

## وضعیت پاسخگویی نظام سلامت:

۲۵۵

### مطالعه مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز در سال ۱۴۰۱

**مقدمه:** پاسخگویی یکی از مؤلفه‌های اصلی نظام سلامت است که با خصوصیات اجتماعی جامعه مرتبط است. برنامه‌ریزی برای دستیابی به پاسخگویی نظام سلامت در مناطق حاشیه‌نشین به‌عنوان اجتماعات نوظهور و یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت برای دستیابی به یک سیستم ارائه خدمات مناسب الزامی است. هدف این مطالعه بررسی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در ساکنین مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز بود.

**روش:** در این مطالعه مقطعی، ۳۸۵ نفر از ساکنان مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از ۷ مرکز بهداشتی درمانی مناطق آل صافی، منبع آب، کوت عبدالله، کوی رمضان، عین دو، حصیرآباد و کیان‌آباد و دو بیمارستان علامه کرمی و بیمارستان سینا در سال ۱۴۰۱ انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چکلیست اطلاعات دموگرافیک اجتماعی و پرسشنامه پاسخگویی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی، من ویتنی، کروسکال والیس، آنالیز واریانس و تی‌مستقل در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

**یافته‌ها:** دامنه سنی پاسخگویان ۱۸ تا ۹۷ سال با میانگین (۴۲/۸۴±۱۶/۵۶) بود. زنان ۶۶ درصد از جامعه پژوهش را تشکیل دادند. ۷۶ درصد متأهل، ۲۶ درصد بی‌سواد و ۴/۴ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۸۵/۷ درصد از پاسخگویان درآمد زیر ۵ میلیون داشتند. ۶۶/۲ درصد از سازمانهای ارائه خدمت دولتی استفاده می‌کردند. ۸۰ درصد دارای بیمه درمانی و ۱۵/۱ درصد دارای بیمه تکمیلی بودند. عملکرد خدمات بستری از نظر پاسخگویی بهتر از خدمات سرپایی بود. بعد «انتخاب آگاهانه» برای خدمات سرپایی و بستری امتیاز پایینی دریافت کرد. تقریباً ۱۳ درصد از پاسخگویان در حین دریافت خدمات بستری، نوعی از تبعیض را درک کردند. پاسخگویی در همه ابعاد با نوع ارائه‌دهنده خدمات، در بعد ارتباط با نوع ارائه خدمات، در بعد انتخاب آگاهانه و محرمانگی با داشتن بیمه تکمیلی شرکت‌کنندگان در پژوهش رابطه معنی‌داری داشت.

**بحث:** توجه به کیفیت امکانات مراکز، دسترسی به حمایت اجتماعی و انتخاب آگاهانه به‌عنوان ابعاد دارای اولویت برای برنامه‌ریزی برای اقدامات اصلاحی به‌منظور بهبود پاسخگویی نظام سلامت در مناطق حاشیه‌نشین پیشنهاد می‌شود.

#### ۱- طاهره گوهری

کارشناس ارشد سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران.

#### ۲- سید حسین محقق کمال

دکتر سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).  
<hosseinmohaqq@gmail.com>

#### ۳- آمنه ستاره فروزان

روان‌پزشک، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

#### ۴- سینا احمدی

دکتر سلامت و رفاه اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

#### ۵- مرضیه عربان

دکتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه جندی شاپور، اهواز، ایران.

واژه‌های کلیدی:






پاسخگویی، نظام سلامت، مناطق حاشیه‌نشین، طرح تحول، اهواز

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۹



## Health System Responsiveness Status: Study of Slum Areas of Ahvaz in 2022

- ▶ **1. Tahere Gohari**   
M.A. in Health and Social Welfare,  
Social Welfare Management  
Research Center, University of  
Social Welfare and Rehabilitation  
Sciences, Tehran, Iran.
- ▶ **2. Seyed Hossein Mohaqeqi Kamal**   
Ph.D in Health and Social  
Welfare, Social Welfare  
Management Research Center,  
University of Social Welfare and  
Rehabilitation Sciences, Tehran,  
Iran. (corresponding author)  
<hosseinmohaqeq@gmail.com>
- ▶ **3. Ameneh Setareh Forouzan**   
Psychiatrist, Social Welfare  
Management Research Center,  
University of Social Welfare and  
Rehabilitation Sciences, Tehran,  
Iran.
- ▶ **4. Sina Ahmadi**   
Ph.D in Health and Social Welfare,  
School of Health, Kermanshah  
University of Medical Sciences,  
Kermanshah, Iran
- ▶ **5. Marzieh Araban**   
Ph.D in Health Education  
and Promotion, Department  
of Health Promotion and  
Education, School of Health,  
Menopause Andropause  
Research Center, Ahvaz  
Jundishapur University of  
Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

### Key words:

Health System, Respon-  
siveness, Reform Plan,  
Slum areas, Ahvaz

Received: 2023/06/21

Accepted: 2023/10/21

**Introduction:** Responsiveness is a main component of the health system, which is related to the social characteristics of the society. The aim of this study was to evaluate the responsiveness of the health system in the slum areas of Ahvaz.

**Method:** In this cross-sectional study, 385 residents of the marginal areas of Ahvaz were selected by multi-stage sampling method. Data were collected using Socio demographic-checklist and WHO responsiveness questionnaire. Data were analyzed using SPSS V22 applying descriptive statistics tests, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, ANOVA and t-test.

**Findings:** The age range of the participants was 18 to 97 years with an average of (42.84±16.56). Women constituted 66% of the research population. 76% were married, 26% were illiterate and 4.4% had university education. 85.7 percent of participants were under five million people. 66.2% used government service providers. 80% had health insurance, and 15.1% had supplementary insurance. Performance of in-patient services was better than outpatient services in terms of responsiveness. Aspect "Choice" received low score for outpatient and inpatient services. Almost 13% of respondents perceived some sort of discrimination while receiving inpatient services. Responsiveness of the participants in this study was found to have a significant relationship in all aspects with the type of service provider (charity/private/government), in the aspect of communication with the type of service provision (outpatient/inpatient), and in the aspect of informed choice and confidentiality with the having supplementary insurance.

**Discussion:** Paying attention to the quality of facilities, access to social support, and choice is suggested as a criterion with points for planning for change in order to improve the responsiveness of the health system in marginalized areas.

**Citation:** Gohari T, Mohaqeqi Kamal S H, Frouzan A S, Ahmadi S, Araban M. (2024). Health System Responsiveness Status: Study of Slum Areas of Ahvaz. *refahj*. 0(91), : 7

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4224-fa.html>



### **Extended abstract**

**Introduction:** The World Health Organisation (WHO) considered responsiveness, fair financing, and equity as essential aims of health systems. Nevertheless, of these goals, responsiveness received notably less attention (WHO, 2000). Responsiveness is how well the health system meets the just expectations of the people for the non-health increasing features of the health system. Responsiveness has been operationalized taking account of eight dimensions as respect for human dignity; autonomy to participate in health-related decisions; confidentiality; prompt attention; adequate quality of care; communication; access to social support networks; and choice of health care providers (Fathi, 2019).

In the 2000 global report of WHO, the ranking of the health systems of 191 countries in terms of responsiveness was determined. Iran has been ranked 100 in this report (WHO, 2000). Iran's ranking was relatively low in the responsiveness of the health system, while currently this goal of WHO is one of the important issues of every health system and one of the components desired by policy makers and health system managers all over the world (Piroozi, 2016).

On the other hand, nowadays people's awareness and consequently their understanding of the health system has increased and they no longer consider the health system as the mere act of meeting their medical needs (Fazaeli, 2014). Investigating the health responsiveness system status of slum areas as emerging communities and one of the social determinants of health is necessary to achieve a system of proper service delivery. The aim of this study was to evaluate the responsiveness of the health system in the slum areas of Ahvaz.

**Method:** This cross-sectional study was conducted in 2022 in the slum areas of Ahvaz, Iran. The study population was outpatients and inpatients referring to health centers and hospitals in the slum areas of Ahvaz. The sample size consisted of 385 people using Cochran's formula. After determining the sample size, the research participants were selected by multi-stage sampling method; first, among the 14 slum areas of Ahvaz city, seven areas of Al-Safi, Manba-e- Ab, Kot-e-Abdullah, Koi Ramezan, Ain Do, Hasir Abad, and Kian Abad were selected by random sampling. Then, sampling was done in the service centers in each region, according to

the size (population) of the region and by the available sampling method among the people who refer to the centers. Each region had a health care center, but only two hospitals, Allameh Karami and Sinai Hospital were located in these regions. Due to the fact that most of the patients referring to health care centers to receive outpatient services did not have a history of hospitalization in the last 6 months, in order to better reach samples with a history of hospitalization, data were gathered from the aforementioned hospitals.

Outpatients in the waiting room of health care centers and emergency departments of hospitals, after the visit and also hospitalized patients in the room where they were hospitalized, completed the questionnaires, and the purpose of the study was explained to them as well. In the case of hospitalized patients, it was considered that at least 24 hours had passed since the patient's hospitalization in order to achieve a relative knowledge of the environment and health care providers. In cases where the patient was not able to answer for any reasons, the questions were asked from his companion or the questionnaire was completed by the researcher according to a structured interview (interview based on questionnaire questions). To collect data related to the measurement of responsiveness from the questionnaire of WHO regarding the measurement of the responsiveness of the health system, which includes demographic-social questions and questions related to the measurement of responsiveness, and in the study of Askari et al. (2016), it was localized and validated by experts and the experts reviewed and its reliability was confirmed with Cronbach's alpha of 0.92 and 0.94 respectively for outpatient and inpatient services.

**Findings:** The age range of the participants was 18 to 97 years with an average of  $(42.84 \pm 16.56)$ . 66.2% (255 people) used government health service providers. Based on the data obtained, 66% (254 people) of the research population were women, 26% (100 people) were illiterate and 4.4% (17 people) had university education, and 47% (181 people) used outpatient services and 53% (204 people) used inpatient services.

The mean value of the domains of responsiveness were generally better in the inpatient department than that of the outpatient department, except for the dimen-

sion of communication. The mean scores of the dimensions of responsiveness in the outpatient department were different from maintaining dignity (4.07) to choice of health care providers (3.03). In the inpatient services, the dimension (4.18) had the highest mean and the choice (3.07) had the lowest mean. In the outpatient services, the mean of dignity dimension (4.07) was evaluated as good and the average of other dimensions as moderate. In the inpatient services, the average dimensions of dignity, confidentiality, independence, attention, and immediate care were evaluated as good, and the average dimensions of communication, quality of facilities, social support, and choice were evaluated as average.

There was no significant relationship between occupation, gender, educational status, and household income level with the responsiveness of the health system. But there was a significant relationship between having supplementary insurance and the dimensions of informed choice ( $p=0.03$ ), independence ( $p=0.03$ ) and confidentiality of information ( $p=0.004$ ). Also, there was a significant relationship between the type of service provided (outpatient/inpatient) and the dimension of communicating with the service recipient ( $p=0.001$ ). In addition, this type of service provider organization had a significant relationship with all dimensions of responsiveness and total responsiveness ( $p<0.05$ ) as well.

**Discussion:** In general, the findings of this research showed that the state of overall responsiveness in the slum areas of Ahvaz is at an average level, and therefore there is not a big gap between the goal of health departments to reach the desired level of responsiveness and the result of the study. The average level of responsiveness in the slum areas of Ahvaz, despite the implementation of the health system reform plan with the specific aim of improving responsiveness and providing healthcare services to the slum areas, shows that this plan is not good enough to make the health system accountable, and there is a need for simultaneous measures to improve and promote social support, informed choice, and communication should be measured. Especially the dimensions of communication and informed choice, which were faced with a low level of response in most of the internal studies.

## **Ethical considerations**

### **Contribution of authors**

All authors contributed to this article.

**Financial Resources** No direct or indirect financial support has been received from any organization for the publication of this article.

### **Conflict of interest**

According to the authors, there is no conflict of interest in this article.

Following Principles of Research Ethics

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance

with the ethical standards of the Committee of Ethics in Research of the University of Social Welfare and

Rehabilitation Sciences, Tehran (ethical code IR.USWR.REC.1400.270).

## مقدمه

ایجاد نظام‌های سلامت به‌منظور رشد سالم افراد، خانواده‌ها و جوامع در تمام دنیا امری مهم و حیاتی است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). سه هدف اصلی نظام سلامت عبارتند از: سلامتی، پاسخگویی و تأمین مالی عادلانه (عرب، ۲۰۱۵).

پاسخگویی یکی از مؤلفه‌های کلیدی نظام سلامت است (وندان<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰) که سازمان بهداشت جهانی آن را تجربه پاسخگویان از توانایی نظام سلامت در برآوردن انتظارات مشروع افراد در ابعاد غیرطبی اما تقویت‌کننده نظام سلامت تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). این سازمان برای بررسی پاسخگویی نظام سلامت مدلی ارائه کرده است که از ۸ بعد تشکیل شده و در دو بخش ارائه شده است؛ مشتری مداری: شامل حفظ شأن و کرامت فرد، برقراری ارتباط صمیمانه، محرمانگی اطلاعات، استقلال افراد و خانواده‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود. ساختاری: شامل توجه فوری، حمایت اجتماعی، امکانات فیزیکی مرکز درمانی و حق انتخاب درمانگر و مراقب سلامت (فتحی، ۲۰۱۹). این مدل به‌گونه‌ای طراحی شده که جامع، آزمون‌پذیر و قابل‌مقایسه بین جمعیت‌های گوناگون باشد (منتظرالفرج، ۲۰۱۶).

در گزارش جهانی سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، رتبه سیستم سلامت ۱۹۱ کشور در پاسخگویی مشخص گردید. کشور ایران در این گزارش رتبه ۱۰۰ را اخذ کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). رتبه نسبتاً پایین ایران در پاسخگویی نظام سلامت در حالی است که امروزه این هدف سازمان بهداشت جهانی جزء مسائل مهم هر نظام بهداشتی و از مؤلفه‌های موردنظر سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در تمام جهان است (پیروزی، ۲۰۱۴). از طرفی امروزه آگاهی‌های مردم و به‌تبع آن شناخت آنها از نظام سلامت افزایش

1. WHO
2. Vandan

یافته و دیگر به نظام سلامت صرفاً به‌عنوان برآورده‌کننده نیازهای طبی خود نگاه نمی‌کنند (فاضلی، ۲۰۱۵).

در اسناد و قوانین بالادستی ایران مانند قانون اساسی، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی سلامت کشور، مراعات حقوق اساسی، انسانی، مدنی، پاسخگویی و تکریم خدمت‌گیرندگان نظام سلامت را به‌عنوان یکی از اهداف کلان نظام سلامت عنوان کرده‌اند (دادگر، ۲۰۱۸). علاوه بر این یکی از اهداف کلان چشم‌انداز نظام جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، دستیابی به جایگاه اول منطقه در پاسخگویی به نیازهای غیرطبی خدمت‌گیرندگان (بخش سرپایی و بستری/دولتی و غیردولتی) و رسیدن به پاسخگویی ۹۰ درصد تا پایان برنامه است (عرب، ۲۰۱۵). همچنین وزارت بهداشت ایران به‌عنوان متولی اصلی نظام سلامت کشور، طرح تحول سلامت را از ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۳ اجرا کرد که یکی از اهداف نهایی آن افزایش پاسخگویی بود (دادگر، ۲۰۱۸).

پاسخگویی نظام سلامت با محل سکونت افراد (چائو، ۲۰۱۷) و خصوصیات اجتماعی جامعه مرتبط است (کیوانلو، ۲۰۲۰). یکی از اجتماعات نسبتاً نوظهور پدیده حاشیه‌نشینی است که با اسکان غیررسمی و بدون مجوز تعداد زیادی از افراد به وجود می‌آید (بهمنی، ۲۰۲۰). این پدیده گذار و محدود نیست (بشیری و مظفری، ۲۰۱۴) و سرعت پیشروی آن به‌قدری است که پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۳۰ بیش از یک‌سوم جمعیت جهان حاشیه‌نشین خواهند بود (بهمنی، ۲۰۲۰). امروزه ظهور این مناطق گریبان‌گیر اکثر شهرهای جهان شده است (رضایی، ۲۰۱۵) و با چالش‌های مربوط به آن مواجه هستند (بختیاری، ۲۰۱۶). از جمله این چالش‌ها عدم دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب است (بهمنی، ۲۰۲۰).

حاشیه‌نشینان و بی‌خانمانها، اغلب پیامدهای بهداشتی بدتری را نسبت به هم‌تایان روستایی



خود تجربه می‌کنند (السی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). نابرابری در بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی نه تنها می‌تواند بر گروه‌های مربوطه تأثیر بگذارد، بلکه می‌تواند موجب کاهش کیفیت مراقبت و سلامت در مابقی جامعه شده که پیامد آن ایجاد هزینه‌های غیرضروری است (وندان<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). از طرفی فقر ریشه‌دار، سرپناه‌های بسیار شلوغ، عدم کفایت زیرساختها و نبود مالکیت مشخص، همه اینها می‌توانند خطر مواجهه با عوامل محیطی بیماری‌زا را افزایش دهند (نکویی، ۲۰۱۹).

رشیدیان و همکاران در سال ۲۰۱۱ پاسخگویی نظام سلامت در منطقه ۱۷ تهران را ارزیابی کردند و نشان دادند که عملکرد خدمات سرپایی از نظر پاسخگویی بهتر از خدمات بستری بود. دو مؤلفه «توجه سریع» و «کیفیت امکانات اولیه» امتیاز کم برای خدمات سرپایی دریافت کردند. همچنین فضائلی و همکاران در سال ۲۰۱۴ مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان پاسخگویی نظام سلامت در حوزه خدمات سرپایی در مناطق منتخب شهر مشهد انجام دادند و دریافتند که حوزه کیفیت امکانات رفاهی بیشترین اهمیت و حوزه دسترسی به حمایت خانواده و اجتماع در زمان بستری کمترین اهمیت را دارد.

بررسی مطالعات پیشین این حوزه نشان می‌دهد که جامعه مورد مطالعه پژوهش‌های پیشین اکثراً محدود به مراکز بیمارستانی و مراکز خدمات بهداشتی-درمانی سطح شهر است (فتحی و همکاران، ۲۰۱۹، کیوانلو و همکاران، ۲۰۲۰، منتظرالفرج و همکاران، ۲۰۱۶ و وجدانی و همکاران، ۲۰۱۵، زارعی و همکاران، ۲۰۱۵، عرب و همکاران، ۲۰۱۴، قرایی و همکاران، ۲۰۱۳؛ محمدی و کمالی، ۲۰۱۳). در مطالعه فضائلی و همکاران نیز مناطق برخوردار و غیربرخوردار شهری کلان‌شهر مشهد مورد توجه بوده است. با توجه به اهمیت پاسخگویی نظام سلامت در مناطق حاشیه‌نشین و محروم، هیچ‌یک از مطالعات گذشته به موضوع پاسخگویی نظام سلامت در بین حاشیه‌نشینان توجه نکرده است.

---

1. Elsey  
2. Vandan

طرح تحول نظام سلامت با اجرای طرح دسترسی جمعیت‌های ساکن حاشیه و سکونتگاه‌های غیررسمی، به مراقبت‌های اولیه سلامت، گامی برای عدالت دسترسی به خدمات سلامت و کاهش پرداخت از جیب برای نیازمندان برداشت (فرید، ۲۰۱۵). یکی دیگر از اهداف این طرح ارتقای پاسخگویی نظام سلامت است، چراکه سطح پایین پاسخگویی ممکن است منجر به دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی شود (دادگر، ۲۰۱۸). این امر برای مناطق حاشیه‌نشین که خود با مشکل در دسترسی به خدمات مواجه هستند (امیرفخریان، ۲۰۱۲)، یک تهدید محسوب می‌شود. از این رو ضرورت انجام نیازسنجی دقیق برای پی‌بردن به نیازهای واقعی جمعیت حاشیه‌نشین امری اجتناب‌ناپذیر است (دادگر، ۲۰۱۸). چراکه وقوع این امر سبب تسهیل یک جریان مؤثر اطلاعات بین نظام سلامت و جمعیت خواهد شد و این جریان عنصر کلیدی پاسخگویی است.

درواقع این اطلاعات یک ابزار عالی برای متصدیان خواهد بود و باعث آگاهی مدیران برنامه‌ها و سیاست‌گذاران از مشکلاتی خواهد شد که به‌طورکلی در نظام سلامت وجود دارد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

یکی از مطرح‌ترین شهرها در بحث حاشیه‌نشینی شهر اهواز است. متوسط حاشیه‌نشینی در جمهوری اسلامی، ۸ تا ۱۱ درصد است، این در حالی است که این رقم در اهواز به ۳۰ درصد می‌رسد. این درصد معادل ۴۰۰ هزار نفر از جمعیت شهر اهواز است و ۱۴ منطقه شامل ملاشیه، آل صافی، منبع آب، کوت عبدالله، آسیاباد، کوی رمضان، عین دو، کوی سیاحی، کوی سلیم‌آباد، گلدشت، کوی طاهر، کیان‌آباد، زرگان و حصیرآباد را پوشش می‌دهد (بهمنی، ۲۰۲۰).

بررسی اجمالی وضعیت حاشیه‌نشینان در خوزستان حکایت از آن دارد که ارائه خدمات به این مناطق صرفاً با برنامه‌های ضربتی آن‌هم محدود به ارائه خدمات عمرانی صورت گرفته

1. WHO

است، همین امر سبب شده شاخصهای بهداشتی و اجتماعی و سرانه فرهنگی مغفول بمانند (بهمنی، ۲۰۱۸). این امر در مورد بررسی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت هم صدق می‌کند. با توجه به جمعیت بالای مناطق حاشیه‌نشین در اهواز، شیوع بیماریها و عدم دسترسی به خدمات و مراقبتهای بهداشتی در این مناطق دور از انتظار نیست. بررسی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در این جمعیت می‌تواند به برنامه‌ریزی و سیاستگذاری بهتر نظام سلامت برای رفع محرومیت‌های بهداشتی و سلامتی آنها کمک شایانی کند. بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در میان حاشیه‌نشینان شهر اهواز است.

## روش

این مطالعه از نوع پیمایش مقطعی است که سال ۱۴۰۱ در مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز انجام شد. جامعه مورد مطالعه این تحقیق را بیماران سرپایی و بستری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانهای مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز تشکیل دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۵ نفر در نظر گرفته شد. پس از تعیین حجم نمونه، شرکت‌کنندگان در پژوهش به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند؛ ابتدا از بین ۱۴ منطقه حاشیه‌نشین شهر اهواز، ۷ منطقه آل صافی، منبع آب، کوت عبدالله، کوی رمضان، عین دو، حصیرآباد و کیان‌آباد به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. سپس، نمونه‌گیری در مراکز ارائه خدمت در هر منطقه، متناسب با حجم جمعیت منطقه و به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز انجام شد.

هر منطقه یک مرکز بهداشتی درمانی داشت، همچنین اطلاعات خدمات بستری از دو بیمارستان علامه کرمی (خیریه) و بیمارستان سینا (دولتی) که در این مناطق قرار داشتند، دریافت شد. با توجه به اینکه مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات بهداشتی درمانی برای دریافت خدمات سرپایی مراجعه می‌کردند و اکثراً سابقه بستری در ۶ ماه اخیر را نداشتند،

برای دستیابی بهتر به نمونه‌هایی با سابقه بستری به بیمارستانهای فوق‌الذکر مراجعه شد. بیماران سرپایی در سالن انتظار مراکز بهداشتی درمانی و بخش اورژانس بیمارستانها، پس از ویزیت و بیماران بستری در اتاقی که بستری بودند پرسشنامه‌ها را ضمن توضیح در مورد هدف مطالعه و کسب رضایت از بیمار تکمیل می‌کردند.

در مورد بیماران بستری این نکته در نظر گرفته می‌شد که حداقل ۲۴ ساعت از بستری بیمار گذشته باشد تا بتواند به یک شناخت نسبی از محیط و ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت دست یابد. در مواردی که بیمار به هر دلیلی قادر به پاسخگویی نبود، سؤالات از همراه وی پرسیده می‌شد یا اینکه پرسشنامه توسط پژوهشگر طبق یک مصاحبه ساختارمند (انجام مصاحبه بر اساس سؤالات پرسشنامه) تکمیل می‌شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سکونت در مناطق حاشیه‌نشین به مدت حداقل ۱۲ ماه، سن بالای ۱۸ سال، داشتن تجربه استفاده از خدمات سلامت (بستری/ سرپایی) طی ۶ ماه گذشته برای خود یا یکی از اعضای خانواده و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل؛ عدم توانایی برقراری ارتباط و پرسشنامه‌های ناقص بود.

برای گردآوری داده‌های مربوط به سنجش پاسخگویی از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی در خصوص سنجش پاسخگویی نظام سلامت که شامل سؤالات دموگرافیک- اجتماعی و سؤالات مربوط به سنجش پاسخگویی است و در مطالعه عسکری و همکاران ۲۰۱۶ بومی‌شده و روایی آن توسط کارشناسان و صاحب‌نظران بررسی و پایایی آن در مورد خدمات سرپایی و بستری به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ۰/۹۴ تأیید شده بود، استفاده شد.

پرسشنامه دو بخش اصلی داشت. بخش اول شامل ۱۳ سؤال باز و بسته در مورد مشخصات دموگرافیک-اجتماعی بیمار بود. بخش دوم شامل ۲۹ سؤال بوده و برای بررسی پاسخگویی نظام سلامت در خدمات بستری و سرپایی مورد استفاده قرار گرفت. در این

پرسشنامه ۸ بعد پاسخگویی شامل؛ حفظ شأن و کرامت بیمار (سؤالات ۷-۱)، استقلال (سؤالات ۹-۸)، حق انتخاب (سؤالات ۱۱-۱۰)، محرمانگی (سؤالات ۱۴-۱۲)، برقراری ارتباط مناسب با بیمار (سؤالات ۱۸-۱۵)، توجه و رسیدگی فوری (سؤالات ۲۰-۱۹)، کیفیت تسهیلات رفاهی (سؤالات ۲۷-۲۱)، دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی (سؤالات ۲۹-۲۸) مورد بررسی قرار گرفتند. بعد دسترسی به حمایت اجتماعی تنها در مورد بیماران بستری بررسی می‌شود. شیوه امتیازدهی به این پرسشنامه به شیوه لیکرت از ۱ تا ۵ (خیلی خوب، خوب، متوسط، نامناسب، خیلی نامناسب) بود که به گزینه خیلی خوب امتیاز ۵ و به گزینه خیلی بد امتیاز ۱ داده شد، در نتیجه میانگین نمره هر بعد از پاسخگویی و نمره کل پاسخگویی عددی بین ۵-۱ بود، به طوری که اگر میانگین نمره پاسخگویی یا ابعاد آن کمتر از ۲/۵ باشد ضعیف، بین ۲/۵-۴ متوسط و بالاتر از ۴ خوب ارزیابی شد (زارعی، ۲۰۱۶). در این مطالعه دوره یادآوری برای بیماران سرپایی و بستری ۶ ماه در نظر گرفته شد.

یافته‌های توصیفی با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) تحلیل شدند. یافته‌های تحلیلی مطالعه نیز با استفاده از آزمونهای آماری مرتبط و بر اساس نرمال بودن یا نبودن متغیرها گزارش شد. بر این اساس ابتدا با آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف، نرمالیت متغیرهای اصلی مطالعه مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس نتایج آزمون، برای بررسی پاسخگویی نظام سلامت از آزمونهای پارامتریک (تی مستقل و آنوا) و در مورد ابعاد پاسخگویی از آزمونهای ناپارامتریک (کروسکال والیس و من ویتنی)، در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

اصول اخلاق در پژوهش از جمله اخذ تأییدیه کمیته اخلاق (IR.USWR.REC.۱۴۰۰.۲۷۰)، اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان و حفظ محرمانگی هویت فردی شرکت‌کنندگان رعایت شد.

## یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۸ تا ۹۷ سال با میانگین (۴۲/۸۴±۱۶/۵۶) بود. ۶۶/۲ درصد از سازمانهای ارائه خدمت سلامت دولتی استفاده می‌کردند. بر مبنای اطلاعات به‌دست‌آمده، ۶۶ درصد از جامعه پژوهش را زن بودند، ۲۶ درصد بی‌سواد و ۴/۴ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۴۷ درصد از خدمات سرپایی و ۵۳ درصد از خدمات بستری استفاده کرده‌اند. برخی از مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک وضعیت تأهل، سطح تحصیل، شغل و... در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و اجتماعی پاسخگویان

عنوان	طبقه‌بندی	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۱۳۱ (۳۴)
	زن	۲۵۴ (۶۶)
وضعیت تأهل	مجرد	۴۲ (۱۰/۹)
	متأهل	۲۹۳ (۷۶/۱)
	مطلقه	۶ (۱/۶)
	بیوه	۴۴ (۱۱/۴)
وضعیت تحصیلی	بی‌سواد	۱۰۰ (۲۶)
	ابتدایی	۱۷۸ (۴۶/۲)
	زیر دیپلم	۷۶ (۱۹/۷)
	دیپلم	۱۴ (۳/۶)
	فوق دیپلم	۱۵ (۳/۹)
	لیسانس	۲ (۰/۵)

عنوان	طبقه‌بندی	تعداد (درصد)
سطح درآمد ماهانه خانوار	زیر یک میلیون	۱۱۱ (۲۸/۸)
	یک تا دو میلیون	۶۲ (۱۶/۱)
	دو تا سه میلیون	۷۹ (۲۰/۵)
	سه تا پنج میلیون	۷۸ (۲۰/۳)
	پنج تا ده میلیون	۴۰ (۱۰/۴)
	بالای ده میلیون	۱۵ (۳/۹)
بیمه درمانی	دارد	۳۰۸ (۸۰)
	ندارد	۷۷ (۲۰)
بیمه تکمیلی	دارد	۵۸ (۱۵/۱)
	ندارد	۳۲۷ (۸۴/۹)
نوع خدمت ارائه داده شده	بستری	۱۸۱ (۴۷)
	سرپایی	۲۰۴ (۵۳)
نوع سازمان ارائه‌دهنده خدمت	خبریه	۸۳ (۲۱/۶)
	خصوصی	۴۷ (۱۲/۲)
	دولتی	۲۵۵ (۶۶/۲)

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که میانگین نمرات ابعاد پاسخگویی به‌طور کلی به‌جز بعد برقراری ارتباط، در بخش بستری بهتر از بخش سرپایی بود. میانگین نمرات ابعاد پاسخگویی در بخش سرپایی از حفظ شأن و کرامت (۴/۰۷) تا انتخاب آگاهانه (۳/۰۳) متفاوت بود. در بخش بستری نیز بعد حفظ شأن و کرامت (۴/۱۸) بالاترین و بعد انتخاب آگاهانه (۳/۰۷) پایین‌ترین میانگین را داشتند. در بخش سرپایی میانگین بعد حفظ شأن و کرامت (۴/۰۷) در حد خوب و میانگین سایر ابعاد در حد متوسط ارزیابی شد. در بخش بستری میانگین

ابعاد حفظ شأن و کرامت، محرمانگی اطلاعات، استقلال، توجه و رسیدگی فوری در حد خوب ارزیابی شده است، میانگین ابعاد برقراری ارتباط، کیفیت تسهیلات، حمایت اجتماعی و انتخاب آگاهانه در حد متوسط ارزیابی شد (جدول شماره ۲).

جدول ۲: مقایسه وضعیت ابعاد پاسخگویی نظام سلامت بر اساس نوع خدمت ارائه شده

نوع خدمت ارائه شده				ابعاد پاسخگویی
خدمات بستری		خدمات سرپایی		
رتبه	میانگین و انحراف معیار	رتبه	میانگین و انحراف معیار	
۱	۴/۱۸±۰/۶۷	۱	۴/۰۷±۰/۷۰	حفظ شأن و کرامت
۲	۴/۱۳±۰/۷۴	۲	۳/۹۹±۰/۷۷	محرمانگی اطلاعات
۳	۴/۰۷±۰/۸۳	۳	۳/۹۷±۰/۸۲	استقلال
۴	۴±۰/۷۱	۴	۳/۹۵±۰/۸۱	توجه و رسیدگی فوری
۶	۳/۶۵±۰/۸۰	۵	۳/۹۰±۰/۸۱	برقراری ارتباط
۵	۳/۸۱±۰/۷۸	۶	۳/۸۵±۰/۷۰	کیفیت تسهیلات
۷	۳/۱۹±۰/۸۸	۷	۳/۱۰±۰/۶۵	حمایت اجتماعی
۸	۳/۰۷±۱/۰۲	۸	۳/۰۳±۰/۹۹	انتخاب آگاهانه
	۳/۸۵±۰/۵۶		۳/۶۲±۰/۵۴	مقیاس کل پاسخگویی

بر اساس یافته‌های مطالعه، بین جنسیت، شغل، وضعیت تحصیلی و سطح درآمد خانوار با پاسخگویی نظام سلامت و هیچ‌کدام از ابعاد آن رابطه معناداری وجود نداشت؛ اما بین داشتن بیمه تکمیلی با ابعاد انتخاب آگاهانه ( $p=0/03$ )، استقلال ( $p=0/03$ ) و محرمانگی اطلاعات ( $p=0/04$ )، ارتباط معناداری وجود داشت. همچنین بین نوع خدمت ارائه شده (سرپایی/ بستری) با بعد برقراری ارتباط با خدمت‌گیرنده ارتباط معناداری وجود داشت ( $p=0/01$ ). علاوه بر این نوع سازمان ارائه‌دهنده خدمت با تمامی ابعاد پاسخگویی و همچنین پاسخگویی کل ارتباط معناداری داشت ( $p>0/05$ ) (جدول شماره ۳).



جدول ۳: ارتباط ابعاد مختلف پرسشنامه پاسخگویی در رابطه با متغیرهای زمینه‌ای در جامعه

مورد بررسی

سازمان ارائه‌دهنده خدمت (خبریه/ خصوصی/ دولتی)	نوع خدمت (سرپایی/ بستری)	بیمه تکمیلی	بیمه درمانی	سطح درآمد ماهانه خانوار	وضعیت تحصیلی	شغل	جنسیت	ابعاد پاسخگویی
**/۰/۰۰۲	۰/۰۹	۰/۱۸	۰/۳۶	۰/۸۹	۰/۹۵	۰/۰۷	۰/۰۹	کرامت انسانی
*/۰/۰۳۲	۰/۶۸	*/۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۲۱	۰/۹۸	۰/۵۷	انتخاب آگاهانه
**/۰/۰۰۱	۰/۱۹	۰/۰۲۶	۰/۱۷	۰/۸۲	۰/۳۱	۰/۰۹	۰/۶۳	استقلال
**/۰/۰۰۱	۰/۰۵	**/۰/۰۰۴	۰/۲۶	۰/۰۶	۰/۱۶	۰/۱۶	۰/۲۹	محرمانگی
*/۰/۰۱۹	۰/۶۷	۰/۰۵۳	۰/۷۸	۰/۰۹	۰/۷۹	۰/۵۵	۰/۶۴	توجه و رسیدگی فوری
**/۰/۰۰۹	**/۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۷۵	۰/۰۷	۰/۲۱	۰/۱۳	۰/۰۶	برقراری ارتباط
**/۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۰۷	۰/۷۴	۰/۳۱	۰/۱۷	۰/۳۳	۰/۷۴	کیفیت تسهیلات
**/۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۰۹	۰/۸۹	۰/۸۲	۰/۱۰	۰/۵۵	۰/۳۶	حمایت اجتماعی
**/۰/۰۰۱	*	۰/۴۰	۰/۲۸	۰/۱۶	۰/۴۱	۰/۰۹	۰/۳۷	پاسخگویی

در پاسخ به این سؤال که آیا در زمان دریافت خدمات با توجه به سن، جنس، وضع مالی، نوع بیماری، مذهب و طبقه اجتماعی ارائه‌دهنده خدمت با آنها رفتار تبعیض‌آمیز داشته است یا خیر؟ تمامی افرادی که بیان داشتند سابقه مواجهه با تبعیض را داشته‌اند از خدمات بستری استفاده کرده بودند. ۱۳ درصد سابقه مواجهه با تبعیض داشته‌اند. با توجه به اینکه هر کدام از شرکت‌کنندگان سابقه یک یا چند مورد از مواجهه را داشته‌اند، ۷/۲ درصد به خاطر کم داشتن یا نداشتن پول، ۷/۲ درصد به خاطر نوع بیماری، ۵/۷ درصد به خاطر طبقه اجتماعی، ۵/۷ درصد به خاطر قومیت، ۴/۹ درصد به خاطر جنسیت و ۴/۴ درصد به خاطر سن، رفتار تبعیض‌آمیز را تجربه کرده‌اند.

## بحث

با توجه به اینکه ضعف در پاسخگویی می‌تواند موجب اختلال در ارائه خدمات اثربخش به بیماران و افراد نیازمند خدمت شده و نارضایتی دریافت‌کنندگان را به دنبال داشته باشد، بررسی وضعیت پاسخگویی و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند یکی از اولویتهای بخش سلامت باشد. از طرف دیگر با وجود توجه به موضوع پاسخگویی با هدف ویژه بهبود وضعیت در بدترین شرایط و عدالت در سلامت، اما مطالعه خاصی به بررسی وضعیت پاسخگویی از دیدگاه افراد حاشیه‌نشین پرداخته است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در بین ساکنین مناطق حاشیه‌نشین شهر اهواز انجام گرفت.

بر اساس نتایج مطالعه، وضعیت پاسخگویی به‌صورت کلی متوسط ارزیابی شد و در مقایسه با نتایج مطالعات پیشین (برای مثال، پیروز و همکاران، ۲۰۱۵؛ فضائی و همکاران، ۲۰۱۶) در بین افراد غیرحاشیه‌نشین، تفاوت قابل‌تأملی مشاهده نشد. همچنین میانگین نمره ابعاد پاسخگویی در تمام ابعاد به‌غیراز دو بعد برقراری ارتباط و کیفیت تسهیلات در میان افراد بستری بالاتر از افراد سرپایی بود، حصول این یافته‌ها می‌تواند با مدت اقامت بیمار مرتبط باشد، بیماران بستری به علت شرایط خود مدت‌زمان بیشتری با ارائه‌دهندگان خدمت در ارتباط بودند، از طرفی به خاطر سطح سواد پایین اکثر شرکت‌کنندگان در پژوهش و یا هم‌زمان نبودن آنها با ارائه‌دهندگان خدمت، ارائه‌دهندگان خدمت توضیحات کلی و سطحی به آنها ارائه می‌دادند و سطح سواد پایین بیمار را دلیلی منطقی برای عدم ارائه توضیحات کامل و تفصیلی به بیمار و یا همراه وی می‌دانستند.

از طرفی بیمار بستری مدت‌زمان بیشتری را با محیط اطرافش در ارتباط است و از تسهیلات بیمارستان مانند تخت، ملحفه، پتو، سرویس بهداشتی و... استفاده می‌کند، به همین دلیل این بیماران بیشتر متوجه نقص موجود در این بعد می‌شدند. بهترین و بدترین (ضعیف) عملکرد از لحاظ

پاسخگویی، چه در میان بیماران بستری و چه در میان بیماران سرپایی، به ترتیب به ابعاد حفظ شأن و کرامت و انتخاب آگاهانه مربوط بودند. بر این اساس می‌توان گفت که شأن و کرامت بیماران در نظام سلامت به‌خوبی مورد توجه قرار گرفته است و بیماران از این موضوع رضایت دارند.

از سوی دیگر، نمره پایین و نگرش منفی بیماران به بعد انتخاب آگاهانه بیانگر حق انتخاب کمتر بیماران در انتخاب نوع خدمت و تقاضاهای القایی و ارائه خدمات مورد نظر پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات است. یافته موجود می‌تواند به دلیل سطح مالی شرکت‌کنندگان در پژوهش باشد. حاشیه‌نشینان به دلیل عدم توان مالی اکثراً به مراکز ارائه خدمت خیریه و دولتی مراجعه می‌کردند، در این مراکز امکان انتخاب وجود نداشته و بیمار باید پذیرای وضع موجود می‌بود، شرایط مالی حاشیه‌نشینان همچنین سبب می‌شود نتوانند از حضور پزشک مشاور در موارد مورد نیز در همین مراکز استفاده کنند.

نرو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود که در هند انجام دادند، نشان دادند که در زمینه بعد انتخاب از نظر عملکرد پاسخگویی اکثریت استفاده‌کنندگان (۷۱ درصد) معتقد بودند که انتخابی در مورد واحد مراقبتی و ارائه‌دهنده مراقبت نداشتند. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، رشیدیان و همکاران (۲۰۱۱)، پیروزی و همکاران (پیروزی، ۲۰۱۶) و فضایی و همکاران (۲۰۱۵)، محمدی و کمالی (۲۰۱۴) نیز در مطالعات خود نشان دادند که بعد حفظ شأن و کرامت بالاترین سطح از پاسخگویی را در میان سایر ابعاد دارد.

بر این اساس می‌توان برنامه‌ها و سیاستهای آتی این حوزه را به‌گونه‌ای طراحی و اجرا کرد که سهم سایر ابعاد برای بهبود آنها بیشتر باشد و برای این ابعاد که وضعیت مناسبی دارند پادشاهی در نظر گرفته شود. نتایج مطالعه ویترا<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) بیانگر این مفاهیم بود که برخی از کشورها از جمله سوئد و انگلستان برای برخی از شاخصها در زمان ارزیابی اگر عملکردی

---

1. Njeru  
2. Witter

خوب کسب کنند، پاداش مبتنی بر عملکرد در نظر گرفته می‌شود. همچنین در رابطه با پایین بودن نمره بعد انتخاب آگاهانه نیز یافته‌های مطالعه با نتایج مطالعه زارعی و همکاران (۲۰۱۶) و محمدی و کمالی (۲۰۱۴) هم‌سو بود.

در مطالعه علوی و همکاران روی پاسخگویی مراکز توانبخشی، متغیرهای تحصیلات، طبقه اجتماعی ادراک‌شده، رضایت از بیمه درمانی و IADL پس از تعدیل سایر متغیرهای کمکی، پیش‌بینی کننده پاسخگویی ضعیف کلی بودند (علوی، ۲۰۱۹). همچنین فروزان و همکاران در یک مطالعه کیفی روی پاسخگویی مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان در ایران به این نتیجه رسیدند که از نظر شرکت‌کنندگان حوزه‌های کیفیت امکانات اولیه، دسترسی به حمایت اجتماعی، کرامت و محرمانگی برای مفهوم پاسخگویی مهم است (فروزان، ۲۰۱۱).

یکی دیگر از ابعاد پاسخگویی که در مقایسه با سایر ابعاد و همچنین نتایج مطالعات پیشین، نمره پایینی داشت، بعد حمایت اجتماعی بود. سطح پاسخگویی پایین در بعد حمایت اجتماعی در بیماران بستری و سرپایی می‌تواند به علت شرایط بیماری کرونا باشد، چراکه طبق تمهیدات اتخاذشده حضور همراه بیمار برای بیماران سرپایی و بستری به‌جز موارد خاص محدود شده بود و مدت‌زمان ملاقات بیمار کاهش پیدا کرده بود. بر این اساس می‌توان گفت که حیطه‌های حمایت اجتماعی و انتخاب آگاهانه به‌عنوان حیطه‌های مهم برای اقدام شناخته شدند.

بر اساس نتایج مطالعه پاسخگویی نظام سلامت در بعد محرمانگی اطلاعات نیز در وضعیت مطلوبی قرار داشت. ارزیابی مثبت این بعد توسط افراد حاشیه‌نشین که مستعد بیماری‌های و مشکلات بیشتری با توجه به محیط و شرایط زندگی هستند، می‌تواند نقطه مثبت و امتیازی برای نظام سلامت باشد زیرا رازداری و حفظ حریم خصوصی یکی از مؤلفه‌های مهم پاسخگویی است و برای مراقبت و مراجعه مجدد بیماران بسیار حیاتی است.

بیمار در صورت تجربه نارضایتی به خاطر افشای مشکل سلامتی خود حین معاینه،

نوبت‌دهی یا دریافت نسخه‌های دارویی، ممکن است از مراقبت و مراجعه مجدد به مراکز سلامت خودداری کند (رشیدیان، ۲۰۱۱)؛ بنابراین آرامش خاطر و رعایت محرمانگی می‌تواند به مراجعه مجدد و ضروری بیمار و سلامت او و جامعه کمک کند. با وجود نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر و سایر مطالعات مشابه، پاسخگویی باید بدون توجه به نوع خدمت ارائه شده به بیمار صورت بگیرد؛ چراکه هدف آن بررسی نظر و حس کلی افراد نسبت به نحوه ارائه خدمت در ابعاد مشخص است (کیوانلو، ۲۰۲۰).

بر اساس نتایج مطالعه افرادی که دارای بیمه تکمیلی بودند، سطح بالاتری از استقلال و محرمانگی اطلاعات را ابراز کردند. در مطالعه عرب و همکاران (۲۰۱۵) پاسخگویی کلی ابراز شده در افراد دارای بیمه تکمیلی بالاتر بود. این موضوع می‌تواند به علت خدمات بیمه مکمل باشد که در برخی موارد سقف و خدمات نامحدود را شامل می‌شوند، فرد بیمه شده می‌تواند با آزادی بیشتر به انتخاب نوع خدمت و محل دریافت خدمت، از بخشهای خصوصی، دولتی بپردازد، بدون اینکه نگران هزینه‌های درمان باشد (تیله<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹).

یافته‌های مطالعه نشان داد که مراکز ارائه خدمت خصوصی نسبت به مراکز دولتی و خیریه دارای سطح پاسخگویی بالاتری بودند. این یافته با مطالعات هوشمند (۲۰۱۹)، دادگر (۲۰۱۸) و قرایی (۲۰۱۳) هم‌خوانی دارد. سطح پاسخگویی ابراز شده مراکز دولتی در دو بعد حمایت اجتماعی و انتخاب آگاهانه نسبت به مراکز خیریه بهتر بود، اما در مطالعه قرایی ۲۰۱۳ سطح پاسخگویی ابراز شده تمام ابعاد پاسخگویی در مراکز خصوصی بالاتر بود. از جمله علل وقوع این امر می‌توان به کیفیت پایین خدمات در مراکز دولتی به علت کثرت بیماران در بخشها، عدم تناسب منطقی بین کادر درمان و تعداد بیماران، ازدحام جمعیت در زمان انتظار، عدم موجودی یا قابل استفاده نبودن وسایل درمانی و تشخیصی (بدیعی، ۲۰۱۹)، بالا بودن کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز خصوصی و پاسخگو بودن این مراکز نسبت به مراکز خیریه

---

1. Tille

و دولتی به علت رقابت حاکم بر مراکز ارائه خدمت خصوصی برای جلب مشتری اشاره کرد (عرب، ۲۰۱۵). به طور کلی در مطالعه حاضر میزان پاسخگویی نظم سلامت در مراکز خصوصی بهتر از مراکز خیریه و مراکز خیریه بالاتر از مراکز دولتی بود. سطح پاسخگویی در بعد حمایت اجتماعی و انتخاب آگاهانه در مراکز خیریه نسبت به دولتی و خیریه پایین تر است. از علل پایین بودن سطح پاسخگویی در بعد انتخاب آگاهانه می توان به این نکته اشاره کرد، که تنها مرکز ارائه خدمت خیریه واقع در مناطق حاشیه نشین شهر اهواز بیمارستان علامه کرمی است. از طرفی سطح پایین پاسخگویی ابراز شده در بعد حمایت اجتماعی در مراکز ارائه خدمت خیریه می تواند به علت تمهیدات مربوط به بیماری کرونا باشد که در بیمارستان خیریه با قوت بیشتری رعایت می شد، به نحوی که شرایط داشتن همراه بیمار و مدت زمان ملاقات در این بیمارستان نسبت به سایر مراکز ارائه خدمت سختگیرانه تر بود.

به طور کلی یافته های این تحقیق نشان داد که وضعیت پاسخگویی کل در مناطق حاشیه نشین شهر اهواز در سطح متوسط است. سطح متوسط پاسخگویی در مناطق حاشیه نشین شهر اهواز با وجود اجرای طرح تحول نظام سلامت با هدف اختصاصی ارتقای پاسخگویی و ارائه خدمات بهداشت و درمان به مناطق حاشیه نشین، نشان دهنده آن است که این طرح برای پاسخگو کردن نظام سلامت کافی نیست و نیاز است همزمان با آن تمهیداتی برای اصلاح و ارتقای حمایت اجتماعی، انتخاب آگاهانه و برقراری ارتباط سنجیده شود. مخصوصاً ابعاد برقراری ارتباط و انتخاب آگاهانه که در اکثر مطالعات داخلی انجام شده با سطح پایینی از پاسخگویی مواجه بودند.

### ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاق در پژوهش از جمله اخذ تأییدیه کمیته اخلاق (IR.USWR.REC.۱۴۰۰.۲۷۰)، اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان و حفظ محرمانگی هویت فردی شرکت کنندگان رعایت شد.

- Alavi M, Moradi-Lakeh M, Setareh Forouzan A, Sajjadi H, Shati M, Khodaie Ardakani MR. (2019). Predictors of poor responsiveness in physical rehabilitation centers in Tehran. *Med J Islam Repub Iran*, 33:18. doi: 10.34171/mjiri.33.18.
- Amirfakhriyan, M. Rahnama, M. & Aqajani, H. (2012). Priority of Health Needs of Informal Settlements in Mashhad City Based on Multiple Criteria Spatial Decision of Supporting System. *Geographical Planning of Space*, 2(6), 17-37. (in Persian)
- Askari, R. Arab, M. Rashidian, A. Akbari-Sari, A. Hosseini, S. M. & Gharaee, H. (2016). Designing Iranian model to assess the level of health system responsiveness. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(3).
- Arab.MR-FA, Akbari Sari.A, Khammarnia.M, Sadeghi.A, Siavashi.E. (2015). Comparison of Responsiveness Rate among Private and Social Security Hospitals in Tehran. *City Journal of Hospital*, 14(4),29-39. (in Persian)
- Badiee Aval SH, Amin A, Ebrahimipour H, Javan Biparva A, Askarzadeh A. (2019). The Change in the Behavior of Supplementary Insurers and Insured Individuals Before and After the Implementation of the Health System Reform in Hospitals Affiliated to Mashhad University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Health Insurance*, 1(4), 160-164. (in Persian)
- Bahmani S, Hemati R, Moltafet H, Izadi Jarian A. (2018). Systematic Review of Studies on Slums (1996-2017). *Social Welfare Quarterly*, 97(71), 87-135. (in Persian)
- Bahmani S, Moltafet H. (2020). The Narrative of emerging slum on the Body of a Metropolis, a Grounded theory research. *Scientific Quarterly magazine of Sociology of Culture and Art*, 2(3), 86-114. (in Persian)
- Bakhtiari A, Tekian AH, Sayari AA, Bayrami F, Tabrizi GS, Mohammadi A, et al. (2016). Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz, Iran. *Teb and Tazkieh*, 25(4), 213-232. (in Persian)
- Chao J, Lu B, Zhang H, Zhu I, Jin H, Liu P. (2017). Healthcare system responsiveness in Jiangsu Province,China. *BMS Health services Research*, 17(31). [Doi: 10.1186/s12913-017-1980-2]
- Dadgar E, Rashidian A, Majdzadeh R, Arab M, Kazemi-galouga-

- hi M H. (2018). Assessing Trend of Health System Responsiveness in Iran Using Household Survey (Before and After the Implementation of Health Transformation Plan). *Health Scope*, 7(S): e63866. <https://doi.org/10.5812/jhealthscope.63866>.
- Elsey H, Agyepong I, Huque R, et al. (2019). Rethinking health systems in the context of urbanisation: challenges from four rapidly urbanizing low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 4:e001501.
  - Farid M, Tizvir A, Fashi Z. (2015). Health Care Status of Residents of the Slum Areas of Karaj 2015. *Alborz University of Medical Sciences*, 6(4), 276-282. (in Persian)
  - Fathi F, Khezri A, Khanjani M S, Hosseinzadeh S, Abdi K. (2019). Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization From the Perspective of Services Recipients. *Jrehab*, 20 (3), 270-285. (in Persian)
  - Fazaeli S, Ahmadi M, Rashidian A, Sadoughi F. (2014). A framework of a health system responsiveness assessment information system for Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(6):e17820.[DOI:10.5812/ircmj.17820]
  - Forouzan, A.S. Ghazinour, M. Dejman, M. et al. (2011). Testing the WHO responsiveness concept in the Iranian mental healthcare system: a qualitative study of service users. *BMC Health Serv Res* 11, 325. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-325>
  - Hooshmand, E. Ramzi, A. Jamali, J. Ghalandarabadi, L. & Vafaeenajar, A. (2019). *Evaluation of the Staff Responsiveness Level to Patients Referred to Public and Private Hospitals in Mashhad during 2018*. Navid No, 22(71), 1-10. doi: 10.22038/nmj.2019.41219.1167
  - Keyvanlo, Z. Fazayeli, S. Barghamadi, B. Sabzevari, N. & Neamatshahi, M. (2020). The study of the most important aspects of responsiveness from the point of view of referring to Sabzevar health centers. *jsums*. 27(6), 818-825 (in Persian)
  - Mohammadi, A. & Kamali, K. (2015). Patients' perspectives on responsiveness in outpatient clinics of hospitals at Zanjan University of Medical Sciences. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 5(1), 80-92. (in Persian)
  - Montazeralfaraj R, Shafii M, Dehghani A, Moddaresi M, Zare V.



- (2017). *Examine the relationship between service quality and responsiveness of the hospital and its relationship with loyal patients in governmental hospitals of Yazd took place in 2016*. TB, 16 (4), 96-108
- Nekoei-Moghadam, M. Heidari, N. Amiresmaeili, M. & Heidarijamebozorgi, M. (2019). Identifying the health problems of slum residents using social determinants of health: Kerman, Iran. *The International journal of health planning and management*, 34(2), e1179-e1187.
  - Njeru MK, Blystad A, Nyamongo IK, Fylkesnes K. A. (2009). Critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counseling services in Kenya. *BMC Health Serv Res*, 9, 243.
  - Piroozi B, Mohamadi Bolban Abad A, Moradi G. (2016). Assessing Health System Responsiveness after the Implementation of Health System Reform: A Case Study of Sanandaj, 2014-2015. *Iranian Journal of Epidemiology*, 11(4), 1-9.
  - Qaraei HA, Bahrami MA, Hamidi Y, Tapak L, Askari R. (2011). The relationship between organizational atmosphere and accountability in selected public, private and charity hospitals in Hamedan and Yazd cities. *Journal of health and treatment management*, 3(1),35-47
  - Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, Mohammad K. (2011). Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th District of Tehran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13,302-308.
  - Rezaei M, Balagh R, Shamsoldini A, Shaer F, Mandani S. (2015). Evaluation and analysis of social dimensions of marginalization in metropolises (case study: marginal neighborhoods of Shiraz city). *Geographical Quarterlyly magazine of the land*, 13(52), 57-75. (in Persian)
  - The World Health Report 2010: *Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage 2010*. available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf), access dat: 4/6/2016.
  - Tille F, Rottger J, Gibis B, Busse R, Kuhlmeier A, Schnitzer S. (2019). Patients perception of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education and Counseling*, 162-171. Doi: 10.1016/j.pec.2018.08.020.
  - Vandan N, Wong JY, Yip PS, Fong DY. (2020). Patients' experience

in Hong Kong hospitals: A comparison between south Asian and Chinese people. *Patient Experience Journal*, 7(3),155-165. doi: 10.35680/ 2372-0247.1416.

- Witter S, Toonen J, Meessen B, Kagubare J, Fritsche G, Vaughan K. (2013). Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC health Services Research*, 13,1-10.

- World Health Organization, The World health report. (2000), *Health system: improving performance 2000*. at: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf), access date: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

- Zarei E, Daneshkohan A, Khodakarim S, Shamsdini Lori A, Ahmadi Kashkoli S. (2016). Hospitals' Responsiveness from the patient's perspective: A cross-sectional Study in Tehran, Iran. *Pejouhandeh*, 21(2), 99-106. (in Persian)