

## مفهوم و اهمیت پاسخگویی نظام سلامت

فریبا اصغری\*<sup>۱</sup>، رضا مجدزاده<sup>۲</sup>

### چکیده

پاسخگویی نظام سلامت را "توانایی نظام سلامت در برآوردن توقعات مشروعی که جامعه از تعاملات خود با نظام سلامت، سوای از توقعات شان برای ارتقای سلامت یا اقتصاد بهداشت و درمان دارد" تعریف کرده‌اند و این توقعات مشروع جامعه بر اساس هنجارهای بین‌المللی حقوق بشر و اخلاق حرفه‌ای تعریف شده‌اند. سازمان جهانی بهداشت پاسخگویی را به‌عنوان یکی از اهداف نظام سلامت و بخشی از ارزیابی عملکرد نظام در نظر گرفته است. این سازمان برای اندازه‌گیری پاسخگویی، چارچوبی را تهیه کرده است که بر اساس آن مفهوم پاسخگویی در هشت حیطه، شامل: (۱) استقلال فردی، (۲) شأن انسانی، (۳) دسترسی سریع، (۴) حق انتخاب، (۵) وضوح ارتباط، (۶) رازداری، (۷) کیفیت محیط ارائه خدمات و (۸) دسترسی به حمایت خانواده و حمایت اجتماعی؛ اجرایی شده است. ارتقای پاسخگویی حتی در صورت عدم تغییر در سایر اهداف نظام سلامت ارزشمند است. ارتقای پاسخگویی می‌تواند باعث افزایش احساس آسایش و نیز همکاری بهتر مردم در بهره‌گیری از خدمات سلامت می‌شود. لذا اندازه‌گیری و ارزیابی حیطه‌های مختلف پاسخگویی در جامعه اطلاعات مفیدی را برای سیاست‌گذاران فراهم خواهد آورد.

واژگان کلیدی: پاسخگویی، نظام سلامت، رضایت‌مندی

۱- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*نشانی: تهران، خیابان شانزده آذر، نبش پورسینا، شماره ۲۱، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، نمابر: ۶۶۴۸۰۲۷۶، پست الکترونیک:

fasghari@tums.ac.ir

## مقدمه

از آنجا که در ارائه خدمات سلامت، ارائه دهندگان خدمت در ارتباط و تعامل مستقیم با مردم هستند، لازم است به شأن انسانی مخاطبان خود توجه ویژه داشته باشند و به حقوق و توقعات حقه ایشان احترام بگذارند. واضح است که نظام سلامت موظف است نیازهای سلامتی افراد را پاسخ دهد، اما کیفیت ارائه خدمات نیز بسیار مهم است و بر روی نتیجه ارائه خدمات تاثیر می‌گذارد. تأثیر نهایی یک برنامه سلامتی متأثر از پوشش (پذیرش اولیه) و تداوم استفاده از آن می‌باشد [۱]. آنچه که موجب استمرار دریافت خدمات می‌گردد، کیفیت خدمات ارائه شده و رضایت خدمت گیرنده از آنهاست. رضایت مردم از موفقیت فرد ارائه دهنده خدمات در برآورده کردن توقعات ایشان و احترام به ارزش‌های آنها خبر می‌دهد. بعلاوه رضایت بیمار از این جنبه که با پی‌آمد سلامتی در ارتباط است اهمیت ویژه‌ای دارد. بدین نحو که بیمار ناراضی ممکن است از توصیه‌های پزشک خود برای درمان یا مراقبت تبعیت نکند [۲، ۳].

توجه به رضایت بیمار به‌عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری پی‌آمد، از سال ۱۹۸۰ افزایش یافت و تاکنون تلاش‌های بسیاری برای اندازه‌گیری آن از طریق پرسشنامه‌ها صورت گرفته است [۴]. در مطالعاتی که بر روی رضایت بیماران انجام شد، مشکلات و ایرادات سنجش رضایت بیمار نمودار شد و به تدریج نیاز به ثبت آنچه واقعاً بیمار در تعامل خود با نظام ارائه خدمات برای دریافت مراقبت‌های سلامتی تجربه کرده است احساس شد؛ زیرا تعیین آنچه بیمار واقعاً تجربه کرده است، علاوه بر عینی‌تر بودن آن، می‌تواند نشان دهد که چه مداخله‌ای برای ارتقای کیفیت لازم است.

در سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی مفهوم تجربه بیمار را از ارتباط صرف بین پزشک و بیمار به تعاملات افراد با تمامی اجزای نظام سلامت گسترش داد و این مفهوم، "پاسخگویی نظام سلامت" نامیده شد [۵ و ۶].

## رضایت‌مندی بیماران و پاسخگویی

اندازه‌گیری رضایت‌مندی بیمار، سعی در برآورد تصور

بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت دارد [۷]. رضایت‌مندی مفهوم پیچیده‌ای است که تحت تأثیر ترکیبی از نیازهای احساس شده فرد، توقعات فرد و تجربه وی از ارائه خدمات، قرار دارد [۲، ۸].

با انجام مطالعات بر روی رضایت‌مندی بیماران، به تدریج بعضی مشکلات این نوع سنجش مشخص گردید:

- این مفهوم در صورتی که ناظر بر چند مداخله و چند نوبت مراقبت سلامتی در طول مدت طولانی باشد، مفهوم گنگی است. بدین ترتیب برآورد بیمار یک اظهار نظر کلی خواهد بود، نه ناظر بر اتفاقات واقعی [۹].

- مردم ممکن است در پاسخ به رضایت‌مندی به طیفی از رضایت کامل تا نارضایتی کامل نیاندیشند و این مسأله برآورد صحیح پاسخ به رضایت‌مندی را مشکل می‌کند [۹].

- توقعات مردم به شدت رضایت‌مندی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲، ۳، ۹] و ممکن است پاسخ‌های معکوس بدهند. به‌عنوان مثال افراد با وضعیت اقتصادی پایین، ممکن است توقعات کمتر از کیفیت ارائه خدمات داشته باشند و بیشتر برای آنها بی‌هزینه و یا کم‌هزینه بودن دریافت خدمات اهمیت داشته باشد و بدین لحاظ رضایت‌مندی خود را از خدمتی کم کیفیت بالا اعلام کنند. مطالعات مختلف، ارتباط رضایت‌مندی با ویژگی‌های اجتماعی - دموگرافیک جمعیت‌ها (از قبیل سطح درآمد) را نشان داده‌اند [۱۰].

به این دلایل سازمان بهداشت جهانی پاسخگویی را به جای رضایت‌مندی، به عنوان تجربه واقعی آنها از تعامل شان با نظام سلامت قرار دارد.

سنجش پاسخگویی، دو مزیت دیگر بر اندازه‌گیری رضایت بیمار دارد:

- رضایت بیمار تنها بر تعاملات افراد با مراکز درمانی نظر دارد، در حالی که پاسخگویی نظام سلامت شامل ارزیابی انواع تعاملات افراد با تمامی اجزای نظام سلامت مشتمل بر واحدهای بهداشتی، درمانی، توانبخشی و ... است [۲، ۸].

- رضایت بیمار تحت تأثیر حصول به نتیجه ارتقای سلامتی است، در حالی که پاسخگویی بطور خالص جزء غیربالینی تعاملات افراد با نظام سلامت را می‌سنجد و

تحت تأثیر سطح سلامت فرد قرار نمی‌گیرد [۲، ۳، ۸]. □  
 حیطه‌ها به نحوی قابل اندازه‌گیری باشند که در بین جوامع قابل مقایسه باشد [۴].

علاوه بر مرور متون، سازمان جهانی بهداشت فرایند مشاوره‌ای وسیعی (مشمول بر جلسات متعدد با افراد خبره از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۲) را انجام داد. در طی این جلسات، ابزاری برای سنجش پاسخگویی تهیه شد و در ۳۵ کشور در بین مطلعین نظام سلامت مورد آزمون قرار گرفت. پس از آن ابزاری برای سنجش پاسخگویی از طریق پرسش از مردم تهیه و در ۱۲ کشور به مورد اجرا گذاشته شد که در ۷ کشور از آنها، سؤالات حیطه‌ها مورد آزمون شناختی نیز قرار گرفت. سپس ابزار نهایی شده در ۷۱ کشور بعنوان بخشی از "مطالعه‌ی سلامت و پاسخگویی چند کشوری"<sup>۲</sup> سازمان جهانی بهداشت در سال‌های ۲۰۰۱ - ۲۰۰۰ به اجرا درآمد [۱۱]. سپس آزمون‌های شناختی بعدی و هم‌چنین تجزیه و تحلیل روایی و پایایی داده‌ها از طریق آزمون‌های سایکومتری انجام شد. در طی این فرایند ابزار، روش‌شناسی و مفاهیم در سنجش پاسخگویی، مورد اصلاح و تجدید نظرهای متعددی قرار گرفت. به عنوان نتیجه‌نهایی این تلاش‌ها، "مطالعه‌ی سلامت جهانی"<sup>۳</sup> با استفاده از ابزار اصلاح شده برای سنجش پاسخگویی در سال ۲۰۰۳ - ۲۰۰۲ در ۷۳ کشور دنیا انجام شد [۱۲].

### استقلال فردی

استقلال فردی یعنی توانایی اقدام یا تصمیم‌گیری انسان بدون آن‌که تحت کنترل فردی دیگر باشد. احترام به استقلال فردی در پزشکی به این معنی است که پزشکان وظیفه دارند به انتخاب آزادانه بیمار واجد صلاحیت خود احترام بگذارند و در مواردی به ارتقای این تصمیم‌گیری آزادانه کمک کنند [۴].

اصل استقلال فردی یکی از چهار اصل اخلاق زیستی است که به عنوان اصول مشترک اخلاقی در بین فرهنگ‌ها و تئوری‌های متفاوت اخلاق زیستی مشترک است. این اصل دلالت بر این دارد که پزشک یا ارایه‌دهنده خدمت سلامتی باید به نحوی با مردم در تعامل باشد که به نظرات بیمار در

### نحوه تدوین حیطه‌های پاسخگویی

پاسخگویی به پاسخ مناسب به توقعات مشروع و جهان شمول افراد تعریف شده است [۲]. هرچند پاسخگویی حیطه‌های بسیاری را شامل می‌شود اما اجرایی بودن آن برای مقایسه بین کشورها نیاز به انتخاب مجموعه‌ای مشترک از حیطه‌ها که در تمامی نظام‌های سلامت کاربردی هستند، دارد [۴]. برای تعیین حیطه‌های پاسخگویی، مرور گسترده‌ای بر متون توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شد تا مشخص گردد مردم در تعاملاتشان با نظام سلامت جدای از ارتقای سلامت به چه چیزی بها می‌دهند [۳]. برای توصیف حیطه‌ها، معنی دقیقی از واژه‌ها ارایه شد و این معانی طی پژوهش‌های شناختی مورد سنجش قرار گرفت. نتیجه این فرایند تدوین مجموعه‌ای از هشت حیطه بود که به جامع‌ترین شکل پاسخگویی نظام سلامت را پوشش می‌دهند. این حیطه‌ها عبارتند از: حق استقلال فردی<sup>۱</sup>، شأن انسانی، حق انتخاب، ارتباط، رازداری، دسترسی سریع، کیفیت محیط ارائه خدمات و حمایت اجتماعی.

### معیارهای انتخاب حیطه‌ها

انتخاب حیطه‌ها بر این مبنای بود که هر چه بیشتر فهرست حیطه‌ها مفصل باشد و حیطه‌ها در اغلب جوامع به‌عنوان وسیله مناسبی برای تعیین مشخصه کیفیتی که افراد از نظام سلامت انتظار دارند، پذیرفته شده باشند. علاوه بر این، حیطه‌ها به نحوی انتخاب شدند که تا حد امکان همپوشانی کمتری با یکدیگر داشته باشند [۴]. به طور کلی معیارهای انتخاب حیطه‌ها از این قرار بود:

- روایی در انتخاب حیطه به‌عنوان مشخصه مهمی که افراد در تعامل خود با نظام سلامت در پی آن هستند.
- قابل گزارش بودن آن توسط مردم
- جامعیت مجموعه حیطه‌ها بطوری که در کنار یکدیگر جنبه‌های مهم پاسخگویی که برای مردم مهم است را پوشش دهند.

<sup>2</sup> Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness

<sup>3</sup> World Health Survey

<sup>1</sup> Autonomy

مورد این که چه چیزی به صلاح اوست احترام گذاشته شود [۷]. براساس احترام به استقلال فردی بیمار باید به حق رد درمان توسط بیمار، احترام گذاشت [۸]. با این وجود این، حق مطلق نیست و باید در کنار سایر عوامل از قبیل سلامت عمومی جامعه و ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار در نظر گرفته شود. حق استقلال فردی، بیماران را به خود مختار بودن مجبور نمی‌کند و بر حق بیمارانی که مایلند کمتر در تصمیم‌گیری بالینی شرکت کنند نیز احترام گذاشته می‌شود. در بعضی فرهنگ‌ها، نظر خانواده (به لحاظ نقش مهمی که در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی دارند) باید به این معادله اضافه شود [۲]. در مورد افرادی که صلاحیت تصمیم‌گیری ندارند، حق استقلال فردی خودبخود به خانواده وی تفویض می‌شود [۲، ۱۳].

بر اساس بررسی متون و نیز نتایج آزمون‌های شناختی که سازمان بهداشت جهانی انجام داد، تعریفی که از استقلال فردی به عنوان یکی از اجزای پاسخگویی نظام سلامت گردید بر پایه چهار محور بود [۲]:

- آرایه اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی، خطرات و انتخاب‌های درمانی به افراد (و در صورت لزوم خانواده‌شان)،
- درگیر کردن افراد (و در صورت ضرورت خانواده‌هایشان) در فرآیند تصمیم‌گیری به حدی که مایل هستند،
- اخذ رضایت آگاهانه در اقدامات تشخیصی و درمانی،
- احترام به حق بیماران واجد صلاحیت تصمیم‌گیری، در رد درمان.

### شأن انسانی

شأن انسانی به مفهوم «با ارزش بودن برای مورد احترام و تکریم قرار گرفتن» است. در حوزه آرایه خدمات سلامتی، شأن انسانی به آرایه خدمات همراه با احترام و به دور از تبعیض بر می‌گردد [۲].

آزمون‌های شناختی سازمان جهانی بهداشت نشان دادند که کلمه «احترام» واژه‌ای است که به بهترین شکل شأن انسانی را معنی می‌کند. طی آزمون دیگری از افراد خواسته شد که معنی احترام را مشخص نمایند. جواب‌های پاسخ‌دهندگان به میزان بالایی با هم همخوانی داشت: ادب، سلام و

احوال‌پرسی کردن، گوش دادن، دلسوزی و داد نزدن بر سر آنها، واژه‌هایی بود که بیش از همه به آنها اشاره شده بود [۴]. رعایت حریم خصوصی و پوشیدگی در طی معاینه بالینی نیز از ویژگی‌های رعایت شأن انسانی است [۲، ۱۳].

رعایت شأن انسانی ضرورتاً ارتباطی با میزان منابع صرف شده در نظام سلامت ندارد. با این وجود پرسنل آرایه دهنده خدمت که اغلب بار کاری زیاد و دستمزد ناکافی دارند و در مرکزی فاقد تجهیزات لازم مشغول به کارند ممکن است خود را مقید به برخورد انسانی با بیمار ندانند [۱۴].

شأن انسانی نه تنها در برخوردهای فردی بلکه در سطح سلامت عمومی نیز اهمیت دارد. نظام سلامت موظف است در طی اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت از انگ‌گذاری و یا برخوردهای تبعیض آمیز با افراد بپرهیزد [۲، ۸، ۱۵، ۱۶]. تدوین قوانین، منشور حقوق بیمار و راهنماهای اخلاقی به منظور اطمینان از این که شأن انسانی تمامی افراد در نظام سلامت رعایت می‌شود، کمک کننده است.

### دسترسی سریع

دسترسی سریع به منزله آرایه خدمت سریع و به موقع است. این حیطة شامل اطمینان مردم از این که در هنگام ضرورت، دسترسی سریع به مراقبت‌های اورژانس خواهند داشت، دوره کوتاه انتظار برای درمان و جراحی‌های غیراورژانس، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در زمان مناسب، دسترسی راحت به خدمات از لحاظ بعد مسافت و نحوه دسترسی می‌باشد [۲، ۱۳].

در آزمون شناختی، پاسخ‌دهندگان طیف موقعیت‌های برشمرده در بالا را ذکر کردند اما پاسخی که بین تمامی آنها مشترک بود «درمان به موقع» بود [۴].

دسترسی جغرافیایی به نحوی که افراد اطمینان خاطر از دسترسی سریع به خدمات درمانی در مواقع اورژانس داشته باشند، بسیار مهم است و درمانگاه‌های سیار می‌تواند راهی برای تأمین دسترسی سریع در مناطق روستایی دور افتاده باشد [۱۷].

### حق انتخاب

این حیطة به حق فرد در انتخاب، مرکز آرایه خدمات و نیز

خود، گوش دادن به مشکلات بیمار و پاسخ دادن فرد ارایه دهنده خدمت به سئوالات بیمار می‌باشد [۱۹،۷]. بین این حیطة و حیطة شأن انسانی همپوشانی وجود دارد. در حیطة شأن انسانی مردم می‌خواهند که فرد ارایه دهنده خدمت با آنها با احترام برخورد کند و به نحوی پسندیده و با دقت با آنها سخن بگوید [۴]. مطالعه Gross و همکاران نشان داد که ارتباط مثبتی بین زمان ویزیت طولانی‌تر و رضایت بیمار وجود دارد [۲] و به نظر می‌رسد محاوره غیررسمی، فضای راحت‌تری برای تبادل واضح‌تر اطلاعات پزشکی فراهم می‌آورد.

### رازداری

اطلاعات مربوط به بیمار و ناخوشی او نباید بدون اجازه وی فاش شود مگر در موارد خاص [۲، ۱۳]. در رازداری سه جزء خاص مطرح می‌شود [۴،۲]:

- رعایت خصوصی بودن محیطی که در آن مشاوره، معاینه و سایر خدمات، توسط ارایه دهنده خدمت انجام می‌شود،
- مفهوم «مشاوره خصوصی»،
- رازداری در پرونده‌های پزشکی و اطلاعات مربوط به افراد.

هر چند این نوع از رازداری اصل شناخته‌شده‌ای در طبابت بالینی است، اما گاهی موارد اهمیت آن توسط پرسنل پزشکی دست کم گرفته می‌شود. کارکنان نظام سلامت نباید بر روی موارد بالینی به شکلی بحث کنند که اطلاعات محرمانه فرد انتشار یابد. «مشاوره خصوصی» به این معنی است که افراد بتوانند با این اطمینان که صحبت‌هایشان محرمانه خواهند ماند، اطلاعات خود را با ارایه دهنده‌گان خدمات سلامت در میان بگذارند [۴]. رازداری پرونده‌های پزشکی نیاز به اصلاح ساختارهای دسترسی به پرونده و نیز تدوین راهنماهای مخصوص و آموزش کارکنان دارد. رازداری مانع از دسترسی بیمار به پرونده خود نمی‌شود و وی اجازه دارد که به اطلاعات پزشکی خود دسترسی داشته باشد و یا از آنها کپی تهیه کند [۱۶].

کارکنان نظام سلامت گاهی بین حفاظت اطلاعات بیمار و نیاز به مطلع ساختن دیگران بخصوص در مورد

فرد ارایه دهنده خدمت برمی‌گردد [۸]. همچنین به حق فرد در دریافت نظر فردی دیگر از ارایه‌دهندگان خدمت و دسترسی به مراقبت‌های تخصصی نیز اطلاق می‌شود [۸،۷]. عوامل فرهنگی اغلب باعث می‌شود خانم‌ها (بخصوص در مورد مراقبت‌های باروری)، ترجیح دهند فرد ارایه دهنده خدمت سلامتی به آنها، خانم باشد [۲]. در بعضی جوامع، موانعی از قبیل انعطاف ناپذیر بودن نظام ارجاع و قوانین نظام بیمه بر سر راه دستیابی به این بخش از پاسخگویی وجود دارد. مردم اغلب در مراجعات مکرر خود به نظام سلامت، تمایل دارند به یک نفر یا یک مرکز مشخص مراجعه کنند، به‌ویژه اگر مراجعه مجددشان به علت شکایت قبلی باشد [۲]. با این وجود امکان مشاوره با فرد مورد نظر بیمار، برای وی احساس اطمینان خاطر ایجاد می‌کند و امکان مشاوره گرفتن از فردی دیگر احساس رضایت را افزایش خواهد داد. از طرفی حق انتخاب به‌طور غیرمستقیم باعث افزایش کیفیت و پی‌آمد سلامتی می‌شود، به این نحو که هنگامی که بیماران حق انتخاب داشته باشند ارایه دهندگان سلامت سعی در ارایه خدمت همراه با احترام بیشتر [۲] و نیز سعی در نشان دادن برخورداری از دانش روز پزشکی خواهند داشت [۴]. اختلاف نظرهایی که در مورد این حیطة وجود دارد مربوط به باری است که از لحاظ نیروی انسانی و منابع مالی بر نظام سلامت خواهد داشت. فراهم آوردن این حق برای افراد جامعه باعث محدودیت منابعی می‌شود که می‌تواند صرف ارتقای سلامت و سایر جنبه‌های پاسخگویی نظام شوند. ضرورت پرداختن به این حیطة می‌تواند از طریق بررسی وزن نسبی که مردم به حق انتخاب در مقایسه با سایر حیطة‌های پاسخگویی می‌دهند و وزن نسبی که به پاسخگویی نسبت به سطح سلامت می‌دهند مشخص شود [۴].

### وضوح ارتباط

ارتباط مناسب پزشک و سایر پرسنل نظام سلامت با افراد به‌عنوان اساس برآورد کیفیت از دید بیماران شناخته شده است [۱۸]. این حیطة از پاسخگویی شامل ارایه اطلاعات به شکل ساده، واضح، با زبان معمول و بدون استفاده از واژه‌های فنی، فرصت دادن به بیمار برای پرسیدن سئوالات

برآوردن اهداف سلامتی و هم پاسخگویی موثر است. نظام سلامت نقشی در ایجاد ارتباط حمایتی بین بیمار و خانواده وی ندارد اما باید امکان ایجاد محیطی حمایتی و امیدبخش توسط اطرافیان را (از طریق امکان ملاقات‌های منظم آنها) فراهم آورد [۴].

به علاوه این حیطه شامل فراهم آوردن غذا برای بیمار توسط نزدیکان‌شان و امکان انجام آداب مذهبی و فرهنگی بیمار که منافاتی با حساسیت‌های سایر بیماران و یا کارکنان نداشته باشد و نیز حق بهره بردن از درمان‌های جایگزین به شرطی که تضادی با دستورات درمانی بیمارستان نداشته باشد، نیز می‌باشد [۲، ۱۳، ۲۱]. دسترسی به سازمان‌های حمایتی و سازمان‌های غیر دولتی می‌تواند در برآورده کردن پاسخگویی نظام‌هایی که با کمبود منابع روبرو هستند، در این حیطه مفید و کمک کننده باشند؛ به‌ویژه در مواردی که بیمار خانواده یا نزدیکانی برای مراقبت و حمایت از وی نداشته باشد [۲، ۴].

### روش‌های اندازه‌گیری پاسخگویی نظام سلامت

برای سنجش این شاخص راه‌های متفاوتی مورد آزمون قرار گرفته است. در اولین بررسی تعیین بین المللی شاخص پاسخگویی که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام شد، پرسشنامه برای کارشناسان و مسئولین نظام سلامت ۳۵ کشور فرستاده شد تا ایشان برآورد خود را از دسترسی مردم به هر یک از این حقوق و پاسخگویی نظام به هر یک از حیطه‌های پاسخگویی ابراز کنند. هر چند این روش از دقت و روایی مناسبی برخوردار نیست اما به لحاظ ارزان بودن آن و دریافت اطلاعات دقیقتری از بعضی جنبه‌ها که اطلاع مردم از آن کم است (به عنوان مثال رازداری در اطلاعات پرونده‌های پزشکی) ارزشمند و قابل توجه است.

روش دیگری که برای اندازه‌گیری پاسخگویی به‌کار گرفته شده است، روش انجام مصاحبه با مردم در خانه‌هایشان است. در پرسشنامه‌ای که برای این روش طراحی شد ابعاد زیر مورد توجه قرار گرفت:

الف) تجربه فرد از تعامل خود با واحد ارائه دهنده خدماتی که بطور معمول به آن مراجعه می‌کند،

بیماری‌های قابل انتقال بر سر دو راهی قرار می‌گیرند. در این موارد، تأکید بیشتر بر آموزش افراد بیمار در مورد راه‌های انتقال بیماری و ترغیب آنها به مطلع ساختن افراد در معرض خطر می‌باشد [۲]. همچنین برای مواردی که تضمین حق استقلال فردی بیمار، سلامت سایرین را به خطر می‌اندازد (از قبیل مواردی که تهدید سلامت عمومی محسوب می‌شوند) باید ضوابطی برای تصمیم‌گیری در مورد افشای اطلاعات شخصی بیمار تدوین شود [۴].

### کیفیت محیط ارائه خدمات

کیفیت محیط ارائه خدمات به مناسب و مطلوب بودن زیر ساخت فیزیکی و یا فضای ارائه خدمات بر می‌گردد [۲]. این حیطه مشتمل بر محیط پاکیزه، نگهداری و تعمیر منظم، مبلمان کافی، تهویه کافی، فضای کافی اتاق انتظار، آب پاکیزه، سرویس بهداشتی پاکیزه و ملحفه‌های تمیز است [۲، ۲۰]. در مطالعات شناختی پاسخ‌دهندگان همگی به «پاکیزه بودن» و «راحتی» بعنوان اجزای اصلی این حیطه اشاره کرده بودند [۴]. این مفهوم محدود به مراکز ارائه خدمات نیست و به کل نظام سلامت بر می‌گردد. اقدامات پیشگیرانه از قبیل سم‌پاشی و پاکیزه کردن محیط‌های عمومی و جلوگیری از ازدیاد مگس در محل زباله‌ها از تسهیلات عمومی اولیه می‌باشند [۲].

توقع مردم از کیفیت محیط ارائه خدمات ارتباط مستقیم با تجربه آنها از خدمات سلامت و نیز وضعیت اقتصادی اجتماعی‌شان دارد، بطوری‌که برآورد حداقل لازم از کیفیت محیط ارائه خدمات را مشکل می‌سازد (۴).

### دسترسی به حمایت خانواده و حمایت اجتماعی

این حیطه به‌طور خاص در خدمات بستری کاربرد دارد. افرادی که از بیمار حمایت می‌کنند، می‌توانند بیمار را در تحمل بیماری و پی‌آمدهای بیماری یاری نموده و به وی قوت و قدرت بخشند [۲، ۸]. آسایش بیمار با دسترسی بیمار به خانواده و سایر افرادی که این نقش را برای وی دارند افزایش می‌یابد. به علاوه نقشی که این حمایت‌ها در کاهش استرس بیماری برای بیمار دارد به‌طور مستقیم باعث ارتقای سطح سلامت می‌شود بدین لحاظ این حیطه هم در

برخوردار نیستند. لذا اندازه پاسخگویی باید بر اساس وزنی که مردم هر منطقه به هر یک از حیطه‌ها می‌دهند تعیین شود. به این منظور در پرسشنامه، سؤالات مربوط به تعیین اهمیت هر یک از حیطه‌ها نیز وارد گردید.

- گردآوری اطلاعات از منابع دیگر مانند مشاهده نحوه تعامل مردم با نظام سلامت، گردآوری می‌شود و نتایج آن جهت بررسی وجود تفاوت منظم با نتایج پرسشنامه بررسی می‌گردد.
  - تبادل دانش و تجربیات بدست آمده از مطالعات پاسخگویی برای ارتقای بیشتر ابزار و بحث بر نتایج مطالعات با حضور ذینفع‌ها و متخصصان روش‌شناسی.
- با این همه پرسشنامه تدوین یافته پاسخگویی همچنان در ابتدای راه است و با چالش‌های بسیاری از لحاظ اجرا و در نظر داشتن توقعات مردم و ملاحظات فرهنگی مذهبی‌شان در مناطق مختلف جهان روبروست.

### اهمیت اطلاعات پاسخگویی

پاسخگویی بیان‌کننده رعایت حقوق بشر در نظام سلامت است و انتظارات مشروع مردم از نظام سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهد [۳]. ارتقای پاسخگویی با افزایش استفاده به موقع مردم از سیستم و همکاری آنها در اجرای توصیه‌های سلامتی باعث ارتقای سلامتی می‌شود و البته مجزا از اثر آن بر ارتقای سلامت، باعث افزایش آسایش و رضایت‌مندی بیماران نیز خواهد شد [۲].

اطلاعاتی که از اندازه‌گیری پاسخگویی بدست می‌آید، می‌تواند در جهت ارتقای نظام سلامت مورد بهره‌برداری قرار گیرد. مداخله در پاسخگویی می‌تواند سریع جواب دهد و سریع‌تر از سطح سلامت ارتقای یابد. سیاست‌گذاران نظام سلامت بدون صرف هزینه سنگین می‌توانند چند حیطه‌ی پاسخگویی، به‌ویژه شأن انسانی را ارتقای بخشند، در حالی که ارتقای سطح سلامت نیاز به هزینه هنگفت برای تأمین فن‌آوری مربوطه یا نیروی انسانی مجرب دارد. همچنین ارتقای پاسخگویی برخلاف عدالت در پرداخت هزینه سلامتی، نیاز به تغییر قوانین یا وضع قوانین جدید ندارد [۳].

اندازه‌گیری پاسخگویی نشان می‌دهد که کدام حیطه از دید

(ب) تجربه وی از مرکزی که برای جراحی غیراورژانس طی ۱۲ ماه گذشته مراجعه نموده است،

(ج) ارزیابی فرد از کل نظام سلامت [۲۲].

روش دیگری که برای اندازه‌گیری شاخص پاسخگویی بکار گرفته می‌شود انجام مطالعه به روش پرسشنامه خود ایفایی و ارسال آن از طریق پست است. همچنین روش مصاحبه‌ای به طریق تلفنی نیز در چند کشور اجرا شده است. هر یک از روش‌های مطالعه، مزایا و معایبی دارند. روش مصاحبه با افراد در خانه اعتبار بسیار خوبی دارد اما به لحاظ نمونه‌گیری، نیروی انسانی، آموزش مصاحبه‌گرها، حمل و نقل آنها و تدارکات مطالعه بسیار هزینه‌بر است [۲۲]. روش پرسشنامه از طریق پست بسیار عملی‌تر است با این وجود اجرای آن در کشورهای در حال توسعه (به لحاظ اینکه بخشی از مردم بی‌سواد هستند، یا به شکل عشایر کوچ نشینند و یا در مناطقی زندگی می‌کنند که آدرس پستی ندارند) برآورد درستی از پاسخگویی بدست نخواهد داد [۳]. همچنین در این روش، میزان برگرداندن پرسشنامه کم است و اعتبار پاسخ‌ها نیز ممکن است مطلوب نباشد [۳، ۲۲] روش مصاحبه تلفنی نیز هر چند روش ارزان‌تری است اما برای اجرا در کشورهای کم درآمد که پوشش تلفنی کاملی ندارند، مناسب نیست.

### روایی و پایایی پاسخگویی

برای ارزیابی و ارتقای روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری پاسخگویی تدابیری متعددی توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده که از آن جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد [۳]:

- در ارزیابی پاسخگویی، از مردم به‌عنوان گیرندگان خدمت خواسته می‌شد به جای ابراز میزان رضایت‌مندی شان، تجربه خود از تعامل‌شان با نظام سلامت را گزارش کنند. گزارش آنچه به واقع رخ داده برآورد دقیق‌تر و ثابت‌تری از حیطه‌ها بدست خواهد داد.
- برای بررسی درک یکسان و دقیق مفاهیم پرسشنامه توسط مردم با فرهنگ‌ها و زبان‌های متفاوت، علاوه بر پرسشنامه، پاسخگویی، آزمون‌های شناختی نیز اجرا گردید.
- برای مردم حیطه‌های پاسخگویی از ارزش یکسانی

سلامت، پیشگیری و باز توانی را نیز شامل شود [۲۳،۳]. پاسخگویی باید به جنبه‌های مرتبط با فرهنگ و اعتقادات مردم نیز توجه داشته باشد که پرسشنامه آن تاکنون در زمینه تفاوت فرهنگ‌ها و مذاهب و سایر تفاوت‌های کشورها به قدر کافی موفق نبوده است [۲۲-۲۴].

برای ارتقای پاسخگویی لازم است اثر آموزش، تشویق مالی کارکنان و محیط کار بر پاسخگویی و تعاملات این فاکتورها با یکدیگر شناخته شود و نقش مشوق‌ها در مقابل تدابیر قهری از قبیل تدوین آیین‌نامه‌ها و قوانین برای ارتقای پاسخگویی تعیین شود [۴].

به تازگی سازمان جهانی بهداشت طرحی را برای تدوین راهنمای تحلیلی پاسخگویی نظام سلامت شروع کرده است. این راهنما به منظور کمک به دولت‌ها در تجزیه و تحلیل مستقل پاسخگویی نظام سلامت‌شان تهیه می‌شود تا آنها را در سیاست‌گذاری ارتقای عملکرد خود کمک کند [۳].

مردم مهمتر است و نیاز به توجه جدی‌تری دارد. اطلاعات بدست آمده از نابرابری توزیع سطح پاسخگویی نیز می‌تواند برای هدایت منابع نظام به مناطق با خدمات نامطلوبتر مورد استفاده قرار گیرد [۴].

## بحث و نتیجه گیری

پاسخگویی بحث جدیدی در ارزیابی عملکرد نظام سلامت است و اندازه گیری آن اطلاعات ذی‌قیمتی را می‌تواند برای ارتقای دستیابی به اهداف نظام سلامت فراهم آورد. با این همه پاسخگویی مفهوم جدیدی است که چالش‌های بسیاری را در اندازه‌گیری کمی و نیز سیاست‌گذاری‌های ارتقای آن پیش‌رو دارد.

پرسشنامه‌هایی که تاکنون تدوین یافته پاسخگویی را در خدمات درمان سرپایی، بستری و مراقبت در منزل می‌سنجد [۲۲] و باید ابزار اندازه‌گیری به نحوی اصلاح شود که تمامی خدمات نظام سلامت اعم از خدمات ارتقای

## مآخذ:

1. Valadez J.J, Assessing child survival programs in developing countries, Boston: Harvard University Press; 1991.
2. De Silva A. A framework for measuring responsiveness. EIP Discussion Paper No. 32. Geneva, World Health Organization, 2000. URL: [http://www3.who.int/whosis/discussion\\_papers/discussion\\_papers.cfm#](http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/discussion_papers.cfm#) (access: Dec. 2005)
3. Darby C, Valentine N, Murray CJL, De Silva A. World Health Organization (WHO): Strategy on measuring responsiveness. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 23. World Health Organization, URL: [http://www3.who.int/whosis/discussion\\_papers/pdf/paper23.pdf](http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper23.pdf) (access: Dec. 2005)
4. Valentine NB, De Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB, Health system performance assessment, Chapter 43: Health System Responsiveness: Concepts, domains, and operationalization, World Health Organization, Geneva 2003: 575-6.
5. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78: 717-731.
6. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
7. Van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, et al. Assessing patients priorities and perceptions of the quality of health care. The development of the QUOTE-Rheumatic patients instrument. *Brit J of Rheum*, 1998, 37: 362-368.
8. De Silva A, Valentine N, Measuring Responsiveness: Results of a Key Informants Survey in 35 countries, (Global Programme on Evidence) discussion paper series: No.21, World Health Organization, URL: [http://www.who.int/responsiveness/summary\\_reports/paper21.pdf](http://www.who.int/responsiveness/summary_reports/paper21.pdf) (access: Dec. 2005)
9. Harris-Kojetin LD. The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items. *Medical Care*, 1999; 37: MS10-MS21.
10. Murphy-Cullen CL, Larsen LC. Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: its impact upon patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, 1984; 19: 163-166.
11. Üstün TB et al. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. In: Murray CJL, Evans DB, eds. Health Systems Performance Assessment



- debates, methods and empiricism. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. World Health Organization. World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2003. URL: <http://www3.who.int/whs/> (access: Dec. 2005)
  13. World Health Organization, Responsiveness: concepts and issues, Seminar on health system performance assessment, 2000, URL: [www.who.int/health-systems-performance/technical\\_consultations/responsiveness\\_report.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/responsiveness_report.pdf) (access: Dec. 2005)
  14. Bassett MT, Bijlmakers L, Sanders DM. Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science & Medicine*, 1997; 45: 1845–1852.
  15. Gostin L, Hodge JG, Valentine N, Nygren-Krug H. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. Global Programme on Evidence for Health Policy discussion paper series: No. 53. World Health Organization. 2003, URL: [http://www3.who.int/whosis/discussion\\_papers/pdf/paper53.pdf](http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper53.pdf) (access: Dec. 2005)
  16. World Health Organization, Report on WHO Meeting of experts responsiveness, Meeting on Responsiveness Concepts and Measurement, Geneva, URL: [http://www.who.int/health-systems-performance/technical\\_consultations/responsiveness\\_report.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/responsiveness_report.pdf) (access: Dec. 2005)
  17. 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: 512–517.
  18. Coulter A, Jenkinson C, European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *The Euro J of Pub Health*, 2005; 15: 355–360.
  19. World Health Organization, Background paper for technical consultation on responsiveness concepts and measurement, 2001, URL: [http://www.who.int/health-systems-performance/technical\\_consultations/responsiveness\\_background.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/responsiveness_background.pdf) (access: Dec. 2005)
  20. Minnick AF et al. What influences patients' reports of three aspects of hospital services?. *Medical Care* 2003; 35: 399–409.
  21. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Inter J for Quality in Health Care* 2002; 14:353–358.
  22. Suwandono A, Trisnowibowo H, Sumodinto S, et al, Comments to responsiveness concepts, methods, data requirement and accessing responsiveness for performance measurement, World Health Organization, 2001, URL: [http://w3.whosea.org/ehp/b/hspa/pdf/contributory\\_papers/comment.pdf](http://w3.whosea.org/ehp/b/hspa/pdf/contributory_papers/comment.pdf)
  23. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, Health Systems Performance Assessment Report of a Regional Consultation and Technical Workshop, WHO/SEARO, 2001, URL: <http://w3.whosea.org/ehp/hspa/pdf/report.pdf> (access: Dec. 2005)
  24. World Health Organization. The methods and data used in the World Health Report 2000: A response to the commentary made by the Brazilian delegation to the Executive Board, 17 and 19 January 2001.