	کیفیت امکانات رفاهی

۲۹/۸۰	۲۵/۳۰	۳۴/۲۰	۳۰/۷۰	۲۵/۲۰	۳۳/۳۰	۲۲/۰۰	۳۸/۵۰	۲۹/۳۰	۲۹/۸۰	پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع
۵۱/۶۰	۴۱/۰۰	۵۷/۹۰	۴۷/۸۰	۵۴/۲۰	۴۹/۷۰	۵۷/۰۰	۳۷/۷۰	۵۳/۴۰	۴۹/۶۰	برقراری ارتباط مناسب

احترام به شان و منزلت، حق انتخاب، استقلال و ارتباطات را به عنوان مهم ترین حوزه انتخاب کرده بودند، در منطقه برخوردار نسبت به منطقه کمتر برخوردار بیشتر بوده اند.

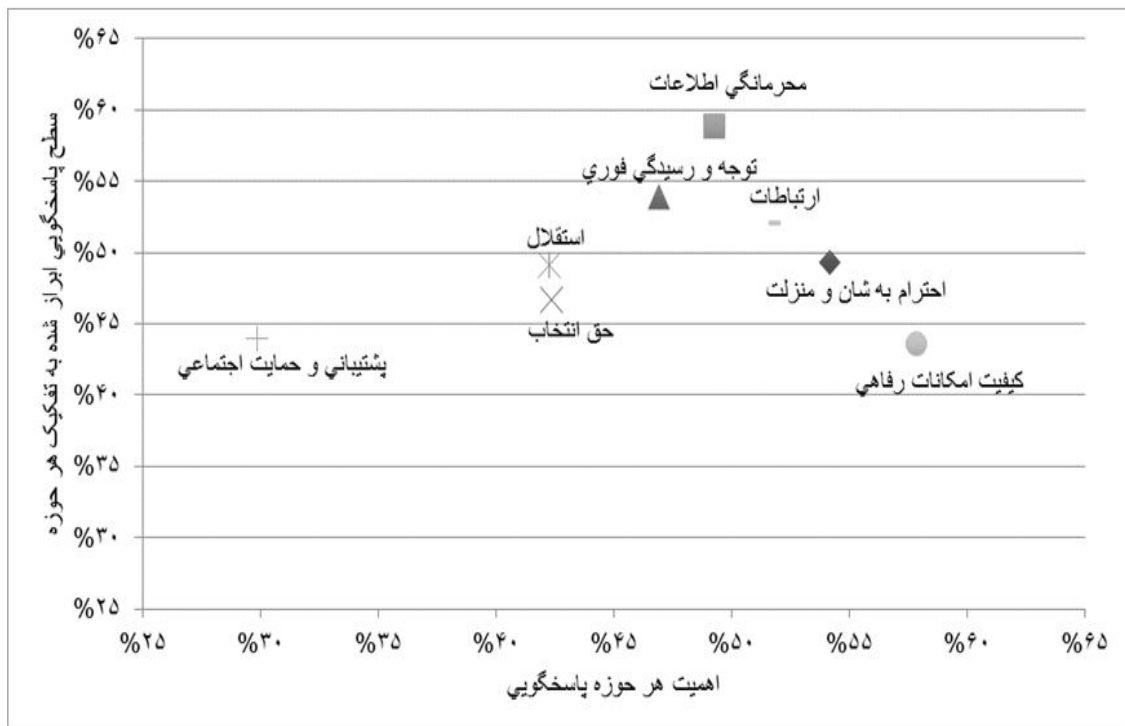
خانوارهایی که دارای افراد سالمند بودند، نسبت به سایرین بیشتر به حوزه ی احترام به شان و منزلت افراد و کیفیت امکانات رفاهی اهمیت می دادند. مشارکت کنندگانی که وضعیت سلامت کلی خود را "خوب" گزارش کرده بودند، بیشتر از دیگران به حوزه های توجه و رسیدگی فوری، حق انتخاب، استقلال، برخورداری از حمایت خانواده و اجتماع و ارتباطات اهمیت داده بودند.

همچنین بر اساس جدول ۴ مشاهده می شود که ارتباط معنی داری بین اهمیت حوزه ی احترام به شان و منزلت افراد با سطح تحصیلات (در سطح کمتر از ۰/۰۱ درصد) و وضعیت سلامت خود گزارش شده (در سطح کمتر از ۰/۰۵ درصد) وجود داشته است. همچنین بین میزان اهمیت اختصاص داده شده به حوزه ی توجه و رسیدگی فوری و استقلال با سطح تحصیلات پاسخ گو نیز ارتباط معنی داری دیده می شود (در سطح کمتر از ۰/۰۱ درصد).

جدول ۴ نسبت افرادی که حوزه های مختلف پاسخ گویی را "خیلی مهم" گزارش کردند به تفکیک خصوصیات اقتصادی و اجتماعی آن ها آورده شده است.

همان طور که در جدول ۴ دیده می شود، ۵۷/۸ درصد خانوارها حوزه ی کیفیت امکانات رفاهی را به عنوان مهم ترین حوزه ی پاسخ گویی انتخاب کردند که رتبه اول را از نظر اهمیت در بین حوزه های مورد بررسی به دست آورده است. بعد از آن احترام به شان و منزلت افراد (۵۴/۲) قرار دارد. همچنین ۲۹/۸ درصد از خانوارهای مورد مطالعه، توجه و رسیدگی فوری را به عنوان مهم ترین حوزه انتخاب کرده بودند.

مقایسه حوزه های مختلف پاسخ گویی بر اساس خصوصیات اجتماعی- اقتصادی شرکت کنندگان در مطالعه، نشان داد که زنان نسبت به مردان به حوزه های توجه و رسیدگی فوری، استقلال، کیفیت امکانات رفاهی و ارتباطات اهمیت بیشتری داده بودند. همچنین افراد تحصیل کرده تر نسبت به دیگران اهمیت همه حوزه های پاسخ گویی را بیشتر گزارش کرده بودند (به جز حوزه ی برخورداری از حمایت خانواده و اجتماع). بر اساس یافته ها تعداد افرادی که حوزه های



شکل ۱: مقایسه ی اهمیت نسبی اختصاص داده شده به موزه های هشت گانه پاسخ گویی نظام سلامت با سطح پاسخ گویی گزارش شده



گزارش شده در این مطالعه مقداری کمتر است (۲۴).

بیشترین سطح پاسخ گویی در حوزه های مربوط به محرمانگی اطلاعات و توجه و رسیدگی فوری و بدترین عملکرد مربوط به حوزه های کیفیت امکانات رفاهی و دسترسی به حمایت اجتماعی و خانواده بود. این یافته ها مشابه یافته های مطالعه رشیدیان و همکاران در خصوص سنجش پاسخ گویی در بین خانوارهای ساکن در منطقه کمتر برخوردار شهر تهران (منطقه ۱۷) (۲۳)، مطالعه کرمی تنها و همکاران در بیمارستان تخصصی قلب تهران (۲۱) و مطالعه Kowal و همکاران در بیمارستان های آسیا می باشد (۲۴).

در مطالعه ای که توسط اصغری و همکاران به هدف اندازه گیری پاسخ گویی نظام ارایه خدمات سلامت به کودکان دچار اختلال تکامل و عوامل موثر بر آن انجام پذیرفت، نتایج برای خدمات بستری، بهترین عملکرد را همانند مطالعه حاضر در حوزه ی محرمانگی (۷۸٪) و بدترین حوزه ها را مربوط به کیفیت امکانات رفاهی (۶۵٪) نشان داده است (۲۵).

در مورد اهمیت حوزه های هشت گانه ی پاسخ گویی از دیدگاه استفاده کنندگان از خدمات بستری در بیمارستان های آموزشی نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که کیفیت امکانات رفاهی بیشترین اهمیت و پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع کمترین اهمیت را از دیدگاه افراد مورد مطالعه داشته است. در این زمینه، تفاوت عمده ی نتایج این مطالعه با مطالعات مرتبط این بود که در اکثر مطالعات مورد بررسی که در بین کشورهای مختلف صورت پذیرفته، حوزه ی توجه و رسیدگی فوری شامل زمان انتظار و توجه و ارایه خدمات فوری به بیماران، به عنوان مهم ترین حوزه از سوی افراد و عامل تاثیر گذار در افزایش رضایت گیرندگان خدمت و عامل مهمی در انتخاب بیمارستان های خصوصی در نظر گرفته شده است (۲۱ و ۱۰)، اما در مطالعه ی حاضر و همچنین مطالعه ی رشیدیان و همکاران این حوزه در رده های دوم و سوم به بعد قرار دارد (۲۳).

نکته ی قابل توجه دیگر این است که در هر دو منطقه از شهر مشهد، میزان دسترسی به حمایت های اجتماعی دارای کمترین اهمیت بین خانوارها بوده است. در مطالعه ی دیگری نیز این حوزه دارای کمترین اهمیت در بین ۶۵ کشور مورد مطالعه بوده است (۱۰). همچنین در مطالعه نظرسنجی از متخصصان که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شد، رتبه هفتم به اهمیت این حوزه اختصاص داده شده است (۲۶). نتایج مطالعه ی Valentine و همکاران و کرمی تنها و همکاران نیز با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۱ و ۱۰).

در شکل ۱ اهمیت نسبی اختصاص داده شده به حوزه های هشت گانه پاسخ گویی نظام سلامت با سطح پاسخ گویی گزارش شده در هر حوزه از دیدگاه خانوارها مقایسه شده است. این شکل به ما کمک می کند به مقایسه بین اولویت های عنوان شده از دیدگاه خانوارها برای حوزه های مختلف پاسخ گویی و عملکرد بیمارستان های آموزشی در این حوزه ها پردازیم. در شکل ۱ درصد پاسخ گویانی که یک حوزه را به عنوان مهمترین حوزه انتخاب کرده اند با افرادی که آن حوزه را خوب و خیلی خوب گزارش داده اند مقایسه شده اند.

به عنوان مثال اگرچه حوزه کیفیت امکانات رفاهی به عنوان مهم ترین حوزه از دیدگاه خانوارها بیان شده است اما همانطور که در شکل ۱ دیده می شود، عملکرد آن در بیمارستان های آموزشی نسبتاً ضعیف گزارش شده است. همچنین حوزه ی برقراری ارتباط مناسب کادر درمان با بیمار، به عنوان حوزه مهم انتخاب شده است، اما دارای عملکرد ضعیفی می باشد. سایر حوزه هایی که عملکرد خوبی داشتند مانند محرمانگی دارای اهمیت کمتری بوده اند.

## بحث

با توجه به گستردگی وظایف و نقش بیمارستان های آموزشی در ارتقای سطح سلامت افراد جامعه در کنار توجه به ارتقای کیفیت آموزش بالینی در بیمارستان های آموزشی، توجه به اهمیت پاسخ گویی نظام سلامت به نیازهای غیرطبیعی و مشروع افراد به عنوان یکی از اهداف سه گانه ی هر نظام سلامت که بر رضایت و رفاه افراد تاثیر می گذارد ضروری به نظر می رسد (۵)، لذا در این مطالعه به بررسی سطح و اهمیت پاسخ گویی این بیمارستان ها در شهر مشهد در حوزه های هشت گانه پاسخ گویی پرداخته شد.

به طور میانگین ۵۰ درصد افراد پاسخ گویی بیمارستان های آموزشی را در حوزه های هشت گانه ی مورد بررسی خوب و خیلی خوب گزارش کردند.

این شاخص مقداری کمتر از میزان پاسخ گویی به دست آمده در مطالعه کرمی تنها و همکاران است که در بیمارستان آموزشی در شهر تهران اندازه گیری شده بود (۲۱) و همچنین کمتر از نتیجه ی مطالعه ی ابراهیمی پور و همکاران در مورد پاسخ گویی بیمارستان های عمومی شهر مشهد (۵۷/۲) است (۲۰).

همچنین در مقایسه با مطالعه ای که در چین و آسیا با هدف سنجش پاسخ گویی در حوزه ی خدمات بستری صورت پذیرفته است و میزان پاسخ گویی خوب ۵۳ به دست آمده است، میزان پاسخ گویی



بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، افرادی که دارای تحصیلات بالاتر بودند، اهمیت بیشتری به حوزه های محرمانگی، حق انتخاب ارایه دهنده خدمت و برقراری ارتباط مناسب داده بودند. بر ارتباط بین تحصیلات و اهمیت برخی از حوزه های مذکور در مطالعه ی کرمی تنها و همکاران نیز تاکید شده است (۲۱).

با توجه به قسمت آخر یافته های مطالعه، بین اهمیت ابراز شده برای برخی حوزه ها و عملکرد بیمارستان های آموزشی در این حوزه ها شکاف قابل ملاحظه ای مشاهده می شود، خصوصاً در حوزه ی کیفیت امکانات رفاهی و برقراری ارتباط موثر کادر درمان با بیمار.

یافته های برخی مطالعات دیگر نیز به وجود شکاف بین توقعات بیماران در مورد امکانات رفاهی مطلوب با دسترسی به آن در کشورهای در حال توسعه اشاره نموده اند (۲۰). یافته های این قسمت در مورد حوزه ی برقراری ارتباط موثر با یافته های مطالعه Peltzer & Phaswana-Mafuya انجام شده توسط WHO مطابقت دارد (۲۷). برقراری ارتباط موثر با بیمار و توجه به نگرانی ها و پاسخ مناسب به سوالات وی شاخصی چند وجهی، فراتر از حفظ استقلال بیمار است و مرتبط با برنامه های آموزش پزشکان و سایر کادر درمان در خصوص مهارت های برقراری ارتباط موثر می باشد (۲۸).

در مورد ارتباط بین خصوصیات اجتماعی و اقتصادی مشارکت کنندگان در مطالعه میزان پاسخ گویی ابراز شده، در مطالعه ی حاضر بین سطح تحصیلات، منطقه ی محل سکونت و وضعیت سلامت خود گزارش شده با اهمیت نسبی ابراز شده در مورد برخی حوزه های مورد بررسی ارتباط معنی دار دیده شد. در این مطالعه میانگین پاسخ گویی ابراز شده در منطقه ی برخوردار کمی بیش از منطقه ی غیر برخوردار بوده است. در مطالعه ی اصغری و همکاران و رشیدیان و همکاران تفاوت معنی داری بین میزان درآمد آن ها با میزان پاسخ گویی ابراز شده نشان داده نشد (۲۳ و ۲۵). اما در مطالعه ی Muhammad Butt & Cyril de Run نشان داد که سطح بالای مخارج سلامتی به عنوان نسبتی از تولید ناخالص داخلی با میزان کمتری عدالتی در پاسخ گویی همراه است (۱۲).

در مطالعه ی حاضر افرادی که وضعیت سلامت بدتری داشتند نسبت به آن ها که وضعیت سلامت بهتری داشتند، عملکرد بیمارستان در حوزه ی پاسخ گویی را بدتر گزارش داده بودند. اما سازمان جهانی

بهداشت در مطالعه ای به ارتباط بین سطح سلامت و امتیاز برخی حوزه های پاسخ گویی اشاره نموده اند (۱۲). در مطالعه ی حاضر کیفیت امکانات رفاهی از دیدگاه زنان، بهتر گزارش شده بود. این نتایج در مطالعه ای که در ترکیه انجام شده برعکس بوده است (۳۰).

البته نتیجه ی مطالعه ای که به بررسی عوامل موثر بر رضایت بیماران از بیمارستان های ایران پرداخت، نشان داد که فاکتورهای سن، جنس، وضعیت اقتصادی پاسخ گو، با میزان رضایت افراد از عملکرد بیمارستان های آموزشی ارتباط نداشته است (۳۱ و ۲۹).

تاثیر فاکتورهایی مانند: جنس و سن و میزان تحصیلات و درآمد بر میزان پاسخ گویی ابراز شده در برخی مطالعات پیشین مورد تاکید قرار گرفته است (۳۴-۳۲).

همچنین لازم به ذکر است که اکثر مطالعات انجام شده در داخل و خارج از ایران مانند مطالعات انجام شده در مشهد، تهران، اصفهان و آفریقای جنوبی (۲۷ و ۲۳ و ۲۱ و ۲۰) پاسخ گویی در بیمارستان های دولتی را کمتر از بیمارستان های بخش خصوصی گزارش داده اند؛ اگرچه نتایج برخی مطالعات مانند مطالعه ابراهیمی پور و همکاران این تفاوت را بین میزان پاسخ گویی بخش دولتی و خصوصی معنی دار نمی دانند (۲۰).

این در حالی است که بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه های کشور، بیش از ۷۰ درصد از موسسات درمانی کشور را تشکیل می دهند (۲۳)، لذا توجه به کیفیت غیر بالینی خدمات ارایه شده یا همان پاسخ گویی در این مراکز، به علت نقش مهمی که در نتیجه ی درمان (۳۵) و همچنین افزایش سطح رضایت و رفاه افراد مراجعه کننده به مراکز مراقبت درمانی آموزشی دارد (۳۶) از اهمیت بسزایی برخوردار است.

این مطالعه با محدودیت هایی نیز همراه بوده است که ممکن است بر نتایج تاثیرگذار باشند. همکاری ضعیف خانوارها در پاسخ گویی به سوالات یکی از موانع این مطالعه بود که سعی شد با تعیین زمان توافقی مراجعه ی مجدد به خانوارها و ارایه بسته های فرهنگی به آنها خانوارها ترغیب به همکاری شوند. همچنین سعی شد از پرسشگران زن و مرد برای گردآوری داده ها استفاده شود تا خانوارها در زمان پاسخ گویی امکان انتخاب پرسشگری که با وی راحت تر هستند، داشته باشند. مورد بعدی توجه به این نتیجه است که نمونه های مورد بررسی نمی توانند نمایانگر کل جامعه شهر مشهد باشند و نتایج، قابل تعمیم به کل جامعه نمی باشد. همچنین برخی پرسش نامه ها توسط



مفید باشد.

در ادامه پیشنهاد می شود که در پژوهش های بعدی به انتخاب حجم نمونه قابل تعمیم به کل شهر مشهد و مقایسه وضعیت پاسخ گویی در بخش دولتی با بخش خصوصی در مقیاس وسیع تری و به تفکیک خدمات سرپایی و بستری نیز پرداخته شود.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه بدون همکاری خانوارهای ساکن در مناطق مورد مطالعه امکان پذیر نبود به این وسیله از همه افرادی که در انجام این مطالعه محققان را یاری نمودند، تقدیر و تشکر می شود. ضمناً این مقاله قسمتی از گزارش مربوط به طرح تحقیقاتی با کد ۹۱۰۵۸۱ مصوب در دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد که در اینجا از حمایت مالی این دانشگاه تقدیر و تشکر می گردد.

همراه بیمار پاسخ داده شده است که ممکن است با نظر گیرنده ی مستقیم خدمت متفاوت بوده باشد.

## نتیجه گیری

با توجه به پایین بودن نسبی میزان پاسخ گویی در حوزه های مختلف در بیمارستان های آموزشی در شهر مشهد و وجود شکاف بین اولویت های دریافت کنندگان خدمات و عملکرد بیمارستان های آموزشی در حوزه های مورد نظر، توجه بیشتر مدیران سیستم آموزش بالینی و برنامه ریزان به اولویت ها و نیازهای مشروع بیماران که در این مطالعه، حوزه ی کیفیت امکانات رفاهی و احترام به شان و منزلت افراد در اولویت از دیدگاه خانوارها بوده اند و طراحی و اجرای معیارهای مناسب برای مؤسسه های آموزشی و ایجاد محتواهای آموزشی مناسب مرتبط برای فراگیران همچنین ارزیابی دوره ای نظرات دریافت کنندگان خدمات، می تواند در ارتقای پاسخ گویی بیمارستان های آموزشی

## منابع

1. Dent J, Hunt D & Harden R. A practical guide for medical teachers. Netherlands: Elsevier Health Sciences; 2013: 20-53.
2. Behboodi F. Effective factors on selection of governmental or private hospital with surgical patients. Journal of Guilan University of Medical Sciences 2000; 9(35-36): 34-40[Article in Persian].
3. Asefzadeh S. Hospital management & research. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences; 2003: 189-90[Book in Persian].
4. Parsapoor A, Bagheri A & Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2010; 3(1-2): 39-47[Article in Persian].
5. Varmaghani M, Arab M, Zeraati H & Akbari Sari A. The most important factors that patient chose public or private hospital. Journal of Hospital 2011; 10(1): 45-52[Article in Persian].
6. Rottger J, Blumel M, Fuchs S & Busse R. Assessing the responsiveness of chronic disease care-is the world health organization's concept of health system responsiveness applicable? Social Science & Medicine 2014; 113(1): 87-94.
7. Robone S, Rice N & Smith PC. Health systems' responsiveness and its characteristics: A cross-country comparative analysis. Health Services Research 2011; 46(6): 2079-100.
8. Forouzan AS, Rafeiy H, Padyab M, Ghazinour M, Dejman M & Sebastian MS. Reliability and validity of a mental health system responsiveness questionnaire in Iran. Glob Health Action 2014; 7(1): 1-10.
9. Forouzan AS, Ghazinour M, Dejman M, Rafeiy H & Sebastian MS. Testing the who responsiveness concept in the Iranian mental healthcare system: A qualitative study of service users. BMC Health Services Research 2011; 11(1): 325.
10. Valentine N, Darby C & Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from who's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. Social Science & Medicine 2008; 66(9): 1939-50.
11. WHO. The world health report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: WHO; 2000: 23-137.
12. WHO. Health system performance assessment: Debates, methods and empiricism. Geneva: WHO; 2003: 573-670.
13. 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(1): 72.



14. Campbell SM, Roland MO & Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 2000; 51(11): 1611-25.
15. 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): 154.
16. 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[Article in Persian].
17. Mostadam M, Raissi S & Haghighirad F. Improving patient's satisfaction index in a given healthcare center using the six sigma methodology. *Journal of Health System* 2013; 5(2): 55-65[Article in Persian].
18. 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[Article in Persian].
19. Dahmardehei M, Rashedi F, Koosha F & Sadegh Khosh S. A study on satisfaction level of patients referred to emergency centers of Zahedan. *Journal of Zabol University of Medical Sciences and Health Services* 2013; 6(1): 60-7[Article in Persian].
20. 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): 85-90.
21. Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H & Nojomi M. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: Evidence form a university hospital. *Archives of Iranian Medicine* 2014; 17(11): 736-40.
22. Yousefi A. A reflection on the social boundaries of urban space Mashhad, position classification. *Journal of Social Sciences* 2010; 6(2): 61-91[Article in Persian].
23. Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: A household survey in 17<sup>th</sup> district of Tehran. *Iran Red Crescent Med J* 2011; 13(5): 302-8.
24. Kowal P, Naidoo N, Williams SR & Chatterji S. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health* 2011; 3(10): 638-46.
25. 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* 2007; 5(1): 29-37[Article in Persian].
26. De Silva A & Valentine N. Measuring responsiveness: Results of a key informants survey in 35 countries. Available at: [http://www-nt.who.int/whosis/statistics/discussion\\_papers/pdf/paper21.pdf](http://www-nt.who.int/whosis/statistics/discussion_papers/pdf/paper21.pdf). 2017.
27. Peltzer K & Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action* 2012; 5(1): 1-11.
28. Zeithaml VA, Parasuraman A & Berry LL. *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. New York: Free Press; 1990: 30-63.
29. Muhammad Butt M & Cyril de Run E. Private healthcare quality: Applying a Servqual model. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23(7): 658-73.
30. Ugurluoglu O & Celik Y. How responsive Turkish health care system is to its citizens: The views of hospital managers. *Journal of Medical Systems* 2006; 30(6): 421-8.
31. Rice N, Robone S & Smith P. Analysis of the validity of the vignette approach to correct for heterogeneity in reporting health system responsiveness. *The European Journal of Health Economics* 2011; 12(2): 141-62.
32. Malhotra C & Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan* 2013; 28(2): 197-205.
33. Peracchi F & Rossetti C. Heterogeneity in health responses and anchoring vignettes. *Empirical Economics* 2012; 42(2): 513-38.

34. Bleich SN, Ozaltin E & Murray CJL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization* 2009; 87(4): 271-8.
35. Anhang Price R, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L, et al. Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review* 2014; 71(5): 522-54.
36. Valentine N, Verdes-Tennant E & Bonsel G. Health systems' responsiveness and reporting behavior: Multilevel analysis of the influence of individual-level factors in 64 countries. *Social Science & Medicine* 2015; 138(1): 152-60.



# Non-Clinical Quality of Care in Teaching Hospitals: Responsiveness Level and Relative Importance of Different Domains

Fazaeli Somayeh<sup>1</sup> (Ph.D.) - Yousefi Mehdi<sup>2</sup> (Ph.D.) - Ershadnia  
Zahra Sadat<sup>3</sup> (M.S.)

1 Assistant Professor, Medical Records and Health Information Technology Department, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2 Assistant Professor, Health Economics and Management Sciences Department, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3 Master of Science in Medical Information Technology Management, Medical Records and Health Information Technology Department, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

## Abstract

Received: Dec 2016

Accepted: Apr 2017

**Background and Aim:** Considering the scope of tasks and the role of teaching hospitals in the promotion of population health, it is important to consider their responsiveness as one of the three goals of health system. The aim of this study was to evaluate the level and relative importance of responsiveness domains in teaching hospitals from the viewpoint of households living in selected areas of Mashhad.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study, a valid questionnaire designed by World Health Organization (WHO) was used. From among the households of two selected areas of Mashhad, 561 families that had the background of referring to teaching hospitals were selected via multi-stage sampling. Based on WHO pattern, descriptive and inferential statistics were used for data analysis.

**Results:** About 50 percent of the respondents expressed the level of responsiveness as good and very good. Information confidentiality domain and the quality of amenities got the highest and lowest ranks from the respondents' viewpoint, respectively. The highest and lowest importance belonged to the domains of quality care facilities and family and social support, respectively.

**Conclusion:** Considering the relatively low responsiveness of different domains and also the existing gap between families' priorities and performance of teaching hospitals, it seems necessary that policymakers pay more attention to patients' priorities such as the quality of care facilities and the creation of appropriate educational content related to medical students. Also, periodic evaluation of responsiveness can be useful in promoting the responsiveness of teaching hospitals.

**Keywords:** Quality, Health System's Responsiveness, Teaching Hospital, Importance

\* Corresponding Author:

Yousefi M;

Email:

Yousefimh@mums.ac.ir