Journal of Health Promotion Management (JHPM) Original Article

August-September 2018, Volume 7, Issue 4 DOI: 10.21859/jhpm-07048

Correlation between Social Accountability and Quality of Service Delivery in "Health Assistant Plan" of Imam Hossein Medical Education Center, Tehran

Vajihe Seififar [1], Fatemeh Dabbaghi [2,*], Mohammad Khademloo [2]

[1] MSc, Department of Health Services Management, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
*** Corresponding author:** Fatemeh Dabbaghi, Associate Professor, Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. E-mail: f_dabbaghi@yahoo.com

Received: 06 Jan 2018 **Accepted:** 19 Jul 2018

Abstract

Introduction: "Health Assistant Plan" is one of the health system designs whose effectiveness has been less considered.The aim of this study is to determine the correlation between social accountability and quality of service delivery in "Health Assistant Plan" of Imam Hossein Medical Education Center, Tehran.

Methods: In this descriptive-correlational study, 384 patients referred to Imam Hossein Medical Education Center of Tehran participated by convenience sampling method. Data were collected using "Health Assistant Plan Evaluation Questionnaire" which developed in this study. Validity of the questionnaire was confirmed by content, face and construct validity through factor analysis. The reliability of the questionnaire was confirmed by internal consistency and Cronbach alpha. Data was analyzed by SPSS. 16.

Results: There was a significant and positive correlation between social accountability and the quality of service delivery ($r = 0.562$, $P = 0.001$). The mean scores for the dimensions of human of dignity, autonomy, quality of facilities, access to support, communication clarity and behavioral aspects were less than average. The mean scores dimensions of privacy and confidentiality, the choice of therapist, equipment and physical facilities, environmental health, access and care were more than average.

Conclusions: There was a correlation between social accountability and the quality of services delivery at Imam Hossein Hospital. It is suggested that health planners and health officials consider the two main principles of social accountability and quality of service delivery.

Keywords: Evaluation, Health Services, Social Accountability, Quality of Health Care

© 2018 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

نشریه مدیریت ارتقای سلامت | مقاله پژوهشی

مرداد و شهریور ۱۳۹۷، دوره ۷، شماره ۴

DOI: 10.21859/jhpm-07048

همبستگی پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات در "طرح سلامت یار" مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین تهران

وجیهه سیفی‌فر [۱]، فاطمه دباغی [۲،*]، محمد خادملو [۲]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

[۲] دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

[*] **نویسنده مسئول**: فاطمه دباغی، دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. ایمیل: f_dabbaghi@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۱۶ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۷/۰۴/۲۸

چکیده

مقدمه: "طرح سلامت یار" یکی از طرح‌های نظام سلامت است که اثربخشی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف همبستگی پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات در "طرح سلامت یار" مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین تهران انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۳۸۴ نفر از مراجعان مرکز سلامت آموزشی درمانی امام حسین تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از "پرسشنامه ارزشیابی طرح سلامت یار" (Health Assistant Plan Evaluation Questionnaire) که در پژوهش حاضر طراحی شده، جمع‌آوری گردید. روایی پرسشنامه با روش روایی محتوا، صوری و روایی سازه از طریق تحلیل اکتشافی تأیید شد. پایایی ابزار با روش همسانی درونی و محاسبه آلفای کرونباخ تأیید شد. داده‌ها توسط نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: بین پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات ارتباط معنی دار و مثبت وجود داشت ($r = ۰/۵۶۲$ و $P = ۰/۰۰۱$). میانگین نمرات ابعاد رعایتشان انسانی، خود مختاری، کیفیت تسهیلات اساسی، دسترسی به حمایت‌های، وضوح ارتباطات و جنبه‌های رفتاری کمتر از متوسط بود. میانگین ابعاد رازداری و محرمانگی، حق انتخاب درمانگر، تجهیزات و امکانات فیزیکی، بهداشت محیط، دسترسی و مراقبت بیشتر از متوسط بود.

نتیجه گیری: بین پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات در مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین تهران همبستگی وجود داشت. پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان و مسئولین بخش سلامت، دو اصل مهم پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات را مورد توجه قرار دهند.

واژگان کلیدی: ارزشیابی، خدمات سلامت، پاسخگویی اجتماعی، کیفیت مراقبت سلامتی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

گستردگی خدمات انجام گرفته از طریق مرکز بهداشتی و بیمارستان‌ها یکی از نگرانی‌هایی است که پاسخ گویی از طرف عرضه کنندگان را مشکل می‌کند. به کار گیری نظامی درست و کارا جهت پاسخ گویی و آگاه سازی مردم بسیار ضروری است. بعلاوه، اطلاعات نادرست و نا کارا می‌تواند تهدیدی برای شفاف‌سازی، پاسخ گویی و اطلاع‌رسانی صحیح و به موقع توسط ارائه دهندگان به افراد جامعه شود (۱). شناسایی معیارهای لازم برای تخصیص منابع به بهداشت و درمان از نظر برنامه ریزان در کل اقتصاد جامعه اهمیت دارد، زیرا این معیارها مسئولین رده بالای کشور را به هنگام تصمیم گیری در مورد میزان سهم این بخش از کل منابع ملی به خوبی راهنمایی می‌کند. با توجه به اینکه بخش بهداشت و درمان کشور وابسته به بودجه دولتی است، به نسبت منابعی که در اختیار دارد؛ باید بهترین عملکردها را داشته باشد. موفقیت در اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌ها هنگامی میسر می‌شود که سیاستگذاران دولتی به این بخش نیز مانند بخش‌های زیر بنایی اهمیت کافی بدهند (۲). استفاده بهینه از منابع موجود در یک سازمان به خصوص نیروی انسانی، وجه اشتراک دیدگاه کلیه صاحبنظران در مراکز سلامتی و

پزشکی می‌باشد. بقای دائمی یک مرکز ارائه خدمات درمانی منوط به بهره برداری مناسب از این منابع است (۳). یکی از این منابع که در مراکز بهداشتی و درمانی از اهمیت فراوانی برای جامعه پزشکی و ارائه دهندگان و همچنین سیاست گذاران دارد، بیماران و تقاضا کنندگان خدمات بهداشتی درمانی می‌باشند. بیمار کسی است که به علت احساس درونی و فردی ناتوانی، یعنی بیماری، در جستجوی کمک پزشکی بر می‌آید و بیماران در بیمارستان‌ها اغلب از لحاظ مراقبت‌های جسمی و روحی نیازمند مراقبت هستند (۴). پاسخ گویی یکی از ضرورت‌ها و نیازهای اجتناب ناپذیر در یک نظام کارآمد بوده و ابزاری مؤثر جهت نظارت و کنترل بر قدرت و پیشگیری از سو استفاده‌ها از اختیارات عمومی و درنهایت ابزاری جهت بهبود خدمات و خدمات رسانی مطلوب‌تر محسوب می‌گردد (۵). پاسخ گویی به معنی پاسخ گو بودن افراد در قبال تصمیمات و عملکرد می‌باشد. نظام پاسخ گویی می‌تواند سبب رسیدن به اهداف واثربخشی سازمان تعریف شود. بدون پاسخ گویی افراد قادر خواهند بود که هر آنچه دوست دارند، انجام دهند، در نتیجه کیفیت خدمات ممکن است کاهش یابد، و سرانجام چنین وضعی موجب آشوب و شکست در سازمان خواهد شد (۶). بیمارستان‌ها یکی از پرتعامل ترین سازمان‌ها می‌باشند که با انتقال دانش و یادگیری در آن‌ها همراه است به یک سازمان یادگیرنده نیز تبدیل شده است. در زمان پاسخ گویی می‌بایست تفاوت‌های فردی و اجتماعی را در واکنش به پاسخ گویی بررسی شود (۷). اگرچه ضرورت پاسخ گویی روشن به نظر می‌رسد، با این حال پژوهش‌های محدودی برای تاثیرات مثبت و منفی پاسخ گویی در مراکز بهداشتی و درمانی انجام گرفته شده است. خراسانی زواره و همکاران بیان کردند که بر اساس نظرات دریافت‌کنندگان خدمات، عوامل مؤثر بر کیفیت ارائه خدمات درمانی شامل شیوه رفتار کارکنان، مهارت و کارایی کارکنان، طول فرایندهای ارائه خدمات، راهنمایی و هدایت صحیح بیماران، تجمع مردم در اورژانس و حفظ کرامت ارباب رجوع می‌باشند (۸). Rogers و همکاران پنج عامل: پشتیبانی، نحوه مراقبت، محیط، تجهیزات و زمان انتظار را به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده سطح کیفیت خدمات بیمارستان در کشور غنا معرفی کردند (۹). Hardeep &Shivani ابزاری را با چهار عامل مراقبت پزشکی، مراقبت پرستاری، امکانات داخلی و نگهداری فیزیکی به منظور سنجش کیفیت خدمات در مراکز درمانی کشور هندوستان طراحی نمودند (۱۰). "طرح سلامت یار" با مشارکت هلال احمر و سازمان نظام پرستاری در تعدادی از بیمارستان‌ها اجرا شده است. در این طرح افراد داوطلب در بیماراستان به بیماران و کارکنان سلامت کمک می‌کنند. افراد داوطلب به عنوان سلامت یار با فراگیری آموزش‌های لازم در حال حاضر به بیماران به صورت داوطلبانه خدمات ارائه می‌کنند. هدف عمده در "طرح سلامت یار" افزایش کیفیت خدمات ارائه شده در کنار افزایش پاسخگویی اجتماعی نظام سلامت است. با وجود پیاده سازی "طرح سلامت یار" در بیمارستان‌ها، اثربخشی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا پژوهش حاضر با هدف همبستگی پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات در "طرح سلامت یار" مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین تهران انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعان به مرکز سلامت مرکز آموزشی درمانی امام حسین تهران، در تابستان سال ۱۳۹۵ بودند. بر طبق آمار اخذ شده از مرکز، تعداد مراجعان به این مرکز در ماه‌های مرداد و شهریور، با تعداد تقریبی ۵۰ مراجعه در روز و تعطیلی روزهای پنج شنبه و جمعه، حدود ۲۰۰۰۰ نفر بود. با استفاده از فرمول کوکران، تعداد نمونه حدود ۳۷۷ نفر محاسبه شد، تعداد نمونه به میزان حداکثر، یعنی ۳۸۴ نفر در نظر گرفته شد که با توجه به داشتن معیار ورود با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل سن بالای ۱۸ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، توانایی جسمی تکمیل پرسشنامه، نداشتن سابقه بیماری‌های روانی طبق پرونده بیمار بود. ابزار پژوهش شامل دو بخش بود. در بخش اول اطلاعات جمعیت شناختی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، سن، میزان تحصیلات، سابقه مراجعه به مرکز مورد نظر یا سایر مراکز بهداشتی بود. بخش دوم "پرسشنامه ارزشیابی طرح سلامت یار" (Health Assistant Plan Evaluation Questionnaire) بود که در پژوهش حاضر طراحی شد. جهت طراحی ابزار ابتدا الگوی مفهومی شکل داده شد. دو بعد اصلی الگو شامل پاسخگویی اجتماعی و ارتقاء کیفیت خدمات بودند. پاسخگویی اجتماعی شامل رعایتشان انسانی، خودمختاری، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات، توجه سریع، کیفیت تسهیلات اساسی، حق انتخاب درمانگر، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و خانواده و وضوح ارتباطات بود. ارتقاء کیفیت ارائه خدمات شامل تجهیزات و امکانات فیزیکی، بهداشت محیط، دسترسی به خدمات، مراقبت و جنبه‌های رفتاری بود. این ابعاد از مدل پاسخگویی سازمان بهداشت جهانی استخراج شدند(۱۱-۱۳). بعد از تبیین ابعاد الگوی مفهومی، جستجوی منابع مرتبط برای یافتن مناسب با استفاده از کلید واژه‌های پاسخگویی اجتماعی و کیفیت مراقبت انجام شد. جهت طراحی ابزار، سه ابزار که قبلاً در پژوهش‌های داخلی نیز استفاده شده بودند و روایی و پایایی آن‌ها تعیین شده بود، انتخاب شدند تا گویه های پرسشنامه مطالعه حاضر از آن‌ها استخراج شوند. پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل

۱. "پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی" (The World Health Survey) (۷, ۱۴)،

۲. "پرسشنامه پاسخگویی از طریق مطلعین کلیدی" (Key Informant Survey on Responsiveness) (۱)،

۳. "پرسشنامه بررسی کیفیت خدمات سلامت"، (Health Services Quality Assessment Tool) (۱۵) بودند.

"پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی" در مطالعه پیروزی و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است (۷). پرسشنامه اولین بار در ایران توسط کاووسی و همکاران ترجمه شده است (۱۲). با وجودی که این ابزار به صورت گسترده مورد استفاده قرار گرفته است در هیچ مطالعه‌ای روایی و پایایی آن گزارش نشده است. "پرسشنامه پاسخگویی از طریق مطلعین کلیدی" توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی شده است (۱۶). این ابزار در بیش از ۳۵ کشور جهان مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه ۲۸ گویه دارد که با مقیاس لیکرت ۴ تایی از ۱ هرگز تا ۴ همیشه نمره دهی می‌شود. این پرسشنامه بین ۲۸ تا ۱۱۴ نمره دارد که بالاتر بودن نمره نشان دهنده بهبود پاسخگویی به نیازهای جامعه است. این پرسشنامه اولین بار در مطالعه رشیدیان و همکاران به

فارسی ترجمه شده است (۱۳). روایی پرسشنامه در مطالعه محمدی و کمالی به روش روایی محتوا تائید شده بود. پایایی ابزار با استفاده از روش همسانی درونی بین ۲۰ نفر از افراد دریافت کننده خدمات سلامت توزیع شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ به دست آمد (۱). "پرسشنامه بررسی کیفیت خدمات سلامت"، توسط نورالنسا و همکاران (۱۵) طراحی شده است و در آن رضایت مندی مراجعه کنندگان از کیفیت خدمات از اورژانس بیمارستان مورد ارزیابی قرار گرفته است. این پرسشنامه ۲۰ سؤال دارد که با لیکرت ۵ تایی از کاملاً راضی تا کاملاً ناراضی نمره دهی می‌شدند. نمره پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده بالاتر بودن خدمات ارائه شده است. از روایی محتوا برای تعیین روایی ابزار استفاده شد. شاخص روایی محتوی ۰/۸۹ به دست آمد. پایایی ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ به دست آمد. در طراحی پرسشنامه مطالعه حاضر، از سه پرسشنامه "پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی برای بررسی عملکردهای نظام سلامت" ۱۸ گویه (۷)، "پرسشنامه پاسخگویی از طریق مطلعین کلیدی" (۱) ۹ گویه و "پرسشنامه بررسی کیفیت خدمات سلامت" (۱۵)، ۱۹ گویه انتخاب گردید.

لذا "پرسشنامه ارزشیابی طرح سلامت یار" (Health Assistant Plan Evaluation Questionnaire.) با ۴۶ گویه مقیاس لیکرت پنج تایی به صورت خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد بین ۱ تا ۵ نمره دهی می‌شدند. تعیین روایی پرسشنامه مطالعه حاضر به روش روایی صوری و محتوا و سازه بود. اندازه گیری روایی محتوا به این ترتیبانجام شد که پس از تائید پرسشنامه توسط مدرسین راهنما و مشاور به ۱۰ نفر اعضای هیئت علمی رشته‌های مدیریت و سلامت دانشگاه آزاد اسلامی توزیع شد. نظرات مدرسین به صورت کتبی دریافت و در پرسشنامه اعمال شد. روایی صوری پرسشنامه با نظرخواهی از ۱۰ نفر از مراجعه کنندگان به مرکز درمانی امام حسین و ۳ نفر از صاحبنظران به مرکز درمانی امام حسین انجام شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده بیماران مراجعه کننده انجام شد. برای بررسی روایی سازه ابزار ابتدا آزمون کفایت نمونه گیری کیسر-مایر-الکین و کورویت بارتلت انجام شد. جهت تحلیل عاملی اکتشافی از شیوه تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی و برای تعداد عوامل از روش ارزش ویژه استفاده شد. در این مطالعه برای سنجش پایایی پرسشنامه، یک مرحله پیش آزمون انجام گرفت. بدین صورت که ابتدا تعداد ۳۰ پرسشنامه بین بیماران مراجعه کننده به مرکز درمانی امام حسین توزیع و جمع‌آوری شد. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد. برای جمع آوری داده‌ها، کلیه مراجعین به مرکز که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، پرسشنامه را تکمیل کردند. قبل از جمع‌آوری داده‌ها، هدف مطالعه و رعایت اصول اخلاقی شامل اصل رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی به شرکت کنندگان توضیح داده شد. رضایت نامه در ابتدای پرسشنامه بود و تنها در صورت رضایت داشتن پرسشنامه را تکمیل می‌کردند. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون کیسر-مایر-الکین و کورویت بارتلت برای کفایت نمونه انجام شد. جهت تحلیل عاملی اکتشافی از شیوه تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی با گردش واریماکس و برای تعداد عوامل از روش ارزش ویژه استفاده شد. جهت تعیین همبستگی بین مؤلفه‌های اصلی مدل بعد از تعیین نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون شاپیرو-والکین از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس ویرایش ۱۶ تحلیل شد. سطح معنی داری در کلیه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش ۵۳/۱۳ درصد (۲۰۴ نفر) از بیماران مورد بررسی زن و ۴۶/۸۷ درصد (۱۸۰ نفر) مرد بودند. از این تعداد ۲۴۲ نفر (۶۳/۰۲ درصد) متأهل و ۱۴۲ نفر (۳۶/۹۸ درصد) مجرد بودند. ۲۰/۱۰ درصد افراد کمتر از ۲۰ سال، ۱۹/۵۳ درصد ۲۱ تا ۳۰ سال، ۲۰/۳۱ درصد ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۹/۵۶ درصد ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲۰/۵ درصد بیشتر از ۵۰ سال سن داشتند. ۳۰/۴۷ درصد تحصیلات دیپلم و کمتر، ۲۴/۲۲ درصد تصیلات کاردانی، ۳۱/۷۷ درصد تحصیلات کارشناسی و ۱۳/۵۴ تحصیلات کارشناسی ارشد و بیشتر داشتند. ۴۰/۶۰ درصد واحدهای پژوهش سابقه مراجعه کمتر از دو سال، ۳۳/۳ درصد سابقه مراجعه بین ۲ تا ۵ سال و ۲۶/۱ درصد سابقه مراجعه بیشتر از ۵ سال داشتند. ۳۴/۱۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش کمتر از ۳۰ بار به مرکز مراجعه کرده بودند، ۳۴/۶۴ درصد بین ۳ تا ۶ بار مراجعه کرده بودند و ۳۱/۲۵ درصد بیشتر از ۶ بار مراجعه داشتند. برای بررسی روایی سازه ابزار ابتدا آزمون کفایت نمونه گیری انجام شد. مقدار کیسر – مایر-الکین ۰/۸۷۳ به دست آمد. با توجه به معنی دار بودن آزمون کورویت بارتلت با مقدار ۹۶۳۹/۵۵۳ حداقل شرایط تحلیل عاملی اکتشافی برقرار بود ($P < ۰/۰۰۱$). در پژوهش حاضر جهت تحلیل عاملی اکتشافی از شیوه تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اصلی و برای تعداد عوامل از روش ارزش ویژه استفاده شد. با در نظر گرفتن ارزش ویژه ۱، دوازده عامل با ۶۹/۹۵ درصد واریانس استخارج شد. در جدول ۱ ارزش ویژه و درصد واریانس هر مؤلفه ارائه شده است.

مؤلفه‌های پرسشنامه به ترتیب رعایتشان انسانی (۷ گویه)، کیفیت تسهیلات اساسی (۴ گویه)، دسترسی به خدمات (۴ گویه)، تجهیزات و امکانات فیزیکی (۴ گویه)، مراقبت (۴ گویه)، جنبه‌های رفتاری (۴ گویه)، بهداشت محیط (۳ گویه)، وضوح ارتباطات (۳ گویه)، خودمختاری (۳ گویه)، حق انتخاب درمانگر (۳ گویه)، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات (۳ گویه) و دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و خانواده (۳ گویه) بودند. ساختار عاملی اکتشافی، الگوی مفهومی اولیه که را تائید نمود. تنها مؤلفه "توجه سریع" با سه گویه نتوانست مجدداً در یک مؤلفه قرار بگیرد. دو گویه آن شامل "مناسب بودن مدت زمان لازم برای رسیدن به بیمارستان" و "زمان صرف شده برای رسیدن به بیمارستان" در مؤلفه اول قرار گرفتند. گویه سوم "مناسب بودن زمان انتظار برای پذیرش بیمارستان" که ارزش ویژه کمتر از ۰/۴ داشت در هیچکدام از مؤلفه‌ها قرار نگرفت. به این ترتیب بعد کیفیت از ۴۶ سؤال طراحی شده ۴۵ سؤال در ابعاد پرسشنامه قرار گرفتند (جدول ۲).

جدول ۱: ارزش ویژه و درصد واریانس مؤلفه‌های "پرسشنامه ارزشیابی طرح سلامت یار"

	ارزش ویژه اولیه			واریانس تبیین شده اولیه			واریانس تبیین شده بعد از چرخش		
	جمع	درصد واریانس	واریانس تجمعی	جمع	درصد واریانس	واریانس تجمعی	جمع	درصد واریانس	واریانس تجمعی
۱	۱۱،۶۵۲	۲۵،۳۳	۲۵،۳۳	۱۱،۶۵۲	۲۵،۳۳	۲۵،۳۳	۳،۷۴۶	۸،۱۴۴	۸،۱۴۴
۲	۳،۹۹۵	۸،۶۸۵	۳۴،۰۱۵	۳،۹۹۵	۸،۶۸۵	۳۴،۰۱۵	۳،۳۵۸	۷،۳	۱۵،۴۴۵
۳	۲،۵۴۵	۵،۵۳۲	۳۹،۵۴۷	۲،۵۴۵	۵،۵۳۲	۳۹،۵۴۷	۳،۲۰۱	۶،۹۶	۲۲،۴۰۴
۴	۲،۰۷۶	۴،۵۱۴	۴۴،۰۶۱	۲،۰۷۶	۴،۵۱۴	۴۴،۰۶۱	۲،۹۷۶	۶،۴۷	۲۸،۸۷۴
۵	۱،۹۱۵	۴،۱۶۳	۴۸،۲۲۴	۱،۹۱۵	۴،۱۶۳	۴۸،۲۲۴	۲،۸۸۳	۶،۲۶۷	۳۵،۱۴۱
۶	۱،۸۳	۳،۹۷۸	۵۲،۲۰۲	۱،۸۳	۳،۹۷۸	۵۲،۲۰۲	۲،۶۸۹	۵،۸۴۵	۴۰،۹۸۷
۷	۱،۶۱۳	۳،۵۰۷	۵۵،۷۰۹	۱،۶۱۳	۳،۵۰۷	۵۵،۷۰۹	۲،۵۷۸	۵،۶۰۵	۴۶،۵۹۲
۸	۱،۵۶۶	۳،۴۰۴	۵۹،۱۱۳	۱،۵۶۶	۳،۴۰۴	۵۹،۱۱۳	۲،۴۹۶	۵،۴۲۶	۵۲،۰۱۸
۹	۱،۵۲۹	۳،۳۲۴	۶۲،۴۳۷	۱،۵۲۹	۳،۳۲۴	۶۲،۴۳۷	۲،۳۴۵	۵،۰۹۷	۵۷،۱۱۵
۱۰	۱،۲۶۶	۲،۷۵۲	۶۵،۱۸۹	۱،۲۶۶	۲،۷۵۲	۶۵،۱۸۹	۲،۳۳۵	۵،۰۷۵	۶۲،۱۹
۱۱	۱،۱۸۷	۲،۵۷۹	۶۷،۷۶۸	۱،۱۸۷	۲،۵۷۹	۶۷،۷۶۸	۲،۱۹۶	۴،۷۷۵	۶۶،۹۶۵
۱۲	۱،۰۰۶	۲،۱۸۷	۶۹،۹۵۵	۱،۰۰۶	۲،۱۸۷	۶۹،۹۵۵	۱،۳۷۵	۲،۹۹	۶۹،۹۵۵
۱۳	۰/۹۰۹	۱،۹۷۶	۷۱،۹۳۱						
۱۴	۰/۷۹۹	۱،۷۳۸	۷۳،۶۶۹						
۱۵	۰/۷۲۵	۱،۵۷۵	۷۵،۲۴۴						
۱۶	۰/۶۸۹	۱،۴۹۸	۷۶،۷۴۳						
۱۷	۰/۶۵۶	۱،۴۲۶	۷۸،۱۶۹						
۴۶	۰/۱۳۱	۰/۲۸۴	۱۰۰						

جدول ۲: بار عاملی گویه های "پرسشنامه ارزشیابی طرح سلامت یار" با گردش واریمکس

گویه ها	مؤلفه‌ها											
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
- رعایت شأن انسانی در نحوه رفتار و صحبت کردن پزشک	۰/۷۸۵											
- کفایت و وضوح توضیحات تأمین کننده مراقبت سلامت به بیمار	۰/۷۴۸											
-در نظر گرفتن مسائل خصوصی خود حین معاینه و درمان	۰/۷۴۴											
کافی بودن زمان برای پرسیدن در مورد مشکلات و درمان خود=	۰/۶۸۵											
-نحوه برخورد پرسنل و خوش آمدگویی آن‌ها با شما	۰/۶۸۵											
-مناسب بودن مدت زمان لازم برای رسیدن به بیمارستان	۰/۴۷۶											
-زمان صرف شده برای رسیدن به بیمارستان	۰/۴۶۵											
-تمیزی و تسهیلات داخل اتاق انتظار		۰/۷۹۳										
-بهداشت و تمیزی توالت‌ها		۰/۷۵۷										
-کافی و مناسب بودن لوازم و تجهیزات برای درمان شما		۰/۷۴۸										
-کفایت و راحتی میزان فضایی اتاق معاینه و مشاوره سلامت		۰/۶۴۹										
-مناسب بودن زمان انتظار برای پذیرش بیمارستان		۰/۳۸۳										
-دسترسی سریع و مناسب به خدمات پاراکلینیک مانند رادیولوژی، آزمایشگاه و			۰/۸۵۶									
-دسترسی سریع و مناسب به کادر پرستاری			۰/۸۵۳									
-دسترسی سریع و مناسب به پزشک			۰/۸۳۷									
سرعت و سهولت مراحل پذیرش و انجام امور اداری			۰/۶۹۳									
برخورداری واحدهای مختلف از امکانات رفاهی مانند صندلی، تلفن، آبسردکن و ...				۰/۸۱۶								
نظم و انظباط مطلوب حاکم بر محیط				۰/۸۰۴								
برخورداری مرکز از امکانات مدرن و بروز تجهیزات سلامت				۰/۸۰۴								
وجود سیستم سرمایشی و گرمایشی مناس برای فصول مختلف سال				۰/۵۹۷								
مهارت و تبحر بالای کادر پرستاری مرکز					۰/۸۱۳							
رسیدگی مطلوب پزشکان واحدهای مختلف به وضعیت بیماران					۰/۸۰۵							
مهارت و تبحر بالای پزشکان مرکز					۰/۷۳۰							

رسیدگی مطلوب کادر پرستاری واحدهای مختلف به وضعیت بیماران	۰/۶۷۶				
برخورد مناسب و توام با احترام کادر پرستاری با بیماران و همراهان		۰/۷۶۹			
برخورد مناسب و توام با احترام کادر نگهبانی با بیماران و همراهان		۰/۷۶۴			
برخورد مناسب و توام با احترام کارکنان پذیرش و صندوق با بیماران و همراهان		۰/۷۱۴			
برخورد مناسب و توام با احترام پزشکان با بیماران و همراهان		۰/۶۴۳			
وجود سرویس‌های بهداشتی مناسب و تمیز و به تعداد کافی			۰/۸۷۱		
آراستگی و پاکیزگی وسایل رفاهی نظیر ملحفه و پتو			۰/۸۶۶		
بهداشت مناسب محیط و تمیز بودن بخش‌های مختلف مرکز			۰/۸۱۹		
کافی بودن زمان برای پرسیدن در مورد مشکلات و درمان				۰/۷۸۵	
کافی و مناسب بودن توضیحات مسائل توسط تأمین کننده مراقبت سلامت				۰/۷۲۷	
برقراری ارتباط سریع با بیمار و مراجع از سوی کادر بیمارستان برای صریح و بدون دغدغه علت مراجعه				۰/۷۲۴	
گرفتن اطلاعات راجع به انواع دیگر درمان‌ها یا آزمایش‌ها					۰/۷۴۰
اجازه گرفتن قبل از انجام آزمایشات و شروع درمان					۰/۷۰۹
دخالت شما در تصمیم گیری راجع به درمان و مراقبت سلامت					۰/۷۰۳
آزادی شما در انتخاب تأمین کننده مراقبت سلامت (واحد درمانی)					۰/۷۷۲
میزان اطلاع رسانی در مورد نحوه‌ها /راه‌های دیگر درمان					۰/۷۵۷
قدرت انتخاب پزشک یا کارمند بهداشتی و مراقبت کننده					۰/۷۳۲
میزان محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شما					۰/۸۱۸
میزان خصوصی صحبت کردن تأمین کننده مراقبت سلامت با بیمار					۰/۸۰۶
نگهداری محرمانه اطلاعات شخصی ارائه شده توسط بیمارستان					۰/۶۹۹
در تماس بودن آسان با محیط خارج از بیمارستان					۰/۵۷۹
اختصاص زمان‌های مناسب برای ملاقات با دوستان و آشنایان					۰/۵۶۴
پرهیز از بروکراسی‌های سازمانی غیرضروری برای راحتی ملاقات بیمار با دوستان و خویشاوندان					۰/۴۵۷

جدول ۳: بررسی وضعیت موجود مؤلفه‌های الگوی مفهومی پژوهش، بر اساس آزمون t تک نمونه‌ای

	مقدار ثابت مورد آزمون ۳					وضعیت
	میانگین	انحراف از معیار	آماره t	درجه آزادی	مقدار احتمال	
رعایت شان انسانی	۲/۸۸	۰/۷۳	-۳/۲۷	۳۸۳	۰/۰۰۱۲	کمتر از متوسط
خود مختاری	۲/۸۴	۰/۷۳	-۴/۲۰	۳۸۳	۰/۰۰۰۰۹	کمتر از متوسط
رازداری و محرمانگی	۳/۲	۰/۹۵	۴/۰۶	۳۸۳	۰/۰۰۰۱	بیشتر از متوسط
کیفیت تسهیلات اساسی	۲/۶۲	۰/۸۵	-۸/۶۶	۳۸۳	۰/۰۰۰۰۹	کمتر از متوسط
حق انتخاب درمانگر	۳/۲۵	۰/۸۵	۵/۶۸	۳۸۳	۰/۰۰۰۰۹	بیشتر از متوسط
دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و خانواده	۲/۸۷	۰/۸۹	-۲/۹۱	۳۸۳	۰/۰۰۳۹	کمتر از متوسط
وضوح ارتباطات	۲/۶۹	۰/۸۸	-۶/۸۸	۳۸۳	۰/۰۰۰۰۹	کمتر از متوسط
تجهیزات و امکانات فیزیکی	۳/۱۸	۰/۸۳	۴/۲۱	۳۸۳	۰/۰۰۰۰۹	بیشتر از متوسط
بهداشت محیط	۳/۰۷	۱/۱۰	۱/۳۳	۳۸۳	۰/۱۸۵۹	متوسط
دسترسی	۳/۰۶	۰/۹۳	۱/۲۰	۳۸۳	۰/۲۲۹۱	متوسط
مراقبت	۳/۳۰	۰/۸۲	۷/۱۰	۳۸۳	۰/۰۰۰۰۹	بیشتر از متوسط
جنبه‌های رفتاری	۲/۸۵	۰/۸۲	-۳/۵۴	۳۸۳	۰/۰۰۰۵	کمتر از متوسط
همبستگی پاسخ گویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات	r = ۰/۵۶۲ و P = ۰/۰۰۱					

با توجه به نتایج جدول ۳، متغیر رعایتشان انسانی از نظر مراجعان در حد کمتر از متوسط و نامطلوب است. متغیر خودمختاری در حد کمتر از متوسط و نامطلوب است. متغیر رازداری و محرمانگی در حد بیشتر از متوسط و مطلوب است. متغیر کیفیت تسهیلات اساسی در حد کمتر

از متوسط و نامطلوب است. متغیر حق انتخاب درمانگر در حد بیشتر از متوسط و مطلوب است. متغیر دسترسی به حمایت‌های خانواده در حد کمتر از متوسط و نامطلوب است. متغیر وضوح ارتباطات در حد کمتر از متوسط و نامطلوب است. متغیر تجهیزات و امکانات فیزیکی در حد بیشتر از متوسط و مطلوب است. متغیر بهداشت محیط میانگین این متغیر، در حد متوسط است. متغیر دسترسی به خدمات سلامتی در حد متوسط است. متغیر مراقبت در حد بیشتر از متوسط و مطلوب است. متغیر جنبه‌های رفتاری در حد کمتر از متوسط و نامطلوب است. بین پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات ارتباط معنی دار و مثبت وجود داشت.

بحث

مطالعه حاضر با هدف همبستگی پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات در "طرح سلامت یار" مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین تهران انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشارکت کنندگان در "طرح سلامت یار" از میزان رعایتشان انسانی به میزانی کمتر از متوسط رضایت داشتند که نشانه نیاز توجه بیشتر به این حیطه است. این نتیجه با پژوهش محمدی و کمالی (۱)، پیروزی و همکاران (۷)، احسان و همکاران (۱۷) و وجدانی و همکاران (۱۸) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. دلیل این نتایج مشابه می‌تواند محیط همانند مطالعه حاضر و بررسی ابعاد هم جهت باشد. حفظ کرامت بیماران یکی از پایه‌های پاسخگویی اجتماعی است که در مدل اولیه مورد توجه قرار گرفته بود و در تحلیل عاملی اکتشافی نیز اولین مؤلفه به دست آمده بود. نتایج پژوهش‌ها در سایر کشورها نیز نشان دادند یکی از مؤلفه‌های مهم که مردم برای پاسخگویی نظام سلامت در نظر می‌گیرند، حفظ کرامت انسانی ایشان است (۱۹-۲۱). خودمختاری دومین مؤلفه به دست آمده در تحلیل عاملی اکتشافی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در بعد خودمختاری میانگین نمرات کسب شده از متوسط نمره قابل کسب کمتر بود. این نتیجه با پژوهش محمدی و کمالی (۱)، پیروزی و همکاران(۷)، احسان و همکاران (۱۷) و وجدانی و همکاران (۱۸) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. دلیل این نتایج مشابه می‌تواند محیط همانند مطالعه حاضر و بررسی ابعاد هم جهت باشد. احترام به خودمختاری از ابعاد مهم پاسخگویی اجتماعی است (۲۲). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند زمانی مراجعین انتظار پاسخگویی از مؤسسات سلامت را دارند که به حق خودمختاری ایشان احترام گذاشته شود (۲۳-۲۶). سومین مؤلفه به دست آمده رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد رضایت مراجعه کنندگان از رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات بیشتر از متوسط مورد انتظار بود. این نتیجه با پژوهش محمدی و کمالی (۱)، پیروزی و همکاران (۷)، احسان و همکاران (۱۷) و وجدانی و همکاران (۱۸) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. دلیل این نتایج مشابه می‌تواند محیط همانند مطالعه حاضر و بررسی ابعاد هم جهت باشد. رازداری و محرمانگی یکی از ابعاد مهم پاسخگویی اجتماعی است. اگر نظامی بخواهد پاسخگو باشد و افراد بخواهند به آن اعتماد کنند باید اصول محرمانگی را رعایت کند (۲۷-۲۹). رضایت مراجعین از رازداری و محرمانگی در "طرح سلامت یار" نشان دهنده اهمیت این موضوع در نظام سلامت باشد. کیفیت تسهیلات اساسی به صورت تمیزی و تسهیلات داخل اتاق انتظار، کفایت و راحتی میزان فضایی اتاق معاینه و مشاوره سلامت و همچنین؛ کافی و مناسب بودن لوازم و تجهیزات برای روند درمان (۱) تعریف شده که چهارمین مؤلفه بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر رضایت استفاده کنندگان از "طرح سلامت یار" نسبت به حق انتخاب درمانگر کمتر از متوسط مورد انتظار بود که با نتایج پژوهش‌های مشابه در یک راستا است (۱، ۷، ۱۷ و ۱۹). فراهم کردن امکانات مورد نیاز از اصول اولیه پاسخگویی اجتماعی در نظام سلامت است (۳۰).

پنجمین مؤلفه حق انتخاب درمانگر بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر حق انتخاب درمانگر میانگین بیشتر از متوسط قابل کسب کرده بود. این نتیجه در مطالعات پیشین نیز تکرار شده بود. به نظر می‌رسد انتخاب پزشک توسط مردم یکی از موارد با اهمیت در رضایت بیماران از این مؤلفه باشد. دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و خانواده به صورت سهولت در برقراری ارتباط با محیط خارج از بیمارستان و راحتی ملاقات با دوستان و خویشاوندان (۱) ششمین مؤلفه بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رضایت مندی در این مؤلفه کمتراز متوسط مورد انتظار بود. آخرین و هفتمین مؤلفه در بخش پاسخگویی وضوح ارتباطات بود. این مؤلفه به صورت کافی بودن زمان برای کسب اطلاعات در مورد روند درمان و همچنین کافی و مناسب بودن توضیحات مسائل توسط تأمین کننده مراقبت سلامت (۱) تعریف شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رضایت استفاده کنندگان از خدمات "طرح سلامت یار" کمتر از متوسط مورد انتظار بود. نتایج در مورد دو بعد مورد بحث با نتایج مطالعات پیشین در یک راستا بودند (۱، ۷، ۱۷، ۱۹). ارتقاء کیفیت ارائه خدمات شامل تجهیزات و امکانات فیزیکی، بهداشت محیط، دسترسی به خدمات، مراقبت و جنبه‌های رفتاری بود. این ابعاد از مدل پاسخگویی سازمان بهداشت جهانی استخراج شدند (۱۲-۱۴). هشتمین مؤلفه تجهیزات و امکانات بود که به صورت نظم و انضباط محیط، وضعیت سیستم سرمایش/گرمایش و برخورداری از امکانات مدرن (۱۵) تعریف شده بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر رضایت استفاده کنندگان از خدمات "طرح سلامت یار" در مورد این مؤلفه بیشتر از سطح متوسط بود. این نتیجه با پژوهش گلشن و همکاران (۳۱)، طالقانی و نادم (۳۲)، نهاردانی و همکاران (۳۳)، عمادی و یعقوبی (۳۴)، شکوهی و همکاران (۳۵)، شیرویه زاد و همکاران (۳۶) و نورالنساء و همکاران (۱۵) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. نهمین مؤلفه بهداشت محیط بود که به صورت وضعیت بهداشتی محیط، سرویس‌های بهداشتی و آراستگی و پاکیزگی وسایل رفاهی (۱۵) تعریف شده بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر بهداشت محیط میانگین متوسطی را کسب کرد که با نتایج مطالعات پژوهش گلشن و همکاران (۳۱)، نهاردانی و همکاران (۳۷)، شیرویه زاد و همکاران (۳۸) و نورالنساء و همکاران (۱۵) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. دهمین مؤلفه به دست آمده دسترسی به خدمات سلامتی نام داشت که به صورت دسترسی سریع و مناسب به پزشک، کادر پرستاری و خدمات پاراکلینیک و همچنین؛ مراحل پذیرش و انجام امور اداری (۱۵) تعریف شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که رضایت استفاده کنندگان از خدمات "طرح سلامت یار" از دسترسی به خدمات سلامتی در سطح متوسط بود. این نتیجه با پژوهش گلشن و همکاران (۳۱)، نهاردانی و همکاران (۳۳)، شیرویه زاد و همکاران (۳۶) و نورالنساء و

همکاران (۱۵) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. یازدهمین مؤلفه به دست آمده مراقبت نام داشت که به صورت مهارت و تبحر پزشکان و کادر پرستاری و همچنین؛ رسیدگی مناسب کادر پرستاری به بیماران (۱۵) تعریف شده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر رضایت استفاده کنندگان از "طرح سلامت یار" از مراقبت بیشتر از حد متوسط بود. این نتیجه با پژوهش گلشن و همکاران (۳۱)، طالقانی و نادم (۳۲)، شکوهی و همکاران (۳۵) و نورالنساء و همکاران(۱۵) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد.

دوازدهمین مؤلفه به دست آمده جنبه‌های رفتاری نام داشت. جنبه‌های رفتاری عبارتست از؛ نحوه برخورد و احترام پزشکان، کادر پرستاری، نگهبانی و کارکنان پذیرش با بیماران و همراهان (۱۵). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رضایت استفاده کنندگان از جنبه‌های رفتاری کمتر از حد متوسط بود. این نتیجه با پژوهش گلشن و همکاران (۳۱)، طالقانی و نادم (۳۲)، شکوهی و همکاران (۳۵) و نورالنساء و همکاران(۱۵) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. دلیل این نتایج مشابه می‌تواند محیط همانند مطالعه حاضر و بررسی ابعاد هم جهت باشد. نتایج حاصل مطالعه حاضرنشان داد که "طرح سلامت یار" با ابعاد مختلف پاسخگویی و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات همبستگی معناداری داشته است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های قبلی در این زمینه‌ها شامل محمدی و کمالی (۱)، پیروزی و همکاران (۷)، احسان و همکاران (۱۷) و وجدانی و همکاران (۱۸)، گلشن و همکاران (۳۱)، طالقانی و نادم (۳۲)، نهاردانی و همکاران (۳۳)، عمادی و یعقوبی (۳۴)، شکوهی و همکاران (۳۵)، شیرویه زاد و همکاران (۳۶) و نورالنساء و همکاران (۱۵)، محفوظ پور و همکاران (۳۹) همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. دلیل این نتایج مشابه می‌تواند محیط همانند مطالعه حاضر و بررسی ابعاد هم جهت باشد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که بین پاسخگویی اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات در مرکز پزشکی آموزشی درمانی امام حسین تهران همبستگی وجود داشت. ارتقاء کیفیت خدمات حاصل توجه به پاسخگویی اجتماعی است. لذا به مسئولین توصیه می‌گردد برای بهبود کیفیت خدمات ارائه شده و پاسخگویی اجتماعی، تمهیدات لازم را با توجه به نتایج مطالعه حاضر، بیندیشند. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه گیری تنها از یک مرکز درمانی بود که تعمیم پذیری نتایج را مشکل می‌کند.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد دانشجو وجیهه سیفی فر به راهنمایی خانم دکتر فاطمه دباغی می‌باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری در تاریخ ۱۳۹۶/۷/۱۲ با شماره ۹۳۹۷ ثبت شده است. کد اخلاق پایان نامه شماره IR.IAU.SARI.REC.1396.43 ثبت شده است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مسئولین محترم بیمارستان امام حسین (ع)، خبرگان و کارشناسان محترم بیمارستان، همچنین دکترقهرمان محمودی، آقای فرهاد همتی، خانم دکتر فریده یغمایی تشکر می‌گردد.

References

1. Mohammadi A, Kamali K. Patients' viewpoints on the response status in outpatient clinics of Zanjan teaching hospitals. J Prev Care Nurs Midwifery. 2015;5(1):80-92.
2. Qahramani AA, Mostafavi A, Mohammadpour Zarandi H. The impact of organizational learning on economic and social accountability of tehran municipality. Q J Urban Econom Manage. 2015;3(12):77-97.
3. Asefzadeh S. Health Management. Second Edition ed. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences Publications; 2010
4. Ghasemzadeh-Alishahi A, Rabiei M, Kazemzadeh-Beytali M. The relationship of individual accountability with job stress and work deviant behavior among nurses. J Clin Nurs Midwifery. 2015;4(1):27-38.
5. Brandao C, Rego G, Duarte I, Nunes R. Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? Health Care Anal. 2013;21(4):390-402. doi: 10.1007/s10728-012-0206-3 pmid: 22481565
6. Übius Ü, Alas R. Organizational culture types as predictors of corporate social responsibility. Eng Econom 2015;61(1).
7. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Mohamadi Bolbanabad A, Safari H. Catastrophic Health Expenditure After the Implementation of Health Sector Evolution Plan: A Case Study in the West of Iran. Int J Health Policy Manag. 2016;5(7):417-23. doi: 10.15171/ijhpm.2016.31 pmid: 27694669
8. Khorasani Zavareh D, Mohammadlou F, Bigdeli M. Discovering the Factors Affecting the Quality of Emergency Services Therapies Based on the Views of the Recipients of the Service: Findings of a Qualitative Study. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2014;13(1):26-35.
9. Atinga RA, Abekah-Nkrumah G, Domfeh KA. Managing healthcare quality in Ghana: a necessity of patient satisfaction. Int J Health Care Qual Assur. 2011;24(7):548-63. doi: 10.1108/09526861111160580 pmid: 22204088
10. Hardeep C, Shivani M. Modeling patient satisfaction construct in the indian health care context. Int J Pharmac Healthcare Market 2013;7(1):75-92.
11. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. J Clin Epidemiol. 2000;53(5):459-68. pmid: 10812317
12. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran. Health Policy Plan. 2012;27(7):613-23. doi: 10.1093/heapol/czs001 pmid: 22279081
13. 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. pmid: 22737485

14. Üstün TB, Chatterji S, Mechbal A, Christopher J.L. Murray. Health systems performance assessment. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003.
15. Nouronesa R, Rezaian S, Saghaei A, Karimzadeh Y, Moradi S. Evaluating the quality of treatment services in the emergency ward of the hospital, based on patients' rights (a cross sectional study). J Med Ethics. 2013;7(23):183-61.
16. de Silva A, Valentine N. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries: World Health Organization; 2018 [cited 2018]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/paper21.pdf.
17. Ehsan Z, Danesh Khan A, Khorram S, Shamsuddini Lori A, Ahmadi Kashkoli S. Comparison of responsiveness in public and private hospitals of Shahid Behesti University of Medical Sciences from the patient's viewpoints, 2015. Pajouhandeh. 2016;21(2):99-106.
18. Vejdani M, Godarzeyan M, Rahimi Z, Saffari SE, Vejdani M, Fouji S, et al. Responsiveness in health service: Patients experience in hospital of sabzevar. J Sabzevar Univ Med Sci. 2016;23(4):662-71.
19. Sao Jose JM. Preserving Dignity in Later Life. Can J Aging. 2016;35(3):332-47. doi: 10.1017/S0714980816000398 pmid: 27456751
20. Byers P. Dependence and a Kantian conception of dignity as a value. Theor Med Bioeth. 2016;37(1):61-9. doi: 10.1007/s11017-016-9351-2 pmid: 26906557
21. Chan DK. The concept of human dignity in the ethics of genetic research. Bioethics. 2015;29(4):274-82. doi: 10.1111/bioe.12102 pmid: 24909591
22. Bushardt RL. Autonomy and accountability. JAAPA. 2015;28(1):16-7. doi: 10.1097/01.JAA.0000458862.55688.e9 pmid: 25486499
23. Dainty KN, Golden BR, Hannam R, Webster F, Browne G, Mittmann N, et al. A realist evaluation of value-based care delivery in home care: The influence of actors, autonomy and accountability. Soc Sci Med. 2018;206:100-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.04.006 pmid: 29727779
24. Kellmeyer P, Cochrane T, Muller O, Mitchell C, Ball T, Fins JJ, et al. The Effects of Closed-Loop Medical Devices on the Autonomy and Accountability of Persons and Systems. Camb Q Healthc Ethics. 2016;25(4):623-33. doi: 10.1017/S0963180116000359 pmid: 27634714
25. Schneller ES, Wilson NA. Professionalism in 21st century professional practice: autonomy and accountability in orthopaedic surgery. Clin Orthop Relat Res. 2009;467(10):2561-9. doi: 10.1007/s11999-009-0836-4 pmid: 19377906
26. Nelson S. From autonomy to accountability: individual versus system issues in contemporary practice. Enferm Clin. 2007;17(4):169-70. pmid: 17915118
27. Barnable A, Cunning G, Parcon M. Nursing Students' Perceptions of Confidentiality, Accountability, and E-Professionalism in Relation to Facebook. Nurse Educ. 2018;43(1):28-31. doi: 10.1097/NNE.0000000000000441 pmid: 28857955
28. Jewell P. The conflict between accountability and confidentiality in Medicare's access to psychiatrists? notes. Australas Psychiatry. 2011;19(6):489-92. doi: 10.3109/10398562.2011.610460 pmid: 22011326
29. Committee on Child A, Neglect. Policy statement--Child abuse, confidentiality, and the health insurance portability and accountability act. Pediatrics. 2010;125(1):197-201. doi: 10.1542/peds.2009-2864 pmid: 20026490
30. Donnelly LF, Cherian SS, Chua KB, Thankachan S, Millecker LA, Koroll AG, et al. The Daily Readiness Huddle: a process to rapidly identify issues and foster improvement through problem-solving accountability. Pediatr Radiol. 2017;47(1):22-30. doi: 10.1007/s00247-016-3712-x pmid: 27771747
31. Golshan S, Faizie T, Basiri A. [Management Evaluation on Patient Satisfaction Referring to the First Iranian Cancer Prevention Clinic based on the SERVO questionnaire and according to the main areas of the system of governance of clinical services]. The first international conference on modern intelligence management paradigms Commercial and Organizational; Tehran: Shahid Beheshti University; 2016.
32. Taleghani M, Nadem M. [Measurement of the quality of services of Iran's insurance company based on Sarvakol model Case study: Iran Insurance Company of Shahre Rast Head of Guilan Provincial Department]. First International Conference on the New Paradigms of Business Intelligence Management; Tehran: Shahid Beheshti University; 2016.
33. Nahardani H, Mofidnaia A, Izadi T. [Analysis of the gap between Perceptions and Expectations of the Quality of Educational Services in Schools Using the Servoal Model (Case Study: The Secondary School Students of Sabzevar)]. The 2nd International Conference on New Findings in Science and Technology; Qom: Center for Islamic Studies and Research Soroush Hekmat Mortazavi; 2016.
34. Emadi R, Yaghoubi NM. [Patient satisfaction assessment of patients in Ali ibn Abi Talib Hospital based on Service Quality Model]. Second National Conference on Management of Ocean; Shiraz: Center for the Development of Modern Education in Iran (Metana); 2016.
35. Shokohi M, Mafi E, Hasan Dost Farokhani D, Rahimi H. [Assessment and evaluation of municipal services quality in 6 and 8 areas of Mashhad with SERVQUAL Model]. 2nd International Congress of Earth Sciences and Development; Tabriz: Kian Project Co Knowledge, Institute of Jihad University of East Azarbaijan Province; 2016.
36. Shirooyzad H, Seifi M, Bayati N. [Slice Analysis and Performance Analysis; The Importance of Service Quality Dimensions by Student Attitude; Department of Industrial Engineering, Islamic Azad University, Najaf Abad]. 3rd National Conference on Engineering Science Development, Mazandaran-Tin Kaban, Aydangan Institute of Higher Education; Mazandaran2016.

37. Nahardani H, Mofidnaia A, Izadi T. Analysis of the gap between Perceptions and Expectations of the Quality of Educational Services in Schools Using the Servoal Model (Case Study: The Secondary School Students of Sabzevar). The 2nd International Conference on New Findings in Science and Technology; Qom: Center for Islamic Studies and Research Soroush Hekmat Mortazavi; 2016.
38. Shirooyzad H, Seifi M, Bayati N. Slice Analysis and Performance Analysis; The Importance of Service Quality Dimensions by Student Attitude; Department of Industrial Engineering, Islamic Azad University, Najaf Abad. 3rd National Conference on Engineering Science Development, Mazandaran-Tin Kaban, Aydangan Institute of Higher Education. 2016.
39. Mahfoozpour S, Pouragh B, Abedi Z, Satarivand S. Assessing efficiency in hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences using Data Envelopement Analysis Method. J Health Promot Manage 2015;5(1):11-20.