



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲۴: طراحی و استقرار نظام سنجش
پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان
خدمت در بیمارستان

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۲۴: طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت در بیمارستان

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

عضو هیئت علمی گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

همکاران اصلی:

دکتر سمیه فضائلی، طیبه براتی، سیده نفیسه ارفع شهیدی

فهرست مطالب

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی.....	۱
۱-۱) کلیات و بیان مساله.....	۲
۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان.....	۳
۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان.....	۴
۱-۲-۲) گام دوم: اولویت‌بندی ذینفعان.....	۴
۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی.....	۷
۱-۳) حمایت‌طلبی از ذینفعان کلیدی.....	۷
۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی.....	۸
۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت‌طلبی اولیه ذینفعان کلیدی.....	۹
۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت‌طلبی اولیه.....	۱۱
فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح.....	۱۲
۲-۱) مبانی نظری.....	۱۳
۲-۱-۱) اهداف نظام سلامت.....	۱۳
۲-۱-۲) کارکردهای نظام سلامت.....	۱۳
۲-۱-۳) ضعف‌ها و چالش‌های اصلی نظام سلامت.....	۱۴
۲-۱-۴) ارزیابی عملکرد نظام سلامت.....	۱۴
۲-۱-۵) پاسخگویی نظام سلامت.....	۱۶
۲-۱-۶) پاسخگویی و کیفیت مراقبت.....	۱۷
۲-۱-۷) پاسخگویی و حقوق بیمار.....	۱۸
۲-۱-۸) پاسخگویی و رضایت بیمار.....	۱۹
۲-۱-۹) حوزه‌های مختلف پاسخگویی نظام سلامت.....	۲۰
۲-۲) مرور متون.....	۲۵
۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی.....	۲۵
۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی.....	۲۷
۲-۲-۳) جمع‌بندی مطالعات مربوط به پاسخگویی نظام سلامت.....	۳۰
۲-۳) روش کار و چارچوب طرح.....	۳۱
۲-۳-۱) روش کار.....	۳۱
۲-۳-۲) چارچوب طرح.....	۴۱
فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه‌های تعامل با محیط و ذینفعان.....	۶۶

۳-۱	شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت‌طلبی و تعامل با ایشان.....	۶۷
۳-۲	نکات مهم در حمایت‌طلبی برای اجرا.....	۷۱
فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداریسازی.....		
۴-۱	روش اجرا.....	۷۳
۴-۱-۱	طراحی پرسشنامه الکترونیک در سامانه ارزیابی مستمر.....	۷۳
۴-۱-۲	شناسایی ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت و تعریف ایشان در سامانه	
	ارزیابی مستمر بیمارستان.....	۷۳
۴-۱-۳	آموزش ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت.....	۷۴
۴-۱-۴	روش ارزیابی توسط ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت.....	۷۶
۴-۱-۵	انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و تولید راهنمای تکمیل.....	۷۹
۴-۲	چالش‌ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه.....	۷۹
۴-۳	روش‌های بازخورد به ذینفعان.....	۸۰
۴-۳-۱	گزارش‌های دوره‌ای.....	۸۰
۴-۳-۲	گزارش‌های آنلاین.....	۸۴
۴-۴	امکانات نهایی در سامانه ارزیابی.....	۸۴
۴-۵	یافته‌های اجرای پروژه.....	۸۵
۴-۵-۱	مقایسه تعداد ارزیابی‌های انجام‌شده قبل و بعد از اجرای پروژه.....	۸۵
۴-۵-۲	یک نمونه گزارش کامل.....	۸۷
منابع.....		۹۲

پیشگفتار

بیمارستان‌ها سهم قابل توجهی از هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل پیچیدگی‌های ساختاری در حوزه منابع انسانی، تجهیزات و فرآیندهای ارائه خدمات، نیازمند سازوکارها و راهبردهای کارآمد برای بهبود بهره‌وری هستند. این ضرورت به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی که با محدودیت منابع مواجه‌اند، بیش از پیش احساس می‌شود. در ایران، با وجود انجام برخی مطالعات در زمینه بهره‌وری بیمارستان‌ها، همچنان چالش‌هایی نظیر نبود رویکردهای جامع و یکپارچه و عدم انطباق این مطالعات با شرایط واقعی بیمارستان‌های دولتی مشاهده می‌شود.

بهره‌وری در بیمارستان‌ها مفهومی چندبعدی است که نه تنها به کارایی در استفاده از منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و زمان) مرتبط می‌شود، بلکه اثربخشی خدمات درمانی و بهداشتی را نیز در برمی‌گیرد. بهره‌وری بیمارستان صرفاً به کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد محدود نمی‌شود، بلکه باید بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایت بیماران و کارکنان را نیز شامل شود. به عنوان نمونه، در بیمارستان‌های دولتی، بهینه‌سازی فرآیندها، کاهش زمان انتظار بیماران، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و کاهش خطاهای پزشکی از جمله راهکارهای کلیدی برای افزایش بهره‌وری محسوب می‌شوند.

با توجه به اهمیت این موضوع، در سال‌های گذشته بسیاری از بیمارستان‌های کشور از جمله مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد با رویکردی علمی و مبتنی بر مدیریت تغییر، اقدام به طراحی و اجرای مدل‌هایی برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها نموده‌اند. در این راستا، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به‌عنوان یک نهاد پیشرو در تولید و ترویج شواهد علمی در حوزه سلامت، مطالعه حاضر را با هدف مستندسازی و انتشار تجربیات موفق بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در زمینه بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها به آقای دکتر مهدی یوسفی (مدیر وقت توسعه و پشتیبانی نیروی انسانی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد) سفارش داد. این پژوهش با هدف تکمیل و مستندسازی یک مدل جامع برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها در قالب ۲۶ طرح مرتبط به هم انجام شده است که به علت حجم بالای مطالب، گزارش هر طرح به صورت جداگانه تدوین گردیده است و این مجلد، گزارش یکی از طرح‌های یادشده می‌باشد. امید است مستندسازی این تجربیات ارزشمند بتواند الگویی علمی و مبتنی بر شواهد در اختیار بیمارستان‌های دولتی کشور قرار دهد و به مدیران مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت کمک کند تا عملکرد مراکز درمانی را بهبود بخشند و گامی مؤثر در راستای ارتقای رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بهبود سلامت جامعه بردارند.

دکتر علی اکبری ساری، رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی

فهرست مطالب فصل:

- کلیات و بیان مساله
- شناسایی و تحلیل ذینفعان
 - گام اول: شناسایی ذینفعان
 - گام دوم: اولویت‌بندی ذینفعان
 - گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی
- حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی
 - بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی
 - راهکارهای جلب حمایت ذینفعان کلیدی
 - نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

۱-۱) کلیات و بیان مساله^۱

بر طبق دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، حفظ کرامت انسانی و رعایت حقوق مردم که از آن به عنوان پاسخگویی نظام سلامت به نیازها و توقعات مشروع غیرطبی مردم یاد می شود، هدفی است که به همراه دو هدف ارتقای سطح سلامت و مشارکت مالی عادلانه، حوزه های ارزیابی نظام های سلامت را در هر کشوری تشکیل می دهند (۱).

انتخاب این هدف برای نظام سلامت، نشان دهنده این است که پاسخگویی نظام سلامت باید در چارچوب سیاست گذاری ها و برنامه ریزی ها در این بخش به رسمیت شناخته شود و راهبردهایی برای ارزیابی و بهبود آن تعیین گردد اهمیت توجه به انتظارات بیماران در فرآیند ارائه خدمات مراقبت سلامت سبب شد که "پاسخگویی 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 ارتقاء سطح سلامت افراد و مشارکت مالی عادلانه، معرفی شود. این هدف دربرگیرنده هشت حوزه هست که در دودسته اصلی احترام به افراد و مشتری مداری قرار می گیرند (۲).

احترام به افراد به جنبه های اخلاقی ارتباط بین افراد و نظام سلامت مرتبط هست و شامل حوزه های: احترام به شأن و منزلت افراد، استقلال، برقراری ارتباط مناسب کادرمان با بیمار و حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار هست. 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 دارد (۳).

ارتقای سطح پاسخگویی نظام سلامت در ایران اسلامی که بر هویت معنوی انسان و توجه ویژه به بعد ملکوتی و روحی او علاوه بر سه بعد زیستی، روان شناختی و اجتماعی اهتمام دارد و تأثیر عوامل روحی و ارتباط عاطفی و معنوی را در سلامت و بیماری مورد تأکید قرار می دهد، اهمیت دوچندان می یابد. بر این اساس، اسناد و قوانین بالادستی ایران نیز مانند قانون اساسی، سند چشم انداز ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی سلامت کشور، هدف مراعات حقوق اسلامی، انسانی، مدنی، پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندگان نظام سلامت را به عنوان یکی از اهداف کلان نظام سلامت عنوان کرده اند (۴).

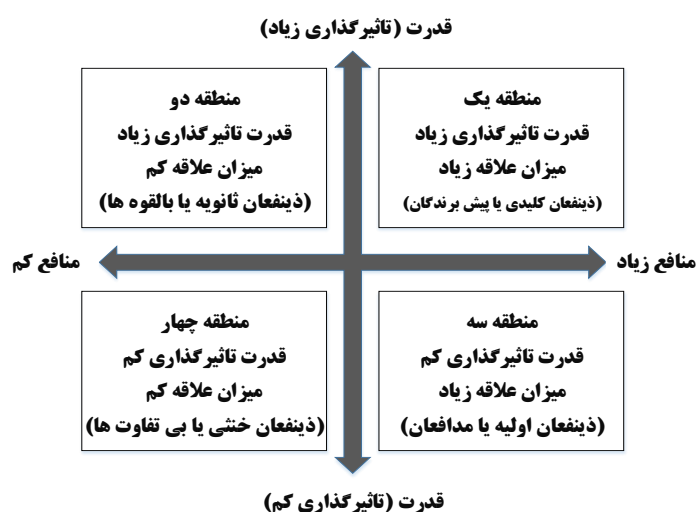
رعایت این امر در بیمارستان ها به عنوان مراکزی که به بیماران عمدتاً بدحال تر خدمات ارائه می دهند بسیار بااهمیت است. زیرا درد بیماری انسان را به مراتب زودرنج تر و آسیب پذیرتر می سازد. همچنین ارائه تصویری روشن از وضعیت پاسخگویی بیمارستان های آموزشی و تعیین اولویت های گیرندگان خدمات (بر اساس حوزه های مختلف پاسخگویی) می تواند

^۱ فرهنگ سازمانی زیرساخت اساسی برای طراحی و اجرای هرگونه برنامه به ویژه برنامه های تغییر محور می باشد. این موضوع به تفصیل قبلاً توضیح داده شد و در این قسمت به جهت پرهیز از تکرار موضوعات ارائه نشده است. لذا توصیه می شود در صورتیکه خواننده صرفاً این برنامه را می خواهد مطالعه یا اجرا کند حتماً قسمت مربوط به تغییر و بحث مرتبط با فرهنگ سازمانی و اهمیت آن را و نحوه تحلیل فرهنگ سازمانی را در فصل مربوطه مطالعه نماید.

سیاست‌گذاران آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی را در خصوص انجام اقدامات و برنامه‌های اصلاحی رهنمون سازد. بر این اساس مطالعه حاضر باهدف طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان خدمت در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) شهر مشهد انجام شده است.

۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان

توجه به کثرت ذینفعان پروژه و باهدف صرفه‌جویی زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان کلیدی انجام می‌گیرد. روش مورد استفاده برای بررسی و شناسایی ذینفعان کلیدی در پروژه حاضر ماتریس منافع - قدرت بوده است. در این ماتریس، ذینفعان را از دو بعد مختلف قدرت که شاخصه تأثیرگذاری و منافع که شاخصه تأثیرپذیری است مورد تحلیل قرار می‌دهد. شکل یک الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می‌دهد.



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل یک دیده می‌شود ذینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند، پیش‌برندگان یا ذینفعان کلیدی نام‌گذاری شده‌اند (۵). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه‌گیری رفتاری با مقیاس لیترت و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ساختاریافته است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع ذینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۱ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان خدمت هستند، می‌پردازد. این روش مشخص می‌کند که ذینفعان چگونه بر مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تأثیرگذار و یا تأثیرپذیرند. جهت تحلیل ذینفعان سه‌گام اصلی شامل شناسایی، اولویت‌بندی و شناخت ذینفعان کلیدی دنبال می‌شود.

¹ key informants

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان

اولین گام جهت طراحی سیستم نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت است. ذینفعان پروژه، افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. ذینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند(۶). اسامی ذینفعان مرتبط با پروژه نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد در جدول دو ارائه شده است.

۱-۲-۲) گام دوم: اولویت‌بندی ذینفعان

اولویت‌بندی ذینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر ذینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشأ قدرت ذینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه هست. سرچشمه منافع ذینفعان در نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود هست (جدول ۱).

جدول ۱: ریشه‌های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل ذینفعان

حوزه اصلی	منشاء	توضیح مختصر
قدرت	تصویب	این مورد به اختیار ذینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می‌شود.
	زمان	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تأخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت ذینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی /خروجی‌های پروژه اشاره دارد.
منافع	اهداف و رسالت	این مورد به مواردی مرتبط می‌گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه ذینفع مرتبط است. در این حالت ذینفع علی‌رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه‌ها یک نقش مانند تأمین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت‌ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه ذینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت‌های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مصالح به سلامت کارکنان و ایمنی ایشان مرتبط می‌شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به‌منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص طراحی و اجرای الگوی سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت ناشی از اختیار در تصویب پروژه هست و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی هست. حیطه منافع معاون آموزش و سلامت بیمارستان مسائل مرتبط با اهداف و رسالت معاونت هست. این منشأ منافع به موضوعاتی از قبیل تأکید بر سیاست « بیمار محوری با اولویت رعایت تکریم در فرایندهای ارائه خدمت» در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی و سیاست گذاری در خصوص اجرای سنجش های اعتباربخشی بیمارستان ها، نظارت بر اجرای درست دستورالعمل های ابلاغ شده از سوی دانشکده ها و تعامل با مدیریت بیمارستان، برنامه ریزی جهت تدوین روش های کاربردی تضمین کیفیت خدمات و تکریم ارباب رجوع، اجرای برنامه ها، آئین نامه و مقررات آموزشی از جمله آیتم های تأثیرپذیری این معاونت اشاره دارد.

حیطه منافع مسئول دفتر بهبود کیفیت در ارتباط با کیفیت خدمات ارائه شده هست. از آنجاکه پاسخگویی به نیازهای غیرطبی بیماران به عنوان یک بعد مهم کیفیت خدمات ارائه شده محسوب می گردند در نتیجه جزو حیطه ای ارزیابی و توسعه در این دفتر محسوب می شود. همچنین بیماران یکی از ذینفعان اصلی این طرح می باشند زیرا نظرسنجی از دیدگاه آن ها صورت می گیرد و نتایج این نظرسنجی ها طبق گزارش ها دوره ای به مسئولین بیمارستان گزارش و نهایتاً در موارد دارای ضعف برنامه های اصلاحی پیشنهاد و اجرا خواهند شد. همچنین این بیماران هستند که در نهایت سطح پاسخگویی بیمارستان را تعیین می کنند.

قدم بعدی تحلیل تأثیر بالقوه ای هست که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آن ها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تأمین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت های گوناگون مورد سنجش قرار می گیرد. در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن ها، چگونگی نفوذ بر آن ها برنامه ریزی گردد. بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع هست. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان خدمت در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از دینفعان پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت

نمره منافع	نمره قدرت	حیطه/حیطه‌های منافع	حیطه/حیطه‌های قدرت	دینفع
۸	۹	اهداف و رسالت، حق قانونی توسعه فرصت‌ها	تصویب، زمان، کیفیت و هزینه	رئیس بیمارستان
۴	۸	اهداف و رسالت، منافع اقتصادی و توسعه فرصت‌ها	تصویب، زمان، کیفیت و هزینه	معاون توسعه مدیریت و منابع
۹	۷	اهداف و رسالت، حفظ شرایط موجود و توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	رئیس اداره بهبود کیفیت
۸	۷	اهداف و رسالت، حفظ شرایط موجود	کیفیت و زمان	مدیر پرستاری
۷	۶	اهداف و رسالت معاونت، حفظ شرایط موجود	کیفیت	معاون آموزش و سلامت
۴	۴	اهداف و رسالت بیمارستان و توسعه فرصت‌ها	کیفیت	رئیس بخش
۷	۴	اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود	کیفیت و زمان	سوپروایزر
۸	۴	اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود	کیفیت و زمان	سرپرستار
۸	۴	حفظ شرایط موجود و توسعه فرصت‌ها	کیفیت	بیماران
۶	۴	اهداف و رسالت بیمارستان	تصویب	حراست
۳	۴	حفظ شرایط موجود	هزینه	رئیس امور مالی
۶	۴	اهداف و رسالت بیمارستان-توسعه فرصت‌ها	کیفیت	مسئول روابط عمومی
۴	۴	سلامت و ایمنی	کیفیت	شهروندان
۴	۴	حق قانونی - سلامت و ایمنی	کیفیت، تصویب	رسانه‌ها
۳	۳	حفظ شرایط موجود و توسعه فرصت‌ها	کیفیت	پرستار
۳	۳	حفظ شرایط موجود و توسعه فرصت‌ها	کیفیت	کارکنان غیر بالینی
۳	۲	اهداف و رسالت بیمارستان، حفظ شرایط موجود	کیفیت و زمان	مسئول واحد
۳	۲	اهداف و رسالت بیمارستان-توسعه فرصت‌ها	کیفیت	پزشکان

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از دینفعان شناسایی شده در قسمت بعدی دینفعان باید بر اساس اهمیتی که برای سازمان دارند، طبقه‌بندی شوند. به عبارت دیگر دینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن‌ها را به شکل متفاوتی دسته‌بندی کند. به منظور اولویت‌بندی و دسته‌بندی دینفعان، مدل‌ها و چارچوب‌های مختلفی ارائه شده است که در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



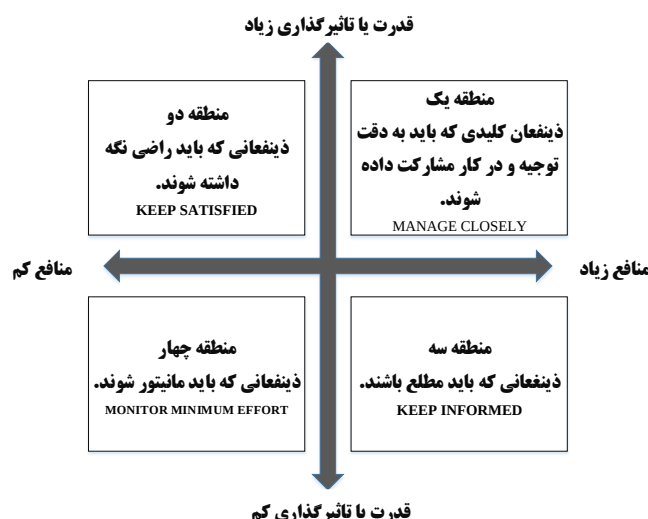
شکل ۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

۳-۲-۱) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تأثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثرپذیری بالا در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع - قدرت (شکل ۲) ذینفعانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می‌گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می‌بایست شناسایی گردند. بر این اساس رئیس بیمارستان، مدیر خدمات پرستاری، رئیس دفتر بهبود کیفیت، معاون آموزش و سلامت بیمارستان به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه طراحی و اجرای الگوی سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت شناسایی شدند.

۳-۱) حمایت‌طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت‌طلبی اولیه مدنظر هستند، کسانی هستند که می‌بایست به دقت به لحاظ علاقه‌مندی‌ها و نوع نگاهشان به پروژه پیشنهادی موردبررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همان گونه که در شکل ۳ دیده می‌شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت قرار می‌گیرند باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش‌های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



شکل ۳: جهت گیری در خصوص حمایت طلبی دینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش دینفعان کلیدی

قبل از تماس با دینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه ها و ویژگی های دینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که دینفعان کلیدی پروژه طراحی و اجرای سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۳: سطح پذیرش دینفعان کلیدی پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی

گیرندگان خدمت

ویژگی های اساسی سطح			نام سطح ^۱	سطح پذیرش	دینفع کلیدی
پذیرش کامل و آگاهانه	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش ذهنی یا سطحی			
دارد	دارد	دارد	اعتماد (ایمان)	چهارم	رئیس بیمارستان
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	مدیر خدمات پرستاری
دارد	دارد	دارد	اعتماد (ایمان)	چهارم	رئیس دفتر بهبود کیفیت
ندارد	ندارد	دارد	اعتقاد یا باور	دوم	معاون آموزش و سلامت بیمارستان

^۱ سطوح پذیرش در خصوص یک پروژه شامل سطح اول عدم اعتقاد/باور، سطح دوم اعتقاد یا باور، سطح سوم: اعتماد یا ایمان و سطح چهارم: اطمینان یا یقین می باشد.

۲-۳-۱) راهکارهای جلب حمایت‌طلبی اولیه ذینفعان کلیدی

در جدول ۴ روش‌های استفاده شده برای حمایت‌طلبی اولیه در خصوص پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت ارائه شده است.

جدول ۴: رویکردها و تکنیک‌های مورد استفاده برای حمایت‌طلبی اولیه پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت	مدیر خدمات پرستاری	رئیس دفتر بهبود کیفیت
ارتباط یک‌سویه	به اشتراک‌گذاری اطلاعات			✓	✓
	آموزش ذینفع			✓	✓
	بولتن‌ها اطلاع‌رسانی و مکاتبات با ذینفع			✓	✓
	گزارش کارهای انجام‌شده			✓	✓
	گزارش‌های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی			✓	
	اطلاع‌رسانی از طریق وب‌سایت‌ها	✓			
	سخنرانی	✓			
	ارائه‌های اجلاس، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها	✓			
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیررسمی عمومی	✓	✓	✓	✓
	تبلیغات رسانه‌ای				✓
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای			✓	✓
	گروه‌های کانون	✓		✓	
	ارزیابی محیط کار	✓	✓	✓	
	کمیته‌های رسمی ویژه ذینفع				✓
	میز خطابه‌های دائمی				
	کمیته‌های مشورتی ذینفع				
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	✓	✓	✓	✓
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه				
	میزگردهای مشورتی	✓			✓
	جلسات سیاست‌گذاری	✓			✓
	درگیر سازی مجازی در اینترنت و اینترنت				
شرکت‌ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه‌گذاری مشترک				
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه‌ای و ماندگار برای ذینفع				
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع				
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع				

یکی از مهم‌ترین دینفعان کلیدی در اجرای پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی
گیرندگان خدمت، مدیر پرستاری هست که در ادامه نمونه‌ای از گفتگوی مدیر تغییر پروژه با ایشان ارائه می‌گردد:

مدیر تغییر: یکی از موضوعاتی که در کمیته اخلاق بالینی مطرح شده است که به نظر موضوع باسابقه‌ای هست بحث
سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی بیماران است که خیلی مهم و قدیمی. در هر حال به نظر من روی موضوع از قبل
حساسیت وجود داشته الآن هم حساسیت‌ها مقداری بیشتر شده و به نظر نیاز هست که سریع‌تر بیمارستان وارد عمل به شه
و کار رو حداقل به یک صورتی به سروسامان. الآن که آگاهی در مورد اهمیت رضایت بیماران بالا رفته باید از این فرصت
استفاده کنیم.

مدیر پرستاری: بله درست می‌فرمایید. ولی بحث رضایت و نارضایتی بیماران موضوع حساسی هست و همین الآن هم وقتی
در جلسات طرح می‌شوند معمولاً موضع دچار چالش میش و همه سعی کهن موضوعاتی را مطرح کنن که نتایج را به چالش
بکش.

مدیر تغییر: خوب نگاه کنید صحبت شما دقیقه درست هست به همین خاطر می‌گم این فرصتی هست که باید از آن
استفاده کنیم. ما با روش مشخص و علمی و با همفکری تمام افرادی که درگیر کار هستند تا حد ممکن به نظرم باید ابعاد
کار رو روشن کنیم. وقتی مراحل انجام کار روشن به شه چالش‌ها کمتر میش.

مدیر پرستاری: خوب به نظر بد نیست که در این مسیر حرکت کنیم تا نتایجی که به دست می‌اریم بهتر و مفیدتر باشه.
اما باید مقداری با احتیاط روی این موضوع حرکت کنیم که باعث واکنش‌های منفی شدید نشه.

مدیر تغییر: حالا صحبت‌هایی که ما الآن باهم داریم اولیه هست و هنوز هیچ کار خاصی انجام ندادیم. هدف این است که
ما فعلاً روی نیاز به کار بر روی این موضوع به یک‌زبان مشترک برسیم. تا جایی که من فهمیدم شما با کلیت موضوع موافق
هستید و می‌شه کار رو شروع کرد. انشا... در طول کار باید همه دینفعان که به نحوی با این موضوع درگیر هستند در مسیر
کار قرار بگیرن و خود شما هم به‌عنوان پیشران موضوع رو هدایت کنید و انشا... با بهترین روش، کار اجرا به شه.

معاون آموزش و سلامت بیمارستان: بسیار خوب انشا...

۳-۳-۱) نکات مهم در فرآیند حمایت‌طلبی اولیه

به صورت کلی در ارتباط با این دسته از ذینفعان کلیدی می‌بایست نکات زیر مدنظر قرار گیرد:

- تا زمانی که طراح / مدیر تغییر خود به صورت کامل روی موضوع تغییر مسلط نشده است نباید فرایند حمایت‌طلبی اولیه را آغاز نماید. در صورت شروع فرآیند حمایت‌طلبی اولیه بدون تسلط کافی مدیر تغییر تأثیرگذاری و تأثیرپذیری مراودات بین ایشان با ذینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مراوداتی که در خصوص پروژه پیشنهادی با هر یک از این ذینفعان کلیدی برگزار می‌شود، طراح یا مدیر تغییر می‌بایست با اعتماد به نفس و محکم‌البته با رعایت ادب موضوعات را ارائه دهد.
- مدیر تغییر یا طراح پروژه می‌بایست در ارتباط با ذینفعان کلیدی جایگاه ایشان را مدنظر قرار دهد از ایجاد صمیمیت بیش از حد با ایشان پرهیز کند و در تمام صحبت‌ها جایگاه ایشان را مدنظر قرار دهد.
- عموماً ذینفعان کلیدی افرادی پرمشغله هستند، لذا طراح / مدیر تغییر باید برای برگزاری جلسه حمایت‌طلبی اولیه برنامه داشته باشد. این برنامه باید در حداقل زمان ممکن اجرا شود.
- جلسه یا مراوده‌ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت‌طلبی اولیه ذینفعان کلیدی در این مرحله انجام می‌شود می‌بایست معطوف به یک ارائه اولیه توسط طراح یا مدیر تغییر باشد و سعی شود ادامه بحث به پاسخ به سؤالات ذینفعان کلیدی مربوطه طی شود. هرچقدر ذینفع کلیدی مربوطه سؤالات بیشتری مطرح کند احتمال حمایت‌طلبی ایشان نیز برای شروع پروژه تغییر افزایش خواهد یافت.
- طراح یا مدیر تغییر همواره باید این نکته را مدنظر داشته باشد که آن کسی که باید پروژه پیشنهادی را تأیید و اجازه شروع فاز مطالعه را صادر کند ذینفع کلیدی هست. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجیه کافی احتمالاً پروژه در مراحل بعدی برای غلبه بر مقاومت‌های احتمالی با مشکل عدم حمایت مواجه خواهد شد.

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب

طرح

فهرست مطالب فصل:

- مبانی نظری
 - مفهوم و تعریف پاسخگویی
 - شاخص‌ها و ابزار سنجش پاسخگویی در نظام سلامت
- مرور متون
 - مرور تجربیات و شواهد داخلی
 - مرور تجربیات و شواهد خارجی
 - جمع‌بندی مطالعات مربوط به پاسخگویی نظام سلامت
- روش کار و چارچوب طرح
 - روش کار
 - گام اول: شناسایی مصالح و حمایت‌طلبی اولیه
 - گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه‌ریزی
 - گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی
 - گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری‌سازی
 - چارچوب طرح

(۲-۱) مبانی نظری

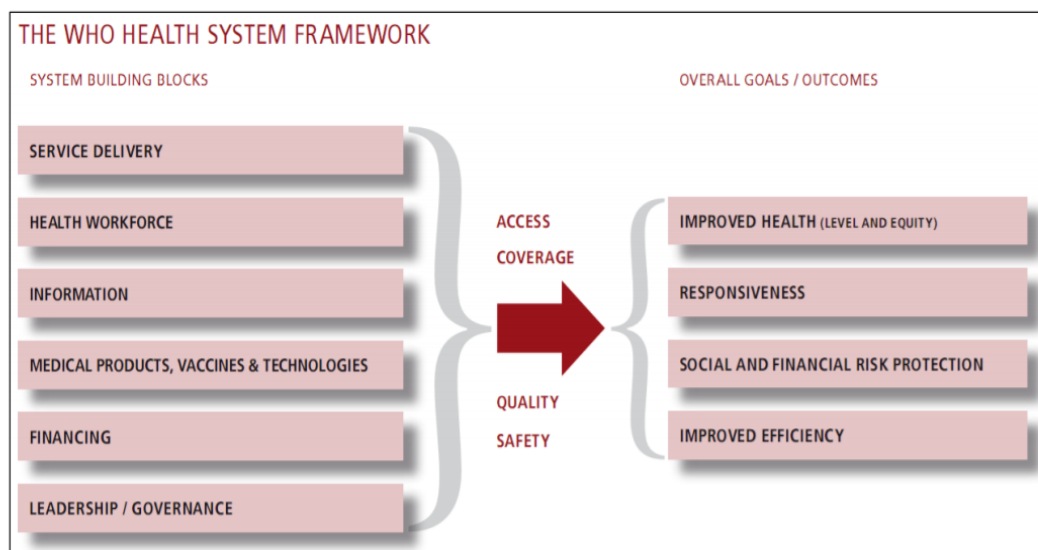
(۲-۱-۱) اهداف نظام سلامت

از آنجا که سلامت بهتر، اصولاً فلسفه وجودی یک نظام سلامت است، بدون شک هدف اصلی و معنی بخش آن نیز هست و چنانچه نظام های سلامت، کاری در قبال حفظ و یا ارتقای سلامت جامعه انجام ندهند، هیچ دلیلی برای حضور و فعالیت این نظام وجود ندارد (۱). هدف دیگر هر نظام سلامت مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت می باشد. زمینه نیل به این هدف معمولاً زمانی که تأمین مالی نظام سلامت از طریق منابع عمومی (مثلاً توسط دولت) صورت می گیرد، بیشتر فراهم است. اما حتی زمانی هم که همه چیز از طریق پرداخت های مستقیم افراد تأمین مالی می شود، عدالت در تأمین مالی، یک بحث چالشی و جدی می باشد و چگونگی اندازه گیری و نیل به آن نیز مورد بحث قرار می گیرد (۱، ۱۷، ۱۸)

علاوه بر دو هدف ارتقای سلامت و مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت که به آن ها اشاره شد، بر طبق دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، حفظ کرامت انسانی و رعایت حقوق مردم که از آن به عنوان پاسخگویی نظام سلامت به نیازها و توقعات مشروع غیر طبی مردم یاد می شود، سومین هدفی است که یکی از حوزه های ارزیابی نظام های سلامت را در هر کشوری تشکیل می دهند (۱). انتخاب این هدف به عنوان یکی از اهداف سه گانه هر نظام سلامت نشان دهنده این است که ارزیابی و بهبود پاسخگویی نظام سلامت باید در چارچوب سیاست گذاری در نظام سلامت به رسمیت شناخته شود و راهبردهایی برای پیشبرد دستیابی به آن تعیین گردد (۱). اولین گام در این راه، انتشار گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت بود، که به بررسی عملکرد نظام های سلامت پرداخت و از آن زمان توجه بیشتر به شناسایی ابزارها و رویکردهای جایگزین برای اندازه گیری عملکرد نظام سلامت در دستیابی به اهداف تعیین شده، مورد توجه قرار گرفت (۱) این اهداف و کارکردها در سال ۲۰۰۸ بازنگری شد.

(۲-۱-۲) کارکردهای نظام سلامت

موفقیت نظام های سلامت در نیل به اهداف آن ها، به عملکرد کارکردهای درونی آن ها بستگی دارد. این کارکردها را به شیوه های گوناگون می توان طبقه بندی کرد و با اهداف نظام سلامت مرتبط ساخت. شکل ۴ ضمن تبیین کارکردهای نظام سلامت در قالب شش کارکرد اصلی، چگونگی ارتباط آن ها با یکدیگر و اهداف این نظام را نشان می دهد. نظام سلامت در نگاه اکثر افراد، تنها همان ارائه کنندگان و سازمان هایی است که به ارائه خدمات پزشکی فردی می پردازند. اما تعریفی وسیع تر از نظام سلامت، همه افراد و سازمان هایی که به ارائه خدمات سلامت مشغول هستند را شامل می شود، که هر کدام از آن ها، اگرچه یکی از کارکردهای اصلی نظام را انجام می دهند، اما کل نظام را شکل نمی دهند (۱)



Source: World Health Organization (WHO). (2007) *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva: WHO Document Production Services.

WHO 2007

شکل ۴: کارکردها و اهداف نظام سلامت

۳-۱-۲) ضعف‌ها و چالش‌های اصلی نظام سلامت

نظام سلامت در برخی کشورها مانند ایران با چالش‌های جدی مواجه است. به طوری که ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات، کارشناسان و حتی سیاست‌گذاران از نحوه ارائه خدمات راضی نبوده و مشکلات عدیده‌ای را گوشزد می‌کنند (۱۹). در تقسیم‌بندی کلی می‌توان ضعف‌ها و چالش‌های اصلی نظام سلامت خصوصاً در ایران را در چهار گروه زیر دسته‌بندی نمود:

- عدالت، دسترسی و رضایتمندی
- ساختار و نیروی انسانی نظام سلامت در کشور
- کارایی و کیفیت خدمات سلامت
- مدیریت و پاسخگویی

۴-۱-۲) ارزیابی عملکرد نظام سلامت

برای ارزیابی اینکه یک نظام سلامت تا چه حد کار خود را خوب انجام می‌دهد، باید به دو سال عمده پاسخ گفت: سوال اول، نحوه ارزیابی پیامد مورد انتظار است، یعنی اینکه چه چیزهایی در ارتباط با چهار هدف سلامت خوب، پاسخگویی و مشارکت مالی عادلانه و بهبود کارایی به دست آمده است. سوال دوم، نحوه مقایسه این دستیابی با آن چیزی است که نظام باید قادر به انجام آن باشد، یعنی بهترین چیزی که با همین منابع قابل دستیابی است (۱)

سال‌ها پیش، سازمان جهانی بهداشت تلاشی را در جهت ایجاد یک چارچوب محتوایی برای توسعه هر چه بیشتر و سریع‌تر ابزارهای اندازه‌گیری عملکرد نظام‌های سلامت بنیان‌گذاری نمود (۱) پنج دلیل یا مشکل اساسی باعث شد که سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۹۸ تلاش کند که یک چارچوب مناسب برای ارزیابی عملکرد نظام‌های سلامت ارائه دهد (۱، ۲۰). این پنج علت عبارت بودند از:

۱- اولین مشکل، مناقشات ملی و بین‌المللی در زمینه پیچیدگی طراحی یا اصلاح نظام سلامت است که به علت فقدان شفافیت در مورد ماهیت اصول یا اهداف ذاتی نظام‌های سلامت دچار آشفتگی بود.

۲- برخلاف پزشکی مبتنی بر شواهد، هنوز تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در زمینه اینکه چگونه می‌توان نظام سلامت را ارتقاء بخشید، وجود ندارد. یکی از اهداف اصلی WHO، توانمندسازی دانش محوری جهانی در مواردی است که در نظام سلامت کاربرد دارد.

۳- مشکل سوم، قطعه‌قطعه بودن نظام سلامت در بسیاری از کشورهاست و اینکه متصدیان نظام سلامت در هر زمان، تنها به قطعه‌ای از این جورچین توجه می‌کنند. تصمیم‌گیرندگان ممکن است احساس نمایند فقط در قبال منابع و فعالیت‌های حیطه تحت مدیریت روزمره خود مسئول هستند، در حالی که دولت به عنوان مسئول و سیاست‌گذار نظام سلامت در کشور، باید برای دستیابی به اهداف اجتماعی کلان، مانند ارتقاء سلامت جامعه مشارکت فعال داشته باشد. ایجاد یک چارچوب پاسخگویی که تصمیم‌گیرندگان را درک تصویر بزرگ‌تری از نظام سلامت یاری دهد، امری ضروری است.

۴- مشکل چهارم، اینکه در بسیاری از کشورهای جهان، توجه متمرکز بر ارائه فن‌آوری‌های خاص است. استفاده از فن‌آوری‌های هزینه‌اتر بخش‌تر برای ارتقای سلامت یا کاهش نابرابری‌ها در سلامت، یک بعد مهم از سیاست‌گذاری در عرصه سلامت است.

۵- درنهایت، مشکل پیچیدگی نظام سلامت و استفاده از زبان تخصصی خاص در این زمینه اغلب مشارکت وسیع سیاست‌گذاران ملی در مباحث سلامت را محدود کرده است.

ایجاد این چارچوب ارزیابی می‌تواند در توانمندسازی جامعه مدنی و عامه مردم برای مشارکت فعال در تدوین سیاست‌های سلامت ملی مثر ثمر باشد. برای رسیدن به این هدف استراتژیک (ایجاد یک چارچوب مناسب برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت)، سازمان جهانی بهداشت اهداف اختصاصی زیر را مدنظر قرار داده است:

۱- ایجاد چارچوبی برای توصیف، تحلیل و درنهایت ارتقاء عملکرد نظام سلامت که انعطاف پذیر و قابل استفاده در مناطق مختلف باشد.

۲- توسعه یک ابزار مؤثر و کاربردی برای ارائه اطلاعات مرتبط و به موقع به تصمیم گیرندگان در سطوح مختلف منطقه‌ای و ملی در زمینه عملکرد نظام سلامت جهت آگاه‌سازی آن‌ها از نتایج کار و دیده‌بانی اهداف منطقه‌ای و ملی و ارزیابی سیاست‌ها.

۳- ایجاد ابزاری مناسب برای تصمیم گیرندگان ملی در عرصه سلامت در جهت توانمندسازی هر چه بیشتر جهت به اشتراک گذاری تجربیات در سطوح مختلف ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی و کمک در جهت رشد دانش جهانی در زمینه شناسایی روش‌های مفید و یا ناکارآمد در زمینه ارزیابی عملکرد نظام سلامت.

۴- انجام ارزیابی‌های دوره‌ای در سطح منطقه‌ای و ملی و ارائه آن به سیاست‌گذاران، سازمان‌های بین‌المللی و مردم (۲۰)

حال با توجه به آشنایی نسبی با نظام سلامت و اهداف و کارکردهای آن در این مرحله، برای نزدیک شدن به موضوع به بررسی ابعاد هدف "پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیر طبی" می‌پردازیم.

۵-۱-۲) پاسخگویی نظام سلامت

همان‌طور که اشاره شد، عمده‌تاً ارزیابی عملکرد هر نظام سلامت در چهار حوزه ارتقاء سطح سلامت، پاسخگویی به نیازهای غیرآبی مردم و مشارکت مالی عادلانه و افزایش کارایی هست. از آنجاکه ایران، کشوری است بر پایه دین مبین اسلام، لذا توجه به حفظ کرامت انسانی و حقوق مردم، بیش از یک توصیه سازمان جهانی بهداشت یا یک هدف عادی برای نظام سلامت کشور است و می‌توان گفت، حفظ کرامت انسانی و حقوق مردم، که در این مطالعه از آن به پاسخگویی نظام سلامت به نیازها و توقعات غیر طبی مردم یاد می‌شود، یک وظیفه شرعی هست، که همه افراد مخصوصاً کسانی که در حوزه نظام سلامت کشور فعالیت می‌کنند، مکلف به رعایت آن می‌باشند. بر این اساس، پاسخ به این سال که میزان پاسخگویی نظام سلامت در هر سطح کشور و به تفکیک مناطق مختلف جغرافیایی به چه میزان است، بسیار مهم است (۷).

از طرفی استقلال مفهومی هدف "پاسخگویی نظام سلامت"، به معنی بی‌تأثیر بودن آن بر روی سلامت افراد نیست، زیرا افرادی که با دلسوزی و توجه در محیطی خوشایند درمان می‌شوند، حتماً پاسخ بهتری به مشاوره‌ها و توصیه‌های پزشکی پیشنهادشده توسط ارائه‌کننده خدمت در دوره تشخیص و درمان می‌دهند. این امر همچنین می‌تواند نتایج درمان را بهبود دهد و بدین ترتیب یک نظام سلامت پاسخگو به افزایش سلامت افراد از طریق تأثیر پاسخگویی مناسب بر پیگیری مراقبت از طرف بیماران و کمک به ارتباط بهتر با ارائه‌دهندگان خدمات و فهم بهتر اطلاعات مربوط به سلامتشان کمک بسزایی می‌نماید (۸).

افراد این حق را دارند که از نظام سلامت انتظار داشته باشند با آن‌ها با رعایت شأن و احترام فردی برخورد نماید و تا حد ممکن و بدون تأخیر طولانی مدت خدمات سلامتی با دقت بالا و متناسب با نیازهای آن‌ها ارائه شود. این موضوع نه تنها باید در ارتباط با پیامدهای بهتر سلامت رعایت شود، بلکه باید به ارزش وقت بیمار نیز احترام گذاشته شود و اضطراب وی کمتر گردد. همچنین بیماران غالباً انتظار محرمانه بودن فرآیند درمان خود را دارند و اینکه در تعیین انتخاب‌های مربوط به سلامت خودشان و تصمیم‌گیری راجع به آن‌ها (از جمله اینکه مراقبت سلامت را کجا و از چه کسی دریافت خواهند کرد) دخیل شوند. نباید همیشه انتظار داشت که آن‌ها به صورت منفعل خدماتی را دریافت کنند که ارائه‌دهنده به‌تنهایی آن‌ها را تعیین کرده است. عدم تحقق این انتظارات، باعث ایجاد نارضایتی عمومی و گسترده درباره نحوه ارائه خدمات سلامت می‌شود که ممکن است همراه با انبوهی از خطاها، تأخیرها، بی‌ادبی‌ها، دشمنی‌ها و بی‌تفاوتی‌ها از سوی کارکنان و ممانعت از ارائه مراقبت از سوی ارائه‌دهندگان خدمات باشد (۹). از سوی دیگر میزان پاسخگویی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌تواند در میزان استفاده از خدمات سلامت مؤثر باشد، به این صورت که مردم ممکن است خدمات در دسترس را به دلیل پاسخگویی ضعیف مراکز ارائه‌دهنده مربوطه استفاده نکنند (۳۶).

۶-۱-۲) پاسخگویی و کیفیت مراقبت

به نظر می‌رسد مفهوم پاسخگویی، نزدیک به ادبیات کیفیت مراقبت هست، اما از بسیاری جهات با آن متفاوت است. ادبیات مربوط به کیفیت مراقبت بسیار گسترده است و چارچوب‌های متفاوتی برای ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده است. بسیاری چارچوب دونابدیان^۱ شامل کیفیت فنی، فرآیند و ساختار را برای ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه‌شده، بکار می‌برند (۱۰).

کیفیت فنی با جنبه‌هایی مثل مناسب بودن^۲، مؤثر بودن^۳ و صلاحیت تخصصی^۴ تعریف می‌شود. کیفیت فرآیند به جنبه‌هایی مانند اطلاع‌رسانی و ارتباطات^۵، احترام^۶، حق انتخاب^۷ و خودمختاری^۸ اشاره دارد (۱۱) که به آن کیفیت خدمات^۹ (۱۲) یا اجزای بین فردی کیفیت^{۱۰} (۱۳) نیز گفته می‌شود.

^۱ Donabedian framework

^۲ Appropriateness

^۳ Effectiveness

^۴ Technical competence

^۵ Information provision communication

^۶ Respect

^۷ Choice

^۸ Autonomy

^۹ Service quality

^{۱۰} Interpersonal component of quality

کیفیت ساختار شامل ابعادی مثل تداوم مراقبت^۱، قابل خرید بودن^۲، تأمین وسایل رفاه^۳ و در دسترس بودن^۴ می‌شود. نقش کیفیت فنی در ارتقاء سلامت نیز در چارچوب ارزیابی عملکرد نظام سلامت که سازمان جهانی بهداشت ارائه داده است، از طریق تأثیری که در پیامدهای سلامتی می‌گذارد، اندازه‌گیری می‌شود. استطاعت مالی نیز گاهی اوقات جزء کیفیت ساختاری در نظر گرفته می‌شود (۱۱) که در چارچوب ارزیابی عملکرد سازمان جهانی بهداشت قسمتی از آن در هدف مشارکت مالی لحاظ و اندازه‌گیری می‌شود (۱۴).

پاسخگویی، بیشتر مرتبط با ابعاد بین فردی کیفیت مراقبت هست تا کیفیت فنی مراقبت و این ابعاد می‌توانند در تعیین جنبه‌های مختلف پاسخگویی بکار رود، اما چارچوب کیفیت به‌تنهایی دربرگیرنده تمام جنبه‌های موردتوجه و مهم در پاسخگویی نیست و همچنین نمی‌تواند بین حوزه‌های مربوط به ارتقاء سلامت و حوزه‌هایی که باعث ارتقاء رفاه از طریق سایر مکانیسم‌ها می‌شود، تمیز قائل شود (۱۵).

۷-۱-۲) پاسخگویی و حقوق بیمار

امروزه نظام‌های بهداشتی و درمانی بیشتر کشورها، منشور حقوق بیمار را در جهت دستیابی به رضایتمندی بیماران تدوین کرده و به سطوح اجرایی ابلاغ می‌کنند تا مفاد آن را اجرا نمایند (۱۶، ۱۷). ازجمله این کشورها می‌توان به ایالات متحده آمریکا، کانادا، انگلستان، فرانسه، ایتالیا، چکسلواکی، استرالیا، سوئد، هنگ‌کنگ و ژاپن اشاره کرد که با اعلام حقوق بیماران، بیمارستان‌ها را به رعایت این حقوق ملزم نمودند (۱۷-۱۹). برخی از این حقوق مندرج در منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف عبارت‌اند از: حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و باکیفیت بالا، حق برخورداری از اطلاعات، حق محرمانه بودن اطلاعات بیماران، حق رضایت آگاهانه، حق استقلال رأی، حق برخورداری از آموزش سلامت (بهداشت)، حق رعایت محیط خصوصی بیمار، حق داشتن آرامش و مرگ باعزت، حق ابراز اعتراض و شکایت و حق جبران خسارت (۲۰، ۲۱).

در ایران متن نهایی منشور حقوق بیمار در آبان ماه ۱۳۸۸ از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز تابعه ابلاغ گردید. منشور جامع حقوق بیمار در ۵ محور کلی و ۳۷ بند به همراه بینش و ارزش و یک تبصره پایانی تنظیم گردیده است. محورهای پنج‌گانه منشور شامل حق دریافت خدمات مطلوب، حق دریافت اطلاعات به نحو مطلوب و کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار دریافت خدمات سلامت، حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری و درنهایت حق دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات است که به ترتیب هر یک در ۱۴، ۴، ۷، ۹ و ۳ بند تدوین گردیده است (۲۲).

¹ Continuity of care

² Affordability

³ Accommodation

⁴ Accessibility

با نظری به محورهای کلی منشور حقوق بیمار می‌توان دریافت که این محورها همپوشانی نسبتاً خوبی با برخی از حوزه‌های مختلف پاسخگویی دارند که از طرف سازمان جهانی بهداشت تعیین شده‌اند، که از این بین می‌توان به حوزه‌هایی مانند حوزه‌های استقلال، ارتباطات، محرمانگی و حق انتخاب اشاره نمود (۲۳).

۸-۱-۲) پاسخگویی و رضایت بیمار

بررسی‌های انجام شده در مورد رضایت بیمار، در برخی موارد به عنوان جزئی از ابزار قضاوت در مورد کیفیت مراقبت استفاده شده‌اند (۱۱) اما با رشد تجارب در زمینه استفاده از آن، برخی مشکلات پدید آمد. (۲۴) اول اینکه در مواردی که رضایت بیمار مربوط به وقایع مراقبت سلامتی چندگانه و تعاملات چندگانه در دوره‌های مراقبت بسیار طولانی بود، مفاهیم مبهم می‌شدند. اظهار نظر بیماران ممکن است بیشتر نگرش و رضایت کلی بیماران باشد، تا رضایت آن‌ها از رویدادهای واقعی که در طول مراقبت برای آن‌ها رخ داده است. ثانیاً پاسخ‌دهندگان ممکن است نتوانند یک طیف از رضایت کامل تا نارضایتی را تصور کنند، حتی اگر برایشان معیارهایی ارائه شده باشد، بازهم درجه‌بندی نمودن میزان رضایت برای آن‌ها مشکل است. سوم اینکه توقعات به میزان زیادی روی میزان رضایت تأثیر می‌گذارد و ممکن است نتایج متناقض به بار آورد. مثلاً یک رکود اقتصادی ممکن است حداقل توقعات مردم از چیزی که نظام سلامت می‌تواند به آن‌ها ارائه دهد را آن قدر پایین آورد که آن‌ها، بالاترین سطح رضایت را اعلام نمایند. به این ترتیب، رضایت بیمار ممکن است چیزی که واقعاً رخ داده است را نشان ندهد، زیرا مردم در تعامل با سیستم سلامت، تحت تأثیر توقعات قبلی آن‌ها از چیزی که می‌خواهند یا باید اتفاق بیفتد، قرار دارند. (۲۵)

بعلاوه با توجه به مطالعات انجام شده بین میزان رضایت افراد، با ویژگی‌های جمعیت شناختی و اجتماعی و اقتصادی آن‌ها، مثلاً سطح درآمد، رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد که این تفاوت، احتمالاً به علت تفاوت در میزان توقعات آن‌ها بوده است. (۲۶، ۲۷) این نتایج نیز نشان می‌دهد که مفهوم رضایت بیمار از نوع مفهوم مطلوبیت در اقتصاد رفاه هست. تحقیقات سازمان جهانی بهداشت در چند کشور در زمینه سلامت و میزان پاسخگویی در سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱ نشان داد که توقعات بین افراد و جوامع مختلف در داخل کشورها و بین کشورهای مختلف متفاوت است. (۸، ۲۸)

بر این اساس، رویکرد سازمان جهانی بهداشت، برای اندازه‌گیری پاسخگویی نظام سلامت بر پایه این ایده بنیان شد که بتواند تجارب واقعی بیماران را در ارتباط با نظام سلامت کسب نماید. دو تفاوت عمده دیگر بین محتوای پاسخگویی و رضایت بیمار که می‌تواند مورد توجه باشد شامل موارد زیر هست:

- تمرکز رضایت بیمار بر روی تعاملات بیماران با مراکز مراقبت پزشکی است، در حالی که پاسخگویی شامل ارزیابی نظام سلامت در کل با تمرکز بر انواع مختلف تعاملات مردم با نظام سلامت مانند خدمات درمانی، بیمه‌های سلامت، فعالیت‌های بهداشت عمومی و مواردی از این قبیل هست.

- رضایت بیمار هم جنبه بالینی و هم جنبه غیر بالینی را ، درحالی که پاسخگویی تنها بر روی مورد دوم یعنی جنبه غیر بالینی خدمات مراقبت سلامت تمرکز دارد.
- پاسخگویی در جستجوی پاسخ به این سال که در مراجعه بیمار به نظام سلامت آیا سلامت وی ارتقاء یافته است یا خیر، نیست، بلکه این هدف در چارچوب ارزیابی عملکرد نظام سلامت مربوط به هدف ارتقای سطح سلامت مردم می شود و در ارزیابی میزان پاسخگویی نظام سلامت به آن پرداخته نمی شود. (۲۹)

۹-۲) حوزه های مختلف پاسخگویی نظام سلامت

سازمان جهانی بهداشت معیارهای زیر را برای ارائه لیست جامعی از حوزه های پاسخگویی مورد انتظار گیرندگان خدمات سلامتی در نظر گرفت.

- این حوزه ها باید به عنوان مهم ترین متغیرهایی باشند که افراد در تماس با نظام سلامت به دنبال آن هستند.
 - این حوزه ها باید قابل جوابگویی به صورت خود گزارش دهی باشند.
 - این حوزه ها باید به اندازه کافی جامع باشند، تا همه جنبه های مهم پاسخگویی که مردم برایشان مهم است را در برگیرند.
 - این حوزه ها باید قابل اندازه گیری باشند، تا بتوانند برای مقایسه بین جوامع و به صورت بین المللی مورد استفاده قرار گیرند.
- نتیجه تحقیقات با در نظر گرفتن این معیارها منجر به تعیین هشت حوزه اصلی در زمینه پاسخگویی شده است که شامل موارد زیر می باشند (۱۴، ۲۹):

۱. استقلال (autonomy)
۲. حق انتخاب (choice)
۳. ارتباطات (communication)
۴. محرمانگی (confidentiality)
۵. احترام به شأن و منزلت (dignity)
۶. توجه و رسیدگی فوری (prompt attention)
۷. کیفیت امکانات رفاهی (quality of basic amenities)
۸. پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع (access to family and community support)

استقلال^۱:

استقلال از دو واژه یونانی Autos (self) و nomos (law)، مشتق شده است. بخش اول آن یعنی Autos همان تصمیم‌گیری است و بخش دوم آن یعنی nomos، سیستم ارزشی است که با تصمیمی که گرفته می‌شود، ایجاد می‌شود. استقلال، همچنین به عنوان آزادی اراده^۲ نیز تعریف شده است. (۳۰) این مفهوم با خودرایی^۳ به جای تصمیم‌گیری توسط دیگران، مرتبط است (۳۱) بدین ترتیب، استقلال شامل حق دریافت خدمات پزشکی، حق بیماران برای داشتن انتخاب آزادانه و حق امتناع از درمان پزشکی هست. (۳۲) ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در خصوص ویژگی استقلال، وظیفه همیشگی احترام به بیماران در هر زمان و همچنین کمک به انتخاب آزادانه بیماران صلاحیت‌دار را بر عهده دارند. در این زمینه صلاحیت‌دار بودن بیمار به معنی عاقل بودن، داشتن توان عاطفی و شناختی و قدرت انتخاب عمل آزادانه مبتنی بر ارزش‌های فردی است. (۳۳)

از اصول استقلال این گونه استنباط می‌شود که ارائه‌دهندگان خدمات باید به روشی عمل کنند که به دیدگاه بیمار در مورد چیزی که از نظر او مناسب است، توجه شود. (۱۱، ۳۳) این بدان معنی است که به حقوق بیمار که خواستار استقلال کمتر هست نیز، توجه شود. البته این حق، بیمار را مجبور به خودمختار بودن و تصمیم‌گیری شخصی نمی‌کند. (۲۹) با توجه به این موارد استقلال در چهار موضوع زیر تمرکز دارد:

- ارائه اطلاعات کافی به بیمار (یا خانواده وی) در مورد وضعیت سلامت وی و انتخاب‌های جایگزین برای درمان او
- دخیل نمودن افراد (و در مواقع لزوم خانواده وی) در فرآیند تصمیم‌گیری، تا حدی که خواستار آن هستند.
- نیاز به کسب رضایت آگاهانه در موارد اخذ آزمایش، انجام اقدامات درمانی و غیره
- رعایت حق بیمار در امتناع از درمان (۲۸)

حق انتخاب^۴:

حوزه انتخاب، مربوط به مؤسسات مراقبت سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی هست. انتخاب همان قدرت و فرصت برگزیدن است و نیازمند این است که بیش از یک گزینه وجود داشته باشد. (۳۰) حق انتخاب همچنین به صورت توان فرد برای داشتن یک انتخاب دوم و در زمینه دسترسی به متخصصینی که به آن‌ها نیاز دارد، تعریف می‌شود. (۱۱)

بحث در این زمینه، بر بار تحمیلی از نظر کمبود نیروی انسانی و منابع مالی بر مؤسسات مراقبت سلامتی متمرکز می‌شود، زیرا ارائه حق انتخاب به جمعیت ممکن است باعث محدودیت منابعی شود که می‌توانسته در ارتقاء سایر جنبه‌های پاسخگویی بکار رود. موانع جغرافیایی نیز یکی از موانع مهم در کشورهای فقیر است که اطمینان از داشتن حق انتخاب برابر

¹ autonomy

² the freedom of the will

³ self- determining

⁴ choice

را برای همه مردم، مشکل می‌سازد. البته در بسیاری از جوامع، محدودیت‌ها، مربوط به محدودیت‌های فرآیندی^۱ هستند. از جمله این موارد می‌توان به عدم انعطاف‌پذیری مناسب در سیستم ارجاع، فرآیندهای بیمه‌ای و محدودیت قانونی در راه اندازی نهادهای مراقبت سلامتی اشاره نمود.

ارتباطات^۲:

ارتباطات به عنوان شفاف‌سازی در ارائه اطلاعات و سعی در تفهیم مطلب به فرد تعریف می‌شود. (۳۰) به عنوان مثال حوزه از پاسخگویی شامل توجه به این مطلب است که ارائه‌دهنده باید به‌طور واضح برای بیمار و خانواده وی ماهیت بیماری، جزئیات لازم برای درمان وی و انواع انتخاب‌های درمانی را شرح دهد. (۳۴)

این کار، همچنین فرصت دادن به بیمار برای فهم علائم بیماری‌اش و پرسیدن سؤالاتش را شامل می‌شود. با توجه به بررسی شناختی سازمان جهانی بهداشت که از مردم در مورد تفسیر حوزه ارتباطات در پاسخگویی انجام‌شده بود، اتفاق نظر در مورد این وجود داشت که در این حوزه، ارائه‌دهنده باید به‌دقت به نگرانی‌های بیمار گوش فرا دهد و اطلاعات لازم را در مورد ماهیت بیماری و درمان وی را با زبان ساده و غیر فنی برای بیمار توضیح داده و فضایی ایجاد کند که بیمار بتواند سؤالاتش را از ارائه‌دهنده خدمت بپرسد. این موضوع کمی با بحث حفظ کرامت شخص دارای هم‌پوشانی است. از این نظر که بیمار دوست دارد که ارائه‌دهنده خدمت با احترام او را درمان کند و به حرف او گوش دهد و با او به‌طور مناسب صحبت کند. (۲۹، ۳۵) به‌طور کلی ترکیبی از ارتباط مناسب با بیمار و مشارکت دادن وی، عامل مهمی در جلب رضایت بیمار به شمار می‌رود. (۲۹، ۳۶، ۳۷)

محرمانگی^۳:

محرمانگی به صورت اطمینان از رازداری مطرح شده است. (۳۰) محرمانگی گاهی با حریم شخصی^۴ هم‌معنی در نظر گرفته می‌شود. این واژه در کارگروه زیرساخت اطلاعات ملی آمریکا^۵ در سال ۱۹۹۵، به این صورت تعریف شده است "خواسته بیمار برای کنترل شرایطی که اطلاعات مرتبط با وی افشاء می‌شود و یا مورد استفاده قرار می‌گیرد". (۳۸)

به‌عنوان یکی از حوزه‌های پاسخگویی، محرمانگی مرتبط با این سه بخش خاص است:

- حفظ حریم شخصی برای انجام مشاوره با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار در مکاتبات قانونی و ارتباطات اداری.
- محرمانگی پرونده‌های پزشکی و اطلاعات شخصی (۲۹)

¹ procedural

² communication

³ confidentiality

⁴ privacy

⁵ U.S. National Information Infrastructure Task Force

نتایج تحقیقات انجام شده در سازمان جهانی بهداشت نشان داد که برداشت مردم از مفهوم محرم‌انگی به معنای لزوم حفظ ماهیت بیماری فرد به صورت راز از دیگرانی که ارتباطی با امر درمان وی ندارند بوده است. (۲۹)

احترام به شأن و منزلت^۱:

این کلمه مشتق از کلمه لاتین "dingus" به معنای سزاوار و لایق و به معنی "سزاوار احترام و عزت بودن" تعریف می‌شود. (۶۸) این حوزه، به دریافت خدمات همراه با احترام و به صورت غیر تبعیض آمیز اشاره دارد. (۳۹) حفظ شأن و منزلت فرد به عنوان مفهوم احترام به افراد الزاماً با مقدار منابعی که در مورد سلامت افراد استفاده می‌شوند رابطه ندارد، ولی به هر حال پرداخته‌ای کمتر از حد و کار بیشتر پرستاران در مراکز مراقبت سلامت اولیه با تجهیزات کمتر، می‌تواند آن‌ها را برای رفتار مهربانانه با بیماران دلسرد کند. (۴۰)

از سوی دیگر، ارتباط نزدیکی بین حفظ شأن و منزلت افراد و حوزه ارتباطات، نیاز به توجه فوری و محرم‌انگی وجود دارد. نحوه ایجاد ارتباط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با افراد، توجه سریع به نیازهای وی و حفظ محرم‌انگی هرگونه نتایج اطلاعات پزشکی وی، از حفظ شأن و منزلت فرد پشتیبانی می‌کند و به طور معکوس فقدان احترام به افراد، همراه است با مورد سرزنش و توهین قرار گرفتن، تأخیرهای غیرمنطقی در ارائه خدمت به بیمار و سردرگمی بیمار. موریس^۲ در مطالعه خود در زمینه^۳ درمان همراه با احترام بیماران در ایالات متحده، اهمیت کلیدی این حوزه را در میزان رضایت بیماران مورد تأکید قرارداد (۸۴ و ۸۵) نتایج بررسی انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان داد که مردم واژه احترام^۴ را به عنوان بهترین تعریف برای این واژه انتخاب کردند. (۴۱)

توجه و رسیدگی فوری^۴:

توجه و رسیدگی فوری به صورت ارائه مراقبت با سهولت و در زمان مورد نیاز تعریف شده است. (۶۸) این حوزه شامل نظر مردم نسبت به این سؤال‌هاست که "آیا آن‌ها دسترسی سریع به مراقبت اورژانس داشته‌اند؟ و آیا دوره انتظار کوتاهی برای دریافت خدمات درمان طبی و جراحی در موارد غیر اورژانس را منتظر مانده‌اند؟ و همچنین آیا دسترسی به موقع و آسان به اقدامات درمانی و مداخلات بهداشت عمومی داشته‌اند یا خیر؟" (۴۰، ۴۲) مطالعات مربوط به رضایت بیماران بر دسترسی به مراقبت در زمان وقوع موارد اورژانسی تأکید ویژه‌ای دارد. چنین دانشی در مورد اثر این کار می‌تواند حس رفاه را علاوه بر مزایای حاصل از مراقبت ارائه شده به بیمار بدهد. (۳۵) بر طبق مطالعات انجام شده، دستیابی به هدف توجه فوری ممکن است به علت کمبود در دو عامل رخ دهد: اولین عامل کمبود منابع شامل نیروی انسانی و دومین علت فقدان مکانیسم

¹ dignity

² Morris

³ respect

⁴ prompt attention

مناسب برای روان‌سازی جریان کار هست. دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامتی نیز موضوع مهمی است.^(۴۳) استفاده از درمانگاه‌های سیار برای ارائه خدمات سلامتی می‌تواند راهی برای ارتقاء رسیدگی فوری در مناطق روستایی باشد.^(۴۴, ۴۵)

کیفیت امکانات رفاهی^۱:

این حوزه مرتبط با این مسئله است که زیرساخت‌های فیزیکی موسسه برای خوشامدگویی و پذیرایی از بیماران مناسب باشد^(۳۰)، که این امر شامل محیط تمیز، حفظ نظم وسایل، ائاثیه کافی، تهویه مطبوع، فضای کافی در اتاق انتظار، آب تمیز، توالت و رختشوی‌خانه در سطح سازمانی هست.^(۴۶, ۴۷) این موارد برخی مواقع با نام امکانات هتلینگ^۲ نیز نام‌برده می‌شود.^(۴۸) پاسخ‌دهندگان در مطالعه سازمان جهانی بهداشت در همه کشورها، عامل پاکیزگی و راحتی را به‌عنوان عناصر اصلی این حوزه نام بردند. پاکیزگی شامل اتاق انتظار، بخش‌ها، تجهیزات، توالت‌ها و تخت‌های تمیز هست. راحتی نیز شامل تهویه مطبوع، گرما و سرمای مناسب، فضای کافی و کیفیت آب هست.^(۴۱) البته تعیین میزان لازم از امکانات رفاهی در پاسخگویی کاری مشکل است. اگرچه پاسخ‌ها به آزمون‌های شناختی روی پاکیزگی و فضای کافی تمرکز داشتند، اما افراد ممکن است موارد رفاهی دیگری را نیز لازم و بهتر بدانند بدون توجه به سطح فعلی امکانات موسسه. برای مثال، مشاهده‌شده است که بیمارستان‌های انتفاعی در برخی موارد نسبت به بیمارستان‌های غیرانتفاعی یا دولتی رتبه پایین‌تری را در پاسخگویی کسب می‌کنند، ولی در مورد جنبه رفاهی این امر برعکس است.^(۴۹)

دسترسی به حمایت خانواده و اجتماع^۳:

بر طبق این حوزه، رفاه بیمار وقتی بهتر تأمین می‌شود که افراد به اعضای خانواده خود و سایر شبکه‌های حمایت اجتماعی^۴ دسترسی داشته باشند.^(۵۰) زیرا افرادی که از بیماران حمایت می‌کنند، مقداری از بار بیماری و عواقب آن را می‌کاهند و به بیمار قدرت داده و او را تشویق می‌کنند.^(۵۱-۵۳)

این حوزه، هم‌اکنون فقط در مورد بیماران بستری کاربرد دارد تغییرات در ارتباطات و نقش‌ها در خانواده، درآمد و وضعیت استخدامی فرد که به علت بیماری به خطر می‌افتد، می‌تواند بر استرس بیماری وی بیفزاید. حمایت‌های اجتماعی، به‌عنوان احساس تحت مراقبت بودن، دوست داشته شدن، بارزش بودن، محترم بودن و اینکه می‌توانید در موقع نیاز روی دیگران حساب کنید، تعریف می‌شود. این حوزه نمی‌تواند جدا از بهبود سلامت فرد تلقی شود. فریدلند^۵ در مورد اینکه کاهش استرس بیماران روی بهبود سلامت آن‌ها تأثیرگذار است، مباحثی را مطرح نموده است، همچنین فادیمان^۶ ادعا نموده است که اجازه دسترسی خانواده بیماران به بیمارشان در همراهی آن‌ها در طول درمان در تایلند و لائوس تأثیر داشته است.^(۵۴)

¹ Quality of basic amenities

² Hotel facilities

³ Support (access to family and community support)

⁴ Community support networks

⁵ Freidland

⁶ Fadiman

بنابراین، این حوزه به صورت حق ملاقات خانواده و دوستان برای بیماران بستری، حق دریافت غذا و سایر کالاهای مصرفی از آن‌ها همچنین شامل فرصت انجام اعمال مذهبی و فرهنگی که تضادی با احساسات سایر بیماران یا ارائه‌دهندگان خدمات نداشته باشد و حق عمل کردن به درمان‌های جایگزین مثل پزشکی سنتی که متضاد با روش حاکم بر مراقبت سلامت بیمارستان نباشد، تعریف شده است. دسترسی به سازمان‌های غیردولتی^۱ و سازمان‌های جامعه‌محور^۲ نیز می‌تواند به بهبود پاسخگویی کمک کند، به‌ویژه در مواردی که بیماران خانواده‌ای برای رسیدگی به آن‌ها ندارند. (۴۱)

۲-۲) مرور متون

در این قسمت مطالعات مرتبط انجام‌شده در خارج از ایران و مطالعات مرتبط داخل ایران در زمینه ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت آورده شده است.

۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی

در جهت ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت در ایران، مطالعه‌ای توسط رشیدیان و همکاران با عنوان "ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت: بررسی خانوار در منطقه ۱۷ شهر تهران" در سال ۱۳۹۰ و با استفاده از تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه پیمایش بهداشت جهانی (WHS) که در سال ۲۰۰۳ در ایران تکمیل شده بود، انجام گشت. نمونه اصلی شامل ۱۱۲۳ خانوار بود که از این میان پرسشنامه توسط ۷۷۳ خانوار تکمیل شد. درصدی از پاسخگویان که حوزه‌های مختلف پاسخگویی را مهم و خیلی مهم می‌دانستند بیشتر از ۹۰٪ از پاسخ‌دهندگان بود. (۶۵) به‌طور کلی نتایج نشان داد که عملکرد خدمات سرپایی بهتر از خدمات بستری بود. توجه و رسیدگی فوری و کیفیت امکانات رفاهی نمره کمی را خدمات سرپایی به خود اختصاص داده بودند. (۶۵)

همچنین در پژوهشی دیگر که توسط جوادی و همکاران انجام شد، هدف بررسی پاسخگویی و جنبه‌های غیرپزشکی خدمات در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان با استفاده از پرسشنامه ارزیابی پاسخگویی سازمان جهانی بهداشت دنبال شد. یافته‌های حاصل از تحلیل نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که میانگین نمره پاسخگویی بیمارستان‌ها از دیدگاه پرستاران ۲ و از نظر بیماران ۲,۴۸ بود (از حداکثر ۴ امتیاز). در بین جنبه‌های غیرپزشکی خدمات، پرستاران بعد محرمانگی اطلاعات بیمار را با میانگین ۲,۸ بالاتر و بیماران، دسترسی به حمایت خانواده و اجتماع در دوره بستری را با میانگین ۲,۶۲ دارای نمره بالاتر ارزیابی نموده‌اند. (۶۶)

¹ Non governmental organization

² Community-based organizations

در مطالعه فضائی و همکاران با عنوان پاسخگویی نظام سلامت در حوزه خدمات سرپایی در مناطق برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد، نمونه موردبررسی شامل ۸۸۹ خانوار ساکن در دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد بود که به روش نمونه‌گیری ترکیبی و در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. ابزار مطالعه، پرسشنامه سه‌بخشی سازمان جهانی بهداشت بود که روایی و پایایی آن قبلاً تأیید شده بود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که به‌طور کلی بیش از ۶۰٪ افراد، پاسخگویی خدمات سرپایی را در حوزه‌های مختلف خوب گزارش دادند. سطح پاسخگویی در حوزه محرمانگی بالاتر و در حوزه کیفیت امکانات رفاهی محل ارائه خدمت، پایین‌تر از سایر حوزه‌ها بوده است. همچنین سطح پاسخگویی از نظر ساکنان منطقه برخوردار بیشتر از منطقه کمتر برخوردار گزارش شده بود. (۶۷)

همچنین در مطالعه دیگری از فضائی و همکاران مقایسه اهمیت هر یک از ابعاد پاسخگویی نظام سلامت در بیماران بستری از دیدگاه خانوارهای ساکن در دو منطقه برخوردار و غیر برخوردار شهر مشهد موردبررسی قرار گرفت که یافته‌های این مطالعه نشان داد که حوزه کیفیت امکانات رفاهی بیشترین اهمیت و حوزه دسترسی به حمایت خانواده و اجتماع کمترین اهمیت را داشت. محورهای ارتباطات، احترام به شأن و منزلت، توجه و رسیدگی فوری، حق انتخاب و استقلال، به ترتیب دارای اهمیت بیشتری در منطقه برخوردار نسبت به منطقه کمتر برخوردار بودند. (۶۸)

در پایان‌نامه نسترن ناصری ارزیابی پاسخ‌دهی نظام سلامت در حوزه خدمات سرپایی در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ سنجیده شد که یافته‌های این مطالعه نشان داد که به‌طور کلی میانگین نمره پاسخ‌دهی در حوزه خدمات سرپایی ۶۳٫۶ درصد است. سطح پاسخ‌دهی در حوزه کیفیت امکانات فیزیکی بالاتر و در بعد اطلاع‌رسانی و آموزش به بیمار، پایین‌تر از سایر حوزه‌ها بوده است. در زمینه اهمیت ابعاد پاسخ‌دهی از دیدگاه بیماران نیز، بالاترین نمره به بعد اطلاع‌رسانی و آموزش به بیمار ۶۳٫۰ داده شد. بعد محرمانگی و اعتماد ۲۹٫۲ نیز در بین سایر ابعاد کمترین اهمیت را دارند. در مطالعه فرشاد فتحی و همکاران در سال ۱۴۰۰ با عنوان بررسی وضعیت پاسخ‌گویی در نظام سلامت، یک مطالعه مروری، کلیه مقالات منتشرشده بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ بررسی شدند. نتیجه این جستجو دستیابی به ۳۹ مقاله مرتبط با موضوع بود که نهایتاً ۲۱ مقاله به علت دارا نبودن معیارهای ورود حذف شدند و ۱۸ مقاله وارد مطالعه شدند. در پی ارزیابی پاسخ‌گویی در سیستم سلامت، همکاری بیشتر بیماران با اعضای گروه درمان، رضایت از کیفیت خدمات، رضایت از عملکرد کارکنان سلامت ایجاد شد. همچنین بررسی پاسخ‌گویی در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت اهمیت بسیار زیادی دارد و در تخصیص منابع و تدوین استراتژی‌های اصلاحی به مدیریت هر چه بهتر خدمات شایانی می‌کند. (۶۹)

در مطالعه هوشمند و همکاران در سال ۱۳۹۷ که به هدف باهدف بررسی وضعیت پاسخ‌گویی به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری پژوهش را بیماران

مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر مشهد تشکیل دادند. در مجموع ۲۰۰ پرسشنامه در چهار بیمارستان دولتی و سه بیمارستان خصوصی توزیع گردید. میانگین مجموع نمرات پرسشنامه پاسخ‌گویی معادل ۳,۴ از ۵ بود که در حد متوسط ارزیابی شد. ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان داد که بین ابعاد مختلف پرسشنامه رابطه معناداری وجود دارد. به‌طور کلی، بیماران نحوه پاسخ‌گویی بیمارستان‌های شهر مشهد را متوسط ارزیابی نمودند؛ بنابراین می‌توان گفت که ظرفیت برای ارتقای پاسخ‌گویی در این بیمارستان‌ها وجود دارد. (۷۰)

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی

برامسفلد^۱ در سال ۲۰۰۷ به بررسی پاسخگویی نظام سلامت در مورد مراقبت روانی بیمارستانی و سرپایی در آلمان پرداخت. وی در این خصوص با ۲۲۱ نفر از بیماران سرپایی و ۹۱ نفر از بیماران بستری مصاحبه انجام داد و نتایج این بررسی نشان داد که پاسخگویی خدمات از نظر بیماران استفاده‌کننده از خدمات بستری بیش از خدمات سرپایی بود. همچنین به‌طور کلی درصد بیماران بستری که پاسخگویی را خوب گزارش دادند (۲۲٪) و بیماران سرپایی (۱۵٪) بود که نشان‌دهنده پاسخگویی ضعیف هر دو بخش بستری و سرپایی در مورد مراقبت روانی در آلمان بود. (۵۵)

پلتزر^۲ در مطالعه خود با عنوان "تجارب بیماران و پاسخگویی در آفریقای جنوبی" به هدف تعیین دیدگاه‌های بیماران و درک مردم از کیفیت مراقبت جهت سیاست‌گذاری و توسعه اقدامات لازم برای افزایش استفاده از خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه به روش پیمایش جمعیتی بین ۲۳۵۲ نفر (۱۱۱۶ مرد و ۱۲۳۶ زن) پرداخت. در آن مطالعه پرسشنامه پاسخگویی که شامل ماژول پاسخگویی WHO بود، توسط این افراد تکمیل شده بود. میزان پاسخگویی در بخش ارائه‌دهنده مراقبت سلامت دولتی به‌طور قابل توجهی نسبت به مراقبت‌های سلامتی خصوصی پایین‌تر بود. تبعیض یکی از دلایل اصلی برای وجود خلأ پاسخگویی در همه جنبه‌های مراقبت‌های سلامت ارائه‌شده بود. توجه و رسیدگی فوری، ارتباطات، استقلال و تجارب تبعیض‌آمیز به‌عنوان حوزه‌های نیاز برای اقدام در جهت بهبود پاسخگویی نظام سلامت در آفریقای جنوبی است. (۵۶)

نجره^۳ در کنیا در مطالعه خود به بررسی نقادانه ابزار معرفی‌شده سازمان جهانی بهداشت جهت سنجش پاسخگویی نظام سلامت پرداخت. پرسشنامه طراحی‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت توسط ۳۲۸ مراجعه‌کننده و ۳۶ ارائه‌دهنده خدمت مشاوره به این مراجع تکمیل شد. لزوم حفظ محرمانگی (خصوصاً در اتاق انجام آزمایش) و استقلال موردتوجه اکثر مراجعه‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات بود. از مهم‌ترین جنبه‌ها می‌توان به نامناسب بودن مکان مرکز آزمایش داوطلبانه ایدز، ارائه اطلاعات محدود، مشکل زبان مراجعه‌کنندگان و توجه به کیفیت مشاوره‌هایی بود که به مراجعه‌کنندگان داده می‌شود. (۵۷)

¹ Bramesfeld

² Peltzer

³ Njeru

در مطالعه وسیعی که توسط کوال^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۱ انجام پذیرفت، پژوهشگران به مقایسه عملکرد نظام سلامت از نظر پاسخگویی در چین نسبت به دیگر کشورهای آسیایی پرداختند. بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، در مجموع، پاسخگویی نظام سلامت در بخش بستری در چین بهتر از بخش سرپایی بود. حوزه‌های توجه و رسیدگی فوری و احترام به شأن و منزلت، نسبت به سایر حوزه‌ها امتیاز بیشتری به خود اختصاص داده بودند. محققان در نتیجه گیری این پژوهش عنوان کردند که ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت می‌تواند برای هدایت تلاش‌های بهبود سیاست‌ها و نظام سلامت در زمانی که منابع محدود هستند، بسیار کارگشا باشد. (۵۸)

پژوهشی در سال ۲۰۱۲ که با عنوان تجارب بیمار و پاسخگویی سیستم سلامت در میان افراد مسن در آفریقای جنوبی، توسط پلتزر^۲ و همکاران انجام پذیرفت، با اشاره به اهمیت انطباق و توسعه روش‌هایی در نظام سلامت که پاسخگوی نیازهای افراد مسن باشد و لزوم درک توقعات افراد مسن جمعیت از کیفیت مراقبت سلامت، پاسخگویی نظام سلامت آفریقای جنوبی در بین افراد مسن دریافت‌کننده خدمات بستری و سرپایی این کشور مورد ارزیابی قرار داد. در این پژوهش از داده‌های مربوط به پیمایشی که در سال ۲۰۰۸ بین ۳۸۴۰ نمونه افراد ۵۰ سال یا بیشتر در آفریقای جنوبی انجام شده بود، استفاده شد. پرسشنامه استفاده شده در مطالعه مذکور مربوط به ارزیابی پاسخگویی بخش بستری و سرپایی، ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی و متغیرهای بهداشتی بوده است. یافته‌های حاصل از تحلیل این داده‌ها نشان دادند که در ۱۲ ماه گذشته (یک سال قبل از تاریخ انجام آن مطالعه) میزان استفاده از خدمات سرپایی در بین پاسخ‌دهندگان ۵۰٪ و برای خدمات بستری ۹٪ بوده است. به‌طور کلی میانگین نمره پاسخگویی برای مراقبت از بیماران بستری ۷۱ و برای مراقبت از بیماران سرپایی ۶۹ بود. با توجه به نتایج ارزیابی مراقبت از بیماران بستری، حوزه‌های استقلال و توجه و رسیدگی فوری کم‌ترین میزان پاسخگویی را داشتند. این در حالی بود که کیفیت، محرمانگی، و احترام به شأن و منزلت بالاترین درجه از پاسخگویی را در بین تمام حوزه‌ها به خود اختصاص داده بودند. در مورد مراقبت سرپایی نیز توجه و رسیدگی فوری، کم‌ترین میزان و کیفیت، محرمانگی و احترام به شأن و منزلت افراد بالاترین درجه از نمرات پاسخگویی را کسب کرده بودند. به‌طور کلی میزان پاسخگویی در بخش خصوصی بیشتر از بخش دولتی به دست آمد. (۵۹)

در مطالعه امانی و همکاران در مطالعه ارزیابی پاسخگویی در تانزانیا ۲۰۲۰ یک نظرسنجی خانگی از پیش آزمایش‌شده، که بر روی سالمندان (۶۰+ سال) ساکن در مناطق Igunga و Nzega انجام شد، انجام شد. شرکت‌کنندگان با و بدون بیمه درمانی که در سه و ۱۲ ماه گذشته در خدمات درمانی سرپایی و بستری شرکت کرده بودند، انتخاب شدند. پاسخگویی بر اساس نسخه کوتاه مطالعه نظرسنجی پاسخگویی چند کشوری سازمان بهداشت جهانی (WHO) اندازه‌گیری شد که شامل ابعاد کیفیت امکانات اولیه، انتخاب، محرمانه بودن، استقلال، ارتباط و توجه فوری بود. از رگرسیون چندکی

¹ Kowal

² Peltzer

برای ارزیابی ارتباط خاص شاخص پاسخگویی با بیمه درمانی که برای عوامل اجتماعی-دموگرافیک تنظیم شده است استفاده شد. در مجموع ۱۴۵۳ و ۷۴۴ سالمند که از این تعداد ۵۰٫۱ و ۶۳ درصد دارای بیمه سلامت بودند، از خدمات درمانی سرپایی و بستری استفاده کردند. همه حوزه‌ها نسبتاً بالا رتبه‌بندی شدند، اما سالمندان بدون بیمه پاسخ‌دهی بهتری را در همه حوزه‌های مراقبت‌های سرپایی و بستری گزارش کردند. زمان انتظار بعدی بود که بدترین عملکرد را داشت. داشتن بیمه سلامت با پاسخگویی در مراقبت‌های سرپایی ارتباط منفی داشت. (۶۰)

راتکلیف و همکاران در ۲۰۲۰، در مطالعه خود با موضوع بیمار محوری در قناء، از نمونه نماینده ملی از زنان در سن باروری در غنا استفاده کرد. زنان در خانه‌هایشان در رابطه با ویژگی‌های جمعیت شناختی، رضایت از مراقبت، نتایج گزارش شده توسط بیمار - با استفاده از سؤالات ماژول پاسخ‌گویی نظرسنجی جهانی سلامت - هفت حوزه پاسخ‌گویی مراقبت‌های سرپایی برای ارزیابی تجربه بیمار مصاحبه شدند. نتایج زنانی که مراقبت‌های پاسخگوی بیشتری را گزارش کرده‌اند، احتمالاً تحصيلات بیشتری دارند، دسترسی خوبی به مراقبت دارند و در یک مرکز خصوصی مراقبت دریافت کرده‌اند. با کنترل ویژگی‌های پاسخ‌دهنده و بازدید، زنانی که بالاترین سطوح پاسخ‌دهی را گزارش کردند به‌طور قابل‌توجهی بیشتر گزارش دادند که مراقبت در برآورده کردن نیازهایشان عالی است (نسبت شیوع $PR=13.0$)، کیفیت عالی مراقبت ($PR=20.8$)، بسیار زیاد است. احتمالاً این تسهیلات را به دیگران توصیه می‌کند ($PR=1.4$)، سلامتی عالی ($PR=4.0$) و سلامت روانی عالی ($PR=5.1$) را به‌عنوان زنانی که پایین‌ترین سطح پاسخ‌دهی را گزارش کرده‌اند. این یافته‌ها از اجماع جهانی در حال ظهور حمایت می‌کنند که پاسخگویی و تجربه بیمار از مراقبت، تجمعات نیستند، بلکه اجزای ضروری نظام‌های بهداشتی با عملکرد بالا هستند، و نیاز به اندازه دقیق‌تر و منظم‌تر این حوزه‌ها را برای اطلاع از اولویت‌بندی و تلاش‌های بهبود برجسته می‌کنند (۶۱).

هافمن در سال ۲۰۱۷ در مطالعه خود با عنوان نابرابری‌ها در پاسخگویی نظام سلامت در کشورهای منتخب اروپایی، پرسشنامه پاسخگویی سازمان بهداشت جهانی را برای ارزیابی سطح کلی پاسخگویی در کشورهای منتخب بکار گرفت که طبق نتایج پاسخگویی در این کشورها ۹۷ درصد بود به عبارت دیگر متوسط دوسوم مردم همه حوزه‌های پاسخگویی را خوب و خیلی خوب ارزیابی کرده بودند (۶۲).

کپولوگيو و همکاران ۲۰۲۰ به ارزیابی پاسخگویی سیستم سلامت در مراقبت اولیه در تانزانیا پرداخته‌اند. این یک مطالعه مقطعی بود که بین ژانویه و فوریه سال ۲۰۱۸ انجام شد. داده‌ها را از ۴۲ مرکز بهداشتی اولیه (۱۴ مرکز بهداشتی و ۲۸ داروخانه) جمع‌آوری شد که در آن یک پرسشنامه در مجموع ۴۲۲ شرکت‌کننده اجرا شد. این پرسشنامه اطلاعاتی را در مورد توجه، احترام به کرامت، ارتباط شفاف، استقلال، دسترسی به مراقبت، احترام به رازداری و امکانات اولیه جمع‌آوری کرد. دسترسی جغرافیایی به مراقبت‌های بهداشتی در مقایسه با سایر حوزه‌های پاسخگویی سیستم سلامت کمترین میانگین

(۴۳,۵ درصد برای داروخانه‌ها و ۳۶ درصد برای مراکز بهداشتی) را به خود اختصاص داد. بالاترین امتیاز مربوط به محرمانگی (۸۶/۷ درصد) و بعد از آن احترام (۸۱/۴ درصد) بود (۶۳).

خان و همکاران در ۲۰۲۱ بررسی سیستماتیک پاسخگویی نظام سلامت با یک روش ترکیبی بررسی انجام شد. ما عناوین و چکیده‌های ۱۱۱۹ نشریه و ۸۷۰ متن کامل را نمایش دادیم. ششصد و بیست و یک نشریه در بررسی گنجانده شد. بررسی شواهد، انتشارات بیشتری را بین سال‌های ۲۰۱۱ و ۲۰۲۰ نشان می‌دهد (n = 462/621 نسبت به دوره‌های قبلی. بیشتر نشریات از اروپا بودند (۱۳۹) و تعداد نشریات مربوط به کشورهای با درآمد بالا (241) نسبت به کشورهای با درآمد کم تا متوسط (۲۷۱) بود. تجزیه و تحلیل موضوعی هشت مفهوم اولیه «پاسخگویی سیستم سلامت» را نشان داد که می‌توان آن‌ها را در سه دسته‌بندی غالب قرارداد: (۱) رابط کاربری-خدمات یک‌طرفه. (۲) پاسخگویی به عنوان حلقه‌های بازخورد بین کاربران و سیستم سلامت. و (۳) پاسخگویی به عنوان پاسخگویی بین مردم و سیستم. این نقشه شواهد، حجم قابل توجهی از ادبیات موجود در مورد پاسخگویی سیستم سلامت را نشان می‌دهد، اما همچنین شکاف‌های شواهدی را که نیاز به توسعه بیشتر دارد، از جمله: تعریف روشن و بدنه نظریه پاسخ‌گویی را نشان می‌دهد. پیاده‌سازی و اثربخشی حلقه‌های بازخورد؛ پاسخ دستگاه‌ها به این بازخورد؛ تجارب پیاده‌سازی مکانیسم خاص، و کشورهای آسیب‌پذیر و شکننده و متأثر از درگیری. و پاسخگویی به عدالت سلامت، اقلیت‌ها و جمعیت‌های آسیب‌پذیر مربوط می‌شود. توسعه نظری مورد نیاز است بر اساس یافته‌های مطالعه، حوزه‌های پاسخ‌دهی سیستم سلامت در بسیاری از مناطق نسبتاً ضعیف عمل کرده‌اند، به جز احترام به منزلت و محرمانگی که در همه حوزه‌ها امتیاز بالایی کسب کرده است. مناطق شینیانگا و پوانی در همه حوزه‌ها امتیاز نسبتاً خوبی کسب کردند که این می‌تواند به دلیل تأثیر تأمین مالی مبتنی بر نتایج در مناطق مربوطه باشد. در مجموع، دولت و سایر ذینفعان در بخش سلامت باید عمداً روی حوزه دسترسی به مراقبت سرمایه‌گذاری کنند، زیرا به نظر می‌رسد در مقایسه با سایرین یک چالش است. (۶۴)

۳-۲-۲) جمع‌بندی مطالعات مربوط به پاسخگویی نظام سلامت

- بررسی مطالعات خارجی مربوط به ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت نشان می‌دهد بحث ارزیابی پاسخگویی مبحثی نسبتاً جدید هست.
- بررسی مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که اکثر این مطالعات از ابزار WHO برای ارزیابی پاسخگویی استفاده نموده‌اند و یا به تحلیل مجدد و کامل‌تر نتایج حاصل از پیمایش سازمان جهانی با همان ابزار پرداخته‌اند.
- در برخی مطالعات به لزوم طراحی مدل بومی و حتی تخصصی برای اجرای سنجش پاسخگویی در کشورهای مختلف تأکید شده است.
- اکثر مطالعات به روش پیمایش‌های جمعیتی انجام شده است.
- بیشتر مطالعات در زمینه سنجش پاسخگویی با رهبری WHO یا با مشارکت آن صورت پذیرفته است.

- نکته دیگری که در خصوص بررسی مطالعات مربوط به پاسخگویی نظام سلامت باید مدنظر داشت اولویت این هدف نسبت به دو هدف دیگر نظام‌های سلامت، یعنی هدف ارتقاء سلامت و مشارکت مالی عادلانه هست. به صورت کلی بر طبق گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، هدف پاسخگویی نظام سلامت دارای اولویت دوم بعد از هدف ارتقاء سلامت معرفی شده است، اما با بررسی مطالعات مختلف در خصوص اهمیت اهداف نظام سلامت نسبت به یکدیگر می‌توان عنوان کرد که در کشورهای با درآمد بالا یا به اصطلاح توسعه یافته که توانسته‌اند منابع لازم (اعم از مالی و غیرمالی) را برای ارتقاء سطح سلامت جامع و دستیابی به استانداردهای ایده آل سلامت تأمین کنند، پاسخگویی به عنوان اولویت اول در نظام سلامت آن کشورها در نظر گرفته شده است. به نظر می‌رسد در کشورهایی مانند ایران که دارای حکومت مبتنی بر ارزش‌های دینی می‌باشند و در همه حال کرامت انسانی در همه جا محترم شمرده می‌شود، هدف پاسخگویی به عنوان اولویت اول باید در نظر گیرد. البته این به این معنا نیست که هدف ارتقاء سلامت فاقد اهمیت است، بلکه در تمام کشورهایی که (به دلایل مختلف) هدف پاسخگویی را به عنوان اولویت اول خود در نظام سلامت قرار داده‌اند، هنوز هدف ارتقاء سلامت فلسفه وجودی نظام سلامت در همه آن کشورها هست؛ لذا در کشورهایی مانند ایران که ارزش‌های دینی و اخلاقی جایگاه ویژه‌ای در نزد مردم و حاکمیت دارد، انتظار می‌رود بهبود پاسخگویی نظام سلامت همواره همگام با ارتقاء سلامت باشد و حتی مطابق آموزه‌های قرآن در زمینه حفظ کرامت انسان‌ها حتی در شرایط عدم توانایی کمک به آن‌ها می‌تواند مقدم بر ارتقاء سلامت باشد.

۳-۲) روش کار و چارچوب طرح

۳-۲-۱) روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی هست که با ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) حدود ۱۰۰۰ تخت فعال دارد که ماهانه به بیش از ۵۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۸ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان خدمت ارائه می‌دهد. در این مجتمع حدود ۳۷۰۰ نفر کارکنان غیرپزشک، حدود ۳۰۰ نفر پزشک غیر هیئت علمی، ۲۰۰ عضو حیات علمی و ۱۰۰۰ فراگیر در رشته‌های مختلف پزشکی فعالیت دارند.

مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

گام اول: شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام اول: شناسایی مسئله اصلی، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه

جرقه اول شناسایی مسئله: آیا ابعاد رضایت بیماران به درستی شناسایی شده است؟ چرا برخی از بیماران تمایلی

به پاسخگویی به سؤالات را ندارند؟ گزارش های سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبیی بیماران چقدر قابل اعتماد است؟ این سؤالات، سؤالات کلیدی بود که در جلسه کمیته اخلاق بالینی (با حضور معاون درمان - مسئول رسیدگی به شکایات - مسئول حراست - مدیر پرستاری - سردبیر کمیته ها - مسئول رسیدگی به شکایات - مسئول مددکاری - ناظم فنی آزمایشگاه و رادیولوژی) تصمیم بر آن شد که نقاط ضعف و چالش های موجود در رضایت سنجی از بیماران در بیمارستان شناسایی و برای رفع و ارتقاء فرآیند سنجش رضایت بیماران اقدام گردد.

شناسایی ابعاد مسئله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: در این مرحله به پیشنهاد معاون

توسعه بیمارستان ابتدا یک جلسه بحث گروهی متمرکز تشکیل شد. این کارگروه شامل اعضای هیئت علمی (دارای سابقه فعالیت و پژوهش در حیطه پاسخگویی به نیازهای غیر طبیی گیرندگان خدمت)، کارشناسان رضایت سنجی، کارشناس رسیدگی به شکایات، مسئول دفتر بهبود کیفیت بود. در جلسه نخست که به روش فوکوس گروپ برگزار شد، ابتدا لیست انتقادات ارائه شده در جلسات درون بخشی توسط کارشناس رضایت سنجی گزارش گردید. به طور مثال یکی از روسای بخش ها ذکر نموده بود "اگر سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبیی بیماران مستمر نباشد شاید در همان روزی خاصی که به بخش مراجعه کرده اید بحرانی در بخش اتفاق افتاده باشد و همه تحت تأثیر آن باشند". در همین جلسه گزارش تهیه شده (گزارش مشاهده و مصاحبه منتج از جلسات درون بخشی) برای اعضا ایمیل شد تا افراد ضمن بررسی موضوعات راهکارهای پیشنهادی خود، را برای طرح در جلسه آتی آماده نمایند. همچنین مقرر گردید بررسی متون و مقالات جدید در حیطه پاسخگویی نیز توسط اعضاء انجام شده و چکیده مطالب در هر جلسه طرح گردید. در مرحله بعد یافته های حاصل از مرحله اول در یک نشست متخصصان با حضور رئیس مجتمع معاون توسعه و مدیریت منابع رئیس اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت کارشناسان رضایت سنجی مسئول رسیدگی به شکایات مدیر پرستاری بیمارستان معاون آموزش و سلامت

بیمارستان، مسئول حراست بیمارستان رئیس اداره منابع انسانی دو نفر از اعضای هیات علمی یافته‌های حاصل از جلسه بحث گروهی متمرکز بررسی گردید.

ابعاد مسئله: سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت در بیمارستان از جنبه‌های زیر می‌بایست

موردتوجه و بررسی قرار گیرد:

- میزان تطبیق نتایج حاصل از سنجش وضعیت پاسخگویی با واقعیت بخش
- شاخص‌های عینی یا ذهنی برای ارزیابی
- تطبیق نوع بیان بیماران با گزینه‌های پاسخ
- سهم حوزه‌های پاسخگویی از نمره کل
- روش بازخورد با بخش‌ها
- روش جمع‌آوری داده‌ها

شناسایی ذینفعان کلیدی و حمایت‌طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، ذینفعان مختلف برنامه در

همان جلسه (نشست متخصصان) از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا درخواست شد برای هر ذینفع منشأ قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشأ قدرت و منافع ذینفعان بحث شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر ذینفع نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰ نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت هست.

بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع‌بندی و برای هر یک از ذینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از ذینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان ذینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی ذینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از ذینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش‌های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت‌طلبی اولیه انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام‌شده برای شناسایی مصالح و حمایت‌طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام دوم در قالب ۶ مرحله به شرح ذیل انجام شد.

مرحله اول: بررسی متون مرتبط

هدف اصلی در این قسمت شناسایی زیرمحوورها بود و روش پژوهش عمده در این قسمت جستجوی مطالعات مرتبط پیشین و برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز با ذینفعان درگیر در فرآیند سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبیی گیرنده خدمت بود. در قسمت بررسی مدارک و مستندات مرتبط با ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت در کشور ایران و جهان، مقالات مرتبط یافت شده در پایگاه‌های اطلاعات علمی ساینس دایرکت^۱، وب او ساینس^۲، مدلاین^۳، اوید^۴ و پروکوئست^۵ و کتابخانه دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران به‌عنوان نمونه‌های مورد مطالعه برای دستیابی به مستندات مورد نیاز مورد بررسی قرار گرفتند.

مرحله دوم: مصاحبه با خبرگان

در قسمت دوم این مرحله، نمونه‌ای متشکل از پنج تن از صاحب‌نظران و پژوهشگران مورد نظر به روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع نمونه‌گیری از موارد ویژه^۶ (افراد) که علاوه بر تخصص مرتبط دارای سابقه انجام حداقل یک کار پژوهشی یا انتشار مقاله یا کتاب در زمینه ارزیابی عملکرد نظام سلامت، به‌خصوص پاسخگویی نظام سلامت بودند) انتخاب شدند. برای بررسی وضعیت سنجش پاسخگویی در بیمارستان از فرم جمع‌آوری داده^۷ برای بررسی مستندات و مدارک موجود و راهنمای مصاحبه نیمه ساختارمند برای قسمت مصاحبه استفاده شد.

اطلاعات لازم برای تکمیل فرم جمع‌آوری اطلاعات مستند مربوط به ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت در بیمارستان در ایران و جهان بر اساس جستجوی کلیدواژه‌هایی که در ادامه آمده است، به دست آمد:

- health system responsiveness information system
- health system responsiveness
- health system performance
- health system goals
- health system monitoring
- Patient satisfaction

¹ - ScienceDirect

² - Web of Science

³ - MedLine

⁴ - Ovid

⁵ - ProQuest

⁶ - Critical Case Sampling

⁷ Data gathering form

- patient expectancies
- patient experience
- patient rights

And

- Assessment
- evaluation
- framework
- monitoring
- measurement

لازم به ذکر است که این جستجو در دو گام انجام شد، در ابتدا کلیدواژه اصلی پاسخگویی نظام سلامت بود که پژوهشگر موفق شد مستندات محدودی در این زمینه در ایران پیدا کند، لذا به پیشنهاد گروه پژوهش، کلیدواژه‌های مربوط به رضایت بیمار، انتظارات و تجارب بیمار، حقوق بیمار نیز به موارد مورد جستجو در ایران اضافه گردید تا بتوان تصویر واضح‌تری از مطالعات مرتبط با عناوینی که با موضوع پاسخگویی دارای مشابهت‌هایی هستند، ارائه کرد.

جدول ۵: استراتژی جستجو در زمینه پاسخگویی نظام سلامت

Search engines and databases	Yahoo, Google, ScienceDirect, ISI web of science, Medline, Ovid, ProQuest, WHO (up to 1 June 2013)
Limits	Language: English OR Persian
Strategy	(A1 AND A2)
A1	Health system responsiveness information system OR health system responsiveness OR health system performance OR health system goals OR health system monitoring OR Patient satisfaction OR patient expectancies OR patient experience OR patient rights OR patient charter
A2	Assessment OR evaluation OR framework OR monitoring OR measurement

بر این اساس، حدود ۸۹ منبع استخراج گردید، که در گام دوم بعد از بررسی اولیه درنهایت با نظر گروه پژوهش ۵۵ منبع موردبررسی کامل قرار گرفت. معیار انتخاب این موارد، داشتن بیشترین ارتباط موضوعی باهدف مطالعه، جدیدتر بودن و در دسترس بودن متن کامل مستندات، بود. البته سعی شد برای دسترسی به مطالعات مرتبط بیشتر، برخی منابع قابل دسترس استفاده شده در این مطالعات که قدیمی تر اما دارای محتوای کاربردی بودند، نیز مورد بررسی قرار گیرند. نتایج بررسی برخی منابع مذکور در نگارش قسمت مرور متون آورده شده اند.

برای انجام مصاحبه، پژوهشگر ضمن مراجعه به صاحب نظران شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران و مشهد به صورت غیر ساخت یافته با آن ها مصاحبه نمود. محتوای مصاحبه منطبق بر مفاهیم، روش ها و ابزار ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت بود. هر جلسه مصاحبه بین ۴۵ تا ۵۵ دقیقه طول کشید و برای ضبط مصاحبه از دو سیستم الکترونیکی به منظور جلوگیری از مشکلات احتمالی استفاده شد. کلیه مصاحبه ها به صورت دیجیتالی ضبط صوتی شدند و سپس به صورت کلمه به کلمه رونوشت برداری (پیاده سازی) شد. متن مصاحبه ها برای اطمینان از صحت مکالمات بازنویسی شده به وسیله مصاحبه شوندگان مورد ویرایش و تأیید قرار گرفت.

فرآیند تحلیل داده های حاصل از بررسی مدارک و مستندات و مصاحبه ها در سه مرحله، نسخه برداری و ذخیره داده ها، رمزگذاری مضمونی و تحلیل محتوای تلخیصی^۱ انجام پذیرفت. به این صورت که ابتدا مضامین اصلی مربوط به موضوع و مترادف های آن ها انتخاب شده، سپس بخش های دارای ارتباط کم تر با موضوع و دارای معانی مشابه حذف شدند و سعی شد یافته های مشابه دسته بندی و خلاصه شوند. پاسخ های ارائه شده برای سؤالات باز پرسشنامه با روش تحلیل محتوا^۲ تحلیل گردید. بدین منظور، تمام نظرات اخذ شده به دقت مطالعه و سپس درون مایه اصلی هر یک از آن ها شناسایی شد. در مرحله بعد، از کلیدواژه های مناسب (استخراج شده از متن اظهارنظرها) برای کدگذاری این مفاهیم استفاده شد. درنهایت، تمام این کلیدواژه ها بر اساس اهداف پرسشنامه طبقه بندی گردید.

^۱ -Summarizing content analysis

^۲ - Content analysis

مرحله سوم: جمع‌بندی یافته‌های بررسی مطالعات و مصاحبه‌ها

هدف از این مرحله استخراج شاخص‌های مربوط به ۸ حوزه اصلی پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت و سؤالات مرتبط با ارزیابی آن‌ها بود. در این مرحله از جلسات بحث گروهی متمرکز و نشست متخصصان جهت ارزیابی ابعاد انتخاب‌شده و سؤالات مرتبط با سنجش آن‌ها استفاده شد. اعضای نشست متخصصان شامل اعضای هیئت‌علمی (دارای سابقه فعالیت و پژوهش در حیطه پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت)، کارشناسان رضایت سنجی، کارشناس رسیدگی به شکایات، مسئول دفتر بهبود کیفیت بودند. مجموعاً ۱۲ جلسه به‌صورت بحث گروهی متمرکز و نشست متخصصان برگزار شد.

بدین منظور از مهم‌ترین شاخص‌های استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها نتایج حاصل از بررسی متون مرتبط با پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیر طبی بیماران (که عمده مطالعات مرتبط با آن در قسمت پیشینه تحقیق آورده شده است) و بررسی مقایسه‌ای ابزار موجود استفاده شد، پرسشنامه جدید حاوی سؤالاتی مشتمل بر ۸ حوزه اصلی پاسخگویی خدمات بیمارستانی معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت جهت استفاده در بیمارستان تدوین و بومی‌سازی شد. جهت ارتقاء برخی از این شاخص‌ها برنامه‌های عملیاتی در سطح بیمارستان تدوین گردید و هدف‌گذاری آن از اولویت‌های بیمارستان بود که تا حد امکان به‌صورت عینی و قابل‌مشاهده برای اعضا تعریف و تشریح شد.

در هر یک از جلسات برگزارشده به هریک از اعضا فرصت اظهارنظر و ذکر نکات قابل‌بهبود داده شد. پاسخ‌های دریافت شده ابتدا به‌صورت +۱، صفر و -۱ (موافق معادل +۱، بی‌نظر معادل صفر و مخالف معادل -۱) علامت‌گذاری و سپس تعداد موارد موافق، بی‌نظر و مخالف برای هر یک از آیتم‌های مورد پرسش شمارش شد. برای قضاوت در خصوص پذیرش یا رد هر یک از آیتم‌ها، ملاک، پاسخ موافق بیش از ۷۵ درصد شرکت‌کنندگان به آیتم موردنظر بود.

موارد بین ۵۰ تا ۷۵ درصد توافق در دور بعدی مجدداً مورد پرسش واقع شد و موارد کمتر از ۵۰ درصد از ابزار حذف شد. پاسخ‌های ارائه‌شده برای سؤالات باز نیز با روش تحلیل درون‌مایه بررسی و کلیدواژه‌های مناسب (استخراج‌شده از متن اظهارنظرها) به‌صورت آیتم‌های جدید در ابزار پیشنهادی لحاظ گردید. در دور بعدی، از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا پاسخ‌ها را مجدداً بررسی نموده، در صورت نیاز در نظرات و قضاوت‌های خود تجدیدنظر کرده و دلایل خود را در مواردی که به توافق جمعی نرسیدند ذکر نمایند. معیار لحاظ شدن موارد مختلف در ابزار نهایی، توافق بیش از ۷۵ درصدی شرکت‌کنندگان بود. ابزار زیر حاصل از توافق بالای ۷۵ درصدی شرکت‌کنندگان هست. در جلسات تأکید شد با رعایت احترام، به بیانات و دیدگاه‌های افراد گروه گوش داده و نظرات تکمیلی خود را بعد از پایان نظر فرد موردنظر، ارائه نمایند. به‌منظور جلوگیری از انحراف از اهداف پژوهش، برحسب ضرورت پاسخ‌ها هدایت می‌شدند (۷۱).

در این مرحله دانش، دیدگاه و نگرش اعضا در خصوص نظام ارتقا و سنجش به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت استخراج گردید و پس از رسیدن به مرحله اجماع، منجر به شناسایی ابعاد این نظام گردید.

مرحله چهارم: نهایی سازی محورها در دلفی

هدف اصلی این مرحله بررسی و تأیید محورها، زیر محورهای ارزیابی و شاخص‌ها بود و روش پژوهش عمده در این گام استفاده از نشست متخصصان بود. اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) به عنوان اعضای نشست متخصصان انتخاب شدند. اعضای این کمیته شامل رئیس بیمارستان، تعداد دو عضو حیات علمی بالینی، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، معاونت توسعه مدیریت و منابع، رئیس اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت بیمارستان، مسئول گروه سنجش و ارتقا رضایت ذینفعان، مسئول روابط عمومی، مسئول رسیدگی به شکایات، مسئول حراست و مدیر پرستاری بودند. در این مرحله از فن گروه اسمی (NGT) و در قالب چهار جلسه استفاده شد. در ابتدا نتایج حاصل از مرحله قبل در جلسه ارائه شد سپس هر کدام از اعضای نشست خبرگان اولین پیشنهاد که به ذهنش رسید را بیان کرد مشروط بر اینکه راه حل ذکر شده تکراری نباشد. با بهره گیری از نظرات هریک از افراد ایده های جدیدی مطرح گردید. رهبر گروه با سمت رئیس اداره بهبود کیفیت دبیر جلسه را بر عهده داشت و پاسخ های گروه را بر روی یک صفحه مناسب که برای همه شرکت کنندگان قابل مشاهده بود، ثبت نمود. در مرحله اول هیچ یک از افراد حق اظهار نظر در مقابل ایده های مطروحه را نداشتند. فرآیند تصمیم گیری با استفاده از فن گروه اسمی در چهار مرحله شامل خلق ایده ها، ثبت ایده ها، تصریح ایده ها و رأی گیری درباره ایده ها طی شد (۷۲)

مرحله پنجم: روان سنجی پرسشنامه تدوین شده

این مرحله باهدف سنجش روایی زیر محورها و شاخص های طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت انجام شد. پرسشنامه جدید تدوین شده حاوی سؤالاتی مشتمل بر هشت حوزه اصلی پاسخگویی خدمات بیمارستانی معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت که جهت استفاده در بیمارستان تدوین و بومی سازی شده بود، در این مرحله وارد فاز روان سنجی گردید. پرسشنامه تدوین شده جهت تأیید پایایی توسط کارشناسان آمار واحد به صورت پایلوت اجرا گردید، پس از تأیید پایایی پرسشنامه جهت تأیید روایی محتوا به روش (CVI, CVR) برای کارشناسان مربوطه (شامل پنج نفر از اعضای حیات علمی مدیریت اطلاعات سلامت، پنج نفر از اعضای حیات علمی اخلاق پزشکی، سه نفر از مدیران بیمارستان، دو نفر از سوپروایزرهای بیمارستانی و دو نفر از پزشکان علاقه مند به موضوع رضایت بیمار و یک نفر هیئت علمی نماینده سازمان پزشکی قانونی) ارسال شد تا روایی آن نیز تأیید گردد. نمره CVI سؤالات پرسشنامه بالای ۰/۷۸ به دست آمد و نمره CVR نیز بالای ۰/۸۶ بود که نشان دهنده

روایی سؤالات پرسشنامه بود. آزمون‌های آماری مربوط به سنجش روایی و پایایی پرسشنامه در پیوست ۱ آورده شده است.

پایایی یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های برای ابزارهای سنجشی است که جهت اندازه‌گیری متغیرها یا سازه‌های پنهان طراحی شده‌اند. بدون داشتن یک ابزار پایا نمی‌توان به نتایج پژوهش اعتماد کافی داشت و در صورت تکرار پژوهش، نتایج می‌تواند دارای تفاوت معنی‌دار با مرحله اول باشد. هرچند پایایی شرط کافی برای اعتماد و اطمینان به نتایج به بار آمده از یک ابزار سنجش نیست اما شرط ضروری و لازم است ضریب آلفای کرونباخ، شاخصی از هماهنگی درونی در بین آیتم‌ها قلمداد می‌شود. بر این اساس انتظار داریم که هر چه همبستگی بین آیتم‌ها بیشتر شود، مقدار ضریب آلفا افزایش یابد. در این رابطه می‌توان این موضوع را ذکر کرد که ضریب آلفای کرونباخ «متوسط ضرایب همبستگی بین آیتم‌ها» ست. جدول زیر در تصمیم‌گیری می‌تواند راهنمای محقق باشد و لذا با توجه به اعداد به‌دست آمده از آلفای کرونباخ پرسشنامه بیماران می‌توان گفت پایایی پرسشنامه در حد خوب هست در مرحله پایانی برای جمع‌بندی و داده‌های توصیفی در خصوص میزان توافق از نرم‌افزار Excel نسخه‌ی ۲۰۱۶ استفاده شد.

مرحله ششم: تهیه راهنمای تکمیل پرسشنامه بر اساس بیان بیماران/همراهیان بیمار

در این مرحله به پیشنهاد جلسات نشست متخصصان برای اینکه پرسشگرها در زمان ثبت داده‌ها در صورت بیان اظهارات متفاوت از جانب بیماران دچار سردرگمی نشوند، راهنمای پرسشنامه برای پرسشگران تدوین شود که در آن پاسخ‌های متداول بیماران طبق تجربیات سنجش رضایت بیماران در گذشته در قالب رضایت یا عدم رضایت دسته‌بندی و در اختیار پرسشگران قرار گیرد تا در زمان ثبت و انتخاب گزینه‌ها روایی و پایایی داده‌های گردآوری شده توسط پرسشگران مختلف دچار خدشه نشود. نتیجه این مرحله منجر به ایجاد راهنمای پرسشگری به صورت زیر گردید که روایی محتوایی آن به صورت کیفی در جلسات فوکوس گروه بررسی و تأیید گردید. الگوی پیشنهادی در جلسات فوکوس گروه به شرکت‌کنندگان ارائه شد و در مورد محتوای محورها بحث صورت گرفت. برای توافق سنجی روی محورها و محتوای محورها از فن دلفی استفاده شد. نمونه راهنمای تکمیل پرسشنامه در پیوست یک آورده شده است.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در گام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه نیاز بود که نظرات دینفعان پروژه که در ناحیه ۲ (دینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه ۳ (دینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردد (شکل ۱-۳).

بر این اساس، فرایند طراحی شده به همراه سؤالات موردنظر شامل ابعاد سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبّی گیرندگان خدمت، برای کلیه دینفعان مذکور به صورت رسمی ارسال و از ایشان درخواست شد به مدت یک هفته نظرات خود را ارائه دهند. علاوه بر این، با آن دسته از دینفعان که در ناحیه ۲ قرار می گرفتند و قدرت تأثیرگذاری زیاد بر روی پروژه داشتند، جلساتی به صورت حضوری و چهره به چهره برگزار شد و رضایت ایشان برای اجرای کار جلب گردید. (جزئیات اقدامات انجام شده برای مشارکت طلبی برای اجرا و بررسی الزامات اجرایی در فصل سوم ارائه شده است)

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در این گام ابتدا ارزیابان انتخاب شدند. سپس برای کلیه ارزیابان یک دوره آموزشی تعریف شد. بعد از این دوره، فرایند ارزشیابی شروع شد. نتایج ارزشیابی به صورت ایمیل به سرپرستاران و روسای بخش ها بازخورد داده شد. به جهت پایدارسازی فرایند، اقدامات لازم برای طرح موضوع در معاونت توسعه دانشگاه و توسعه فرایند طراحی شده در سایر بیمارستان ها انجام شد.

۲-۳-۲) چارچوب طرح

چارچوب طرح نظام سنجش و ارتقاء پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت

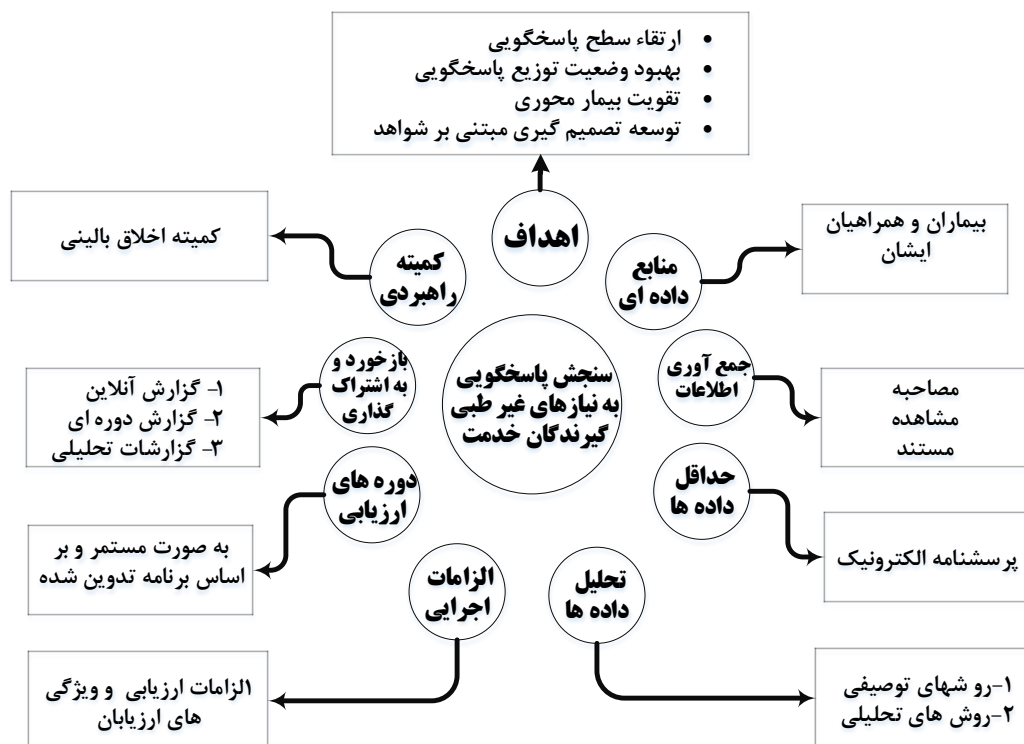
عنوان: نظام سنجش و ارتقاء پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت

ماده ۱: مقدمه کلیات

ارتقای سطح پاسخگویی نظام سلامت در ایران اسلامی که بر هویت معنوی انسان و توجه ویژه به بعد ملکوتی و روحی او علاوه بر سه بعد زیستی، روان شناختی و اجتماعی اهتمام دارد و تأثیر عوامل روحی و ارتباط عاطفی و معنوی را در سلامت و بیماری مورد تأکید قرار می‌دهد، اهمیت دوچندان می‌یابد. بر این اساس، اسناد و قوانین بالادستی ایران نیز مانند قانون اساسی، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی سلامت کشور، هدف مراعات حقوق اسلامی، انسانی، مدنی، پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندگان نظام سلامت را به‌عنوان یکی از اهداف کلان نظام سلامت عنوان کرده‌اند. رعایت این امر در بیمارستان‌ها به‌عنوان مراکزی که به بیماران عمدتاً بدحال‌تر خدمات ارائه می‌دهند بسیار بااهمیت است. زیرا درد بیماری انسان را به‌مراتب زودرنج‌تر و آسیب‌پذیرتر می‌سازد. همچنین ارائه تصویری روشن از وضعیت پاسخگویی در بیمارستان‌ها و تعیین اولویت‌های گیرندگان خدمات می‌تواند سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را در خصوص انجام اقدامات و برنامه‌های اصلاحی رهنمون سازد. بر این اساس دستورالعمل فعلی باهدف طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان خدمت در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) شهر مشهد تدوین شده است.

ماده ۲: مدل کلی نظام سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت

نظام سنجش و ارتقاء پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان در قالب ۸ محور و ۲۴ زیرمحور طراحی شد. مدل طراحی شده به‌صورت شماتیک در شکل زیر به تصویر کشیده شده است.



شکل ۵: الگوی سنجش پاسخگویی نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت

ماده ۳: محور اهداف

اهداف نظام منتج از مأموریت، چشم انداز و در راستای سیاست های اصلی و استراتژی های بیمارستان به شرح ذیل

هست:

- ۱- ارتقاء سطح پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت
- ۲- بهبود وضعیت توزیع نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت برای همه بیماران به صورت یکسان
- ۳- تقویت بیمار محوری در فرایندهای ارائه خدمت
- ۴- توسعه تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در حوزه پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت

ماده ۴: محور منابع داده‌ای:

داده‌های موردنیاز نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت از منابع زیر به دست می‌آید:

- بیماران دریافت‌کننده خدمت سرپایی بیمارستان
- بیماران (یا همراهیان ایشان) دریافت‌کننده خدمات بستری تحت نظر
- بیماران (یا همراهیان ایشان) دریافت‌کننده خدمات بستری

ماده ۵: شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات

اطلاعات موردنیاز نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت به روش‌های زیر جمع‌آوری می‌گردد:

- ۱- مصاحبه حضوری یا تلفنی : در مصاحبه حضوری ارزیابان در زمان بستری بیماران با حضور بر بالین ایشان اقدام به تکمیل پرسشنامه می‌نمایند. در مصاحبه تلفنی یک هفته بعد از ترخیص ارزیابان اقدام به تماس تلفن با بیماران یا همراهیان ایشان نموده و پرسشنامه را تکمیل می‌نمایند.
- ۲- مشاهده: در هنگام مصاحبه حضوری ارزیابان مشاهدات خود را در خصوص پاسخگویی بخش‌ها به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت را در قسمت توضیحات پرسشنامه ثبت می‌نمایند
- ۳- مستندات پرونده: در صورت نیاز به ثبت توضیحات در خصوص برخی از مصادیق پرسشنامه (به‌طور مثال آموزش به بیمار) ارزیابان مستندات ثبت‌شده در پرونده بیمار را بررسی و نتایج را در قسمت توضیحات پرسشنامه ثبت می‌نمایند.

ماده ۶: تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از روش‌های زیر صورت می‌پذیرد:

- ۱- آمار توصیفی: شامل استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند نمودار، جدول میانگین و... است.
- ۲- آمار تحلیلی: شامل استفاده از روش‌های آمار استنباطی مانند انجام آزمون‌های آماری و استفاده از شیوه‌ی تحلیل ریشه‌ای می‌شود.

ماده ۷: محور مقررات و الزامات اجرایی

مقررات و الزامات اجرایی نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبیی گیرندگان خدمت به شرح ذیل هست:

- ۱- ارزیابان می‌بایست قبل از شروع به کار به‌عنوان ارزیاب دوره آموزشی مربوطه را طی نموده باشد.
- ۲- ارزیابان می‌بایست فاقد سوابق تأیید شده در حوزه رفتارهای غیر حرفه‌ای با بیماران باشند.
- ۳- ارزیابان می‌بایست در هر حال اصول محرمانگی اطلاعات بیماران را حفظ نمایند.
- ۴- ارزیابان می‌بایست از بین افرادی انتخاب شوند که دارای حداقل ویژگی‌ها شخصیتی در حوزه دقیق بودن، وقت‌شناسی، مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی مناسب، دارا بودن مهارت‌های ارتباطی، بی‌طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی، پایبندی به استانداردها، داشتن مهارت‌های قضاوت و تحلیل، آگاه به استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و درمانی و علاقه‌مندی به مشارکت در فرآیند ارزیابی باشند.

ماده ۸: محور دوره‌های ارزیابی

ارزیابی‌ها در نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبیی گیرندگان خدمت به‌صورت مستمر و بر اساس برنامه تدوین شده انجام می‌شود.

ماده ۹: محور بازخورد و انتشار اطلاعات

بازخورد نتایج حاصل از سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبیی گیرندگان خدمت با مکانیسم تحلیل داده‌ها به صورت آمار توصیفی و تحلیلی در قالب جداول و نمودارهای فراوانی و درصد و نمودار استخوان ماهی به تفکیک هریک از بخش‌های درمانی به دو شیوه آنلاین و مستمر به شرح ذیل انجام می‌شود.

۱- گزارش آنلاین: ارائه گزارش‌ها در کارپوشه رئیس، معاونین، مدیران و روسای ادارات بیمارستان، سوپروایز، سرپرستار و رئیس بخش بر اساس سطوح دسترسی تعریف‌شده در سامانه ارزیابی مستمر

۲- گزارش دوره‌ای: ارائه گزارش‌ها در داشبورد مدیریتی با امکان مشاهده ارزیابی‌ها در بازه‌های زمانی متفاوت در داشبورد رئیس، معاونین و مدیران بیمارستان، سوپروایز، سرپرستار و رئیس بخش بر اساس سطوح دسترسی تعریف‌شده

۳) گزارش‌ها تحلیلی: در کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای و بالینی، پایش و سنجش کیفیت و گروه مدیریتی

ماده ۱۰: محور کمیته راهبردی

کمیته اخلاق بالینی باهدف ایجاد هماهنگی و نظارت و بر عملکرد ارزیابان و فرایندهای ارزیابی و بازخورد به عنوان کمیته راهبردی نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت فعالیت خواهد داشت. وظایف مرتبط به شرح ذیل هست:

- ۱- بررسی گزارش‌ها تولیدشده
- ۲- بررسی و تصویب پیشنهادهای در حوزه مداخلات مرتبط
- ۳- پیگیری نتایج اجرای مداخلات مرتبط
- ۴- بررسی و پیشنهاد تغییرات در نظام سنجش پاسخگویی در کمیته گروه مدیریتی
- ۵- همکاری در نیازسنجی آموزشی، اجرای برنامه های آموزشی موردنیاز همکاران در حوزه مرتبط و نیز پیگیری و همکاری در تشکیل کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی
- ۶- استخراج، مستندسازی، بروز رسانی و اشتراک گذاری اطلاعات منطبق با مدیریت دانش و ارائه مستندات

ماده ۱۱: محور حداقل داده‌ها

یکی از مهم‌ترین قسمت‌های سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت محور حیطه‌ها و مصادیق ارزیابی هست.

بند ۱: حوزه احترام به شأن و منزلت افراد

حوزه احترام به شأن و منزلت افراد در بعد "احترام به افراد" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می‌شود به شرح ذیل هست:

- ✓ محترمانه بودن برخورد کارکنان انتظامات بیمارستان
- ✓ محترمانه بودن برخورد پزشک با شما در مدت بستری
- ✓ محترمانه بودن برخورد دانشجویان با شما در مدت بستری
- ✓ رعایت حریم خصوصی شما توسط پزشک و پرستار حین معاینه و درمان (کشیدن پرده و اجازه گرفتن برای معاینه بدن و...)
- ✓ تا چه حد گروه درمان (سرپرستار، پرستار، کمک بهیار) شما را با افعال دوم شخص جمع مخاطب قرار می‌دهد؟

بند ۲: حوزه برقراری ارتباط مناسب با بیمار و ارائه اطلاعات شفاف

حوزه برقراری ارتباط مناسب با بیمار و ارائه اطلاعات شفاف در بعد "احترام به افراد" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می شود به شرح ذیل هست:

- ✓ اطلاع رسانی به شما در مورد هزینه های درمان
- ✓ توجه و حوصله پزشک در گوش دادن به صحبت ها و سؤالات شما
- ✓ توجه و حوصله پرستار در گوش دادن به صحبت ها و سؤالات شما
- ✓ ارائه توضیحات قابل فهم در خصوص بیماری و درمان شما

بند ۳: حوزه توجه و رسیدگی فوری

حوزه توجه و رسیدگی فوری در بعد "احترام به افراد" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می شود به شرح ذیل هست:

- ✓ سرعت رسیدگی به شما یا بیمارتان زمانی که نیاز فوری داشتید
- ✓ از نحوه و زمان ترخیص راضی بودید؟ بله-خیر

بند ۴: حوزه استقلال

حوزه استقلال در بعد "احترام به افراد" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می شود به شرح ذیل هست:

توجه به نظر شما در خصوص تعیین روش درمانتان

بند ۵: حوزه رعایت حق انتخاب

حوزه رعایت حق انتخاب در بعد "مشارکت مداری" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می شود به شرح ذیل هست:

امکان درخواست شما برای کسب نظر یک پزشک دیگر در خصوص روش درمانتان

- ✓ میزان آزادی شما در جایگزینی فردی که از شما در بخش پرستاری می کند (انتخاب فردی که با او راحت تر هستید)

بند ۶: حوزه رعایت حق محرمانگی

حوزه رعایت حق محرمانگی در بعد "مشتري مداری" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبي گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می شود به شرح ذیل هست:

- ✓ میزان خصوصی صحبت کردن پزشک و پرستار با شما به طوری که دیگران صدای شما را نشنوند
- ✓ محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات شخصی و بیماری شما از دیگران

بند ۷: حوزه کیفیت مناسب امکانات رفاهی

حوزه کیفیت مناسب امکانات رفاهی در بعد "مشتري مداری" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبي گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می شود به شرح ذیل هست:

- ✓ وجود تجهیزات کافی در داخل اتاق (تهویه و وسایل گرمایش و سرمایش، صندلی همراه، یخچال، آب سرد کن، تلفن، تلویزیون و...)
- ✓ تمیزی و نظافت دستشویی
- ✓ وضعیت تغذیه شما در مدت بستری
- ✓ تسهیلات رفاهی بیمارستان برای شما و همراهتان (محوطه زیبا، پارکینگ، فروشگاه، همراه سرا و غیره)

بند ۸: حوزه امکان ملاقات آزادانه با دوستان و اعضای خانواده افراد

حوزه امکان ملاقات آزادانه با دوستان و اعضای خانواده افراد در بعد "مشتري مداری" ابزار سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبي گیرندگان خدمت هست. مصادیق این حوزه که به صورت "خیلی خوب تا خیلی بد" پاسخ داده می شود به شرح ذیل هست:

امکان ملاقات آزادانه با دوستان و اعضای خانواده در زمان نیاز

بند ۹: اطلاعات دموگرافیک پاسخگویان:

این بخش شامل مشخصات کلی پاسخگویان در زمینه‌های ذیل هست:

- پاسخگو (بیمار/ همراه)
- نحوه‌ی تکمیل پرسشنامه (تلفنی/ حضوری)
- سن (سال)
- جنس (زن/ مرد)
- سابقه بستری در بیمارستان خصوصی (دارد / ندارد)
- سابقه قبلی بستری در این بیمارستان (دارد / ندارد)
- تابعیت (ایرانی /غیر ایرانی)، محل سکونت (شهر مشهد/ سایر شهرها/ روستا)
- وضعیت شغلی (کارمند دولت /آزاد /خانه‌دار/بیکار /محصل / سایر/کشاورز /دام‌پرور)
- داشتن بیمه تکمیلی (بلی/ خیر)
- میزان تحصیلات (بی‌سواد/ ابتدایی و راهنمایی/ دیپلم/فوق دیپلم/لیسانس/ فوق لیسانس و بالاتر)
- علت انتخاب این بیمارستان (نزدیکی به محل سکونت/ شهرت و امکانات بیمارستان/ طرف قرارداد بودن با بیمه/ اعزام از سایر مراکز درمانی/ رضایت از مراجعات قبلی/ مناسب بودن میزان هزینه‌ها)

پیوست یک دستورالعمل: پرسشنامه سنجش پاسخگویی بیماران بستری

قسمت اول پرسشنامه: داده های دموگرافیک

قسمت اول پرسشنامه: داده های دموگرافیک			
با سلام و احترام خدمت شما دریاقت کننده خدمت			
از آنجا که دریاقت خدمت همراه با تکریم حق تمام گیرندگان خدمات در این بیمارستان است، لذا پرسشنامه حاضر به منظور اطلاع از نظر شما در خصوص میزان تحقق این موضوع تدوین شده است. خواهشمندیم با پاسخ های دقیق به سؤالات زیر، مسئولین بیمارستان را در جهت بهبود کیفیت خدمات ارائه شده یاری فرمایید. بدیهی است نظرات شما بدون نام ثبت خواهد شد و اطلاعات شما محرمانه باقی خواهد ماند.			
مشخصات کلی بیمار یا همراهی وی (در مواقعی که بیمار کمتر از ۱۸ سال دارد یا به دلایل دیگر از پاسخ دادن به سؤالات معذور است)			
پاسخگو: بیمار ۱ همراه ۲ کد پاسخگو:			
سن: ... سال	جنس: زن ۱ مرد ۲	سابقه بستری در بیمارستان	سابقه قبلی بستری در این
		خصوصی: دارد ۱ ندارد ۲	بیمارستان دارد ۱ ندارد ۲
تابعیت:	ایرانی ۱ غیر ایرانی ۲	محل سکونت: شهر مشهد ۱	سایر شهرها ۲ روستا ۳
وضعیت شغلی: کارمند دولت ۱ آزاد ۲ خانه دار ۳ بیکار ۴ محصل ۵ سایر ۶	آیا شما بیمه تکمیلی دارید؟	بلی ۱ خیر ۲	
میزان تحصیلات:	بی سواد ۱	ابتدایی و راهنمایی ۲	
	دیپلم ۳	فوق دیپلم ۴	
	لیسانس ۵	فوق لیسانس و بالاتر ۶	
علت انتخاب این بیمارستان:	تزدیکی به محل سکونت ۱	شهرت و امکانات بیمارستان ۲	طرف قرارداد بودن با بیمه شما ۳
	اعزام از سایر مراکز درمانی ۴	رقابت از مراجعات قبلی ۵	
	متناسب بودن میزان هزینه ها ۶	توصیه پزشک معالج ۷	
	سایر دلایل ۸ (.)		

قسمت دوم: سوالات اصلی

می‌خواهم در ادامه سؤالاتی در مورد تجربه بستری اخیر شما (یا بیمارستان) در بیمارستان امام رضا(ع) بیرسم. لطفاً ارزیابی خود را در مورد هر مورد در قالب گزینه‌های خیلی خوب تا خیلی بد اعلام بفرمائید.		
حوزه	سوال	بله خیر
احترام به شأن و منزلت افراد	آیا گروه درمان (سرپرستار، پرستار، کمک بهیار) شما را با افعال دوم شخص جمع مخاطب قرار می‌دادند؟	
	آیا هنگام معاینه و درمان حریم خصوصی شما/بیمارستان حفظ شد؟	
	آیا برخورد پرستاران با شما محترمانه بود؟	
	آیا برخورد کارکنان انتظامات با شما محترمانه بود؟	
	آیا برخورد پزشکان با شما محترمانه بود؟	
	آیا برخورد دانشجویان پزشکی با شما محترمانه بود؟	
	آیا برخورد سایر کارکنان غیر درمانی (منشی و خدمات کمک بهیار و...) با شما محترمانه بود؟	
امکان ملاقات آزادانه با دوستان و اعضای خانواده	آیا در طول بستری در هنگام نیاز امکان ملاقات با بیمارستان وجود داشت؟	
	آیا در طول بستری در هنگام نیاز در خارج از ساعات ملاقات با دوستان و آشنایان، امکان ملاقات وجود داشت؟	
برقراری ارتباط مناسب با بیمار ارائه اطلاعات شفاف	آیا پرستار با توجه و حوصله به صحبت‌ها و سؤالات شما گوش می‌داد؟	
	آیا پزشک با توجه و حوصله به صحبت‌ها و سؤالات شما گوش می‌داد؟	
	آیا توضیحات پزشک در مورد بیماری برایتان قابل فهم بود؟	
	آیا در مورد هزینه‌های درمان به شما اطلاع‌رسانی شده است؟	
	آیا توضیحات و آموزش‌های پزشک در مورد بیماری و اقدامات مورد نیاز کافی بود؟	
	آیا توضیحات و آموزش‌های لازم بعد از ترخیص مناسب بود؟	
	آیا توضیحات و آموزش‌های لازم در حین بستری مناسب بود؟	
توجه و رسیدگی فوری	آیا از نحوه و زمان ترخیص راضی بودید؟	
	آیا کارهای مربوط به پذیرش بیمارستان سریع انجام شد؟	
	آیا می‌توانستید راحت قسمت‌های مختلف بیمارستان را پیدا کنید؟	
	آیا وقتی نیاز فوری داشتید (مثلاً حال مریض بد شده بود و کمک لازم داشت) کارکنان بیمارستان سریع به شما رسیدگی می‌کردند؟	
	آیا پزشک در انتخاب روش درمان به نظر شما/بیمارستان توجه کرد؟	
حق انتخاب	آیا می‌توانستید پرستاران را عوض کنید؟	
	آیا امکان مشورت برای کسب نظر یک پزشک دیگر در خصوص روش درمانتان را داشتید؟	
رعایت حق محرمانگی	آیا احساس می‌کنید اطلاعات شخصی و بیماری شما/بیمارستان در بیمارستان محرمانه نگه‌داشته شد؟	
	آیا امکان صحبت خصوصی با پزشک و پرستار به صورتی که دیگران صدای شما را نشنوند وجود داشت؟	
کیفیت مناسب امکانات رفاهی	آیا امکانات رفاهی بیمارستان مناسب و کافی بود؟ (محوطه زیبا، پارکینگ، فروشگاه، همراه سرا و ...)	

می‌خواهم در ادامه سؤالاتی در مورد تجربه بستری اخیر شما (یا بیمارستان) در بیمارستان امام رضا (ع) بپرسم. لطفاً ارزیابی خود را در مورد هر مورد در قالب گزینه‌های خیلی خوب تا خیلی بد اعلام فرمائید.			
حوزه	سوال	بله	خیر
	آیا تجهیزات و لوازم مناسب و قابل استفاده در اتاق شما/بیمارستان وجود داشت؟ (تهویه و وسایل گرمایش و سرمایش، صندلی همراه، یخچال، تلفن، تلویزیون و...)		
	آیا زمان و نحوه ی توزیع غذا مناسب بود؟		
	آیا سرویس‌های بهداشتی تمیز بود؟		
	آیا کیفیت غذا مناسب بود؟ (مرغوبیت، تنوع، رعایت رژیم‌های غذایی و...)		
	آیا وسایل اتاق شما / بیمارستان تمیز و مرتب بود؟ (ملحفه، پتو، بالش و لباس بیمار)		
	آیا مراجعه به این بیمارستان را به دیگران توصیه می‌کنید؟ بله		
سوالات کلی	به طور کلی به میزان پاسخگویی این بیمارستان را به انتظارات غیر طبی خود از ۱ تا ۱۰ چه امتیازی می‌دهید؟		
	۱ از بین مواردی که سوال شد کدام یک برایتان خیلی مهم است؟ چنانچه برای ارائه بهتر خدمات، پیشنهاد و یا انتقادی دارید ذکر فرمایید:		

پیوست ۲: راهنمای تکمیل پرسشنامه بر اساس نوع بیان بیمار/همراهیان

در هر کدام از جداول زیر مشخص شده است که چگونه پاسخ دریافت شده بررسی و نتیجه گیری می‌شود.

شاخص ۱: احترام به شان و منزلت افراد

۱) آیا برخورد کارکنان انتظامات با شما محترمانه بود؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ طوری رفتار می‌کرد انگار باکی طرفه ✓ اخلاق ندارند که. ✓ خدا رحم کرده نگهبان و گر نه چه کار می‌کردن ✓ توجهی نمی‌کرد تازه توهین هم کردن ✓ با من بد برخورد کرد ولی با بعضی‌ها خوب بود!	✓ جواب سربالا میدادن ✓ می‌گفت زدیم پشت در بخون ✓ هر کس رو خودشان دلشان بخواهد راه میدن ✓ قانون خاصی ندارند ✓ سلیقه‌ای رفتار می‌کنند	✓ بد نبود ✓ کاری باهاشون نداشتم ✓ وظیفشون انجام میدادن دیگه ✓ اگر محترمانه‌تر بود بهتر بود	✓ خوب بودن ✓ بنده‌های خدا کارشان سخت ولی جواب ما رو دادن ✓ ما راضی بودیم	✓ نگهبان خیلی خوب جوابمان می‌داد

۲) آیا برخورد پزشکان با شما محترمانه بود؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ صدا زدم محل نداد ✓ انگار نه انگار منم هستم ✓ به بقیه توجه می کرد ولی به من توجه نمی کرد و رفتارش بانام فرق داشت ✓ اصلاً محترمانه نبود ✓ به ما توجه نمی کرد ولی با بعضی ها محترمانه رفتار می کرد	✓ با من که حرف نمی زد ولی بد نبود ✓ به من که محل نمی گذاشت ✓ نمی شد باهاشون حرف زد ✓ ای بابا ✓ درمانشان خوب باشه،	✓ ای... ✓ بد نبود ✓ برخوردی نداشتم ✓ معمولی بود ✓ سرشان شلوغ بود دیگه	✓ خوب بودن ✓ ما که راضی هستیم ✓ خدا خیرش بده، آقاهه ✓ اکثراً محترمانه بود	✓ عالی بودن ✓ دکتر که حرف نداره ✓ به خاطر اخلاقشان اومدیم اینجا ✓ همیشه محترمانه بود

۳) آیا برخورد دانشجویان پزشکی با شما محترمانه بود؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ صدا زدم محل نداد	✓ با من که حرف	✓ ای...!	✓ خوب بودن	✓ عالی بودن
✓ انگار نه انگار منم هستم	✓ نمی زد ولی بد نبود	✓ بد نبود	✓ ما که راضی	✓ همیشه
✓ به بقیه توجه می کرد ولی به من	✓ به من که محل	✓ برخوردی	✓ هستیم	✓ محترمانه
✓ توجه نمی کرد و رفتارش با هام	✓ نمی گذاشت	✓ نداشتم	✓ خدا خیرش	✓ بود
✓ فرق داشت	✓ نمی شد باهاشون	✓ معمولی بود	✓ بده، آقاهه	
✓ اصلاً محترمانه نبود	✓ حرف زد	✓ سرشان شلوغ	✓ اکثراً	
✓ به ما توجه نمی کرد ولی با بعضی ها	✓ ای بابا...!	✓ بود دیگه	✓ محترمانه	
✓ محترمانه رفتار می کرد	✓ درمانشان خوب	✓ زیبا محترمانه	✓ بود	
	✓ باشه، بقیش مهم نیست	✓ نبود		
	✓ اکثراً محترمانه نبود			
	✓ اصلاً باهم حرفی			
	✓ نزدیم!			

۴) آیا برخورد سایر کارکنان غیر درمانی (منشی و خدمات کمک بهیار و...) با شما محترمانه است؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ صدا زدم محل نداد	✓ به من که محل	✓ ای...!	✓ خوب بودن	✓ عالی بودن
✓ انگار نه انگار منم هستم	✓ نمی گذاشت	✓ بد نبود	✓ بنده های خدا کارشان	✓ همیشه
✓ به بقیه توجه می کرد ولی به من	✓ نمی شد باهاشون	✓ برخوردی	✓ سخت ولی جواب ما	✓ محترمانه بود
✓ توجه نمی کرد و رفتارش	✓ حرف زد	✓ نداشتم	✓ رو دادن	
✓ با هام فرق داشت	✓ ای بابا	✓ معمولی بود	✓ ما راضی بودیم	
✓ اصلاً محترمانه نبود	✓ دو بار صدا می زدی	✓ سرشان شلوغ		
✓ به ما توجه نمی کرد ولی با بعضی ها	✓ ناراحت می شدند	✓ بود دیگه		
✓ بعضی ها محترمانه رفتار می کرد		✓ زیاد محترمانه نبود		

۵) آیا هنگام معاینه و درمان حریم خصوصی شما/بیمار تان حفظ شد؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ با یک عالمه دانشجو میامدن خیلی سخت بود ✓ خیلی معذب بودم ✓ بهش میگم نمی‌خواهم آقا خونم رو بگیره، میگم می‌خواستی بری خصوصی ✓ اصلاً نمی‌پرسن که بخواهی اجازه بدی یا نه ✓ اعتراض کردم به مشکل خوردم ✓ اصلاً رعایت نمی‌کردن	✓ ای بابا ✓ لگن می‌خواستی کمکی آقا/خانم نداشتن ✓ موقع تعویض لباس با وجود اینکه همه خانم بودن ولی خوب ... ✓ روم نشد، نتونستم چیزی بگم ✓ اتاق این قدر جا نداشت بایستن چه برسه به پرده کشیدن ✓ اکثراً رعایت نمی‌کردن ✓ گفتم اگر بگم بدتر میشه یا ناراحت میشن	✓ نیازی نداشتم ✓ پیش نیامد ✓ بد نبود ✓ بعضی وقت‌ها	✓ خوب بود ✓ رعایت می‌کرد ✓ اکثر وقت‌ها رعایت می‌شد	✓ اگر لازم بود اره ✓ همیشه رعایت می‌کردند

۶) آیا برخورد پرستاران با شما محترمانه بود؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً انگار نه انگار مریض دارن ✓ با خودشان هم قهرن ✓ با هر کس دلشان بخواهد که خوبن ولی خوب ...- اینجا فقط باید یک نفر سفارشت رو بکنه ✓ اصلاً محترمانه نبود	✓ شیفت به شیفت فرق میکنه ✓ بعضی‌هاشون خوبن بعضی‌هاشون هم که ... ✓ چی بگم محترمانه رفتار نمی‌کردن ✓ نمی‌خواهم نونشون قطع به شه ✓ از ما که گذشت	✓ اونا هم بنده‌های خدا خسته میشن ✓ بد نبودن ✓ زیاد محترمانه نبود	✓ راضی بودیم ✓ با ما خوب بودن ✓ خدا خیرشون بده خوب بودن ✓ اکثر مواقع محترمانه رفتار می‌کردن	✓ عالی بودن ✓ رفتارشان خیلی خوبه ✓ من که دعاشون می‌کنم ✓ از خودمان بهتر به مریضمون رسیدن ✓ همیشه محترمانه رفتار می‌کردن

۷ آیا گروه درمان (سرپرستار، پرستار، کمک بهیار) شما را با افعال دوم شخص جمع مخاطب قرار می‌دهد؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ ما باهاشون تو بگیریم ناراحت میشن ولی خودشان همیشه تو می گن	✓ ای بابا ✓ کلا تو تو می گن ✓ والا جواب بدن، شما هم نگفتن مهم نیست	✓ بعضی‌ها ✓ یک خط در میان	✓ معمولاً خوب بودن ✓ پرستار خوب بودن ✓ بالادین	✓ خیلی خوب بودن ✓ اره ✓ همیشه این طورن

شاخص ۲: امکان ملاقات آزادانه با دوستان و اعضای خانواده

۸ آیا در طول بستری در هنگام نیاز با دوستان و آشنایان، امکان ملاقات وجود داشت؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً نمی گذاشتن کسی به یاد پیشم ✓ به ما اجازه نمی‌داد ولی به بعضی‌ها راحت اجازه می‌دادن	✓ نمیگذاشتن کسی به یاد پیشم ✓ سخت می گرفتن نمیذاشتن همراه به یاد	✓ بعضی وقت‌ها می‌گذاشت	✓ اکثر وقت‌ها می تونستم	✓ هر وقت لازم بود می گذاشتند بیان یا باهاشون حرف بزنم

۹ آیا در طول بستری در هنگام نیاز در خارج از ساعات ملاقات / در هنگام نیاز با دوستان و آشنایان، امکان ملاقات وجود داشت؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً نمی گذاشتن کسی به یاد پیشم ✓ به ما اجازه نمی‌داد ولی به بعضی‌ها راحت اجازه می‌دادن	✓ نمیگذاشتن کسی به یاد پیشم ✓ سخت می گرفتن نمیذاشتن همراه به یاد	✓ بعضی وقت‌ها می‌گذاشت	✓ اکثر وقت‌ها می تونستم	✓ هر وقت لازم بود می گذاشتند بیان یا باهاشون حرف بزنم

شاخص ۳: برقراری ارتباط مناسب با بیمار و ارائه اطلاعات شفاف

۱۰) آیا در مورد هزینه‌های درمان به شما اطلاع‌رسانی شده است؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ کسی راهنمایی نکرد ✓ گروه حسابداری شلوغ بود کسی جواب نداد ✓ گفتن باید محاسبه به شه آلان نمی‌شد گفت ✓ علی‌الحساب ریختیم ولی آخرش کلی تغییر کرد	✓ از پرسستار پرسیدم گفتن نمیدونیم ✓ گفتن دولتی دیگه ✓ شما کلاً اطلاع رسانیتان خوب نیست	✓ چند بار از قسمت ترخیص بخش پرسیدم تا فهمیدیم ✓ تو بخش جواب ندادن رفتم حسابداری ✓ چند بار رفتم پذیرش و حسابداری تا حدودی فهمیدم ✓ نمی‌دانستم از کجا باید بپرسم ✓ به ما تا موقع ترخیص چیزی نگفتن	✓ بله پرسیدیم جواب دادن ✓ پرسستار گفت از منشی بپرس که پرسیدم حدودش گفت ✓ از مبلغی که اول دادیم بعدش خیلی نشد	✓ قیمت‌ها تو پذیرش بود ✓ قبلش زنگ زدیم جواب دادن ✓ اطلاعات لازم رو خودشان به ما دادن (به هر ترتیبی)

۱۱) آیا پزشک با توجه و حوصله به صحبت‌ها و سؤالات شما گوش می‌داد؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً به حرف من گوش نمی‌داد و اجازه حرف زدن نداد ✓ این قدر عجله داشت که اصلاً بانام حرف نزد ✓ دکتر اصلاً با من حرف نمی‌زد می‌گفت هر کاری داری به پرستار بگو ✓ برای ما وقت نمی‌گذاشت ولی برای بعضی‌ها می‌گذاشت! ✓ موقع ویزیت ما رو بیرون می‌کرد، مرض هم که خودش نمی‌توانست حرف بزنی و یا خوب توضیح بده	✓ به حرفام توجه نمی‌کرد حواسش جای دیگه بود ✓ وسط حرف من با دانشجوهایش هم حرف می‌زد ✓ باعجله باهام حرف می‌زد ✓ اکثراً به حرفام توجه نمی‌کرد	✓ چی بگم، بد نبودن ✓ حرفی نزد ✓ گوش میدادن ولی خیلی جواب نمی‌داد ✓ بعضی وقت‌ها گوش می‌داد	✓ سال پرسیدم، جواب دادن ✓ بیشتر وقت‌ها خوب گوش می‌دادن	✓ خیلی عالی بود ✓ دکتر که حرف نداره همیشه کاملاً توجه می‌کرد

۱۲) آیا پرستار با توجه و حوصله به صحبت‌ها و سؤالات شما گوش می‌داد؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ هر چی می‌پرسیدیم می‌گفت از دکتر بپرس موقع ویزیت هم که ما رو بیرون می‌کرد ✓ به حرفام توجه نمی‌کرد حواسش جای دیگه بود ✓ برای بعضی‌ها وقت داشت برای من نداشت! ✓ جواب نمی‌داد عصبانی هم می‌شد که چقدر سال می‌پرسم!	✓ شیفت به شیفت فرق می‌کرد ✓ همش می‌گفت نمی‌دونم ✓ بهم نگاه هم نمی‌کرد	✓ بد نبود ✓ حرف خاصی نداشتم ✓ بعضی وقت‌ها جواب می‌داد	✓ خوب بودن به اکثر سؤالاتم جواب میدادن ✓ ما راضی بودیم ✓ گوش می‌دادن	✓ عالی بودن ✓ باحوصله به سوالاتم جواب می‌داد ✓ به همه سؤالاتم جواب دادن

۱۳) آیا توضیحات و آموزش‌های پزشک در مورد بیماری و اقدامات مورد نیاز کافی بود؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً دکتر رو ندیدم، دستیارا میامدن اونا هم با اطمینان جواب نمی‌داد ✓ همیشه به جواب الکی می‌دادن همیشه (مثلاً هر روز می‌گفت همونطوره / فرقی نکرده / معلوم نیست / منتظریم ببینیم چی میشه ✓ اصلاً نمیدونستیم قراره چه کاری برای مریض انجام به شه یا اصلاً چرا این طوری شده و بهمون نمی‌گفتن ✓ همش می‌گفتن نمیتونیم براتون توضیح بدیم...	✓ از سر بازمون می‌کرد ✓ وقتی داشتن با دانشجوها صحبت می‌کردند من به چیزایی فهمیدم ✓ به‌زور می‌شد از دهنشون حرف کشید ✓ به چیزایی گفتن من زیاد سر در نیاوردم	✓ بد نبود ✓ یک واسطه پیدا کردیم از دکتر پرسید ✓ جواب‌های کلی داده میشه ✓ دکترم یک چیزایی بهم گفت کلی	✓ خوب بودن ✓ ما راضی بودیم ✓ جواب می‌دادن ✓ دکترم بهم توضیحاتی داد	✓ عالی بودن ✓ بهم گفتن چم و باید چیکار کنم ✓ دکترم همه چی رو برام توضیح داد

۱۴) آیا توضیحات و آموزش‌های پزشک در مورد بیماری و اقدامات مورد نیاز برای شما قابل فهم بود؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً دکتر رو ندیدم، دستیارا میامدن اونا هم با اطمینان جواب نمی‌داد ✓ همیشه جواب الکی می‌دادن ✓ اصلاً نمیدونستیم قراره چه کاری برای مریض انجام بشه ✓ همش می‌گفتن نمیتونیم بیشتر براتون توضیح بدیم...	✓ از سر باز مون می‌کرد ✓ وقتی داشتن با دانشجوها صحبت می‌کردند من به چیزایی فهمیدم ✓ به زور می‌شد از دهنشون حرف کشید ✓ به چیزایی گفتن من زیاد سر در نیاوردم	✓ بد نبود ✓ یکی دیگه برامون از دکتر کمجدد پرسید تا فهمیدیم ✓ جواب‌های کلی داده میش ✓ دکترم یک چیزایی بهم گفت کلی	✓ خوب بودن ✓ ما راضی بودیم ✓ جواب می‌دادن ✓ دکترم بهم توضیحاتی داد	✓ عالی بودن ✓ همه چی رو بهم گفتن ✓ دکترم همه چی رو برام توضیح داد

۱۵) آیا توضیحات و آموزش‌های لازم در حین بستری مناسب بود ؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً حرفی نمی‌زد	✓ نه واقعاً چیزی نمی‌گفتن ✓ در مورد غذا یا داروها باید خودمان می‌پرسیدیم	✓ بعضی چیزها رو می‌گفتن بعضی چیزها یادشون می‌رفت ✓ تازه وقتی می‌پرسیدیم می‌گفتن مگه بهترتون نگفته بودم	✓ می‌پرسیدیم جواب می‌دادن ✓	✓ خیلی خوب بود ✓ خودشان توضیح می‌دادن

۱۶) آیا توضیحات و آموزش‌های لازم بعد از ترخیص مناسب بود ؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً توضیح نمی‌داد	✓ نه چیزی نگفتن ✓ نگفتن داروهامو چی کار کنم	✓ فقط یک برگه دادن ✓ پرسیدم گفتن براتون نوشتیم	✓ توضیح دادن یک برگه هم دادن گفتن از این روش عمل کنین	✓ همه چیز رو گفتن

شاخص ۴: توجه و رسیدگی فوری

۱۷) وقتی نیاز فوری داشتید (مثلاً حال مریض بد شده بود و کمک لازم داشت) کارکنان بیمارستان سریع به شما رسیدگی می کردند؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ صد دفعه گفتیم. ✓ تا صبح اصلاً نیامد تا شیفت بعد نیامد ✓ گفتن پرستارت نیست باید صبر کنی تا به یاد ✓ به هر کس مراجعه کردم گفت من پرستار نیستم ✓ برای یک لباس صدفار رفتم اومدم ✓ حتی قرص های مریض بدحال رو می گذاشتن رو میزش و میرفتن	✓ چند دفعه گفتم تا بالاخره اومدن شیفت به شیفت فرق می کرد ✓ میامدن ولی دیر ✓ اگر زیاد صداشون می کردی کلی غر می زدن ✓ توجه نمی کرد- ✓ عین خیالشون نبود سرشان شلوغ بود نمی رسید به ما - رسیدگی کنه ✓ باید می رفتی دنبالشان تا بیان	✓ کاری نداشتیم ✓ پیش نیامد ✓ صدا نزدیم	✓ صدا می زدیم میامدن ✓ خوب بودن ✓ ما که راضی بودیم خودشان می فهمیدند و می آمدند	✓ زود میامدن ✓ عالی بودن ✓ خیلی زود میامدن

۱۸) آیا کارهای مربوط به پذیرش بیمار تان سریع انجام شد؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ کلاً اومدیم گفتن فردا بیاین بخش تخت خالی نداشت - باینکه نوبت داده بودن ✓ خیلی طول کشید ✓ نا از این سر بیمارستان رسیدیم اون سر شب شده بود فاصله زیاد بود ✓ چرا همه چی رو یکجا نمی برید آدم مجبور نشه دور بیمارستان بچره	✓ تو بخش خیلی معطل شدیم ✓ طول کشید ✓ برای کارشناس بیمه باید خود مریض رو می بردیم آخر مریض رو تخت رو چه جوری این ور آنور بکشیم ✓ هیچ کس نمی گفت بعدش چه کار کنیم ✓ راهنمایی درستی نمی کرد چه کار کنیم	✓ بد نبود، معطل که شدیم ✓ طولی نکشید	✓ خدا خیرشون بده ✓ زیاد طول نکشید ✓ زیاد وقت نبرد	✓ خوب بود ✓ چیزی نبود ✓ زود انجام شد

۱۹) آیا می‌توانستید راحت قسمت‌های مختلف بیمارستان را پیدا کنید؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ صد دور چرخیدم ✓ اصلاً نمی‌شد فهمید کجاییم ✓ گم شدیم	✓ دفعه‌های اول سخت بود ولی الآن بلدم ✓ از عابرین می‌پرسیدم ✓ سخت بود	✓ گشتیم پیدا کردیم ✓ یه خورده گشتیم پیدا کردیم	✓ خوب بود ✓ کاری نداشت ✓ بلد بودم ✓ یه مقدار نگهبان راهنمایی کرد و به مقدار تابلوها	✓ از رو تابلوها می‌شد پیدا کرد ✓ تابلوها کافی بود ✓ با ون‌های بیمارستان رفتم. خیلی راحت بود

۲۰) از نحوه و زمان ترخیص رضایت داشتید؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ خیلی طول کشید ✓ نا از این سر بیمارستان رسیدیم اون سر شب شده بود ✓ فاصله زیاد بود ✓ چرا همه چی رو یکجا نمی‌برید آدم مجبور نشه دور بیمارستان بچرخه	✓ تو بخش خیلی معطل شدیم ✓ طول کشید ✓ برای کارشناس بیمه باید خود مریض رو می‌بردیم آخر مریض رو تخت رو چه جوری این‌ور اون‌ور بکشیم ✓ هیچ‌کس نمی‌گفت بعدش چه کار کنیم ✓ راهنمایی درستی نمی‌کرد چه کار کنیم	✓ بد نبود، معطل که شدیم ✓ طولی نکشید	✓ خدا خیرشون بده ✓ زیاد طول نکشید ✓ زیاد وقت نبرد	✓ خوب بود ✓ چیزی نبود ✓ زود انجام شد

شاخص ۵: استقلال (اتونومی)

(۲۱) آیا پزشک در انتخاب روش درمان به نظر شما/بیمارتان توجه کرد؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً نگفتن می خوان برا مریض چی کار کنه ✓ مشکل ما همین بود که نمیدونستیم قراره چه کاری برای مریض انجام به شه ✓ بعد از عمل فهمیدیم راه دیگه هم بوده ✓ تو اتاق عمل دکتر گفت اگر میدونستم این مریضی رو داری راه دیگه رو انجام میدادم	✓ مگه باید برای ما توضیح بدن؟ ✓ مگه میش از دکتر پرسید؟ ✓ چیزی در مورد راه های دیگه نگفتن ✓ انتخابی نداشتیم ✓ دکتر گفت من به این روش انجام میدم اگر روش دیگه میخای برو یه جای دیگه! ✓ خوب که کارشان رو انجام دادن گفتن البته به روش های دیگه ای هم بوده که نمی شده اینجا انجامش بدن ✓ ترسیدم به دکتر بگم نظرم عوض شده و میخوام از روش دیگه ای درمان بشم (مثلاً عمل و...)	✓ ما خودمون از دکتر پرسیدیم که چه راههایی هست و می خواید چی کار کنید ✓ بعد که فهمیدیم جای دیگه روش های دیگه رو انجام میدن به دکتر گفتیم ولی گفت تو بیمارستان ما این روش ها نیست برای همین مجبوریم از همون روش که دکتر انتخاب کرده درمان بشیم	✓ ما هر کاری دکتر بگه قبول داریم ✓ ما که اطلاعی نداشتیم خودشان بهتر می دونن ✓ دکتر گفت من براتون هر کاری که از دستم برمیاد انجام میدم منم دیگه چیزی نپرسیدم	✓ دو تا راه رو گفتن که انتخاب کنیم ✓ توضیح دادن ما هم انتخاب کردیم

شاخص ۶: حق انتخاب

۲۲) آیا امکان مشورت برای کسب نظر یک پزشک دیگر در خصوص روش درمانتان را داشتید؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ گفتم میش به دکتر دیگه هم نظرشو بده گفتن مریضت رو بردار ببر همون دکتر درمانش کنه ✓ از به دکتر دیگه پرسیدم دکترم وقتی فهمید به مشکل خوردم	✓ نمیدونستیم می شه ✓ مگه میش ✓ خواستیم کسی قبول نکرد ✓ نه بابا به دکتر بر می خوره ✓ من بدون این که به کسی بگم رفتم مدارکم رو بیرون نشون دادم بعد مریضم رو مرخص کردم بردم یک بیمارستان دیگه ✓ گفتن نمی شد، هر دکتر مریضای خودشو می بینه! ✓ از به دکتر دیگه تو بیمارستان خواستم نظرشو بده گفت به من ربطی نداره و تو کار دکتر دخالت نمی کنم	✓ خیلی اصرار کردم راضی شدند ✓ دوستام یا فامیلم اینجا دکتر بود اومد مریض رو دید	✓ نظریه دکتر دیگه رو پرسیدم ولی اون دکتر هم گفت هر چی دکتر خودتون بگه دقیق تره	✓ بله اجازه دادن به دکتر دیگه هم نظرش رو در مورد درمان بگه

۲۳) آیا می توانستید پرستارتان را عوض کنید؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ دعا می کردیم تا شیفت بعدیش ما مرخص شده باشیم ✓ گفتم پرستارتون باهام بد رفتاری کنه پرستاره فهمید بدتر شد	✓ نمیدونستیم میشه ✓ خواستیم کسی قبول نکرد ✓ تحملش کردم ✓ ترسیدم بدتر به شه	✓ به سرپرستار گفتم گفت بهش تذکر میدی ولی عوضش نکرد	✓ ازشون خواستم پرستار دیگه ای کارامو انجام بده از شیفت بعد دیگه اون پرستار نیامد بالای سرم	✓ بله ازشون خواستم یکی دیگه رو بالای سر من بزارن و اونا هم قبول کردن

شاخص ۷: رعایت محرمانگی اطلاعات بیمار

۲۴) آیا امکان صحبت خصوصی با پزشک و پرستار به صورتی که دیگران صدای شما را نشنوند وجود داشت؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
☒ خدا خیرش بده این قدر بلند می‌گفت همه میشنیدند ☒ با اون همه دانشجو و مریض داخل اتاق خصوصی چه معنی میده ☒ همه عالم فهمیدن من چم	☒ نه همه بودن ☒ جلوی دستیار خانم / آقا گفت که من دوست نداشتم ☒ جلوی مریضای دیگه باهام حرف زد	☒ دکتر آروم حرف می‌زد ولی بازم بقیه می‌شنیدند چون فاصله تخت‌ها خیلی نزدیک هم است	☒ دکتر سعی کرد آروم باهام حرف بزنه	☒ دکتر و پرستار آروم با خودم حرف زد ☒ به همراهیم گفته بودن برن اتاقشان توضیح داده بودن

۲۵) آیا احساس می‌کنید اطلاعات شخصی و بیماری شما / بیمارستان در بیمارستان محرمانه نگه‌داشته شد؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
☒ همه همکارا تون پرونده منو می بینن ☒ هر کی رد می‌شد به پرونده من نگاه می‌کرد ☒ حتی همراهی های مریض کناریم هم می‌دونستن من چرا بستری‌ام! ☒ هر کی میاد درخواست میده پرونده منو میدن دستش ☒ می‌تونستم پروندمو از بیمارستان خارج کنم بدون اینکه کسی بفهمه	☒ پرونده که دست خودتونه! ☒ پرستار و پزشک اطلاعات پرونده منو بلند می‌خواندن ☒ اطلاعات پرونده منو داده بودن دست به آدم غریبه ☒ تو بخش همه می‌دونستن من کی هستم و چرا بستری‌ام! و من راحت نبودم ☒	☒ نمی‌دونم	☒ پزشک و پرستار در مورد مریضی من به دیگران اطلاعات نمی‌دن من راحت بودم	☒ احساس کردم به‌جز پرستار و پزشک کسی در مورد مریضی من چیزی نمی‌دونه ☒ افرادی که نمی‌شناختم اطلاعاتی راجع به من و بیماریم نداشتن ☒ اطلاعات شخصی و درمانی من به کسی دیگه داده نشد

شاخص ۸: کیفیت مناسب امکانات رفاهی

۲۶) آیا تجهیزات و لوازم مناسب و قابل استفاده در اتاق شما / بیمارستان وجود داشت؟ (تهویه و وسایل گرمایش و سرمایش، صندلی همراه، یخچال، تلفن، تلویزیون و...)				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ هیچی نداشت	✓ اتاق پر از تخت بود جا برای چیزی نبود ✓ هوا خیلی بد بود ✓ یک صندلی نداشتن رو پله تخت می نشستیم	✓ بیمارستان دولتی نباید زیاد انتظار داشت ✓ وسایل قدیمی بودن بهتره عوض بشه	✓ راضی بودیم	✓ هر چی لازم داشتیم ✓ بود همه چی خوب بود

۲۷) آیا وسایل اتاق شما / بیمارستان تمیز و مرتب بود؟ (ملحفه، پتو، بالش و لباس بیمار)				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اتاق خیلی کثیف بود ✓ دلم بر نمی داشت به جایی دست بزنم ✓ بیشتر کثیفش می کردن ✓ باهمون طی که دستشویی رو می کشید اتاق رو هم تمیز می کرد	✓ میامدن برا نظافت ولی فقط ظاهرو تمیز می کردن ولی بقیه جاها کثیف بود ✓ با یک دستمال همه جارو می کشید	✓ بد نبود ✓ تمیز می کردن ولی نه زیاد خوب	✓ راضی بودیم	✓ مرتب تمیز می کرد ✓ خیلی تمیز بود

۲۸) آیا سرویس های بهداشتی تمیز بود؟				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً نمی شد ازش استفاده کنیم ✓ افتضاح بود بوی خیلی بدی هم داشت	✓ اول هر شیفت تمیز می کرد ولی تا آخر شیفت دیگه کثیف می شد ✓ بوی بدی داشت ✓ تعداد سرویس ها کم بود اکثراً کثیف بود	✓ بد نبود ✓ زیاد تمیز نبود	✓ راضی بودیم	✓ مرتب تمیز می کرد ✓ خیلی تمیز بود

۲۹) آیا کیفیت غذا مناسب بود؟ (مرغوبیت، تنوع، رعایت رژیم‌های غذایی و...)				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	(۲) بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ اصلاً نتوانستم از غذاهاش بخورم ✓ افتضاح بود ✓ از خونه برام غذا می‌آوردن	✓ مناسب مریض نبود ✓ شامش بد بود ✓ تنوع نداره ✓ خیلی خشک بود ✓ خدا زیاد کنه	✓ بعضی غذاهاش خوب بود	✓ برای بیمارستان خوب بود	✓ ما راضی بودیم

۳۰) آیا زمان و نحوه ی توزیع غذا مناسب بود؟				
خیر			بلی	
✓ (۱) خیلی بد	✓ (۲) بد	✓ (۳) متوسط	✓ (۴) خوب	✓ (۵) خیلی خوب
✓ افتضاح بود ✓ از خونه برام غذا می‌آوردن	✓ مناسب مریض نبود ✓ شامش بد موقع بود ✓ خیلی سرد بود ✓ خدا زیاد کنه	✓ بعضی وقتا خوب بود	✓ برای بیمارستان خوب بود	✓ ما راضی بودیم

۳۱) آیا امکانات رفاهی بیمارستان مناسب و کافی بود؟ (محوطه زیبا، پارکینگ، فروشگاه، همراه سرا و ...)				
خیر			بلی	
(۱) خیلی بد	۲ بد	(۳) متوسط	(۴) خوب	(۵) خیلی خوب
✓ یک صندلی کنار تخت مریض نیست ✓ امکانات اولیه ندارین/داروها رو خودم خریدم /و... اونوقت دیگه انتظاری برای تسهیلات رفاهی نداریم ✓ هزینه پارکینگ خیلی زیاده	✓ فروشگاهم هیچی نداشت (جنساش به درد نمی‌خورد) ✓ همراه سراها کثیف بود ✓ سرویس بهداشتی تو محوطه نیست ✓ سرویس‌های بهداشتی محوطه کثیف و خرابه ✓ تو محوطه به اون بزرگی دو تا فروشگاه فقط بود	✓ بد نبود ✓ نسبت به قبل بهتر شده	✓ راضی بودیم	✓ همه چی خوب بود ✓ خدا خیرتون بده ✓ همراه سرا خیلی خوب بود

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

فهرست مطالب فصل:

- شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان
- نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

۱-۳) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت‌طلبی و تعامل با ایشان

فصل سوم مطالعه به شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و سپس جلب حمایت ایشان و تعامل با ذینفعان مربوطه برای اجرای مؤثر کار می‌پردازد. همان‌طور که در فصل یک بیان شد ذینفعان یک پروژه علاوه بر ذینفعان کلیدی که وجود یا عدم وجود پروژه نیاز به حمایت ایشان دارد، به دو گروه عمده‌ی دیگر از ذینفعان نیز وابسته است: گروه اول آن دسته از ذینفعانی هستند که علی‌رغم قدرت کم (کمتر از ۵)، دارای منافع بالا (بیشتر از ۵) می‌باشند. این گروه که همان‌طور که در شکل ۳ (فصل اول) نشان داده شده است ذینفعانی هستند که در منطقه ۳ قرار می‌گیرند و می‌بایست از مسیر اجرای پروژه مطلع باشند و اطلاع ایشان باعث مشارکت بیشتر در فرایند اجرا خواهد شد.

گروه دیگر ذینفعان افرادی هستند که در منطقه ۲ قرار گرفته‌اند. این ذینفعان دارای قدرت تأثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از ذینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می‌بایست برای اجرای مؤثر کار دائماً ذینفعانی که در این منطقه قرار می‌گیرند را راضی نگه دارد.

بر این اساس می‌بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش‌های مناسب برای حمایت‌طلبی از ایشان به عمل آورد.

ذینفعان در منطقه ۱، به‌عنوان ذینفعان کلیدی در پروژه مطرح هستند که قبلاً نیز در حمایت‌طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می‌بایست متناسب با ویژگی‌های هر ذینفع توجیه شوند. بر این اساس ذینفعان هدف، جهت حمایت‌طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرارگیری در ماتریس قدرت/منافع به شرح ذیل می‌باشند:

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

در ادامه به‌صورت کلی و سازمان‌دهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت‌طلبی برای اجرا از چه روش‌هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۶: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲)

پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت

رویکرد	تکنیک ها	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت	مدیر پرستاری	رئیس اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت	معاون توسعه مدیریت و منابع
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع			✓	✓	
	مکاتبات با ذینفعان			✓	✓	
	گزارش کارهای انجام شده			✓	✓	
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی				✓	✓
	اطلاع رسانی از طریق وبسایت ها					
	سخنرانی					
	ارائه های اجلاس، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها					
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیررسمی عمومی	✓	✓	✓	✓	✓
	تبلیغات رسانه ای					
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای					
	گروه های کانون					
	ارزیابی محیط کار					
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع	✓	✓	✓	✓	✓
	میز خطابه های دائمی					
	کمیته های مشورتی ذینفع					✓
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر	✓	✓	✓	✓	✓
عمیق دیالوگ، گفتگو	گردهمایی ذینفعان چندگانه					
	میزگردهای مشورتی	✓	✓	✓	✓	✓
	جلسات سیاست گذاری					
	درگیر سازی مجازی در اینترنت و اینترنت					
	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک					
منافع کاری شراکتها و	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	✓	✓	✓	✓	✓
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع			✓	✓	✓
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع					

جدول ۷: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳)

پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت

رویکرد	تکنیک	بیماران	سرپرستار	سوپروایزر	حراست	مسئول روابط عمومی
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات		✓	✓	✓	✓
	آموزش کارکنان					
	مکاتبات با ذینفعان		✓	✓	✓	✓
	گزارش کارهای انجام شده		✓	✓	✓	✓
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی					
	اطلاع رسانی از طریق وبسایت ها	✓				
	سخنرانی					
	ارائه های اجلاس، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها	✓				
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیررسمی عمومی					
	تبلیغات رسانه ای	✓				
مشاوره بنیادی	نظر سنجی های پرسشنامه ای					
	گروه های کانون					
	ارزیابی محیط کار					
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع					
	میز خطابه های دائمی					
	کمیته های مشورتی ذینفع			✓	✓	✓
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر					
	گردهمایی ذینفعان چندگانه					
عمیق، دیالوگ، گفتگو	میزگردهای مشورتی	✓	✓	✓	✓	✓
	جلسات سیاست گذاری					
	درگیر سازی مجازی در اینترنت و اینترنت	✓	✓	✓	✓	✓
منافع کاری و شرکت ها و	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک		✓	✓	✓	✓
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	✓				
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع	✓				
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع		✓	✓		

تعامل و حمایت‌طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر
طبی گیرندگان خدمت در قالب جلسات چندنفره صورت گرفت که در ادامه نمونه‌ای از مباحث موردگفتگو ارائه می‌گردد:

سرپرستار اورژانس: شما در سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی بیماران نمی‌توانید بیمار بستری در بخش را با بیمار
بستری در اورژانس مقایسه کنید. شرایط بخش یا اورژانس متفاوت است. معلومه که رضایت در بخش‌ها بیشتر هست

مدیر تغییر: درست می‌فرمایید. اما هدف از سنجش پاسخگویی مقایسه بین بخش‌ها نیست بلکه در گام اول یافتن میزان
پاسخگویی در هر بخش هست و در گام دوم شناسایی و در حد امکان رفع چالش‌های موجود در پاسخگویی به نیازهای غیر
طبی بیماران پس نیازی نیست نگران مقایسه بین بخش‌ها باشیم

سرپرستار اورژانس: شما در خصوص معرفی خود (رزیدنت) به بیمار شاخص گذاشتید. که این شامل معرفی پزشک و
پرستار هست ولی درجایی مثل اورژانس ما در یک ساعتی به حدود ۱۰۰ بیمار می‌رسیم درحالی‌که ظرفیت اورژانس ۳۰
بیمار است نمی‌شود از پزشک یا رزیدنت انتظار داشت که تمام اقدامات خود را با رعایت استانداردها انجام دهد و حتماً شاهد
خطاهایی خواهیم بود و این‌که رزیدنت‌ها مانند کادر پرستاری تابع مقررات بخش‌ها نیستند و این امر باعث کم شدن نمره
بخش خواهد شد.

مدیر تغییر: صحبت شما درست هست اما به حال این به معنی نامعتبر بودن شاخص‌های ارزیابی نیست بلکه شما احتمالاً
منظورتان این هست که نباید سقف انتظاری که از پرستار داریم به همان میزان از رزیدنت مستقر در اورژانس داشته باشیم.

رئیس اداره برنامه‌ریزی و بهبود کیفیت: آلاں موضوع روی شاخص‌ها و سؤالاتی است که ما می‌خواهیم بپرسیم. موضوع
این است که بیمارستان قصد دارد موضوع پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت را به‌عنوان یک شاخص مهم
پیامدی جدی‌تر بگیرد و از این جهت یک ابزاری طراحی شده و زیرساخت لازم برای اجرای آن هم با مشارکت تمامی افرادی که
درگیر هستند فراهم شده است. آلاں اگر روی این مسئله توافق هست اعلام کنیم. روی موضوعی که شما می‌فرمایید بیشتر
مربوط به تفسیر نتایج هست که در موقع خودش مجدد در خصوص او صحبت خواهیم کرد.

سرپرستار بخش اورژانس: نظر شما درست است صحبت‌های من هم ناظر بر همین مصالح بود که تفسیر نتایج حاصل از
می‌بایست با توجه به شرایطی باشد که آن‌ها در آن شرایط افراد مشغول فعالیت هستند و این خیلی می‌تونه مفید باشه

موضوعاتی که توسط مدیر پرستاری اعلام شد به شرح زیر بود:

- دسترسی به گزارش‌ها نحوه عملکرد هر یک از بخش‌ها براساس حیطه و شاخص در بازه‌های زمانی مختلف
- توجه به اهمیت بازخورد به موقع و آنلاین به بخش‌ها

در مورد پرسشنامه و بازخورد گرفتن و ارائه آن مواردی به شرح زیر توسط معاون آموزش و سلامت و سرپرستاران بخش‌ها مطرح گردید:

(۱) بستر تکمیل پرسشنامه‌ها چیست؟ (دستی یا نرم‌افزاری)

(۲) بعد زمانی تکمیل پرسشنامه‌ها

(۳) نحوه جمع‌بندی و تحلیل و ارائه بازخورد به همراه بازدهی‌های تصادفی

۲-۳) نکات مهم در حمایت‌طلبی برای اجرا

به صورت کلی در ارتباط با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می‌بایست نکات زیر مدنظر قرار گیرد:

- مدیر تغییر می‌بایست قبل از تعامل با ذینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
- مدیر تغییر می‌بایست تعیین کند برای هر ذینفع قرار گرفته در ناحیه ۲ و ۳ چه کسی برای حمایت‌طلبی جهت اجرا بهتر است با ایشان تعامل داشته باشد. این فرد می‌تواند خود مدیر تغییر یا یکی از ذینفعان کلیدی پروژه باشد.
- مدیر تغییر باید به درستی استراتژی‌های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع‌رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
- شفافیت اهداف و برنامه‌های انجام پروژه و توجه به تأمین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می‌تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد ذینفعان شود.
- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از ذینفعان و انتظارات آن‌ها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت ذینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آن‌ها غیرممکن خواهد بود.
- ارائه بازخورد مؤثر و مثبت در ابتدا به بخش‌ها در جلب حمایت ایشان در مسیر اجرای پروژه بسیار مؤثر هست.

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

فهرست مطالب فصل :

- روش اجرا

- طراحی پرسشنامه الکترونیک در سامانه ارزیابی مستمر
- شناسایی ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت و تعریف ایشان در سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان
- آموزش ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت
- روش ارزیابی توسط ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان

خدمت

- انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و تولید راهنمای تکمیل

- چالش ها و راهکارها اجرایی

- روش های بازخورد به ذینفعان

- گزارش های دوره ای

- گزارش های آنلاین

- امکانات سامانه ارزیابی

- یافته های اجرای پروژه

- مقایسه تعداد ارزیابی های انجام شده قبل و بعد از اجرای پروژه

- یک نمونه گزارش کامل

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه طراحی و استقرار نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل هست:

- طراحی پرسشنامه الکترونیک در سامانه ارزیابی مستمر
- شناسایی ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت و تعریف ایشان در سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان
- آموزش ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت
- روش ارزیابی توسط ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت
- انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و تولید راهنمای تکمیل

۴-۱-۱) طراحی پرسشنامه الکترونیک در سامانه ارزیابی مستمر

در گام نخست با استفاده از زیرساخت موجود در سامانه ارزیابی مستمر امکان اضافه شدن محور پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت با مشارکت کارشناسان اداره بهبود کیفیت و یک نفر مهندس نرم افزار شرکت طرف قرارداد مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله طراحی نمای پرسشنامه در سامانه انجام شد، سپس زیرساخت ارائه گزارشها در سامانه قرار گرفت و نمای اولیه گزارشها طراحی شد.

۴-۱-۲) شناسایی ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت و تعریف ایشان در سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان

دستیابی به داده های صحیح علاوه بر اینکه به وجود یک ابزار مؤثر وابسته است به روش جمع آوری داده ها نیز وابسته هست. یکی از محورهای مهم نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت محور ارزیابان هستند. مهم ترین شاخص هایی که در کمیته اخلاق بالینی برای شناسایی ارزیابان سنجش پاسخگویی مدنظر قرار گرفته عبارت بودند از: مهارت کافی، رفتار حرفه ای، رفتار اخلاقی، داشتن دانش و آگاهی کافی در حیطه ارزیابی، دقت بودن و وقت شناسی، مسئولیت پذیری و پاسخگویی مناسب، دارا بودن مهارت های ارتباطی، بی طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی، پایبندی به استانداردها، داشتن مهارت های قضاوت و تحلیل، آگاهی به استانداردهای اعتبار بخشی در حیطه حقوق گیرنده خدمت و مفاد منشور حقوق بیمار و علاقه مندی به مشارکت در فرآیند ارزیابی.

ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت پروژه حاضر شامل افراد زیر می‌باشند:

- کارشناسان پرستاری منتخب از میان ارزیابان آموزش‌دیده

- کارشناسان دفتر بهبود کیفیت بیمارستان

بعد از شناسایی ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت لیست اسامی ایشان در سامانه ارزیابی مستمر وارد شد و برای هر یک از ایشان نام کاربری و رمز عبور ایجاد انتصاب محورها به ارزیابان توسط اداره برنامه‌ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت مجتمع انجام شد.

علاوه بر این یک نفر به عنوان سر ارزیاب تعیین شد که مسئولیت هماهنگی و نظارت بر ارزیابی‌ها را از لحاظ زمان انجام ارزیابی‌ها، کیفیت انجام آن و پاسخگویی به سؤالات احتمالی ارزیابان در خصوص کار با سامانه و یا شاخص‌ها بر عهده داشت. گروه ارزیابان به رهبری سر ارزیاب در بازه زمانی تعیین شده و با استفاده از سامانه ارزیابی مستمر در بخش‌های بالینی و درمانگاه‌ها حاضر شدند. ارزیابان موظف بودند در هنگام ورود به بخش خود را به مسئول هر شیفت معرفی نموده و هماهنگی لازم را جهت حضور بر بالین بیماران و مصاحبه با ایشان با در نظر گرفتن شرایط بخش در زمان بازدید به عمل آورند.

۳-۱-۴) آموزش ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت

آموزش و توانمندسازی ارزیابان نقش بسزایی در دستیابی به اهداف نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت دارد. اگر بهترین استانداردها و مناسب‌ترین روش به کار گرفته شود، ولیکن ارزیابان از دانش و مهارت لازم برخوردار نباشند، سیستم ارزیابی اثربخش نخواهد بود. ارزیابان باید هم از نظر فنی و هم از نظر کارکردی آموزش‌های لازم را دریافت دارند (۷۵). مهارت‌های عمومی و اختصاصی ارزیابان در این پروژه که محتوای آموزشی بر اساس آن تهیه شد در جدول ۸ گزارش شده است.

جدول ۸: مهارت‌های عمومی و اختصاصی ارزیابان و روش آموزشی

مهارت مورد نیاز	روش آموزش	تأیید کننده
رعایت سلسله مراتب اداری در انجام امور محوله	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
حفظ اصل رازداری و امانت داری در اطلاعات	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت آداب و شئون حرفه‌ای در تعامل با همکاران و سایر مراجعین (بیماران، همراهان، دانشجویان...)	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش OJT ^۱	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت اصل کار تیمی و احترام به جو مشارکت و همکاری	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت آراستگی ظاهر با حفظ شئون و موازین اسلامی بر اساس فرم‌های تعیین شده	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
نصب اتیکت شناسایی مورد تأیید مرکز و متحدالشکل برای کلیه گروه‌ها	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت حقوق دیگران و پرهیز از رفتارهای غیر اداری	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
مسئولیت پذیری و پاسخگویی مناسب	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
بی طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
مشاهده گر و ثبت کننده دقیق	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رفتار حرفه‌ای (دقت، پایبندی به استانداردها، رازداری، امانت داری، عدم اخلال در روند جاری کارها، عدم توصیه پذیری)	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رفتار اخلاقی (انصاف، صداقت، درستکاری، ادب و نزاکت در برخورد، عدم اهانت و عصبانیت، رعایت ملاحظات فرهنگی و اجتماعی)	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
داشتن دانش و آگاهی کافی در حیطه ارزیابی	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
توانایی تشخیص نقاط حیاتی از نقاط کم اهمیت	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
پایبندی به استانداردها	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
دقیق بودن و وقت شناسی	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
دارا بودن مهارت‌های ارتباطی	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش OJT	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
داشتن مهارت‌های قضاوت و تحلیل (توانایی ثبت و طبقه بندی رفتارهای مشاهده شده شنونده خوب بودن، توانایی تحلیل رفتار و پاسخ گیرنده خدمت با استاندارد مورد ارزیابی)	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش OJT	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
هوشیار بودن (توجه به اتفاقات محیط بدون واکنش و به طور نامحسوس)	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
دارا بودن مهارت گزارش دهی	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش OJT	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
آشنایی با نحوه به کارگیری سامانه ارزیابی مستمر بر اساس مقررات و روش‌های تعیین شده	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش OJT	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
حضور در برنامه‌های پایش مستمر بر اساس برنامه ریزی صورت گرفته	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش OJT	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت

¹ On the job training

۴-۱-۴) روش ارزیابی توسط ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت

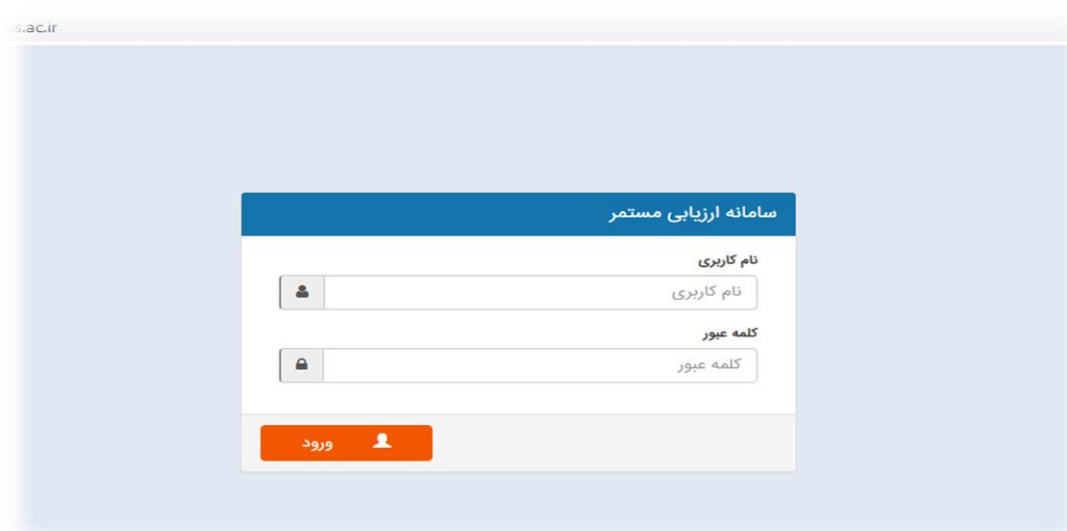
چهارچوب ارزیابی و نکات مهم در فرآیند ارزیابی توسط ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیر طبی

گیرندگان خدمت شامل موارد زیر هست:

- روش حضوری (۵۰ درصد موارد)
- برنامه بازدید به صورت ماهانه توسط سر ارزیاب برنامه ریزی و اعلام می گردد.
- در صورت عدم امکان حضور در موعد مقرر ارزیابی و نیاز به تغییر زمان حتماً با سر ارزیاب هماهنگ گردد.
- سعی شود پایش به صورت محسوس انجام گردد.
- بازدیدها در شیفت صبح و عصر برنامه ریزی می شوند.
- حداقل مدت زمان تکمیل یک پرسشنامه ۱۲ دقیقه باشد.
- زمان حضور در شیفت تعیین شده در ساعات غیر ویزیت و ملاقات توسط خود ارزیاب برنامه ریزی می شود.
- کلیه سؤالات مرتبط با این محور قبل از انجام بازدید مطالعه شود.
- مبنای ثبت نمره پاسخ مصاحبه شونده هست.
- موارد عدم انطباق که نیازمند اقدام اصلاحی است یادداشت و تحویل سرارزیاب می گردد (در فرم تحویلی).
- تمامی سؤالات تا حد امکان در ارزیابی بررسی گردد.
- در صورت عدم مشاهده موارد مرتبط با شاخص گزینه مربوط به آن شاخص تیک زده نشود.
- در صورت درخواست فراگیر، رئیس بخش یا مسئول شیفت گزارش ارزیابی و موارد قوت و ضعف به ایشان اعلام گردد.
- ۵۰ درصد پرسشنامه ها به صورت حضوری و ۵۰ درصد به صورت تلفنی و بعد از ترخیص تکمیل گردد. (لیست توسط مسئول گروه سنجش و ارتقا رضایت ذینفعان تهیه و در اختیار ارزیابان قرار می گیرد)

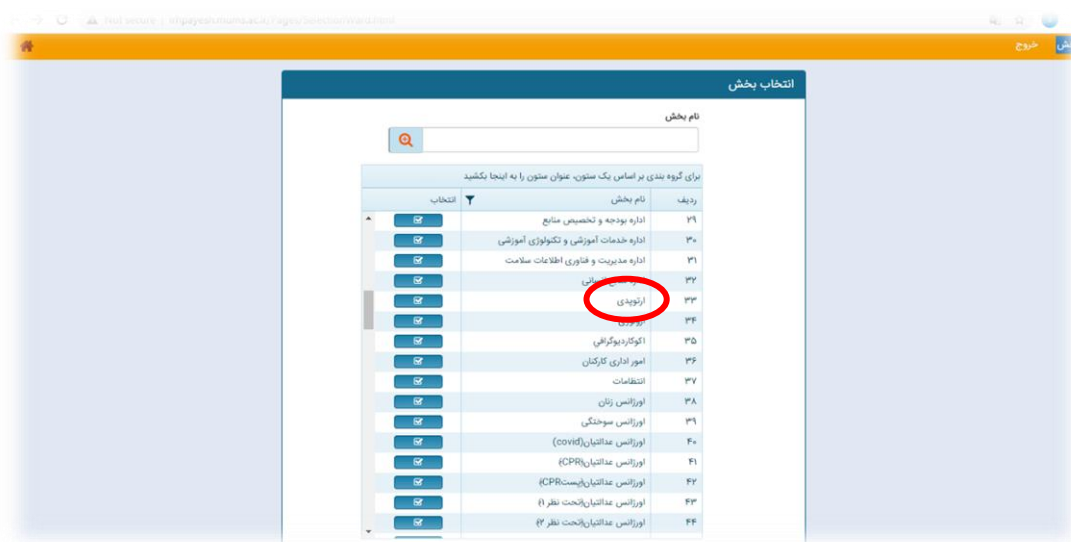
در ادامه به صورت شماتیک نحوه ورود به سامانه ارزیابی مستمر توسط ارزیاب و انجام ارزیابی نشان داده شده است:

مرحله اول: ورود به سامانه از طریق آدرس <http://irhpayesh.mums.ac.ir/>



شکل ۶: صفحه ورودی سامانه ارزیابی مستمر

مرحله دوم: در این مرحله بخش موردنظر از طریق انتخاب لیست یا از طریق جستجو در کادر بالا انتخاب میشود:



شکل ۷: انتخاب بخش مورد ارزیابی

مرحله سوم: در این مرحله محور مورد ارزیابی انتخاب و سوالات مربوطه پاسخ داده میشود

انتخابی
تصادفی
وگایع
تشویق/انضباطی
آموزش به بیمار
ایمنی
بخش

فرم پایش انتخابی
نام بخش
نام محور
سوختگی زنان
سنتجش رضایت بیماران

نخیره چک لیست

مشخصات کلی بیمار/همراه
پاسخگو
نام و نام خانوادگی بیمار
نحوه ی پرسش سوالات
انتخاب نمایبد
سن
تاریخچه
محل سکونت
انتخاب نمایبد
وضعیت شغلی
انتخاب نمایبد
آیا شما بیمه تکمیلی دارید
انتخاب نمایبد
میزان تحصیلات
انتخاب نمایبد
علاقت انتخاب این بیمارستان
انتخاب نمایبد
از بین مواردی که سوال شد چه چیز برایتان خیلی مهم بود

به صورت کلی پرسشنامه سوالاتی که پرسیده شد چه امتیازی به بیمارستان می دهید
انتخاب نمایبد

شخص	آیا می توانستید راحت قسمت های مختلف بیمارستان را پیدا کنید؟	بله	خیر
۱	آیا می توانستید راحت قسمت های مختلف بیمارستان را پیدا کنید؟	☐	☐
۲	وقتی نیاز فوری داشتید (مثلا حال مریض بد شده بود و کمک لازم داشت) پرسنل بیمارستان سریع به شما رسیدگی می کردند؟	☐	☐
۳	آیا کارهای مربوط به پذیرش بیماران سریع انجام شد؟	☐	☐
۴	آیا برخورد پرسنل انتظامات با شما محترمانه بود؟	☐	☐
۵	آیا برخورد پزشکان با شما محترمانه بود؟	☐	☐
۶	آیا برخورد دانشجویان پزشکی با شما محترمانه بود؟	☐	☐
۷	آیا برخورد سایر پرسنل غیر درمانی (منشی و خدمات کمک بهیار و...) با شما محترمانه است؟	☐	☐
۸	آیا هنگام معاینه و درمان حریم خصوصی شما/بیمارانتان حفظ شد؟	☐	☐
۹	آیا در مورد هزینه های درمان به شما اطلاع رسانی شده است؟	☐	☐
۱۰	آیا پزشک با توجه و حوصله به صحبت ها و سوالات شما گوش می دهد؟	☐	☐

شکل ۸: انتخاب محور و تکمیل پرسشنامه

۵-۱-۴) انجام ارزیابی پایلوت، بررسی نتایج ارزیابی اولیه و تولید راهنمای تکمیل

هر طرح خلاقانه و نو ممکن است در مرحله اجرا دارای مشکلات و چالش‌های پیش‌بینی نشده‌ای باشد. بر این اساس انجام مرحله پایلوت در پروژه‌های جدید به شدت توصیه می‌شود. در پروژه فعلی نیز از هر ارزیاب درخواست شد حداقل پنج پرسشنامه را تکمیل کنند و سپس نظر خود را در خصوص فرایند نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان خدمت اعلام کنند. علاوه بر این نتایج اولیه در یک فایل اکسل جمع‌بندی شد و برای بررسی و تحلیل در کمیته پایش و سنجش کیفیت بیمارستان ارائه گردید. خوشبختانه در پروژه فعلی پیش‌بینی‌های صورت گرفته کافی بود و پروژه بر اساس روند تعریف شده استمرار یافت. همچنین راهنمای تکمیل پرسشنامه سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان خدمت نیز تدوین گشت. این راهنما به پرسشگر کمک می‌کند تا حتی در صورت دریافت پاسخ توصیفی و کیفی از بیماران بتواند آن را دسته‌بندی نموده و به صورت کمی گزارش نماید. راهنمای پرسشگری پس از اجرای پایلوت سنجش و طبق مصاحبه‌های انجام شده با بیماران تدوین و در پانل متخصصان با حضور ۵ نفر از ارزیابان و متخصصان مطالعات کیفی جمع‌بندی و تأیید شد.

۲-۴) چالش‌ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

- چالش: عدم شفافیت اهمیت نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبی گیرندگان خدمت برای برخی از سرپرستاران و روسای بخش‌ها
 - راهکار: برگزاری جلسات مشترک و ارائه توضیحات و پاسخگویی به سؤالات و ابهام طرح شده
- چالش: عدم شفافیت نحوه محاسبه و جبران خدمت ارزیابان
 - راهکار: محاسبه مدت زمان ارزیابی بر اساس پرداخت مبتنی بر عملکرد و تبدیل تعداد شاخص‌های ارزیابی شده به ساعت و اختصاص ضریب کیفی عملکرد در محاسبه کل که به این ترتیب ساعت حضور فیزیکی فرد در سامانه حضور و غیاب ثبت نشده و تأثیری بر سایر پرداختی‌ها نخواهد داشت.
- چالش: عدم اطلاع برخی ارزیابان سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت از چگونگی انتخاب پاسخ مناسب هر شاخص بر اساس صحبت‌های گیرنده خدمت
 - راهکار: برگزاری دوره‌های متعدد آموزش ارزیابان، تدوین سؤالات شفاف و فاقد دارا بودن وجوه مختلف، امکان مشاهده توضیحات هر سال به تفصیل (با اشاره نشانگر روی هر شاخص توضیحات لازم در خصوص نحوه امتیازدهی و حداقل‌های مورد انتظار جهت استفاده ارزیابان نمایش داده می‌شود).
 - راهکار: تهیه راهنمای پاسخگویی به سؤالات بر اساس نحوه پاسخ مراجعین

- چالش: یکسان نبودن پرسشنامه مورد استفاده در نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت در بیمارستان‌ها

○ راهکار: هماهنگی با دانشگاه و استفاده از پرسشنامه طراحی شده در بیمارستان در سطح کلیه واحدهای دانشگاه علوم پزشکی (۳۰۰۰ پرسشنامه)

- چالش: عدم امکان پیگیری آنلاین امور بیماران و چالش‌های احتمالی مطرح شده از سوی بیماران در هنگام مصاحبه
- راهکار: یکی از امکانات موجود در سامانه ارزیابی مستمر مجتمع پیگیری امور بیماران جهت پیگیری سریع موارد مرتبط با بیماران هست. در این قسمت از سامانه امکان درج مشکلات و چالش‌های ایجاد شده در فرایند ارائه خدمت به بیماران که منجر به تأخیر یا نقص در فرایندها باشد ثبت شده و بر اساس نوع مشکل به صورت آنلاین به افراد درگیر در این فرایند جهت پیگیری و رفع آن اطلاع رسانی می‌شود. همچنین کلیه موارد جهت پیگیری بیشتر به مسئول رسیدگی به شکایات نیز اطلاع رسانی می‌شود

۳-۴) روش‌های بازخورد به ذینفعان

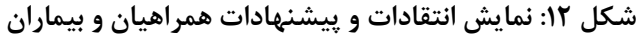
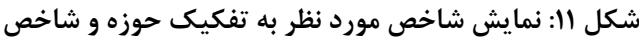
نتایج مطالعه‌ای در انگلستان نشان داده است که بازخورد اهداف را روشن و عملکرد مثبت را تقویت کرده و مبنایی برای تصحیح خطاها فراهم می‌کند. بازخورد باید به عنوان مثال فعالیت آموزشی ضروری در نظر گرفته شود (۷۶). بازخوردی که ارزیابی کنندگان به صاحبان فرایند ارائه می‌دهند علاوه بر در اختیار گذاشتن اطلاعات جهت بهبود مهارت‌ها، منجر به آگاه سازی از نقاط ضعف خویش خواهد شد (۷۷). در زمینه روش‌های انتشار و بازخورد در طراحی نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت سعی بر این بود که با ایجاد یک چارچوب و در نظرگیری ویژگی‌های بازخورد مؤثر، از سازوکارهای انتشار و بازخورد به صورت زیر استفاده شد:

۱-۳-۴) گزارش‌های دوره‌ای

الف) گزارش‌ها داشبورد مدیریتی

۱- بازخورد به سرپرستاران و روسای بخش‌ها از طریق داشبورد:

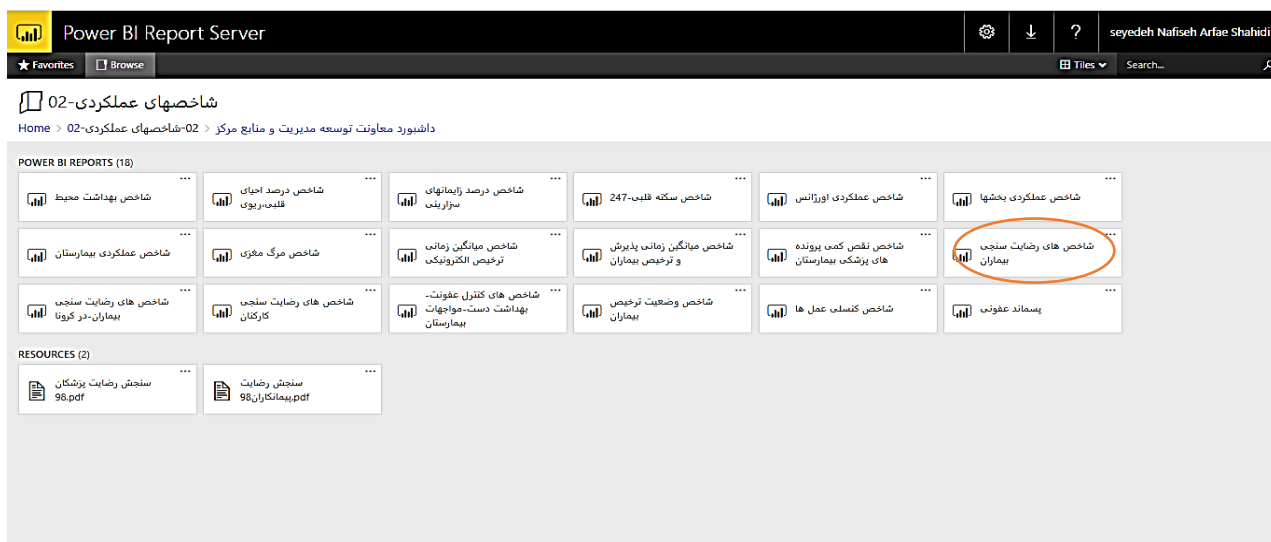
داشبورد مدیریتی مبتنی بر اطلاعات ثبت شده در سامانه ارزیابی مستمر جهت اطلاع روسای بخش‌ها و سرپرستاران از میزان پاسخگویی بخش به صورت آنلاین و امکان مشاهده و مقایسه نمرات شاخص‌ها و حوزه‌ها در بازه‌های زمانی مختلف و به تفکیک بیمار و همراه طراحی شد. همچنین جمع بندی انتقادات و پیشنهادات بیماران و همراهیان نیز در این داشبورد قابل مشاهده بود و هر سرپرستار و رئیس بخش صرفاً دسترسی به گزارش‌های مربوط به بخش خود را داشتند.



مدیریتی:

八二

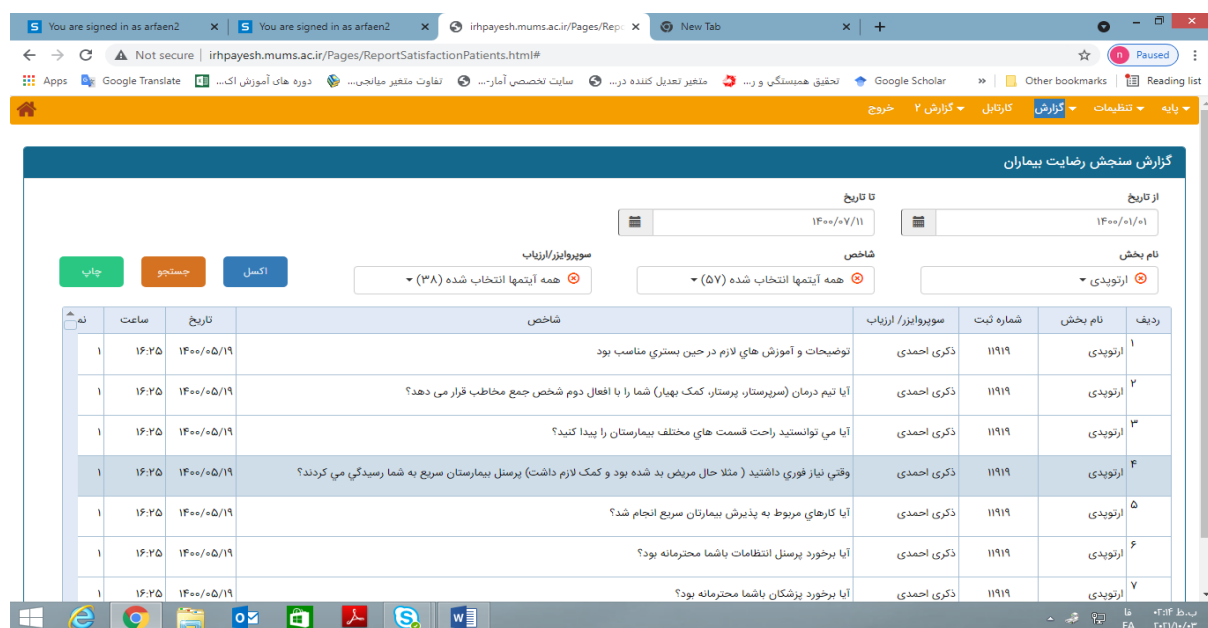
قائل مشاهده بود و هر رده‌های مدیریتی مرتبط با بخش صرافدسترسی به گزارش‌ها مربوط به بخش‌های خود را داشتند. دسترسی کامل به گزارش‌ها برای رئیس معاونین و مدیر پرستاری مجتمع وجود داشت.



شکل ۱۳: نمایش شاخص مورد نظر در داشبردهای مدیریتی

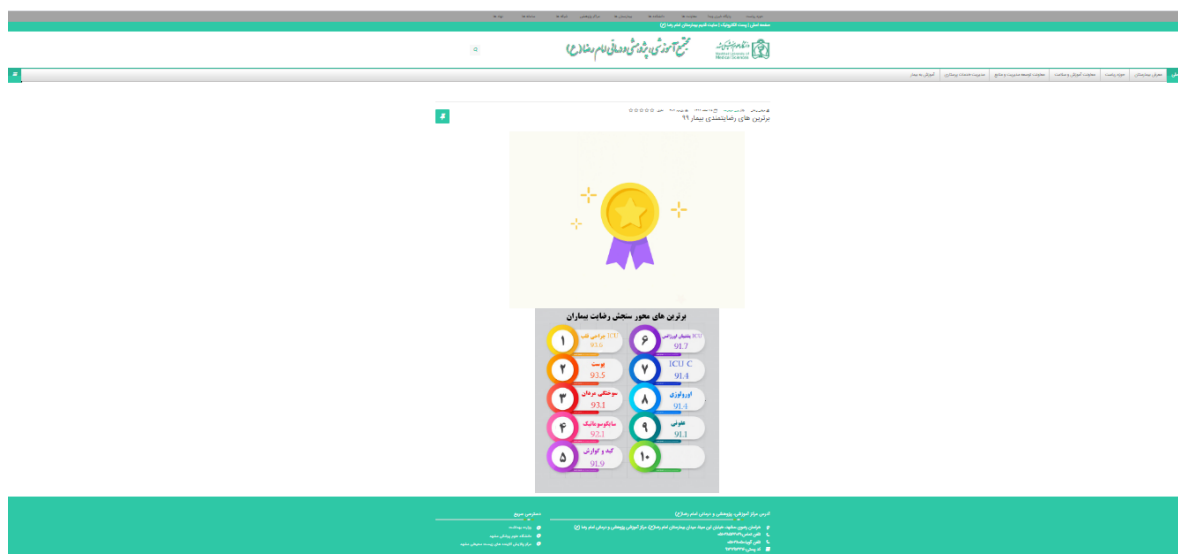
ب) گزارش‌های سامانه ارزیابی مستمر

در قسمت گزارش‌ها سامانه ارزیابی مستمر امکان گزارش‌گیری در بازه‌های زمانی مختلف برای رئیس بیمارستان، معاونین، مدیران، مسئولین واحدها، سوپروایزران، سرپرستاران، و روسای بخش‌ها بر اساس سطوح دسترسی به تفکیک محور و شاخص قابل مشاهده هست.



شکل ۱۴: نمونه گزارش سنجش رضایت بیماران

ج) انعکاس در وبسایت بیمارستان



شکل ۱۵: نمایش بخش های برتر در وب سایت بیمارستان

۲-۳-۴) گزارش های آنلاین

۱- بازخورد از طریق سامانه ارزیابی مستمر :

در سامانه ارزیابی مستمر هم زمان با انجام مصاحبه (حضوری و تلفنی) بعد از ثبت هر پرسشنامه بلافاصله گزارش آن در کارپوشه رئیس بیمارستان، معاونین، مدیران، مسئولین واحدها، سوپروایزران، سرپرستاران، و روسای بخش ها بر اساس سطوح دسترسی به تفکیک محور و شاخص قابل مشاهده است. همچنین امکان گزارش گیری در بازه های زمانی مختلف نیز در قسمت گزارش ها برای ایشان فراهم شده است.

پس از انجام یک دوره ارزیابی سه ماهه نتایج از روش های ذکر شده در بالا به رؤسای بخش ها و سرپرستاران و سوپروایزران هر بخش اطلاع رسانی گردید و طبق نامه ای رسمی از طریق اتوماسیون اداری از ایشان درخواست گردید تا موارد قابل بهبود را در جلسات درون بخشی طرح و جهت ارتقاء آن برنامه ریزی نمایند. در دوره های بعدی نیز همین فرآیند ادامه داشت و به صورت مستمر به بخش ها (به صورت گزارش ها تحلیلی) بازخورد ارائه گردید.

۴-۴) امکانات نهایی در سامانه ارزیابی

فرایند نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت به صورت کاملاً الکترونیکی و از طریق "سامانه ارزیابی مستمر" انجام می شود. نرم افزار مذکور تحت وب بوده و قابلیت نصب بر روی موبایل، کامپیوتر و تبلت را دارد. این نرم افزار با ساختار داینامیک و آنلاین خود قابلیت های متنوعی در حوزه ارزیابی عملکرد و پایش کیفیت ارائه می دهد. نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیر طبی گیرندگان خدمت به صورت دوره ای در تمام طول سال برنامه ریزی و

اجرا می‌شود. به منظور همکاری بخشها/واحدها با ارزیابان اطلاع‌رسانی محدوده زمانی ارزیابی صورت می‌گیرد. شاخص‌های منتخب در سامانه نرم‌افزاری تحت عنوان ارزیابی مستمر در قالب محور "سنجش پاسخگویی به نیازهای غیرطبی بیماران" با همکاری یک شرکت نرم‌افزاری طراحی گردید به گونه‌ای که با اشاره نشانگر روی هر شاخص، توضیحات لازم در خصوص نحوه امتیازدهی و حداقل‌های مورد انتظار جهت استفاده ارزیابان نمایش داده شد. از قابلیت‌های این نرم‌افزار می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: قابلیت تعریف کاربران، تعریف سطوح دسترسی و ایجاد پنل کاربری

- امکان تعریف زیرمحور و شاخص جدید
- امکان دریافت گزارش‌ها به صورت لحظه‌ای و آنلاین توسط مدیران و سایر متصدیان در امر ارزشیابی
- امکان ثبت تشویقی/کنترل انضباطی با انتخاب نام فرد، سمت وی و نوع اقدامی که منجر به ثبت آن شده
- امکان مشاهده گزارش فعالیت‌های انجام‌شده توسط هر ارزیاب، رئیس بخش و عضو هیئت‌علمی با قابلیت انتخاب بازه زمانی، بخش، زیرمحور و در کارپوشه مربوطه
- آرشیو سوابق ارزیابی

۴-۵ یافته‌های اجرای پروژه

۴-۵-۱ مقایسه تعداد ارزیابی‌های انجام‌شده قبل و بعد از اجرای پروژه

جدول ۹: مقایسه ارزیابی‌های انجام‌شده قبل و بعد اجرای پروژه

دوره	قبل از اجرای پروژه	۹۸	۹۹
تعداد ارزیابی	۱۲۰۰	۲۲۰۰	۲۸۰۰

جدول ۱۰: گزارش درصد رضایت از پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت قبل و بعد از اجرای پروژه

حوزه/شاخص	قبل از اجرا	۱۳۹۸	۱۳۹۹
*احترام به شأن و منزلت افراد	۷۹,۸۴	۹۶,۶۴	۹۵,۷۵
آیا گروه درمان (سرپرستار، پرستار، کمک بهیار) شما را با افعال دوم‌شخص جمع مخاطب قرار می‌دادند؟		-	۸۸,۳۲
آیا هنگام معاینه و درمان حریم خصوصی شما/بیمار تان حفظ شد؟	۷۹,۶	۹۳,۸۳	۹۵
آیا برخورد پرستاران با شما محترمانه بود؟	۸۱	۹۷,۷۵	۹۷,۲۲
آیا برخورد کارکنان انتظامات با شما محترمانه بود؟	۷۷,۴	۹۴,۹۷	۹۷,۱۴
آیا برخورد پزشکان با شما محترمانه بود؟	۸۲,۲	۹۷,۸۲	۹۸,۲۸
آیا برخورد دانشجویان پزشکی با شما محترمانه بود؟		۹۷,۸۵	۹۸
آیا برخورد سایر کارکنان غیر درمانی (منشی و خدمات کمک بهیار و...) با شما محترمانه بود؟	۷۹	۹۷,۶	۹۶,۲۶
*امکان ملاقات آزادانه با دوستان و اعضای خانواده	۷۱,۶	۸۴,۵۵	۵۹,۵۵

۱۳۹۹	۱۳۹۸	قبل از اجرا	حوزه/شاخص
۵۶,۴۱	۸۰,۴۸	-	آیا در طول بستری در هنگام نیاز امکان ملاقات با بیمارتان وجود داشت؟
۶۲,۶۹	۸۸,۶۱	۷۱,۶	آیا در طول بستری در هنگام نیاز در خارج از ساعات ملاقات با دوستان و آشنایان، امکان ملاقات وجود داشت؟
۸۳,۴۷	۷۸,۹۶	۷۳,۸۳	*برقراری ارتباط مناسب با بیمار و ارائه اطلاعات شفاف
۹۲,۸۹	۹۳,۷۳	۷۸,۴	آیا پرستار با توجه و حوصله به صحبت‌ها و سؤالات شما گوش می‌داد؟
۹۲,۱۲	۳۹,۳۶	۷۷,۲	آیا پزشک با توجه و حوصله به صحبت‌ها و سؤالات شما گوش می‌داد؟
۹۲,۲۱	۹۰,۹۳	۷۴,۲	آیا توضیحات پزشک در مورد بیماری برایتان قابل فهم بود؟
۵۰,۴۸	۷۰,۲۴	۶۵,۵	آیا در مورد هزینه‌های درمان به شما اطلاع‌رسانی شده است؟
۸۸,۸۹	-	-	آیا توضیحات و آموزش‌های پزشک در مورد بیماری و اقدامات مورد نیاز کافی بود؟
۸۲,۹	۹۵,۱	-	آیا توضیحات و آموزش‌های لازم بعد از ترخیص مناسب بود؟
۸۴,۸	۸۴,۴۱	-	آیا توضیحات و آموزش‌های لازم در حین بستری مناسب بود؟
۹۳,۳۷۵	۹۴,۳۰	۷۵	*توجه و رسیدگی فوری
۹۳,۱۹	۹۷,۶۵	-	آیا از نحوه و زمان ترخیص راضی بودید؟
۹۵,۲۳	۹۴,۳۸	-	آیا کارهای مربوط به پذیرش بیمارتان سریع انجام شد؟
۹۴,۲۵	۹۳,۴۱	۷۷	آیا می‌توانستید راحت قسمت‌های مختلف بیمارستان را پیدا کنید؟
۹۰,۸۳	۹۱,۷۵	۷۳	آیا وقتی نیاز فوری داشتید (مثلاً حال مریض بد شده بود و کمک لازم داشت) کارکنان بیمارستان سریع به شما رسیدگی می‌کردند؟
۸۶,۸۴	۸۱,۰۷	۶۵,۲	*استقلال
۸۶,۸۴	۸۱,۰۷	۶۵,۲	آیا پزشک در انتخاب روش درمان به نظر شما/بیمارتان توجه کرد؟
۹۲,۶۵	۸۹,۳۴	۶۷,۲	*حق انتخاب
۹۰,۳۳	۹۱,۵۵	۶۹,۲	آیا می‌توانستید پرستارتان را عوض کنید؟
۹۴,۹۷	۸۷,۱۳	۶۵,۲	آیا امکان مشورت برای کسب نظر یک پزشک دیگر در خصوص روش درمانتان را داشتید؟
۹۶,۹۱	۹۳,۵۹۵	۷۵,۹	*رعایت حق محرمانگی
۹۹,۰۲	۹۹,۰۴	۷۸,۲	آیا احساس می‌کنید اطلاعات شخصی و بیماری شما/بیمارتان در بیمارستان محرمانه نگه‌داشته شد؟
۹۴,۸	۸۸,۱۵	۷۳,۶	آیا امکان صحبت خصوصی با پزشک و پرستار به صورتی که دیگران صدای شما را نشنوند وجود داشت؟
۸۷,۳۴	۸۸,۰۲	۷۴,۸۵	*کیفیت مناسب امکانات رفاهی
۹۱,۲۸	۹۳,۵۳	۷۵,۸	آیا امکانات رفاهی بیمارستان مناسب و کافی بود؟(محوطه زیبا، پارکینگ، فروشگاه، همراه سرا و ...)
۸۷,۳۸	۸۵,۹۱	۷۱,۸	آیا تجهیزات و لوازم مناسب و قابل استفاده در اتاق شما/بیمارتان وجود داشت؟(تهویه و وسایل گرمایش و سرمایش، صندلی همراه، یخچال، تلفن، تلویزیون و...)
۹۳,۰۱	۹۱,۳۴	۷۳,۲	آیا زمان و نحوه ی توزیع غذا مناسب بود؟
۷۸,۸۹	۸۰,۸۵	۷۰	آیا سرویس‌های بهداشتی تمیز بود؟
۷۱,۲۳	۷۶,۷	۷۰,۶	آیا کیفیت غذا مناسب بود؟(مرغوبیت، تنوع، رعایت رژیم‌های غذایی و...)
۸۹,۶۴	۹۱,۱۳	۷۴,۴	آیا وسایل اتاق شما / بیمارتان تمیز و مرتب بود (ملحفه، پتو، بالشت و لباس بیمار)
۹۳,۶۴	۹۲,۳۶	۸۱,۴	پیشنهاد مراجعه
۹۳,۶۴	۹۲,۳۶	۸۱,۵۷	آیا مراجعه به این بیمارستان را به دیگران توصیه می‌کنید؟ بله
۸۸	۸۸	۷۴	امتیاز کلی

۲-۵-۴) یک نمونه گزارش کامل



مرکز آموزشی پژوهشی و فرهنگی
امام رضا (ع)

ریاست مجتمع

اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
گروه سنجش و ارتقای رضایت ذینفعان



گزارش بررسی رضایت بیماران مراجعه کننده به مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)



۱۳۹۹

شماره سند: ۲-۵-۴-۱۳۹۹-۲۵ تاریخ تدوین: ۹۵/۰۲/۲۵ شماره بازنگری: ۶ تاریخ بازنگری: ۹۹/۰۱/۰۱ شماره ویرایش: ۶ تاریخ ویرایش: ۹۹/۰۱/۰۱	 مرکز آموزشی پژوهشی و فرهنگی امام رضا (ع)	عنوان سند گزارش سنجش رضایت بیماران ریاست مجتمع اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
---	---	---

فهرست :

- ۱- مقدمه..... ۲
- ۲- سنجش رضایت مراجعین بر اساس حوزه و سال..... ۴
- ۳- بررسی سنجش رضایت مراجعین در بخش های کووید..... ۵
- ۴- بررسی سنجش رضایت مراجعین در بخش های غیر کووید..... ۶
- ۵- نمودار علت و معلول عدم رضایت مراجعین..... ۷
- ۶- شاخص ها با میانگین نمره کمتر از ۸۵..... ۸
- ۷- لیست اقدامات اصلاحی انجام شده..... ۹

عنوان سند: گزارش سنجش رضایت بیماران رضایت مجتمع اداره پرستاری ارزیابی و بهبود کیفیت	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجتمع آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	شماره سند: ۲۰۲۰-۱۳۹۹-۱۳۹۹ تاریخ تدوین: ۱۳۹۹/۰۲/۲۵ شماره بازنگری: ۶ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۹/۰۱/۰۱ شماره ویرایش: ۶ تاریخ ویرایش: ۱۳۹۹/۰۱/۰۱
--	---	--

مقدمه

رضایت بیماران یکی از شاخصهای مهم کیفیت مراقب و پیامد مراقبت سلامت است (Outcome of health care) رضایت، اساس انتخاب بیمارستان در آینده از سوی بیماران یا توصیه یک بیمارستان خاص به دیگر بیماران است و همچنین پایین بودن میزان رضایت بیماران ممکن است منجر به همکاری درمانی ضعیف (Poor compliance) گردد. کمه این امر میتواند موجب به هدر رفتن منابع و کاهش کیفیت پیامد های درمانی شود.

همچنین کیفیت ابعاد غیر بالینی ارائه خدمات سلامت که سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان "پاسخگویی" نظام سلامت به توقعات مشروع و غیر بالینی بیماران نام می برد، در کنار هدف ارتقاء سلامت افراد و مشارکت مالی عادلانه، یکی از اهداف سه گانه هر نظام سلامت است. لذا، سنجش عملکرد هر نظام سلامت از طریق ارزیابی صحیح این سه هدف محقق می گردد.

رضایت بیمار: رضایت بیمار تجربه ای انسانی است که به صورت ذهنی توسط یک فرد بر اساس میزان تطابق مراقبت دریافت شده با انتظارات آن فرد سنجیده می شود.

نیازهای غیر طبی بیمار: نیازهای غیر طبی بیماران، توجه و تأمین توقعات مشروع غیر بالینی بیماران می باشد

روند اجرا:

با توجه به آغاز پروژه رضایت سنجی از سال ۹۱ در سطح گسترده نیاز به تغییر در محتوای سوالات و به روز رسانی آن ضروری به نظر می رسید. در این راستا حدود ۱۲ جلسه کارشناسی با حضور دو نفر از اساتید محقق برگزار گردید و پرسشنامه حاضر حاوی سوالاتی مشتمل بر ۸ حوزه اصلی پاسخگویی خدمات بیمارستانی معرفی شده توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی و بومی سازی شد. پرسشنامه تدوین شده جهت تأیید پایایی توسط کارشناسان آمار واحد به صورت پایلوت اجرا گردید، پس از تأیید پایایی پرسشنامه جهت تأیید روایی محتوا به روش (CVR, CVI) برای کارشناسان مربوطه ارسال شد تا روایی آن نیز تأیید گردد. با تأیید روایی پرسشنامه با اجرای مجدد پایلوت به منظور قطعی سازی پایایی، اجرای رضایت سنجی با پرسشنامه های جدید انجام پذیرفت.

عنوان سند: گزارش سنجش رضایت بیماران رضایت مجتمع اداره پرستاری ارزیابی و بهبود کیفیت	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجتمع آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	شماره سند: ۲۰۲۰-۱۳۹۹-۱۳۹۹ تاریخ تدوین: ۱۳۹۹/۰۲/۲۵ شماره بازنگری: ۶ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۹/۰۱/۰۱ شماره ویرایش: ۶ تاریخ ویرایش: ۱۳۹۹/۰۱/۰۱
--	---	--

نمونه گیری در کلیه ی بخشها ی طریق دو مرحله طبقه ای تصادفی به حجم کلی ۲۶۹۰ پرسشنامه انجام می پذیرد و حجم نمونه هر بخش بسته به نسبت تعداد بیماران آن بخش به تعداد کل بیماران در یازده زمانی تعریف شده می باشد. پرسشنامه ها یا مراجعه حضوری کارشناسان به بیمار یا همراه آگاه وی و بر حسب ضرورت به صورت تلفنی و یا مصاحبه یا ایشان بدون ذکر نام تکمیل میگردد. تحلیل و بررسی پرسشنامه های تکمیل شده توسط بیماران یا استفاده از نرم افزار اکسل انجام شده است.

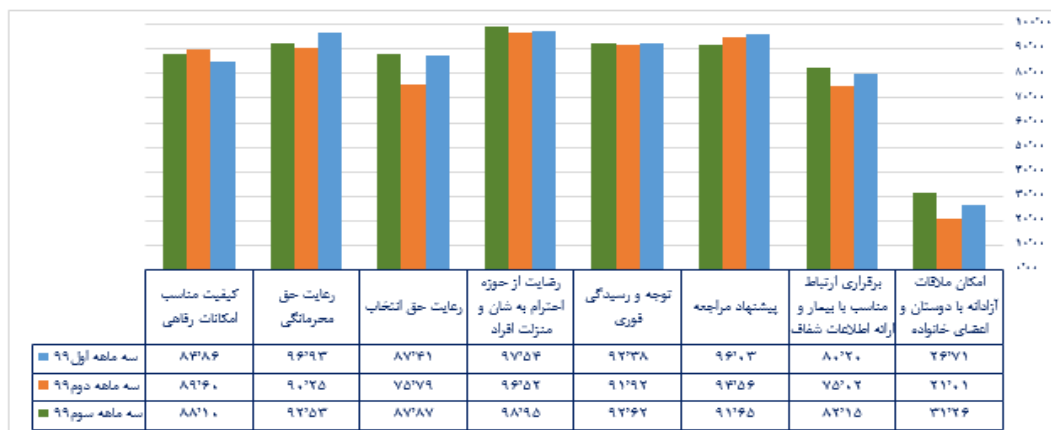
- نتایج ذیل حاصل از بررسی پاسخ های دریافتی از مراجعین (بیمار و یا همراه آگاه وی) به مجتمع می باشد که به صورت ماهیانه در سال ۱۳۹۹ انجام گرفته است.

عنوان گزارش: سنجش رضایت مراجعین در بخش های مجتمع ۱۳۹۹

کووید: ۲۰۴۸۵ غیر کووید: ۳۳۳۴۳	۵۳۸۲۸ تعداد شاخص
کووید: ۱۰۲۵ غیر کووید: ۱۶۶۷	۲۶۹۰ تعداد پرسشنامه
کووید: ۴۲ غیر کووید: ۲۲	۶۴ تعداد بخش های مورد ارزیابی
کووید: ۸۶ غیر کووید: ۹۰	۸۸ درصد رضایت کل در بخش ها

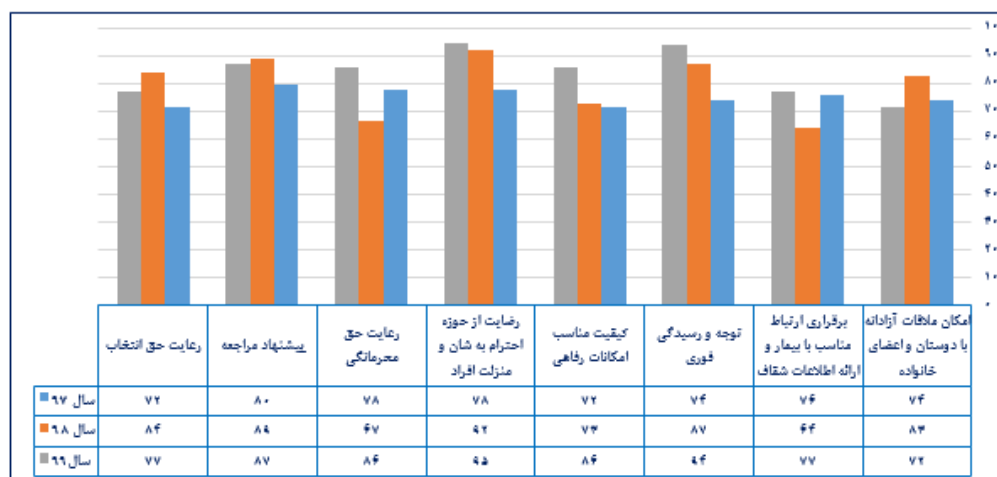
شماره سند: ۲-۲-۱۰۰۰-۲۰۲۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۰۲/۲۵ شماره بازنگری: ۶ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۹/۰۲/۰۱ شماره ویرایش: ۱ تاریخ ویرایش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۱	 مجلس شورای اسلامی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	نتوان ستاد گزارش سنجش رضایت بیماران ریسک‌سنجی اداره برنامه‌ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	---

عنوان گزارش: بررسی سنجش رضایت مراجعین در بخش های کووید-۹۹



شماره سند: ۲-۲-۱۰۰۰-۲۰۲۰ تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۰۲/۲۵ شماره بازنگری: ۶ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۹/۰۲/۰۱ شماره ویرایش: ۱ تاریخ ویرایش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۱	 مجلس شورای اسلامی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	نتوان ستاد گزارش سنجش رضایت بیماران ریسک‌سنجی اداره برنامه‌ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
---	--	---

عنوان گزارش: سنجش رضایت مراجعین بر اساس حوزه و سال ۹۷-۹۸-۹۹



همانطور که از نمودار مشخص است بیشترین احساس رضایت مندی مراجعین در سال ۱۳۹۹ با میانگین رضایت ۸۴,۲ و کمترین میزان رضایت مندی در سال ۱۳۹۷ با متوسط رضایت ۷۵,۵ می باشد.

عنوان گزارش: سنجش رضایت مراجعین در بخش های غیر کووید-۹۹

هعاططور که از نمودار مشخص است در ۸ حوزه سنجش رضایت بیماران در بخش های کووید در سال ۱۳۹۹ میانگین رضایت ۸۶٪ و در بخش های غیر کووید ۹۰٪ می باشد.

نمودار استخوان ماهی علل عدم رضایت مراجعین از خدمات



شماره سند: F-DEB-2-2 تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵ شماره بازنگری: ۶۰ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۱/۰۱ شماره ویرایش: ۵ تاریخ ویرایش: ۱۳۹۸/۰۱/۰۱	 مجلس شورای اسلامی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع)	نتوان سند گزارش نتایج رضایت بیماران ریشه‌یابی اثر: برنده بهترین ایده و پدید آورنده
--	--	---

عنوان گزارش: شاخص‌های با میانگین نمره کمتر از ۸۵

عنوان	درصد رضایت غیر گویند	درصد رضایت گویند	درصد رضایت
آیا در مورد هزینه‌های درمان به شما اطلاع رسانی شده است؟	۵۷٫۱۷	۴۰٫۲۵	۵۰٫۷۱
آیا در طول بستری در هنگام نیاز امکان ملاقات یا بیمارستان وجود دارد؟	۷۶٫۹۲	۲۵٫۶۱	۵۰٫۷۸
آیا در طول بستری در هنگام نیاز در خارج از ساعات ملاقات یا دوستان، آشنایان، امکان ملاقات وجود دارد؟	۷۲٫۴۷	۲۹٫۱۴	۶۴٫۴۴
آیا کیفیت غذا مناسب است؟ (مروغیت، تنوع، رعایت رژیم‌های غذایی و...)	۷۱٫۲۸	۷۵٫۹۴	۷۳٫۷۳
آیا سرویس‌های بهداشتی تمیز است؟	۷۳٫۱۳	۸۴٫۱۱	۷۶٫۰۵
توضیحات و آموزش‌های لازم بعد از ترخیص مناسب بود	۸۶٫۵۶	۷۲٫۶۸	۷۹٫۵۱
توضیحات و آموزش‌های لازم در حین بستری مناسب بود	۸۴٫۹۸	۷۸٫۹۱	۸۳٫۲۹
آیا پزشک در انتخاب روش درمان به نظر شما بیمارستان توجه کرد؟	۸۹٫۵۰	۷۴٫۲۳	۸۱٫۶۵

اقدامات اصلاحی انجام شده

- ارائه مقاله در خصوص پاسخگویی به نیازهای غیرطبی گیرنده خدمت
- راه اندازی دفتر امور پیگیری بیماران
- راه اندازی مرکز پاسخگویی به مراجعین و همراهان بیمار به صورت فعال و غیر فعال
- برگزاری دوره‌های آموزشی برای فراگیران پزشکی بر اساس سرفصل‌های مورد نیاز مجتمع و الزامات اعتبار بخشی
- اختصاص حداقل امکانات رعایت حریم خصوصی بیماران
- آماده سازی پمفلت خوش آمدگویی در واحد پذیرش
- ایجاد امکان پاسخگویی کارشناس HIM در خصوص اطلاعات هزینه ای بیماران
- برنامه ریزی حضور پزشکان و پاسخگویی به همراه تعیین شده توسط بیمار (در هنگام پذیرش یک همراه به عنوان معتمد بیمار معرفی شود)
- تهیه و نصب پتر و تابلو جهت اطلاع رسانی به مراجعین و همراهان در دوران کرونا
- نظارت مستمر بر فروشگاه‌های مواد غذایی توسط سه گروه حراست، بهداشت محیط و روابط عمومی و ارائه گزارشات در جلسات بعدی
- برنامه ریزی و تهیه و اجرای فرایند تحویل و تحول و همچنین حفاظت از اموال گیرنده خدمت
- اصلاح شبکه فاضلاب به دلیل بوی نامطبوع
- اصلاح سیستم گرمایش بخش‌ها
- ساخت ایستگاه سکوی پذیرش و پاسخگویی به همراهان بیماران کرونایی در بیمارستان ۶۱۰ تختخوابی
- استقرار کد اخلاقی در خصوص اقدام پزشکان (اساتید و فراگیران پزشکی) به معرفی خود به گیرنده خدمت در کلیه بخش‌ها
- استقرار کد اخلاقی در خصوص اقدام کارکنان غیر پزشکی به مخاطب قرار دادن گیرنده خدمت یا افعال دوم شخص در کلیه بخش‌ها
- تهیه فیلم مستند از آگوه‌های اخلاقی در سطح مجتمع
- استخدام نیروی جدید جهت واحد لیزری
- درج پرستشنامه اثر بخشی آموزشی در سامانه ارزیابی مستمر
- فعال سازی (جانمایی و تجهیز) کلیتیک خود مراقبتی

۱. Fazaeli S, Yousefi M, Banikazemi SH, Hashemi SAHG, Vakilzadeh AK, Aval NH. Importance of client orientation domains in non-clinical quality of care: a household survey in high and low income districts of Mashhad. *Global Journal of Health Science*. 2016;۲۲۸:(۷)۸
۲. 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).
۳. Fazaeli S, Hashemi SAHG, Ebrahimipour H, Banikazemi SH, Yousefi M. Importance of health System responsiveness in a high and low income areas in Mashhad, Iran: A Household survey. *Payesh (Health Monitor)*. 2016;15(2):153-62.
۴. Fazaeli S, Yousefi M, Banikazemi S, Hashemi SG, Khorsand A, Badiee S. Importance of customer adjustment regions in the non-clinical property of thought: A home examination in low and high-income areas of Mashhad. *Journal of Medicine and Life*. 2015;8(Spec Iss 3):107.
۵. Bahadorestani A, Ghalehnovi M, Farimani NM. Designing a model of key stakeholders' expectations in the subway construction projects: studied in MUR construction project. *Amirkabir Journal of Civil Engineering*. 2018;50(1):67-70.
۶. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. *Built Environment Project and Asset Management*. 2013.
۷. Kapologwe NA, Kibusi SM, Borghi J, Gwajima DO, Kalolo A. Assessing health system responsiveness in primary health care facilities in Tanzania. *BMC health services research*. 2020;20(1).۱۰-۱:
۸. Murray CJ, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. *Health Affairs*. 2001;20(3):21-4.
۹. WHO. Constitution of the World Health Organization. geneva: World Health Organization; 2006.
۱۰. Murray CJL, Evans DB. Technical consultation on stewardship of health systems. In "Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism". geneva: World Health Organization; 2003. p. 135-8.
۱۱. van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L, Rasker JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Br J Rheumatol*. 1998;37(4):362-8.
۱۲. Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF. Service quality in health care. *The Journal of the American Medical Association*. 1999;281:661-5.
۱۳. Haas-Wilson D. The relationships between the dimensions of health care quality and price: the case of eye care. *Med Care*. 1994;32(2):175-82.
۱۴. WHO. World health report 2000. health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. 23-137.

۱۵. Blumenthal D. Part 1: Quality of care—what is it? . The New England Journal of Medicine. 1996;335(12):391-3.
۱۶. Frich JC, Ramleth O. Patient satisfaction as quality indicator of specialist health services. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004;124(1):88.
۱۷. Tai CJ, Chu CC, Liang SC, Lin TF, Huang ZJ, Tsai YH, et al. Use of patient satisfaction data in a continuous quality improvement program for endoscopic sinus surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129.۱۶-۲۱۰:(۳)
۱۸. Manfredi CP. Courts and health policy: judicial policy making and publicly funded health care Canad J Health Polit Policy Law 2002;27(2):213-40.
۱۹. Shalev C, Freiman E. Monitoring patient rights: a clinical seminar. Med Law. 2002;31(3):52.۳۹-۱
۲۰. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. J Clin Nurs 2003;12(4):501-8.
۲۱. Phaosavasdi S, Tannirandorn Y, Taneepanichskul S, Kullavanijaya P. Informed consent. J Med Assoc Thai 2002;.۵۳-۸۵۰:(۷)۸۵
۲۲. parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. ijme. 2010;3(0):39-47.
۲۳. Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. Health Affairs. 2001;20(3):244-52.
۲۴. Weech-Maldonado R, Weidmer BO, Morales LS, Hays RD. Cross-cultural adaptation of survey instruments: the CAHPS experience. 2001.
۲۵. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. Social Science & Medicine. 1997;44(1):85-92.
۲۶. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. Med Care. 1994;32(12):1216-31.
۲۷. Murphy-Cullen CL, Larsen LC. Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: its impact upon patient satisfaction. Soc Sci Med. 1984;19(2):163-6.
۲۸. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. Health Aff (Millwood). 2001;20(۲۰-۱۰):(۳
۲۹. Nicole B, Valentine, de Silva A, Kei Kawabata, Charles Darby, J.L. C, et al. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. in "Murray CJL, Evans DB Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism)". geneva: World Health Organization; 2003. p. 573.
۳۰. Allen RE. The concise oxford dictionary of current english. New York: Oxford University Press; 1990.
۳۱. Vesey G, Foulkes P. Unwin Hyman Dictionary of Philosophy. Glasgow: Harper Collins; 1999.
۳۲. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. 1997;45(12):1829-43.

- .٣٣ Hebert PC. Doing right—a practical guide to ethics for medical trainees and physicians. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- .٣٤ Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. BMJ. 1994;309:1542.
- .٣٥ Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract. 1999;16(1):4-11.
- .٣٦ Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ. 2001;323(7318):908-11.
- .٣٧ Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ. 1999;318(7179):318-22.
- .٣٨ Lowe M, Hardy Havens DM. Privacy and confidentiality of health information. Journal of Pediatric Health Care. 1998;12:42-6.
- .٣٩ de Silva A. A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization; 2000 [cited 2013 22 may]. Available from: http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/discussion_papers.cfm#.
- .٤٠ Bassett MT, Bijlmakers L, Sanders DM. Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. Soc Sci Med. 1997;45(12):1845-52.
- .٤١ Nicole B, Valentine, René Lavallée, Bao Liu, Gouke J, Bonsel, et al. Murray Classical Psychometric Assessment of the Responsiveness Instrument in the WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001. in. Murray CJL, Evans DB Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). Geneva: World Health Organization; 2003. p. 597 - 611.
- .٤٢ Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov VK, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Fam Pract. 1994;11(4):468-78.
- .٤٣ Ware JE, Jr., Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Eval Program Plann. 1983;6(3-4):247-63.
- .٤٤ Ariff KM, Teng CL. Rural health care in Malaysia. Aust J Rural Health. 2002;10(2):99-103.
- .٤٥ Mendoza Aldana J, Piechulek H, Al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization. 2001;79(6):512-7.
- .٤٦ Pascoe GC, Attkisson CC. The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. Eval Program Plann. 1983;6(3-4):335-47.
- .٤٧ Mansour AA, al-Osimy MH. A study of satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia. J Community Health. ١٩٩٣;١٨(٣):١٦٣-٧٣
- .٤٨ Draper M, Hill S. Feasibility of national benchmarking of patient satisfaction with Australian hospitals. International Journal for Quality in Health Care. 1996;8:457 - 66.

- ፩፩ Tangcharoensathien V, Bennett S, Khongswatt S, Supacutikul A, Mills A. Patient satisfaction in Bangkok: the impact of hospital ownership and patient payment status. *Int J Qual Health Care*. 1999;11(4):309-17.
- ፩፪ Kruse GR, Rohland BM, Wu X. Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. *Psychiatr Serv*. 2002;53(9):1173-6.
- ፩፫ Tekle B, Mariam DH, Ali A. Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi Zone in Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002;6(7):573-9.
- ፩፬ Tomaszewska W, Peselow ED, Barouche F, Fieve RR. Antecedent life events, social supports and response to antidepressants in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94(5):352-7.
- ፩፭ Friedland J, Renwick R, M M. Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*. 1996;8:፩፩ - ፩፩:(፩)
- ፩፮ Fadiman A. *The spirit catches you and you fall down: a Hmong child, her American doctors and the collusion of two cultures*. New York: The Noonday Press; 1997.
- ፩፯ Bramesfeld A, Wedegartner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:99.
- ፩፰ Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:117.
- ፩፱ Njeru Mercy K, Blystad Astrid, Nyamongo Isaac K, Fylkesnes Knut. A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counselling services in Kenya. *BMC Health Services Research* 2009;9:243.
- ፩፳ Kowal P, Naidoo N, Williams S.R, Chatterji S. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health* 2011;3(10):638-48.
- ፩፳፩ Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action*. 2012;5:1-11.
- ፩፳፪ Amani PJ, Tungu M, Hurtig A-K, Kiwara AD, Frumence G, San Sebastián M. Responsiveness of health care services towards the elderly in Tanzania: does health insurance make a difference? A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19(1):179.
- ፩፳፫ Ratcliffe HL, Bell G, Awoonor-Williams K, Bitton A, Kim J-H, Lipstiz S, et al. Towards patient-centred care in Ghana: health system responsiveness, self-rated health and experiential quality in a nationally representative survey. *BMJ Open Quality*. 2020;9(2):e000886.
- ፩፳፬ Hoffmann K, De Gelder R, Hu Y, Bopp M, Vitrai J, Lahelma E, et al. Trends in educational inequalities in obesity in 15 European countries between 1990 and 2010. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017;14(1):1-10.
- ፩፳፭ Kapologwe NA, Kibusi SM, Borghi J, Gwajima DO, Kalolo A. Assessing health system responsiveness in primary health care facilities in Tanzania. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):104.

- ۶۴ Khan G, Kagwanja N, Whyte E, Gilson L, Molyneux S, Schaay N, et al. Health system responsiveness: a systematic evidence mapping review of the global literature. *International Journal for Equity in Health*. 20۱۱۲:(۱)۲۰;۲۱
- ۶۵ Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th district of tehran. *Iran Red Crescent Med J*. 2011;13(5):302-8.
- ۶۶ 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.[in persian].
- ۶۷ Yousefi M, Ebrahimipour H, Banikazemi H. Responsiveness of the health system in outpatient services in low and high income areas of Mashhad. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2016;5(2):58-66.
- ۶۸ Somayeh Fazaeli, Seyed Amir Hossein Gghazizadeh Hashemi, Hossein Ebrahimipour, Seyed Hasan Banikazemi, Mehdi Yousefi. Importance of health System responsiveness in a high and low income areas in Mashhad, Iran: A Household survey %J *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2016;15(2):153-62.
- ۶۹ Fathi F ,Khezri A, Khanjani Ms, Sharifi H, Abdi K. Investigating the Responsibility in Health System, a Review Study. *Health Research Journal*. 2020;5(3):152-61.
- ۷۰ Hooshmand E, Ramzi A, Jamali J, 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.
- ۷۱ Gerjevic KA, Rosenbaum ME, Suneja M. Resident perceptions of the impact of duty hour restrictions on resident-attending interactions: an exploratory study. *BMC medical education*. 2017;17(1):1-8.
- ۷۲ Shahraki A, Moradi M. Risk evaluation in the workplace using fuzzy multi-criteria model. *Iran Occupational Health*. 2013;10(4):43-54.
- ۷۳ Heydari M, Doshmangir L. A Comparative Study of the Health Systems Performance Assessment Frameworks in the World. *Journal of Hospital*. 2019;17(4):35-46.
- ۷۴ Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah O, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*. 2005;17(6):487-96.
- ۷۵ MOSADEGHRAD AM, AKBARI SA, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. 2017.
- ۷۶ Harden RM, Laidlaw JM. Be FAIR to students: four principles that lead to more effective learning. *Medical teacher*. 2013;35(1):27-31.
- ۷۷ Chandler N, Henderson G, Park B, Byerley J, Brown WD, Steiner MJ. Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: the usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. *Journal of graduate medical education*. 2010;2(3):430.