

Challenges of Health System Responsiveness in Iran: A Qualitative Study

Mohamadi-Bolbanabad Amjad ¹, Piroozi Bakhtiar ², Shokri Azad ³, Safari Hossein ⁴, Moradpour Farhad ⁵, Mahmoodi Hassan ⁶, Faraji Obeidollah ⁷, rezaee Srva ⁸

1. Assistant Professor of Health Management, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000 -0001 -5567 -641X.

2. Assistant Professor of Health Policy, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding Author). Tel: 087-33664643, Email: bpiroozi@gmail.com. ORCID ID: 0000 -0002 - 6973 -5764.

3. Assistant Professor of Health Management, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-2976-4488

4. Assistant Professor of Health Policy, Health Promotion Research Center Iran University of Medical Sciences. ORCID ID: 0000 -0002 -2472 -2185

5. Assistant Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-4449-1978

6. PhD of Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0002-1234-9037

7. Assistant Professor of Health Policy, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0003-2415-3370

8. Instructor of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID ID: 0000-0001-5842-9609

ABSTRACT

Background and Aim: The World Health Organization considers responsiveness as one of the inherent goals of health systems. Responsiveness is essential for enhancing the performance of health systems in delivering fair and accountable services while protecting citizens' rights. There is an urgent need to improve the responsiveness of these systems; however, our understanding of what responsiveness entails is limited. Therefore, we aimed to identify the challenges of responsiveness within Iran's health system.

Materials and Methods: This national qualitative study was conducted through 75 semi-structured interviews with health managers, policymakers, experts, health service providers, and recipients in 2022. Participants were selected using purposive sampling to ensure maximum diversity. The content of the interviews was analyzed through qualitative content analysis with the assistance of MAXQDA10 software.

Results: The challenges were categorized into eight themes: transparent communication, respect for patient dignity, prompt attention to patients, privacy protection, patient autonomy, choice of service provider, quality of amenities, and access to social supports.

Conclusion: Responsiveness in Iran's health system faces numerous challenges that require multifaceted interventions for resolution. Interventions, such as training health system staff, strengthening referral systems, reforming payment mechanisms, enhancing the supervisory role of the Ministry of Health and health insurance organizations, involving patients in clinical decision-making, standardizing health worker ratios relative to the population, and establishing special lines for individuals with special needs, could help address these challenges.

Keywords: Responsiveness, Patient autonomy, Patient satisfaction, Iran

Received: May 10 2024

Accepted: Dec 22, 2024

How to cite the article: Mohamadi-Bolbanabad Amjad, Piroozi Bakhtiar, Shokri Azad, Safari Hossein, Moradpour Farhad, Mahmoodi Hassan, Faraji Obeidollah, rezaee Srva. Challenges of Health System Responsiveness in Iran: A Qualitative Study. SJKU 2025;30(3):99-112.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

چالش‌های پاسخگویی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی

امجد محمدی بلبان آباد^۱، بختیار پیروزی^۲، آزاد شکری^۳، حسین صفری^۴، فرهاد مرادپور^۵، حسن محمودی^۶، عیبدالله فرجی^۷، سروه

رضائی^۸

۱. استادیار مدیریت سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: X ۵۵۶۷-۶۴۱-۰۰۰۰-۰۰۰۱

۲. استادیار سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (نویسنده مسئول). پست الکترونیک: b.piroozi@muk.ac.ir. تلفن ثابت: ۰۸۷-۳۳۶۶۴۶۴۳، کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۶۹۷۳-۵۷۶۴.

۳. استادیار مدیریت سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۲۹۷۶-۴۴۸۸-۰۰۰۰-۰۰۰۳

۴. استادیار سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۲۱۸۵-۲۴۷۲-۰۰۰۰-۰۰۰۲

۵. استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۲-۴۴۴۹-۱۹۷۸-۰۰۰۰-۰۰۰۰

۶. دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۱۲۳۴-۹۰۳۷

۷. استادیار سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۲۴۱۵-۳۳۷۰

۸. مربی پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۸۴۲-۹۶۰۹

چکیده

زمینه و هدف: سازمان جهانی سلامت، پاسخگویی را به عنوان یکی از اهداف ذاتی نظام‌های سلامت در نظر گرفته است. پاسخگویی برای تقویت عملکرد سیستم‌های سلامت در زمینه‌های ارائه خدمات عادلانه و پاسخگو و مبتنی بر حفظ حقوق شهروندان ضروری است. یک فوریت برای پاسخگویی بیشتر سیستم‌ها وجود دارد؛ اما درک ما از پاسخگویی محدود است؛ بنابراین ما به دنبال شناسایی چالش‌های پاسخگویی نظام سلامت ایران بودیم.

موارد و روش‌ها: این مطالعه در سطح ملی و به روش کیفی از طریق ۷۵ مصاحبه نیمه ساختاریافته با مدیران و سیاستگذاران سلامت، افراد صاحب نظر، ارائه کنندگان خدمات سلامت و گیرندگان خدمات سلامت در سطح ملی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. مشارکت کنندگان از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. محتوی مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوی کیفی با کمک نرم‌افزار MAXQDA10 تحلیل شد.

یافته‌ها: چالش‌ها در هشت طبقه ارتباطات شفاف، احترام به شأن بیمار، توجه سریع، حفظ حریم خصوصی، استقلال بیمار، انتخاب ارائه‌کننده خدمات، کیفیت امکانات رفاهی و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی طبقه‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: پاسخگویی در نظام سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است که مرتفع کردن آن نیاز به مداخلات چندوجهی دارد. مداخلاتی شامل آموزش کارکنان نظام سلامت، تقویت سیستم ارجاع، اصلاح مکانیسم‌های پرداخت، تقویت نقش نظارتی وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، مشارکت دادن بیماران در تصمیمات بالینی، استانداردسازی شاخص سرانه کارکنان نظام سلامت نسبت به جمعیت و ایجاد لاین‌های ویژه برای افراد با نیازهای ویژه می‌تواند به مرتفع کردن این چالش‌ها کمک کند.

کلمات کلیدی: پاسخگویی، استقلال بیمار، رضایت بیمار، ایران.

وصول مقاله: ۱۴۰۳/۲/۲۱ اصلاحیه نهایی: ۱۴۰۳/۹/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۰

بر اساس مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده است پاسخ نظام سلامت به انتظارات منطقی غیربالینی برای بیماران از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است (۲، ۵، ۱۰، ۱۱). بر اساس این مطالعات، وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در بعضی ابعاد مطلوب نیست و نیاز به توجه جدی دارد. عملکرد بعضی از ابعاد مانند احترام به شأن بیمار و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی مطلوب و عملکرد بعضی از ابعاد مانند ارتباطات واضح، استقلال بیمار و انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نامناسب گزارش شده و نیاز به مداخلاتی در سطوح مختلف دارد (۲، ۵، ۱۰، ۱۱). در ایران در سال ۱۳۹۳ طرح تحول نظام سلامت به‌عنوان یکی از اصلاحات نظام سلامت کشور اجرا شد و یکی از اهداف نهایی آن افزایش سطح پاسخگویی نظام سلامت بود. با این وجود بر اساس مطالعات موجود کماکان ارتقاء سطح پاسخگویی نظام سلامت به‌عنوان یکی از چالش‌ها و دغدغه‌های نظام سلامت کشور باقی مانده است (۱۱، ۴). بر اساس بررسی‌های انجام شده تا کنون مطالعه‌ای در ایران در ارتباط با شناسایی چالش‌ها و استراتژی‌های بهبود وضعیت پاسخگویی نظام سلامت انجام نشده است؛ بنابراین این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌های موجود در زمینه پاسخگویی نظام سلامت در ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جمعیت مطالعه شامل مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت، افراد صاحب‌نظر، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت در سطح کشور بودند. با توجه به اینکه مصاحبه با طیف وسیعی از مشارکت‌کنندگان انجام گرفت روش‌های نمونه‌گیری و معیارهای ورود به تفکیک آن‌ها متفاوت بود. در انتخاب مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و بیمه سلامت از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و نمونه‌گیری زنجیری استفاده شد. در نمونه‌گیری با حداکثر تنوع سعی شد از

از منظر سازمان جهانی سلامت پاسخگویی به انتظارات منطقی غیربالینی بیماران یکی از اهداف نهائی نظام‌های سلامت است (۱). انتظارات منطقی مردم بر اساس هنجارهای بین‌المللی حقوق بشر و اخلاق حرفه‌ای تعریف می‌شود (۲). پاسخگویی در برگیرنده نحوه درمان و محیطی است که افراد در آن درمان می‌شوند (۳ و ۴). بر اساس تعریف سازمان جهانی سلامت، پاسخگویی دارای ۸ بعد شامل احترام به شأن افراد، وضوح ارتباطات، توجه سریع، استقلال، حق انتخاب، محرمانگی اطلاعات، کیفیت محیط و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی است (۹-۵).

افزایش پاسخگویی نظام سلامت باعث افزایش رضایت بیمار، ارتقای تبعیت و پابندی بیشتر بیمار به دستورات بالینی، افزایش وفاداری (loyalty) بیمار به کارکنان سلامت، افزایش بهره‌مندی، افزایش اثربخشی خدمات سلامت و افزایش کارایی نظام سلامت می‌شود (۴a و ۳). برخلاف ابعاد بالینی خدمات که به دلیل پیچیدگی آن اغلب اوقات بیماران قادر به ارزیابی کمیت و کیفیت آن نیستند؛ اما آنان به خوبی قادر به ارزیابی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت و ابعاد آن هستند. همچنین بر خلاف دیگر اهداف نظام سلامت (حفظ و ارتقای سلامتی و مشارکت عادلانه مالی) بهبود اغلب ابعاد پاسخگویی به منابع زیادی نیاز ندارد و اغلب با آموزش کارکنان قابل ارتقاء است (۵ و ۴).

بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ توسط سازمان جهانی سلامت در زمینه پاسخگویی نظام‌های سلامت انجام داد، نظام سلامت کشور ایران در بین ۱۹۰ کشور در رتبه ۹۶ قرار داشت. بعد از انتشار این گزارش، نظام‌های سلامت در جهان، به پیش و نظارت بر وضعیت پاسخگویی نظام‌های خود به‌عنوان یک شاخص مهم توجه کردند و افزایش سطح آن به یکی از دغدغه‌های آنان تبدیل شده است (۱).

سطوح مختلف مدیران و سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها در مصاحبه‌ها حضور داشته باشند، همچنین سعی شد توزیعی از مشارکت‌کنندگان در کلان مناطق دانشگاهی حضور داشته باشند. برای اینکه بتوانیم مصاحبه با مشارکت‌کنندگان با اطلاعات بالا داشته باشیم، در انتهای مصاحبه از آن‌ها سؤال می‌شد که اگر در دانشگاه خود یا کشور کسی را می‌شناسند که در این حوزه به ما کمک کند، معرفی نمایند، با این افراد تماس گرفته می‌شد و وقت مصاحبه تنظیم می‌شد. تمایل به مشارکت در مصاحبه و داشتن تجربه کاری حداقل ۵ ساله در حوزه سلامت از معیارهای ورود مدیران و سیاست‌گذاران بود. انتخاب مشارکت‌کنندگان در گروه ارائه‌دهنده خدمت در ابتدای کار از نمونه‌گیری آسان استفاده شد و در ادامه کار سعی شد از طیف‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات شامل پزشک، پرستاری، ماما، فیزیوتراپ و کارشناس رادیولوژی در مشارکت‌کنندگان حضور داشته باشند. معیارهای ورود به مصاحبه در این گروه شامل تمایل به مشارکت در مصاحبه و داشتن حداقل ۲ سال تجربه در بخش خصوصی یا دولتی بود. در انتخاب گیرندگان خدمت معیار ورود به مطالعه داشتن تجربه دریافت خدمت از بخش خصوص یا دولتی بود. مصاحبه‌کنندگان سعی می‌کردند مصاحبه‌ها توزیع مناسبی بین مراجعین مختلف بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مطب‌ها و آزمایشگاه‌ها بخش دولتی و خصوصی داشته باشند. در کل با ۷۵ نفر مصاحبه انجام شد که توزیع آن در جدول ۱ آورده شده است. ملاک کفایت مصاحبه‌ها رسیدن داده‌ها به اشباع بود و تازمانی که کدهای جدیدی از مصاحبه‌ها به یافته‌ها اضافه نشد، مصاحبه‌ها ادامه یافت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که توسط دو نفر از نویسندگان (PB and AM) به صورت تلفنی و حضوری انجام شد. در ابتدای مصاحبه از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شد که مختصری از سوابق خود بیان نمایند سپس به

تفکیک ابعاد پاسخگویی و شرح مختصری از هر بعد از آن‌ها خواسته می‌شد چالش‌های آن بعد در نظام سلامت ایران بیان کنند. محتوای تمامی مصاحبه‌ها با کسب رضایت شرکت‌کنندگان ضبط شد. سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد و در نهایت فایل‌های صوتی مصاحبه حذف گردید.

مصاحبه با استفاده از روش تحلیل محتوای هدایت شده (Directed Content Analysis) تحلیل شدند. ابتدا کدگذاری باز انجام گرفت و سپس بعد از مقایسه مداوم کدها، زیر طبقات استخراج شد و در نهایت زیر طبقات در داخل چهارچوب پیشنهاد شده توسط سازمان جهانی سلامت برای پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی شامل ۸ بعد ۱- ارتباطات واضح، ۲- استقلال بیمار، ۳- انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، ۴- احترام به شأن بیمار، ۵- حفظ محرمانگی، ۶- توجه سریع به بیمار، ۷- کیفیت امکانات رفاهی و ۸- دسترسی به حمایت‌های اجتماعی دسته‌بندی شدند (۵-۹)

برای افزایش صحت و اطمینان (trustworthiness) یافته‌های از روش‌های member check و peer review، استفاده از نقل‌قول‌ها و نمونه‌گیری با حداکثر تنوع استفاده شد. بعد از پیاده‌سازی و کدگذاری اولیه مصاحبه‌ها، ۲۰ درصد موارد به مشارکت‌کنندگان ارائه می‌شد تا اطمینان حاصل شود که از کدگذاری مطابق نظرات مشارکت‌کنندگان بوده است. همچنین، کدگذاری اولیه و زیر طبقات بر اساس توافق محقق اصلی پژوهش انجام شده است.

تمامی مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط شد. به منظور حفظ محرمانگی اطلاعات به هر مصاحبه‌شونده یک کد داده شد و تمامی مصاحبه‌ها بعد از پیاده‌سازی حذف شد. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره IR.MUK.REC.1400.286 به تصویب رسیده است.

جدول ۱. مشخصات افراد شرکت کننده در مصاحبه ها (P1-75)

تخصص	سمت		جنسیت		تعداد (نفر)	سطح سازمانی
	مدیر	کارشناس	زن	مرد		
وزارت بهداشت	۵	۳	۳	۵	۸	
پزشکی	۳					
سیاست گذاری سلامت	۱					
مدیریت و اقتصاد سلامت	۳					
آموزش پزشکی	۳	۱۳	۱۰	۱۰	۲۰	۹
آموزش بهداشت	۱					
سیاست گذاری سلامت	۴					
مدیریت و اقتصاد سلامت	۶					
پزشکی	۶					
پزشکی	۷	-	۷	۱۱	۱۸	ارائه دهندگان خدمات سلامت
پرستاری	۶					
مامایی	۳					
فیزیوتراپی	۱					
رادیولوژی	۱					
سیاست گذاری سلامت	۳	۵	۲	۶	۸	سازمان های بیمه گر
مدیریت و اقتصاد سلامت	۲					
پزشکی	۳					
-	-	-	۱۱	۱۰	۲۱	گیرندگان خدمات سلامت (شامل مراجعین به بخش خصوصی و دولتی)
					۷۵	کل

یافته ها

چالش های پاسخگویی نظام سلامت در ایران با استفاده از چارچوب پاسخگویی نظام سلامت ارائه شده توسط سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۰۰ در هشت طبقه اصلی و ۴۴ زیر طبقه دسته بندی شده اند. هشت طبقه اصلی شامل ۱- ارتباطات واضح، ۲- استقلال بیمار، ۳- انتخاب ارائه کنندگان خدمات سلامت، ۴- احترام به شأن بیمار، ۵- حفظ محرمانگی، ۷- توجه سریع به بیمار، ۷- کیفیت امکانات رفاهی و ۸- دسترسی به حمایت های اجتماعی بودند (جدول ۲).

چالش های ارتباطات واضح

بر اساس اظهارات مشارکت کنندگان چالش های ارتباطات واضح در زیر طبقات عدم مفهوم سازی و تعریف ارتباطات واضح در نظام سلامت؛ ضعف در آموزش مهارت های ارتباطی به ارائه کنندگان خدمت؛ ضعف در مهارت های ارتباطی ارائه دهندگان خدمات سلامت؛ کم توجهی به برخی استانداردهای مرتبط با ارتباطات واضح؛ عدم رعایت مدت زمان استاندارد ویزیت بیماران به دلایل مدیریتی؛ و عدم دسترسی به تاریخچه بالینی بیمار (به دلیل نبود پرونده الکترونیک سلامت) دسته بندی شد (جدول ۲). برخی از مشارکت کنندگان بر این

ارتباط مستقیمی وجود دارد که این خود زمینه ساز کاهش مدت زمان ویزیت، کاهش کیفیت خدمات و حتی ویزیت بیش از یک بیمار در آن واحد است» (P.21).

چالش های استقلال بیمار

بر اساس اظهارات مصاحبه شوندگان چالش های استقلال بیمار در زیر طبقات نگاه پدرسالارانه (قیمت گرایانه) در نظام سلامت؛ عدم رعایت استقلال بیمار؛ ضعف در زمینه آموزش به ارائه دهندگان خدمات سلامت؛ ضعف فرهنگی و دانشی بیمار؛ و ضعف قانون دسته بندی شد (جدول ۲). تعدادی از مشارکت کنندگان معتقد بودند در نظام سلامت کشور یک نگاه پدرسالارانه حاکم است و منجر به حذف بیمار از فرایند تصمیم گیری شده است. یکی از اساتید دانشگاه که متخصص آموزش پزشکی بود بیان داشت:

«نگاه غالب در نظام سلامت ما یک نگاه پاترنالیستی (Paternalism) است. ارائه کننده خدمات معتقد هستند خود آنان بهترین تصمیم را در مورد بیمار بر اساس نیاز او می گیرند و بیمار قادر به اتخاذ تصمیم صحیح و درک مصلحت خویش نیست» (P.30).

چالش های انتخاب ارائه کننده خدمات سلامت

بر اساس دیدگاه مشارکت کنندگان چالش های انتخاب ارائه کنندگان خدمات سلامت در زیر طبقات عدم وجود تفکر انتخاب ارائه کننده خدمت توسط بیمار در نظام سلامت و نگاه تجملی به آن؛ عدم تقارن اطلاعات بین بیمار و پزشک؛ عدم پذیرش اخذ نظر پزشک دوم (Second medical opinions) از جانب پزشک اول؛ و تعداد کم ارائه کنندگان خدمات تخصصی دسته بندی شد. برخی مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که در نظام سلامت کشور ما اساساً تفکر انتخاب ارائه کننده توسط بیمار خصوصاً در بخش دولتی موضوعیت ندارد و نگاهی تجملاتی نسبت به آن وجود دارد. یکی از صاحب نظران حوزه سلامت در این خصوص بیان داشت:

باور بودند که به دلیل ضعف در کوریکولوم آموزشی و عدم آموزش مهارت های کلامی و غیر کلامی به ارائه کنندگان خدمات سلامت ضعف در آموزش مهارت های ارتباطی وجود دارد. یکی از اساتید دانشگاه بیان داشت:

«ما در آموزش هایمان در دانشگاه بر جنبه های بالینی خدمات متمرکز شده ایم و جنبه های غیر بالینی خدمات از قبیل آموزش مهارت های ارتباطی و غیر کلامی را فراموش کرده ایم در حالی که این ها به شدت بر روی رضایت بیمار و کیفیت خدمات تأثیر گذار است» (P.2).

همچنین مشارکت کنندگان معتقد بودند عدم رعایت مدت زمان استاندارد ویزیت بیمار و بعضاً ویزیت هم زمان چند بیمار توسط پزشک مانع شکل گیری ارتباط واضح است. یکی از گیرندگان خدمات در این خصوص بیان داشت:

«در بعضی مطب ها بیماران به صورت گروهی ویزیت می شوند. هفته پیش ویزیت متخصص داخلی داشتم هم زمان با من دو بیمار دیگر در اتاق حضور داشتند و با پزشک در مورد نتیجه آزمایش هایشان صحبت می کردند. در این شرایط نه من تمرکز داشتم نه پزشکم» (P.7).

بر اساس دیدگاه تعدادی از مشارکت کنندگان نبود زیرساخت ها و منابع کافی از قبیل عدم اجرای سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و کمبود و توزیع ناعادلانه منابع انسانی متخصص مشکلاتی از قبیل تحمیل فشار کاری بالا به خدمات سطح تخصصی و کاهش کیفیت خدمات را به وجود آورده است. تعدادی دیگر از مصاحبه شوندگان معتقد بودند سیستم پرداخت در کشور معیوب است و انگیزه مالی برای ویزیت تعداد بیشتر بیماران در مدت زمان کمتر ایجاد می کند. یکی از مدیران بیمه سلامت بیان داشت:

«در کشور بیش از ۷۰ درصد خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی ارائه می شود؛ اما سیستم پرداخت در این بخش فشل است؛ مبتنی بر کمیت است تا بر کیفیت. بین درآمد ارائه دهنده خدمت و تعداد بیماران ویزیت شده و تعداد خدمات ارائه شده

تعدادی دیگر معتقد بودند که در تنظیم نوبت ویزیت‌ها، برای بیمار و زمان او احترامی قائل نمی‌شوند. یکی از گیرندگان خدمات بیان داشت:

«با بیمار طوری رفتار می‌شود انگاری بیکار است و زمان او ارزشی ندارد. من هر بار با مطب پزشکم تماس می‌گیرم منشی میگه ساعت ۳ اینجا باش. وقتی میری مطب می‌بینی به همه بیماران گفته شده ساعت ۳ اینجا باشید. شلوغ بودن مطب برایشان جنبه تبلیغاتی دارد» (P.50).

چالش‌های حفظ محرمانگی

بر اساس دیدگاه مصاحبه‌شوندگان چالش‌های بعد حفظ محرمانگی در زیر طبقات ضعف در نظام آموزشی؛ ضعف سیستم نظارتی؛ عدم وجود پیش‌نیازها از قبیل امکانات فیزیکی و زیرساختی؛ فشار کاری زیاد؛ و فقدان یک پروتکل سخت‌گیرانه دسته‌بندی شد. برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در برخی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت امکانات و تجهیزات کافی برای حفظ محرمانگی و رعایت حریم خصوصی بیمار وجود ندارد. یکی از مدیران بیمارستان بیان داشت:

«تو اتاق بستری بیمارستان‌ها اغلب بیش از ظرفیت استاندارد تخت بستری وجود دارد و باعث میشه چند بیمار و چند نفر همراه تو به اتاق باشند و فضایی برای حریم خصوصی بیمار باقی نمی‌ماند» (P.10).

همچنین مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که صف‌های طولانی بیماران به دلیل فقدان سیستم ارجاع فشار کاری زیادی را به پزشکان تحمیل می‌کند و آن‌ها ناچارند بعضی از اصول حرفه‌ای مرتبط با حفظ محرمانگی را نقض کنند. تعدادی دیگر از مشارکت‌کنندگان ناکارآمدی سیستم پرداخت را عامل نقض حریم خصوصی و محرمانگی بیمار بیان می‌کردند. یکی از سیاست‌گذاران نظام سلامت بیان داشت:

«وقتی تعدادی از پزشکان در بخش خصوصی عجله دارد تا تعداد بیشتری از بیماران را ویزیت کنند و برای این کار انگیزه

در نظام سلامت ما اساساً پذیرفته شده نیست که شما در بیمارستان دولتی خودتان پزشکتان را انتخاب کنید و حتی اگر چنین درخواستی داشته باشید بسیار لاکچری به آن نگاه می‌شود و حتی شاید مورد تمسخر قرار گیرید. (P.12)»

بسیاری دیگر معتقد بودند که عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و بیمار باعث می‌شود که بیمار مجبور باشد از همه توصیه‌های پزشک معالج حتی در مواردی که این توصیه‌ها فنی نباشد؛ مانند ارجاع به مراکز پاراکلینیک و تشخیصی خاص تبعیت کند. همچنین، مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که به دلایلی مانند توهین و تحقیر تلقی شدن درخواست بیمار برای اخذ مشاوره از ارائه‌کننده‌های دیگر زمانی که بیمار در مورد بیماری خودنگران است این امر مقدور نیست. بعلاوه، برخی مشارکت‌کنندگان تعداد کم ارائه‌کننده‌های خدمت تخصصی و فوق‌تخصصی در برخی شهرستان‌ها را دلیل عدم آزادی گیرندگان خدمت در انتخاب پزشکان می‌دانستند.

چالش‌های احترام به شأن بیمار

بر اساس دیدگاه مصاحبه‌شوندگان کم‌توجهی به کورویکولوم پنهان در محیط‌های دانشگاهی و آموزشی؛ عدم تأثیر رضایت بیماران در پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات؛ زمان انتظارهای طولانی و بعضاً عامدانه تجمع دادن بیماران در مراکز؛ اعمال تبعیض و خشونت علیه افراد با نیازهای ویژه؛ برخورد نامناسب منشی‌ها و عدم آموزش و توجه آن؛ و عدم ترخیص بیمار در بیمارستان به دلیل عدم تمکن مالی زیر طبقات چالش‌های بعد احترام به شأن بیمار بودند. برخی مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که در محیط آکادمیک و آموزشی به اهمیت و تأثیر کوریکولوم پنهان بر روی رفتار ارائه‌دهندگان آتی نظام سلامت (دانشجویان فعلی) در رعایت احترام به شأن بیماران کم‌توجهی می‌شود. یکی از اساتید دانشگاه بیان داشت:

دانشجویان از نحوه رفتار اساتید خود با بیماران تأثیر می‌پذیرند، الگوبرداری می‌کنند، یاد می‌گیرند و تأثیر آن بیشتر از آموزش تئوری و کلاس‌های درس است (P.49).

مالی دارند بعضاً منجر به ویزیت هم‌زمان بیماران می‌شود و این آشکارا نقض اصل محرمانگی بیمار است. در چنین فضایی چگونه اطلاعات بیمار محرمانه می‌ماند؟» (P.17).

چالش‌های توجه سریع به بیمار

بر اساس دیدگاه مصاحبه‌شوندگان چالش‌های توجه سریع به بیمار در زیر طبقات کمبود منابع؛ توزیع ناعادلانه منابع؛ ضعف دسترسی به خدمات در زمان‌های خاص؛ فقدان لاین‌های ویژه در بخش سرپایی؛ فقدان سیستم نوبت‌دهی مناسب؛ عدم وجود تریاژ در بخش سرپایی؛ و عدم فرهنگ‌سازی مناسب دسته‌بندی شد. برخی مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که کمبود منابع انسانی و غیرانسانی و توزیع نامتوازن منابع دسترسی سریع به خدمات را محدود می‌کند و یکی از دلایل عدم توجه سریع به بیمار است. یکی از مدیران نظام سلامت در این خصوص بیان داشت:

«شاخص سرانه پزشک، پرستار و ماما در ایران کمتر از استانداردهای جهانی است و همین منابع محدود هم توزیع عادلانه‌ای ندارد. به‌عنوان مثال مقدار شاخص سرانه پزشک بین استان‌های تهران و سیستان و بلوچستان اختلاف چشمگیر دارد» (P.50).

برخی دیگر عدم وجود سیستم نوبت‌دهی مبتنی بر مشخصات دموگرافیک و وضعیت بیماران را عامل محدود کردن دسترسی سریع به خدمات بیان می‌کردند. یکی از گیرندگان خدمت بیان داشت:

«در سیستم نوبت‌دهی بخش سرپایی به شرایط بیمار از قبیل سالمند بودن، کودک بودن، داشتن معلولیت، حامله بودن و... حتی شدت بیماری توجهی نمی‌شود. در حالیکه باید لاینی ویژه برای این افراد ایجاد شود» (P.61).

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که نبود تریاژ در بخش سرپایی دسترسی سریع به خدمات را محدود می‌کند. یکی از ارائه‌دهندگان خدمات که پزشک فوق‌تخصص بود بیان داشت:

«لازمه در بخش سرپایی نیز تریاژ داشته باشیم. زمانی یک‌ه‌ما در نظام سلامتمون سیستم ارجاع برای غربال کردن بیماران نداریم حجم زیادی از بیماران به سمت خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی سرازیر می‌شوند درحالی‌که نیاز تعداد زیادی از این افراد در سطوح پایین‌تر هم قابل حل است این چالش باعث طولانی‌شدن صف انتظار و محدودشدن دسترسی افراد نیازمند شده است» (P.67).

جدول ۲. چالش‌های پاسخگویی در نظام سلامت ایران

طبقات اصلی	طبقات فرعی و کدها
۱- اثبات واقعیت	■ عدم مفهوم‌سازی و تعریف ارتباطات واضح در نظام سلامت ■ ضعف در آموزش مهارت‌های ارتباطی به ارائه‌کنندگان خدمت ○ ضعف در کوریکولوم آموزش مهارت‌های ارتباطی به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ■ ضعف در مهارت‌های ارتباطی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ○ استفاده از واژه‌ها و عبارات تخصصی توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ○ ضعف در گوش دادن فعال به صحبت‌های بیمار ○ رابطه غیرمشارکتی، یک‌سویه و درمان‌محور ■ کم‌توجهی به برخی استانداردهای مرتبط با ارتباطات واضح موجود ○ ویزیت هم‌زمان چند بیمار توسط پزشک ○ عدم استفاده از اتیکت خوانا توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در برخی موارد ■ عدم رعایت مدت‌زمان استاندارد ویزیت بیماران به دلایل مدیریتی مانند کمبود سرانه پزشک به جمعیت

۲- استقلال بیمار	■ نگاه پدرسالارانه و قیم گرایانه در نظام سلامت و حذف بیمار از فرایند تصمیم گیری ■ عدم رعایت استقلال بیمار از جانب ارائه دهندگان به دلایل مانند: ○ مشارکت ندان بیمار در تصمیم گیری و عدم توضیح در مورد بیماری و روش های مختلف درمان ○ عدم تناسب کارکنان با حجم کاری و نبود وقت کافی برای مشارکت دادن بیمار در تصمیمات ■ ضعف در زمینه آموزش ارائه دهندگان خدمات سلامت در خصوص استقلال بیمار ■ ضعف فرهنگی و دانشی بیمار در خصوص حقوق خود ○ ضعف دانشی بیمار در مورد حقوق خود ○ اعتقاد و اعتماد برخی بیماران به تصمیمات نظام سلامت به عنوان بهترین تصمیم
	■ عدم وجود تفکر انتخاب ارائه کننده خدمت توسط بیمار در نظام سلامت و نگاه تجملی به آن ■ عدم تقارن اطلاعات بین بیمار و پزشک و در نتیجه تبعیت بیمار از انتخاب های پزشک ■ عدم امکان توانایی اخذ نظر متخصص دوم در بیمارستان های دولتی تعداد کم ارائه کننده های خدمات در بعضی زمینه ها و عدم امکان ایجاد بستر برای رعایت اصل انتخاب آزادانه
۳- انتخاب ارائه کنندگان خدمات سلامت	■ کم توجهی به اهمیت کورویکولوم پنهان در محیط های دانشگاهی و آموزشی ○ ضعف در توجه به اهمیت نحوه برخورد اساتید با بیماران و الگو قراردادن آن توسط دانشجویان ■ عدم تأثیر رضایت بیماران در پرداخت به ارائه کنندگان ■ زمان انتظار طولانی در مطب و کلینیک ها ○ ضعیف در سیستم نوبت دهی به بیماران ○ ایجاد ترافیک و تجمع دادن عامدانه بیماران در بعضی از مطب ها و کلینیک ها به دلیل جنبه تبلیغاتی آن ■ اعمال تبعیض و خشونت علیه افراد دارای معلولیت و افراد با نیازهای ویژه در بعضی موارد ■ برخورد نامناسب اغلب منشی ها و ضعف در آموزش و توجه آنان در ارتباط با حقوق بیماران عدم ترخیص بیمار در بیمارستان به دلیل عدم تمکن مالی
۴- احترام به شأن بیمار	■ ضعف در سیستم آموزشی ○ ضعف در برگزاری واحدهای آموزشی و بازآموزی در مورد اهمیت حفظ حریم خصوصی بیماران ○ عدم برخورداری ارائه کنندگان خدمات سلامت از مهارت های حرفه ای لازم در رابطه با حریم خصوصی بیماران ■ کمبود امکانات فیزیکی و زیرساختی لازم برای حفظ حریم خصوصی بیمار ○ عدم رعایت فاصله استاندارد بین تخت ها ○ کمبود امکانات و تجهیزات لازم جداسازی (پاراوان، پرده...) ■ بار کاری زیاد پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمت و کمبود نیروی انسانی ■ نقض حفظ محرمانگی از جانب بیماران و همراهان آنها ○ حضور هم زمان بیماران در اتاق پزشک به دلیل عدم رعایت نوبت توسط مراجعین ■ فقدان یک پروتکل سخت برای حفظ محرمانگی بیمار و دسترسی به اطلاعات پرونده بالینی بیمار ○ عدم وجود پروتکل مشخص برای رعایت حریم خصوصی در حوزه سلامت ○ عدم کنترل و نظارت مؤثر بر نحوه عملکرد کارکنان در اجرای حریم خصوصی بیماران

۶- توجه سریع به بیمار	- توزیع نامتوازن منابع در بین و داخل استان ها و حتی در سطح شهرها و در نتیجه تأثیر بر توجه سریع به بیمار - مدت زمان انتظار طولانی برای ویزیت سرپایی به دلایلی مانند کافی نبودن خدمات سرپایی بخش دولتی و خصوصی و پایین بودن سقف روزانه نوبت های ویزیت تخصصی و فوق تخصصی در بخش دولتی - ضعف دسترسی به خدمات تخصصی در تعطیلات و در طول شب - عدم وجود لاین های ویژه برای سالمندان، کودکان و افراد دارای معلولیت در بخش سرپایی - عدم فضاسازی مناسب برای افراد با نیازهای ویژه مانند فقدان رمپ و آسانسور در برخی مطب ها - فقدان سیستم نوبت دهی دقیق و مبتنی بر فوریت نیاز بیماران در بخش سرپایی
	- فقدان یا کمبود برخی تسهیلات فیزیکی از قبیل توالت، فضا، مبلمان، وسایل گرمایشی و سرمایشی، تهویه، آب آشامیدنی، کمد شخصی، و حمام در بخش های بستری - عدم مناسب سازی فضاهای تعدادی از مراکز ارائه دهنده خدمت برای افراد با نیازهای ویژه - ضعف سیستم های نظارتی در اجرای پروتکل ها و کدهای استاندارد فضاهای فیزیکی و امکانات در تأیید و ارزشیابی مراکز و مطب ها - کمبود بودجه و منابع مالی در بخش دولتی برای تجهیز و نگهداشت امکانات رفاهی در مراکز - ضعف در نظافت اتاق ها و تعویض ملحفه ها به طور مرتب در بعضی مراکز ارائه دهنده خدمات بستری
	- ضعف در تماس ماندن با بیرون از بیمارستان ○ فقدان/کمبود دسترسی بیماران به اینترنت در بعضی مراکز بستری خصوصاً مراکز بخش دولتی ○ فقدان/کمبود دسترسی به تلویزیون، رادیو، روزنامه، خدمات پست و خدمات بانکی در بعضی مراکز بستری خصوصاً در مراکز بخش دولتی
۷- کیفیت امکانات رفاهی	
۸- دسترسی به حمایت های اجتماعی	

چالش های کیفیت امکانات رفاهی

بر اساس دیدگاه مشارکت کنندگان چالش های کیفیت امکانات رفاهی در زیر طبقات فقدان یا کمبود برخی تسهیلات فیزیکی؛ عدم مناسب سازی فضاهای؛ ضعف سیستم نظارتی؛ کمبود بودجه و منابع؛ و ضعف در بهداشت محیط دسته بندی شد. تعدادی از مصاحبه شدگان معتقد بودند که در بعضی مراکز حداقل تسهیلات از قبیل توالت، آب سردکن، تهویه مناسب، وسایل سرمایشی و گرمایشی مناسبی وجود ندارد. بعضی دیگر از مصاحبه شوندگان ضعف سیستم های نظارتی از قبیل دانشگاه های علوم پزشکی را در اجرای پروتکل ها و کدهای استاندارد لازم در تأیید و ارزشیابی مراکز و مطب ها را زمینه ساز کم توجهی به کیفیت امکانات رفاهی می دانستند. یکی از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بیان داشت:

«نظارت کافی بر مطب ها خصوصاً مطب های بخش خصوصی از جانب اداره نظارت معاونت درمان صورت نمی گیرد. در

صدور و تمدید پروانه مطب ها و مراکز به استانداردها و دستورالعمل های وزارتی کم توجهی می شود» (P.66).

چالش های دسترسی به حمایت های اجتماعی

بر اساس دیدگاه مشارکت کنندگان چالش دسترسی به حمایت های اجتماعی در بیمارستان ها شامل ضعف در ایجاد شرایط لازم برای در ارتباط ماندن با بیرون از بیمارستان بود بطوریکه در اغلب بیمارستان های بخش دولتی امکان دسترسی به اینترنت، خدمات بانکی، تلویزیون، رادیو و ... وجود ندارد.

بحث

چالش های پاسفگویی نظام سلامت بر اساس مدل سازمان جهانی سلامت در هشت طبقه اصلی و چهل طبقه فرعی دسته بندی شد. بر اساس نتایج مطالعه ما مهم ترین چالش های حوزه «ارتباطات واضح» شامل ضعف در مهارت های ارتباطی ارائه دهندگان خدمات سلامت، عدم رعایت مدت زمان

در این مطالعه چالش‌های بعد «انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات سلامت» شامل عدم وجود تفکر انتخاب ارائه‌کننده خدمت توسط بیمار در نظام سلامت و نگاه تجملی به آن، عدم پذیرش اخذ نظر پزشک دوم (Second medical opinions) و تعداد کم ارائه‌کنندگان خدمات تخصصی بود. مطالعات انجام شده در ایران حق انتخاب ارائه‌دهنده توسط بیمار را پایین ارزیابی کرده‌اند (۱۶ و ۵). مطالعات نشان داده‌اند که داشتن حق انتخاب ارائه‌دهنده مراقبت یکی از جنبه‌های مهم کیفیت مراقبت است و تأثیر مثبتی بر رابطه بیمار و پزشک می‌گذارد (۱۹ و ۱۸). برای رفع چالش‌های این حوزه راهکارهایی مانند تدوین قوانین و ایجاد سیستم‌های نظارتی برای مقابله با فساد و تعارض منافع در نظام سلامت و استانداردسازی شاخص نیروی انسانی و توزیع عادلانه آن در سطح کشور توسط مشارکت کنندگان می‌تواند مورد توجه سیاستگذاران نظام سلامت قرار گیرد.

در مطالعه ما چالش‌های بعد «احترام به شأن بیمار» شامل زمان انتظارهای طولانی و بعضاً تجمع دادن عामدانه بیماران در مراکز، اعمال تبعیض و خشونت علیه افراد با نیازهای ویژه، برخورد نامناسب منشی‌ها و عدم آموزش و توجه آن و عدم ترخیص بیمار در بیمارستان به دلیل عدم تمکن مالی بودند. نتایج یک مطالعه مرور نظام‌مند در سال ۲۰۲۱ نشان داده است که نگرش کارکنان مانند گوش دادن به بیمار، ارتباطات بین بیمار و کارکنان، کمبود کارکنان و بارکاری زیاد آن‌ها از جمله مواردی هستند که برای حفظ شأن بیماران با اهمیت بوده‌اند (۲۰). بر اساس مطالعه بایلی (۲۰۰۹) پرخاشگر بودن، اقتدارگرا بودن و نقض حریم خصوصی توسط کارکنان، حفظ شأن و کرامت بیماران را تهدید می‌کرد (۲۱).

بر اساس یافته‌های ما مصادیق برخی از چالش‌های بعد «حفظ محرمانگی» شامل فقدان فضای اختصاصی برای هر یک از بیماران در فضای عمومی بخش‌ها، کمبود امکانات و تجهیزات لازم جداسازی از جمله پاراوان و پرده، ویزیت هم‌زمان چند بیمار به دلیل صف‌های طولانی و فشار کاری زیاد بر پزشک،

استاندارد ویزیت بیماران و عدم دسترسی به تاریخچه بالینی بیمار (به دلیل نبود پرونده الکترونیک سلامت) بودند. نتایج یک مطالعه مرور نظام‌مند در ایران، متوسط زمان ویزیت پزشکان را ۴ دقیقه و ۸۹ ثانیه برآورد کرده است (۱۲) که مهم‌ترین دلایل عدم رعایت زمان استاندارد ویزیت مواردی شامل کمبود پزشک، حجم کاری زیاد پزشکان، لیست انتظار طولانی عنوان شده است (۱۳). همچنین نتایج برخی مطالعات نشان داده است که پرونده الکترونیک دسترسی به سوابق پزشکی بیماران را تسهیل می‌کند و در نهایت منجر به افزایش کیفیت مراقبت‌ها و بهبود دقت تصمیمات درمانی می‌شود (۱۵ و ۱۴). برای بهبود وضعیت این بعد از پاسخگویی راهکارهایی شامل گنجاندن واحدهای آموزشی مرتبط با مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی برای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در کوریکولوم آموزشی، ایجاد و تقویت سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده به منظور کاهش فشار بر سیستم تخصصی نظام سلامت، نظارت بر تعداد بیماران ویزیت شده و رعایت استاندارد مدت زمان ویزیت و ایجاد تریاژ داخل مطب‌ها و کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی برای کاهش بار مراجعات غیر ضرور پیشنهاد می‌گردد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه در بعد «استقلال بیمار» چالش‌های زیادی در نظام سلامت ایران از جمله نگاه پدرسالارانه (قیم گرایانه) در نظام سلامت و حذف بیمار از فرایند تصمیم‌گیری، مشارکت ندان بیمار در تصمیم‌گیری و عدم توضیح در مورد بیماری و روش‌های مختلف درمان، استفاده از کلمات تخصصی در صحبت با بیمار و عدم داشتن قدرت تحلیل و مختل شدن قدرت انتخاب وجود دارد. در برخی از مطالعات در ایران بعد استقلال پایین‌تر نمره را از میان ابعاد پاسخگویی کسب کرده است (۱۶ و ۵). استقلال بیمار تأثیر زیادی بر رضایت بیماران دارد و اکثر بیماران ترجیح می‌دهند در فرایندهای درمانی خود مشارکت داده شوند و حق انتخاب داشته باشند (۱۷).

عدم رعایت تناسب جنسیتی بین کارکنان و بیماران در بعضی موارد و عدم توجه به آن، حضور هم‌زمان بیماران در اتاق پزشک به دلیل عدم رعایت نوبت توسط مراجعین و فقدان یک پروتکل سخت برای حفظ محرمانگی بیمار و دسترسی به اطلاعات پرونده بالینی بیمار بودند. همسو با این نتایج مطالعه سبزواری در ایران نشان داده است که ۶۳ درصد بیماران اظهار داشته‌اند که تمایل ندارند هنگام صحبت با پزشک، دیگران حضور داشته باشند، حدود ۶۰ درصد بیماران تمایل دارند توسط پزشک یا پرستار همجنس معاینه و مراقبت شوند، ۷۱ درصد تمایل ندارند تشخیص بیماری آن‌ها برای دیگران بازگو شود (۲۲).

بر اساس یافته‌های مطالعه ما چالش‌های بعد «توجه سریع به بیمار» شامل کمبود منابع؛ توزیع ناعادلانه منابع در بین استان‌های و شهرستان‌ها، مدت‌زمان انتظار طولانی برای ویزیت سرپایی، فقدان لاین‌های ویژه در بخش سرپایی برای سالمندان و افراد ناتوان، فقدان سیستم نوبت‌دهی مناسب و عدم وجود تریاژ در بخش سرپایی بود. همسو با نتایج این مطالعه، برخی از مطالعات در ایران نشان داده‌اند که زمان انتظار بیمار برای دریافت خدمات در بخش‌های اورژانس و غیر اورژانس بالا است و عدم تریاژ مناسب را از دلایل بالا بودن زمان انتظار عنوان کرده‌اند (۲۴ و ۲۳).

بر اساس یافته‌های مطالعه ما چالش‌های بعد «کیفیت امکانات رفاهی» از جمله فقدان / کمبود دسترسی به آب آشامیدنی و لیوان یک‌بار مصرف در مطب‌ها و بیمارستان‌ها، فقدان / کمبود کمد شخصی برای نگهداری وسایل بیمار، عدم تناسب بین تعداد بیماران بخش‌های بستری و تعداد توالت و حمام درون بخش‌ها، عدم توجه به نیاز افراد با نیازهای ویژه مانند افراد دارای معلولیت در طراحی فضا، مبلمان و توالت در بعضی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت و فقدان آسانسور و رمپ در تعدادی از مطب‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت بودند. همسو با این نتایج، یک مطالعه مرور نظام‌مند در ایران (۲۰۱۸)

نشان داده است که انتظارات بیماران از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده در بیمارستان‌های ایران برآورده نشده است و انتظارات آن‌ها بیشتر از کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها است (۲۵). برای برطرف شدن چالش‌های این بعد از پاسخگویی، راهکارهایی شامل نظارت بر وضعیت امکانات رفاهی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر و توجه به آن در اعتباربخشی مراکز و تمدید پروانه طبابت، توجه به استانداردها در طراحی فضاها خصوصاً در بدو تأسیس مراکز، طراحی و معماری مراکز و مطب‌های مبتنی بر نیازهای افراد با نیازهای ویژه و افزایش بودجه مراکز بخش دولتی برای تجهیز، ارتقاء و نگهداشت امکانات رفاهی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه پاسخگویی در نظام سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است. چالش‌ها در هشت طبقه ارتباطات شفاف، احترام به شأن بیمار، توجه سریع، حفظ حریم خصوصی، استقلال بیمار، انتخاب ارائه‌کننده خدمات، کیفیت امکانات رفاهی و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی طبقه‌بندی شد. ضروری است در جهت ارتقا وضعیت پاسخگویی نظام سلامت ایران گام‌هایی برداشته شود. مرتفع کردن چالش‌ها نیاز به مداخلاتی چندبعدی دارد. به‌منظور بهبود وضعیت پاسخگویی نظام سلامت راهکارهایی شامل آموزش کارکنان نظام سلامت، تقویت سیستم ارجاع، اصلاح مکانیسم‌های پرداخت، تقویت نقش نظارتی وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، مشارکت دادن بیماران در تصمیمات بالینی، استانداردسازی شاخص سرانه کارکنان نظام سلامت نسبت به جمعیت و ایجاد لاین‌های ویژه برای افراد با نیازهای ویژه پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

پروپوزال این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی
کردستان به شماره IR.MUK.REC.1400.286 به تصویب
رسیده است.

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به
شماره قرارداد ۱۴۰۰/۲۸۶ انجام شده است. نویسندگان این مقاله
از همه افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند

منابع

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
2. 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.
3. 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. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):1-24.
4. Darby C, Valentine N, De Silva A, Murray CJ, Organization WH. World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. 2003.
5. Piroozi B, Mohamadi Bolban Abad A, Moradi G. Assessing health system responsiveness after the implementation of health system reform: a case study of Sanandaj, 2014-2015. *irje*. 2016;11(4):1-9.
6. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action*. 2012;5(1):18545.
7. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1):1-12.
8. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4):e000486.
9. Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan*. 2013;28(2):197-205.
10. Dadgar E, Rashidian A, Majdzadeh R, Arab M, Kazemi-galougahi MH. Assessing trend of health system responsiveness in Iran using household survey (before and after the implementation of health transformation plan). *Health Scope*. 2018;7(S).
11. Daneshkohan A, Zarei E, Ahmadi-Kashkoli S. Health system responsiveness: a comparison between public and private hospitals in Iran. In *J Health Manage*. 2020;13(sup1):296-301.
12. Heydarvand S, Behzadifar M, Abolghasem Gorji H, Behzadifar M, Darvishnia M, Luigi Bragazzi N. Average medical visit time in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2018;32:58.
13. Behzadifar M, Behzadifar M, Saroukhani M, Sayehmiri K, Delpisheh A. Evaluation of effective indexes on quality of life related to health in Western Iran in 2013. *Iran Red Crescent Med J*. 2016;18 (11):32-58.
14. Hoffman S, Podgurski A. E-Health hazards: provider liability and electronic health record systems. *Berkeley Tech LJ*. 2009;24:1523.
15. Win KT, Cooper J. Information age, electronic health record and australia healthcare. *International Journal of the Computer, the Internet and Management*. 2004;12(3):14-21.
16. Najafi F, Karami-Matin B, Rezaei S, Rajabi-Gilan N, Soofi M. Health system responsiveness after health sector evolution plan (HSEP): An inpatient survey in Kermanshah in 2015. *Med J Islam Repub Iran*. 2016;30:387.

17. Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, et al. Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial. *JAMA*. 2004;292(4):435-41.
18. Sood M, Aggarwal A, Gupta S, Rastogi S. Identifying Factors of Indian Health System and Their Influence for Providing Good Customer Care. *IJHISI*. 2021;16(4):1-17.
19. Tabrizi JS, Wilson AJ, Coyne ET, O'Rourke PK. Clients' perspective on service quality for type 2 diabetes in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2007;31(6):511-5.
20. Stephen Ekpenyong M, Nyashanu M, Ossey-Nweze C, Serrant L. Exploring the perceptions of dignity among patients and nurses in hospital and community settings: An integrative review. *J Res Nurs*. 2021;26(6):517-37.
21. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(1):23-37.
22. Sabzvari S, Kohan N, Nakai N, Kohan M. The patients, attitude regarding to one's privacy in medical surgical wards in Kerman medical university. *JQRHS*. 2010;9(1):41-6.
23. Golaghaie F, Sarmadian H, Rafiie M, Nejat N. A study on waiting time and length of stay of attendants to emergency department of Vali-e-Asr Hospital, Arak-Iran. *JAMS*. 2008;11(2):74-83.
24. Hasanpoor E, Janati A, HaghGoshayie E, Aslani F, Arab Zozani M. Survey on waiting time and visit time in plan of health sector evolution in Iran: A case study in Tabriz. *EHSJ*. 2016;3(3):239-45.
25. Rezaei S, Hajizadeh M, Zandian H, Fathi A, Nouri B. Service quality in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. *MJIRI*. 2018;32:59.