Journal of Marine Medicine
Autumn 2023, Volume 5, Issue 3
Pages: 180-195
10.30491/5.3.180

Investigating the relationship between responsiveness and public trust in health services among patients in Mazandaran Military hospitals

Ahmad Amerion [1], Taha Nasiri [2], Mehdi Rai [3], Mohammad Mesgarpour [3], Morteza Rahimi [4] *

[1] PhD in Healthcare Management, Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] PhD in Health Economics, Baqiyatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] PhD in Biostatistics, Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Master's student of Health and Medical Services Management, Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 27 April 2023 **Accepted:** 21 December 2023

Abstract

Background and Aim: Accountability as one of the main goals of the health system is a very important issue for policy makers and managers.

Methods: The study is descriptive-analytical and cross-sectional and was carried out in the spring and summer of 2022. To collect and measure the data required for the research, two questionnaires were used to measure public trust and responsiveness, and the research questionnaires were distributed among 610 clients using the stratified sampling method, so the number of samples in Chalus Hospital is 250 people and There are 360 people in Sari Velayat hospital.

Results: The findings of regression models and structural equation models indicate that there is a positive statistical relationship between the dimensions of communication, dignity, independence, confidentiality of information, the right to choose and physical facilities with all dimensions of public trust and the average total score of public trust. P-value>0.05). The dimension of quick action has a positive statistical relationship with other dimensions of public trust, except for the two dimensions of public trust (macropolitics and communication and information) and the dimension of social support, except for the dimension of macropolitics, which do not have a significant relationship with each other. The results of the regression model showed that all response variables except quick action (p=0.195), the right to choose (p=0.469) and social support (p=0.253) had a statistically significant relationship with public trust (p<0.05).

Conclusion: Responsiveness as a qualitative criterion has an effective relationship with public trust and a clear picture of the performance of hospitals, and the responsiveness of Sari Velayat Hospital has been better than Imam Reza Chalous Hospital.

Keywords: Public Trust, Responsiveness, Recipients of Health Services

***Corresponding author:** Morteza Rahimi, **Email**: rahimimorteza321@gmail.com
Address: Baqiyatullah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

مجله طب دریا
دوره ۵، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲
صفحات: ۱۹۵-۱۸۰
10.30491/5.3.180

بررسی ارتباط بین پاسخگویی و اعتماد عمومی به خدمات سلامت در مراجعه کنندگان به بیمارستان های نظامی استان مازندران طی سال ۱۴۰۱

احمد عامریون [۱]، طه نصیری [۲]، مهدی راعی [۳]، محمد مسگرپور [۳]، مرتضی رحیمی [۴] *

[۱] دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۲] دکتری تخصصی اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۳] دکتری تخصصی آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۴] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۰۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: پاسخگویی به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت برای سیاست گذاران و مدیران موضوع بسیار مهمی است.

روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی در بهار و تابستان سال ۱۴۰۱ اجرا شد. برای جمع آوری و اندازه‌گیری داده های مورد نیاز پژوهش از دو پرسشنامه برای سنجش اعتماد عمومی و پاسخگوئی استفاده شده و پرسشنامه های پژوهش بین ۶۱۰ مراجعه کننده با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ایی تقسیم گردید، لذا تعداد نمونه در بیمارستان چالوس ۲۵۰ نفر و در بیمارستان ولایت ساری ۳۶۰ نفر می باشد.

یافته‌ها: یافته‌های پرازش مدل‌های رگرسیونی و مدل معادلات ساختاری حاکی از آن است که بین ابعاد ارتباطات، شان و مرتبه، استقلال، محرمانگی اطلاعات، حق انتخاب و امکانات فیزیکی با تمامی ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی ارتباط آماری مثبت وجود دارد (P-value< ۰,۰۵). بعد اقدام سریع بجز در دو بعد اعتماد عمومی (سیاست کلان و ارتباطات و اطلاعات) و بعد حمایت اجتماعی نیز بجز با بعد سیاست کلان که ارتباط معناداری با هم ندارند با ابعاد دیگر اعتماد عمومی ارتباط آماری مثبت دارد. نتایج مدل رگرسیونی نشان داد تمام متغیرهای پاسخگویی به جز اقدام سریع (p=0.195)، حق انتخاب (p=0.469) و حمایت اجتماعی (p=0.253) ارتباط آماری معناداری با اعتماد عمومی داشتند (P<0.05).

نتیجه‌گیری: پاسخگویی به عنوان یک معیار کیفی ارتباط موثری با اعتماد عمومی و تصویر شفافی از عملکرد بیمارستان ها دارد و پاسخگویی بیمارستان ولایت ساری نسبت به بیمارستان امام رضا(ع) چالوس بهتر بوده است.

کلیدواژه‌ها: اعتماد عمومی، پاسخگویی، دریافت‌کنندگان خدمات سلامت

*نویسنده مسئول: **مرتضی رحیمی**. پست الکترونیک: rahimimorteza321@gmail.com
آدرس: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

مقدمه

نظام سلامت بعنوان متولی اصلی سلامت در هر کشوری مطرح است، ترکیب سازمان های بهداشتی و درمانی و نحوه ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف متفاوت می باشد (۱،۲). آنچه که در تمامی نظام های سلامت مشترک است این است که مردم دریافت کنندگان اصلی خدمات سلامت هستند و خود را مستحق داشتن حق انتخاب می دانند (۳). از این رو امروزه تصمیم گیرندگان نظام سلامت به این نتیجه رسیده اند که برای اداره کارآمد نظام سلامت و تامین نیازهای مردم باید بـه معیارها و ارزشهای اجتماعی آنان توجه نمایند. این ارزشها بیـانگر هنجارها، عرف و شیوه اجرای فرایندهای اجتماعی در هر جامعه ای هستند (۴).

در این بین مطالعه اعتماد در نظام سلامت از اهمیت دوچندان برخوردار است (۵). اعتماد عمومی به این معناست که عامه مردم انتظار دارند مقامات و کارکنان سازمان های دولتی با اقدامات خود در تعامل با عامه به انتظارات آنان پاسخ مثبت دهند. در این تعامل نوعی عدم اطمینان و عدم شناخت از نحوه انجام امور در سازمان های دولتی وجود دارد. به عبارت دیگر اعتماد عمومی، یعنی انتظار عموم از دریافت پاسخ مطلوب به خواسته هایشان از سوی متولیان امور عمومی (۶).

اطلاعاتی که برای اتخاذ اقدامات متولیان امور عمومی به طور شفاف به مردم ارائه میشود به بهبود پاسخگویی دولت و افزایش اعتماد عمومی منجر می شود. مسئولیت پاسخگویی این گونه تعریف می شود: الزام به توضیح در قبال اعمال شخص به منظور ارائه دلایل منطقی برای آنچه که انجام داده است (۷).

امروزه آگاهی مردم و به تبع آن، انتظارات ایشان از نهاد های ارائه دهنده خدمات سلامت افزایش چشمگیری داشته است، این موضوع باعث معرفی یک هدف مهم تحت عنوان " پاسخگویی به نیاز های غیر طبی بیماران " برای هر نظام سلامت گردیده است (۸،۹).

چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی نظام سلامت حول سه محور سلامتی، پاسخگویی و عدالت مالی به عنوان اهداف هر سیستم بهداشتی و درمانی است. پاسخگویی درحقیقت نحوه ارائه مراقبت و آن همان ابعاد غیربالینی کیفیت مراقبت که از آن به نام پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیرطبی افراد یاد شده است، هشت حوزه اصلی در نظر گرفته شده است که در قالب دو دسته بندی کلی قرار دارند. احترام به حقوق افراد که شامل حوزه های احترام به شأن و منزلت، استقلال، محرمانگی و ارتباطات است و مشتری مداری که حوز ه های حق انتخاب، توجه و رسیدگی فوری، کیفیت امکانات رفاهی، پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع را دربر میگیرد (۱۰).

در گزارش سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۰۰ منتشر شد، در رتبه بندی کشور ها، ایران از نظر سطح پاسخگویی رتبه ۱۰۰ و از نظر توزیع پاسخگویی رتبه ۹۳ را در بین کشورها داشته است (۱۱). فاکتور های فرهنگی و سیستم نظام سلامت بر میزان اعتماد عمومی تاثیرگذار است. سیستم نظام سلامت ایران برای جلب رضایت بیماران تلاش می کند و خدمات اولیه مراقبت بهداشتی بصورت ملی اجرا می شود و تقریبا ۹۰ مردم تحت پوشش بیمه هستند (۱۲).

در این راستا در بررسی رابطه بین پاسخگویی سازمانی و اعتمادعمومی مراجعین در بیمارستان شهیدمحمدی بندرعباس (شاه آبادی و همکاران در سال ۱۳۹۶)، یافته های تحقیق حاکی از آن است که بین پاسخگویی سازمانی (وابعاد آن) و اعتمادعمومی مراجعین رابطه معناداری وجود دارد (۱۳). همچنین در تحلیل وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (محسنی و همکاران در سال ۱۳۹۴) به طور کلی وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان ها دارای میانگین ۱،۵۰ (از ۲ نمره) و در وضعیت «خوب» (متوسط به بالا) قرار داشت. بعد برنامه ریزی استراتژیک بیشترین میانگین (۱،۸۵±۰،۲۱) و بعد مشارکت ذی نفعان کمترین میانگین (۱،۱۲±۰،۴۶) را به خود اختصاص دادند. بین همه متغیرها (بجز محرک ها) با پاسخگویی عملکرد همبستگی مثبت و معنی دار وجود داشت و ضعف در هر قسمتی از عملکرد می تواند دیگر قسمت ها را تحت تاثیر قرار دهد و بر عملکرد کل بیمارستان تاثیر منفی داشته باشد. با توجه به وضعیت کنونی پاسخگویی عملکرد بیمارستان ها و اهمیت آن، تقویت ابعاد دارای نقاط ضعف و رسیدگی به نواقص پاسخگویی عملکرد باید در اولویت کاری مدیران قرار گیرد (۱۴).

در بررسی ارتباط ابعاد عدالت سازمانی با ابعاد پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های منتخب نیروهای مسلح که توسط عامریون و همکاران در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت، بین ابعاد عدالت سازمانی با ابعاد پاسخگویی ارتباط معناداری وجود داشت ($p<0.05$) و در بین ابعاد پاسخگویی به ترتیب محرمانه بودن اطلاعات، شان و حرمت و امکانات اولیه از اهمیت بیشتری برخوردار بود. بین ابعاد عدالت سازمانی، بعد عدالت تعاملی امتیاز بالاتری را کسب نمود. با توجه به اینکه نحوه توزیع حقوق و پاداش کارکنان در پاسخگویی کارکنان سیستم سلامت تاثیر مثبتی دارد و نمره کسب شده در این مطالعه از میانگین کمتری برخوردار می باشد، لذا مناسب است که مدیران و مسئولین بیمارستان های نظامی به این بعد از ابعاد عدالت سازمانی توجه ویژه ای داشته باشند (۱۵). در یک مطالعه در مورد ابعاد پاسخ‌گویی از دیدگاه پرسنل بیمارستان‌های آموزشی کشور (نصیری‌پور و همکاران ۱۳۹۱)، در حقیقت یافته‌های پژوهش، تأثیر ۸ بعد معرفی شده را در پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها مؤثر دانسته و پیشنهاد می‌کند که با تأسیس واحدی با همین نام و با کمک برنامه‌ریزی استراتژیک مطابق با فرهنگ و جمعیت شناختی منطقه بهبود پاسخ‌گویی را در بیمارستان‌های آموزشی کشور پایه‌ریزی و تقویت نمایند (۱۶). محمدیان و همکاران در مطالعه خود در شهرستان فیروزکوه در سال ۱۳۹۱، دیدگاه ارباب رجوع را در شش

حوزه عمل و پایبندی به اخلاقیات، برخورد یکسان و منصفانه با مشتریان، پاسخگویی، مسوولیت اجتماعی، شفافیت و اطلاع رسانی مناسب و کارایی در ارائه خدمات نسبت به سازمانهای بخش عمومی مورد ارزیابی قرار دادند. استنتایج حاصل از تحلیل اطلاعات جمع آوری شده نشان داده است که بین شاخص های عملکردی و میزان اعتماد عمومی رابطه وجود داشته و عملکرد سازمان های بخش عمومی در هیچ یک از حوزه های عملکردی مورد مطالعه بالاتر از حد متوسط نبوده است (۱۷).

خانباشی و همکاران ضمن بررسی نحوه تاثیر پاسخگویی بر میزان اعتماد عمومی به سازمان های دولتی در شهر تهران، پیشنهادهایی را برای بهبود و اصلاح وضعیت کنونی مطرح کردند. نتایج پژوهش آنها حاکی از تاثیر مثبت متغیر پاسخگویی بر ارتقای سطح اعتماد عمومی در کشور است (۱۸). همچنین طی مطالعه ای توسط گوهری و همکاران (۱۳۸۹) در مورد هفت بعد پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی، نگرش بیماران نسبت به پاسخگویی بیمارستان های آموزشی کشور متوسط به بالا بوده است. لذا به نظر میرسد دفتر یا واحدی به نام پاسخگویی و اعتبار بخشی و ممیزی مستمر ابعاد آن به منظور پیشبرد اهداف عالی بیمارستان، امری ضروری است (۱۹). در یک مطالعه مقایسه ای بین کشوری درسال ۲۰۲۱ توسط Stella Arakelyan و همکارانش با عنوان نقش اعتماد در جستجوی سلامت برای خدمات بیماری های غیر واگیر ، آمده است که مدیریت ضعیف در یستم‌های سلامت می تواند منجر به از بین رفتن اعتماد به نظام سلامت شود و بر رفتارهای سلامت جویانه و توانایی افراد برای حفظ سلامت تأثیر بگذارد (۲۰). فلیکس گیل و همکاران در سال ۲۰۱۴ طی تحقیقی با عنوان اینکه چرا اعتماد عمومی به سیستم های مراقبت های بهداشتی اهمیت دارد و مستحق توجه تحقیقات بیشتر است بیان کرده اند که تحقیقات بیشتر در مورد اعتماد عمومی به سیستم های مراقبت بهداشتی می‌تواند به بهبود کارایی و در عین حال محافظت از سلامت عمومی کمک کند (۲۱).

پاسخگویی به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت برای سیاست گذاران و مدیران موضوع بسیار مهمی است. بنابراین نظام های سلامت در سراسر جهان در جستجوی راه هایی برای پاسخگو تر کردن ارائه خدمات به بیماران و جامعه هستند. بهبود عملکرد های غیرطبی نظام سلامت مهم است، زیرا مسئله مهم، افزایش رفاه مردم است، که ماموریت همگانی و نهایی نظام سلامت می باشد (۲۲،۲۳). شناخت بهتر ارتباط پاسخگویی و میزان اعتماد عمومی می تواند به منظور ارتقاء دسترسی بیماران به مراقبت های بهداشتی و رضایت مندی آنها موثر باشد. از انجایی که تاکنون مطالعه ای در سطح کشور و نیروهای مسلح در ارتباط با دو رکن پاسخگویی و اعتماد عمومی انجام نشده است. بنابر این در این پژوهش سعی شده تا مطالعه ای با هدف بررسی ارتباط پاسخگویی و اعتماد عمومی در بیمارستان امام رضا(ع) چالوس و بیمارستان ولایت استان مازندران انجام شود و در صورت وجود مشکل، راه حل های پیشنهادی ارائه گردد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مقطعی (Cross-sectional) در بهار و تابستان سال ۱۴۰۱ اجرا شده است. جامعه آماری تحقیق حاضر را مراجعه کنندگان به بیمارستان های امام رضا (ع) چالوس و ولایت ساری تشکیل داده اند که یک جامعه آماری بزرگ محسوب می‌شود. برای جمع آوری و اندازه گیری داده های مورد نیاز پژوهش از دو پرسشنامه برای سنجش اعتماد عمومی و پاسخگوئی استفاده شده است. برای گردآوری داده های پاسخگویی از پرسشنامه استاندارد ۳۲ آیتمی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد که بخش اول پرسشنامه شامل ۱۰ آیتم مربوط به مشخصات دموگرافیک – اجتماعی بیمار و بخش دوم شامل ۳۲ سوال برای سنجش پاسخگوئی نظام سلامت در ۸ بعد بوده است : اقدام سریع و توجه فوری۳ سوال ، برقراری ارتباط صمیمانه ۸ سوال ، حفظ شان و کرامت بیمار ۸ سوال ، استقلال و خودمختاری ۴ سوال ، محرمانگی اطلاعات بیمار ۲ سوال ، حق انتخاب درمانگر ۲ سوال ، امکانات فیزیکی مرکز درمانی ۳ سوال و حمایت اجتماعی ۲ سوال . این پرسشنامه که توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی و روایی و پایایی آن تائید شده است در ایران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است و بنابراین نسخه ی فارسی آن در دسترس بود. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه دانش کهن و همکاران ۰/۹۵ بود که حاکی از پایایی قابل قبول پرسشنامه بود. شیوه امتیاز دهی این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵-۱ (خیلی زیاد ، زیاد، تاحدودی، کم ، خیلی کم) بوده که به گزینه خیلی زیاد نمره ۵ و به گزینه خیلی کم نمره ۱ داده شده است نمره حداقلی مورد نظر برای محاسبه پاسخگوئی نظام سلامت ۳۲ و نمره حداکثری ۱۶۰ و نمره میانگین نهایی هر بعد و نمره کل پاسخگوئی بین 5-1 است که اگر میانگین نمره پاسخگوئی کمتر از ۲/۵ باشد ضعیف ، ۴-۲/۶ متوسط و بالاتر از 4 مطلوب ارزیابی خواهد شد (۲۴).

برای گردآوری داده های اعتماد عمومی از پرسشنامه ای که Van der schee و همکاران طراحی کردند استفاده شده است (۲۵). این پرسشنامه در مطالعه سعادتی و همکاران (۲۶) ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال در ۶ بعد اعتماد عمومی به نظام سلامت است. بیمار محوری ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی شامل ۵ سوال، سیاست های کلان درباره خدمات بهداشتی درمانی شامل ۳ سوال، تخصص حرفه ای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی شامل ۳ سوال، کیفیت مراقبت ها به گیرندگان خدمت شامل ۶ سوال ، ارتباطات و اطلاعات ارائه شده به گیرندگان خدمات بهداشتی و درمانی شامل ۵سوال و کیفیت همکاری بین ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی شامل ۳ سوال است نحوه نمره دهی بر اساس طیف ۴

گزینه ای لیکرت بوده و همچنین برای سنجش اعتماد به ارائه دهندگان خدمات سلامت (افراد و موسسات) از یک سوال استفاده شده است.

جهت برآورد حجم نمونه در بخش اول از روش کار (پرازش مدل های رگرسیونی) بر اساس فرمول حجم نمونه در رگرسیون چندگانه (معادله زیر) (۲۷):

$$N \geq \left(\frac{2-2\rho^2+\varepsilon}{\varepsilon}\right)(k+1)$$

N: حداقل حجم نمونه ρ^2: مربع ضریب همبستگی چندگانه

ε: جزء خطا k: تعداد متغیرهای پیشگو

با در نظر گرفتن متوسط همبستگی (ρ=0.5) و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد خطای پیش بینی (ε=0.1ρ2) و با توجه به وجود ۸ متغیر پیش گویی کننده (۸ بعد پاسخگویی) برای پرازش مدل های رگرسیونی به تعداد حداقل ۵۴۹ نفر نمونه نیاز بوده است. در بخش دوم از از روش کار (معادلات ساختاری) بر اساس فرمول حجم نمونه در مدلسازی معادلات ساختاری و با درنظر گرفتن سطح خطای ۵درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، اندازه اثر برابر با ۰,۲، تعداد متغیرهای پنهان برابر با ۱۴ و تعداد کل سوالات برابر با ۵۷ به تعداد ۵۲۱ نمونه نیاز بوده است. لذا در مطالعه حاضر حداقل تعداد ۵۵۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت تا حداقل حجم نمونه در هر دو بخش مطالعه تامین گردد.

بر اساس فرمول حجم نمونه حداقل به ۵۵۰ نفر نمونه نیاز می باشد. لذا در این مطالعه پرسشنامه های پژوهش بین ۶۱۰ مراجعه کننده که حداقل طی یکسال گذشته یکبار از خدمات بیمارستانهای نظامی استان مازندران استفاده کرده اند، توزیع شد. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری طبقه ایی استفاده شده و با توجه به وجود تعداد ۲ بیمارستان نظامی در استان مازندران، از هر بیمارستان به نسبت مراجعه کنندگان به آن بیمارستان در طول یکسال گذشته (با مراجعه به سامانه های سیستم اطلاعات بیمارستان) نمونه انتخاب گردید. مسلما هر بیمارستانی که بیشترین مراجعه کننده را داشته باشد حجم نمونه بیشتری در مطالعه خواهد داشت و لذا تعداد نمونه در بیمارستان چالوس ۲۵۰ نفر و در بیمارستان ولایت ساری ۳۶۰ نفر می باشد.در این مطالعه با مراجعه به قسمت ترخیص بیمارستان و از بین بیماران ترخیص شده نمونه ها انتخاب شدند. مراجعه کنندگانی که حداقل یکماه و حداکثر یکسال از زمان دریافت خدمات درمانی آنها گذشته به طور تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفته اند و مراجعه کنندگانی که شرایط ورود را نداشته باشند از مطالعه حذف شدند.پرسشنامه ها در اختیار آنها قرار گرفت و پس از تکمیل توسط آنان دریافت شد.

برای بررسی و توصیف و خلاصه سازی داده ها از آمار توصیفی استفاده شده است. از درصد فراوانی برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی استفاده شده و سپس جهت بررسی روابط بین متغیرها و گویه های پاسخگویی بر اعتماد عمومی و نحوه ارتباط آنها از مجموعه ایی از مدل های رگرسیونی و مدلسازی معادلات ساختاری از طریق نرم افزار STATA و AMOS استفاده شده است.

مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی (OLS) روشی است برای برآورد پارامترهای مجهول در مدل رگرسیون خطی از طریق کمینه کردن اختلاف بین متغیرهای جواب مشاهده شده در مجموعه داده است.

در رگرسیون خطی بخصوص در روش OLS، شرط مستقل بودن «متغیرهای توصیفی» از اهمیت خاصی برخوردار است. به این علت قبل از انجام رگرسیون خطی باید از عدم همخطی در مدل اطمینان داشته باشیم تا نتایج حاصل از مدل رگرسیونی معتبر باشند. در حقیقت هم خطی در مدل رگرسیونی به وجود همبستگی بین متغیرهای مستقل اشاره دارد.

نتایج

برای توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه مورد مطالعه از شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه مورد مطالعه

متغیر		چالوس (۲۵۰ نفر)	ولایت ساری (۳۶۰نفر)	کل
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	مرد	۱۲۲ (۴۸,۸)	۱۴۹ (۴۱,۴)	۲۷۱ (۴۴,۴)
	زن	۱۲۸ (۵۱,۲)	۲۱۱ (۵۸,۶)	۳۳۹ (۵۵,۶)
تاهل	مجرد	۵۱(۲۰,۴)	۶۸ (۱۸,۹)	۱۱۹(۱۹,۵)
	متاهل	۱۷۹ (۷۱,۶)	۲۷۹ (۷۷,۵)	۴۵۸ (۷۵,۱)
	سایر	۲۰ (۸,۰)	۱۳ (۳,۶)	۳۳ (۵,۴)
تحصیلات	بیسواد	۲۱ (۸,۴)	۲۴ (۶,۷)	۴۵ (۷,۴)
	کمتر از دیپلم	۸۴ (۳۳,۶)	۷۱ (۱۹,۷)	۱۵۵(۲۵,۴)
	دیپلم	۷۵ (۳۰,۰)	۱۳۵ (۳۷,۵)	۲۱۰ (۳۴,۴)
	فوق دیپلم	۱۷ (۶,۸)	۲۶ (۷,۲)	۴۳ (۷,۰)

	لیسانس	۵۲ (۲۰,۸)	۱۰۱ (۲۸,۱)	۱۵۳ (۲۵,۱)
	فوق لیسانس	۱ (۰,۴)	۳ (۰,۸)	۴ (۰,۷)
وضعیت شغل	**بازنشسته**	۴۶ (۱۸,۴)	۳۴ (۹,۴)	۸۰ (۱۳,۱)
	خانه دار	۸۰ (۳۲,۰)	۱۱۲ (۳۱,۱)	۱۹۲ (۳۱,۵)
	بیکار	۳۰ (۱۲,۰)	۵۲ (۱۴,۴)	۸۲ (۱۳,۴)
	شاغل دولتی	۲۲ (۸,۸)	۷۰ (۱۹,۴)	۹۲ (۱۵,۱)
	شاغل خصوصی	۷۲ (۲۸,۸)	۹۲ (۲۵,۶)	۱۶۴ (۲۶,۹)
نوع بیمه	**روستایی**	۱۹ (۷,۶)	۷۷ (۲۱,۴)	۹۶ (۱۵,۷)
	تامین اجتماعی	۹۶ (۳۸,۴)	۱۵۲ (۴۲,۲)	۲۴۸ (۴۰,۷)
	نیرومسلح	۴۹ (۱۹,۶)	۱۲۲ (۳۳,۹)	۱۷۱ (۲۸,۰)
	کمیته امداد	۰ (۰,۰)	۶ (۱,۷)	۶ (۱,۰)
	سایر	۸ (۳,۲)	۰ (۰,۰)	۸ (۱,۳)
	بدون بیمه	۷۸ (۳۱,۲)	۳ (۰,۸)	۸۱ (۱۳,۳)
محل سکونت	**شهر**	۱۲۹ (۵۱,۶)	۱۹۵ (۵۴,۲)	۳۲۴ (۵۳,۱)
	روستا	۱۲۱ (۴۸,۴)	۱۶۵ (۴۵,۸)	۲۸۶ (۴۶,۹)
نام بخش بستری	**مردان**	۱۱۹ (۴۷,۶)	۸۹ (۲۴,۷)	۲۰۸ (۳۴,۱)
	زنان	۱۰۲ (۴۰,۸)	۸۷ (۲۴,۲)	۱۸۹ (۳۱,۰)
	زایشگاه	۲۱ (۸,۴)	۸۰ (۲۲,۲)	۱۰۱ (۱۶,۶)
	ICU	۰ (۰,۰)	۵۸ (۱۶,۱)	۵۸ (۹,۵)
	CCU	۸ (۳,۲)	۴۶ (۱۲,۸)	۵۴ (۸,۹)
علت بستری	**زایمان**	۲۲ (۸,۸)	۸۰ (۲۲,۲)	۱۰۲ (۱۶,۷)
	جراحی زنان	۲۳ (۹,۲)	۲۰ (۵,۶)	۴۳ (۷,۰)
	ارتوپدی	۳۵ (۱۴,۰)	۵۳ (۱۴,۷)	۸۸ (۱۴,۴)
	جراحی عمومی	۴۸ (۱۹,۲)	۶۹ (۱۹,۲)	۱۱۷ (۱۹,۲)
	جراحی چشم	۶۸ (۲۷,۲)	۲۲ (۶,۱)	۹۰ (۱۴,۸)
	مغز و اعصاب	۴ (۱,۶)	۱۵ (۴,۲)	۱۹ (۳,۱)
	ENT	۲ (۰,۸)	۲۴ (۶,۷)	۲۶ (۴,۳)
	زیبایی	۱۳ (۵,۲)	۳۸ (۱۰,۶)	۵۱ (۸,۴)
	اورولوژی	۳۵ (۱۴,۰)	۳۹ (۱۰,۸)	۷۴ (۱۲,۱)
سابقه بستری	**بله**	۶۹ (۲۷,۶)	۸۲ (۲۲,۸)	۱۵۱ (۲۴,۸)
	خیر	۱۸۱ (۷۲,۴)	۲۷۸ (۷۷,۲)	۴۵۹ (۷۵,۲)
سابقه بستری در بیمارستان دیگر	**بله**	۱۰۹ (۴۳,۶)	۱۱۴ (۳۱,۷)	۲۲۳ (۳۶,۶)
	خیر	۱۴۱ (۵۶,۴)	۲۴۶ (۶۸,۳)	۳۸۷ (۶۳,۴)
علت انتخاب	**پزشک معالج**	۱۳۶ (۵۴,۴)	۲۳۱ (۶۴,۲)	۳۶۷ (۶۰,۲)
	خانواده	۱۰۸ (۴۳,۲)	۹۷ (۲۶,۹)	۲۰۵ (۳۳,۶)
	دوستان	۵ (۲,۰)	۲۵ (۶,۹)	۳۰ (۴,۹)
	خودم	۱ (۰,۴)	۰ (۰,۰)	۱ (۰,۲)
	اورژانس	۰ (۰,۰)	۷ (۱,۹)	۷ (۱,۱)
سلامت فعلی	**عالی**	۲۲ (۸,۸)	۵۹ (۱۶,۴)	۸۱ (۱۳,۳)
	خوب	۱۴۹ (۵۹,۶)	۲۲۰ (۶۱,۱)	۳۶۹ (۶۰,۵)
	متوسط	۷۹ (۳۱,۶)	۷۳ (۲۰,۳)	۱۵۲ (۲۴,۹)
	بد	۰ (۰,۰)	۸ (۲,۲)	۸ (۱,۳)
متغیر		**انحراف معیار±میانگین**		**کل**
سن		۴۵,۷۹±۱۴,۳۷	۴۰,۶۸±۱۳,۰۶	۴۳,۴۷±۱۹,۰۰
تعداد روزهای بستری		۱,۴۴±۰,۶۶	۲,۳۷±۱,۶۶	۱,۹۹±۱,۴۲

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که بیشتر افراد مورد بررسی در دو بیمارستان ساری و چالوس زن بوده اند (۵۵/۶ ٪). همچنین (۷۵,۱٪) افرادی که مورد سوال قرار گرفته اند در دو بیمارستان ساری و چالوس متاهل بوده و متغیر تحصیلات به زیرگروه های بیسواد، کمتر از دیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس طبقه بندی شده که در این بین بیشترین درصد افراد مورد پژوهش دیپلم و با سواد بوده اند (۳۴,۴٪).

متغیر شغل به زیرگروه های بازنشسته، خانه دار، بیکار، شاغل دولتی، شاغل خصوصی طبقه بندی شده که در این بین سهم مراجعه کنندگان خانه دار بیشتر بوده است (۳۱,۵٪). و شاغل خصوص با ۲۶,۹٪ رتبه دوم سهم مراجعه کنندگان را به خود اختصاص داده است.

متغیر نوع بیمه به زیر گروه های روستایی، تامین اجتماعی، نیرومسلح، کمیته امداد، سایر ادارات، بدون بیمه طبقه بندی شده که در این بین مراجعه کنندگان بیمه تامین اجتماعی۴۰,۷٪، نیروهای مسلح ۲۸,۰٪ به ترتیب سهم بیشتری را شامل شده است.

متغیر محل سکونت به زیرگروه های شهری و روستایی تقسیم بندی شده است که در این بین مراجعه کنندگان شهری با ۵۳,۳٪ بیشترین مراجعه کنندگان بوده اند.

متغیر بخش بستری به زیرگروه های مردان، زنان، زایشگاه، ICU، CCU طبقه بندی شده است که در این بین مراجعه کنندگان به بخش مردان با ۳۴,۱٪ بیشترین مراجعه کنندگان بوده اند و بخش زنان با ۳۱٪ رتبه دوم سهم مراجعه کنندگان را به خود اختصاص داده است.

متغیر علت بستری نیز به زیرگروه های زایمان، جراحی زنان، ارتوپدی، جراحی عمومی، جراحی چشم، مغز و اعصاب، ENT، زیبایی، اورولوژی تقسیم بندی شده است که بیشترین سهم مراجعه کنندگان مربوط به جراحی عمومی ۱۵,۲٪ بوده است. ۷۵,۲٪ سابقه بستری در بیمارستان منتخب را نداشته اند. ۶۳,۴٪ اظهار نموده‌اند که درهیچ بیمارستانی بستری نبوده اند.

در بین متغیرهای پزشک معالج، خانواده، دوستان و آشنایان و میل شخصی، بیشترین علت انتخاب مربوط به پزشک معالج (۶۰٪) بوده است ۳۳,۶ درصد هم علت انتخاب را خانواده عنوان کرده اند و مراجعه کنندگان سلامت فعلی خود را خوب (۶۰٪) ارزیابی کرده‌اند که در این بین بیمارستان چالوس ۵۹,۶٪ و بیمارستان ساری ۶۱,۱ درصد را به خود اختصاص داده است.

یافته های تحلیلی این پژوهش حاصل از برازش مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی (OLS) و مدلسازی معادلات ساختاری از طریق نرم افزار STATA و AMOS ارائه شده است.. داده های جدول ۲ حاکی از آن است که P-value تمام متغیرها بجز حمایت اجتماعی کوچکتر از ۰,۰۵ می‌باشد (P<0.05). یعنی نمره متغیرهای اقدام سریع، ارتباطات، شان و مرتبه، استقلال، محرمانگی اطلاعات، حق انتخاب، امکانات فیزیکی در دو بیمارستان ولایت ساری و چالوس اختلاف معنی داری با هم داشته و میانگین نمرات بیمارستان ولایت ساری (۳,۹۷±۰,۳۴) از بیمارستان چالوس (۳,۶۷±۰,۲۱) بیشتر است هر چند دو بیمارستان مطابق شیوه امتیازدهی لیکرت سطح متوسط و مطلوبی را داشته اند (بیمارستان امام رضا (ع) در ابعاد اقدام سریع، ارتباطات، شان و مرتبه، استقلال، حق انتخاب و امکانات فیزیکی در وضعیت متوسط و در محرمانگی اطلاعات در وضعیت مطلوبی قرار دارد و همچنین بیمارستان ولایت ساری در ابعاد اقدام سریع، ارتباطات، استقلال در وضعیت متوسط و در ابعاد شان و مرتبه، محرمانگی اطلاعات، حق انتخاب، امکانات فیزیکی در وضعیت مطلوب قرار دارند) اما با توجه به نمره حمایت اجتماعی (P-value=.11, P>0.05) می‌بینیم که میانگین نمره حمایت اجتماعی در دو بیمارستان با همدیگر اختلافی ندارند.

جدول-۲. مقایسه میانگین نمره ابعاد پاسخگویی و میانگین کل در ۲ بیمارستان بر اساس یافته‌های برازش مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی (OLS)

متغیر	انحراف معیار±میانگین		کل	P-value
	چالوس (۲۵۰ نفر)	ولایت ساری (۳۶۰نفر)		
اقدام سریع	۳,۱۳±۰,۵۱	۳,۲۳±۰,۴۱	۳,۱۹±۰,۴۶	۰,۰۰۷
ارتباطات	±۰,۳۰ ۳,۶۵	±۰,۵۱ ۳,۷۶	۳,۷۱±۰,۴۴	<۰,۰۰۱
شان و مرتبه	۳,۸۹±۰,۳۷	۴,۳۴±۰,۴۶	۴,۱۶±۰,۴۸	<۰,۰۰۱
استقلال	۳,۶۳±۰,۳۷	۳,۸۲±۰,۵۷	۳,۷۴±۰,۵۱	<۰,۰۰۱
محرمانگی اطلاعات	۴,۰۴±۰,۳۵	۴,۵۵±۰,۴۰	۴,۳۴±۰,۴۵	<۰,۰۰۱
حق انتخاب	۳,۷۳±۰,۳۸	۴,۰۸±۰,۵۵	۳,۹۴±۰,۵۲	<۰,۰۰۱
حمایت اجتماعی	۳,۸۳±۰,۳۶	۳,۸۹±۰,۵۵	۳,۸۶±۰,۴۸	۰,۱۱
امکانات فیزیکی	۳,۳۳±۰,۴۴	۴,۱۲±۰,۴۹	۳,۸۰±۰,۶۱	<۰,۰۰۱
میانگین کل	۳,۶۷±۰,۲۱	۳,۹۷±۰,۳۴	۳,۸۵±۰,۳۳	<۰,۰۰۱

همچنین مقایسه میانگین نمره ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل در دو بیمارستان در جدول ۳ آمده است و P-value تمام متغیرها کوچکتر از ۰٫۰۵ می باشد یعنی متغیرهای ۶ گانه (بیمار محوری، سیاست کلان، تخصص حرفه ای، کیفیت مراقبت، ارتباط و اطلاعات، کیفیت همکاری) در بیمارستان ولایت ساری و چالوس اختلاف معنی داری با هم داشته و میانگین نمرات بیمارستان ولایت ساری (۳٫۹۲±۰٫۳۶) از بیمارستان چالوس (۳٫۶۷±۰٫۲۱) بیشتر است. بیمارستان امام رضا (ع) چالوس در ابعاد بیمار محوری، سیاست کلان، تخصص حرفه ای، کیفیت مراقبت، ارتباط و اطلاعات، کیفیت همکاری سطح متوسط و بیمارستان ولایت ساری در ابعادسیاست کلان، ارتباط و اطلاعات، کیفیت همکاری و در ابعاد بیمار محوری، تخصص حرفه ای، کیفیت مراقبت در وضعیت مطلوبی قرار دارد.

جدول-۳. مقایسه میانگین نمره ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل در ۲ بیمارستان بر اساس یافته‌های برازش مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی (OLS)

متغیر	انحراف معیار±میانگین		کل	P-value
	چالوس (۲۵۰ نفر)	ولایت ساری (۳۶۰نفر)		
بیمار محوری	۳٫۷۵±۰٫۳۸	۴٫۰۵±۰٫۵۱	۳٫۹۳±۰٫۴۸	<۰٫۰۰۱
سیاست کلان	۳٫۲۲±۰٫۳۸	۳٫۲۹±۰٫۴۱	۳٫۲۶±۰٫۴۰	۰٫۰۵۱
تخصص حرفه ای	۳٫۷۵±۰٫۳۸	۴٫۰۹±۰٫۵۲	۳٫۹۵±۰٫۴۹	<۰٫۰۰۱
کیفیت مراقبت	۳٫۸۰±۰٫۳۱	۴٫۱۹±۰٫۳۴	۴٫۰۳±۰٫۳۸	<۰٫۰۰۱
ارتباط و اطلاعات	۳٫۶۶±۰٫۳۳	۳٫۷۷±۰٫۵۷	۳٫۷۳±۰٫۴۹	<۰٫۰۰۱
کیفیت همکاری	۳٫۶۳±۰٫۳۵	۳٫۸۵±۰٫۶۵	۳٫۷۶±۰٫۵۶	<۰٫۰۰۱
میانگین کل	۳٫۶۷±۰٫۲۱	۳٫۹۲±۰٫۳۶	۳٫۸۲±۰٫۳۳	<۰٫۰۰۱

در جدول۴ P-vaue میزان پاسخگویی و میزان اعتماد عمومی کوچکتر از ۰٫۰۵ می باشد (P=vaue< ۰٫۰۰۱) به عبارتی میزان پاسخگویی مطلوب در بیمارستان ولایت ساری بطور معناداری از بیمارستان چالوس بیشتر است. با توجه به نتایج جدول ۳-۵ میزان پاسخگویی مطلوب در بیمارستان ولایت ساری ۴۹٫۷٪ و در بیمارستان چالوس ۳٫۲٪ و میزان اعتماد عمومی به بیمارستان ولایت ساری ۳۷٫۸٪ و بیمارستان چالوس ۲٫۰٪ می باشد بنابراین نمره پاسخگویی و اعتماد عمومی در بیمارستان ولایت ساری از بیمارستان چالوس بیشتر است.

جدول-۴. میزان پاسخگویی در بیمارستان ولایت ساری و چالوس بر اساس یافته های برازش مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی (OLS)

متغیر		بیمارستان چالوس	بیمارستان ولایت ساری	کل	P-value
میزان پاسخگویی	متوسط	۲۴۲ (۹۶٫۸)	۱۸۱ (۵۰٫۳)	۴۲۳ (۶۹٫۳)	<۰٫۰۰۱
	مطلوب	۸ (۳٫۲)	۱۷۹ (۴۹٫۷)	۱۸۷ (۳۰٫۷)	
میزان اعتماد	متوسط	۲۴۵ (۹۸٫۰)	۲۲۴ (۶۲٫۲)	۴۶۹ (۷۶٫۹)	<۰٫۰۰۱
	مطلوب	۵ (۲٫۰)	۱۳۶ (۳۷٫۸)	۱۴۱ (۲۳٫۱)	

در جدول۵ ابعاد ۸ گانه پاسخگویی شامل: اقدام سریع، ارتباطات، شان و مرتبه، استقلال، محرمانگی اطلاعات، حق انتخاب، حمایت اجتماعی و امکانات فیزیکی در ستون سمت چپ و ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی شامل بیمار محوری، سیاست کلان، تخصص حرفه ای، کیفیت مراقبت، ارتباطات و اطلاعات و کیفیت همکاری در ردیف اول آمده است. اعدادی که بین ۰-۱ هستند ضرایب همبستگی پیرسون می باشد «کوواریانس» و یا «ضرایب همبستگی» که ارتباط بین دو متغیر را نشان می‌دهد. به این معنی که اگر مقدار این ضریب مثبت شود، بیانگر ارتباط مستقیم بین دو متغیر است. که با افزایش یکی دیگری نیز افزایش می‌یابد. همچنین منفی بودن این ضریب نشان می‌دهد که جهت تغییرات دو متغیر عکس یکدیگر هستند. به بیان دیگر ارتباط معکوس بین دو متغیر نشان می‌دهد که با افزایش یکی، دیگری کاهش می‌یابد.

ردیف اول جدول۳-۵ ارتباط بین یکی از ابعاد پاسخگویی یعنب بعد اقدام سریع و ابعاد اعتماد عمومی که شامل بیمار محوری، سیاست کلان، تخصص حرفه ای، کیفیت مراقبت، ارتباطات و اطلاعات و کیفیت همکاری را نشان می دهد، داده ها حاکی از آن است که ابعاد بیمار محوری، تخصص حرفه ای، کیفیت مراقبت و کیفیت همکاری با (P-value< ۰٫۰۵) اختلاف معنی داری با بعد اقدام سریع داشته و به عبارت دیگر ابعاد مذکور دارای یک همبستگی مثبت با بعد اقدام سریع بوده و هر چه نمرات اقدام سریع افزایش یابد نمره این ابعاد و همچنین میانگین کل نمره اعتماد

عمومی به طور معناداری افزایش می یابد. همچنین ابعاد سیاست کلان (P-value=۰,۸۲) و ارتباطات و اطلاعات (P-value=۰,۹۱) با توجه به P-value بیشتر از ۰,۰۵ دارای ارتباط معنی داری با بعد اقدام سریع نمی باشند.

ارتباط بین بعد ارتباطات با ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی:

در ردیف دوم جدول۳-۵ ارتباط بین بعد ارتباطات و ابعاد اعتماد عمومی، با توجه به اینکه (P-value< ۰,۰۵) می باشد، ارتباط آماری معناداری بین ارتباطات و ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی وجود دارد یه عبارتی هر چه نمرات ارتباطات بیشتر شود نمرات ابعاد مذکور نیز افزایش می یابد.

ارتباط بین بعد شان و مرتبه با ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی:

در ردیف سوم جدول۳-۵ یعنی ارتباط بین بعد شان و مرتبه و ابعاد اعتماد عمومی، با توجه به اینکه (P-value< ۰,۰۵) می باشد، ارتباط آماری معناداری بین شان و مرتبه و ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی وجود دارد یه عبارتی هر چه نمرات شان و مرتبه بیشتر شود نمرات ابعاد مذکور نیز افزایش می یابد.

ارتباط بین بعد استقلال با ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی:

در ردیف چهارم جدول۳-۵ یعنی ارتباط بین بعد استقلال و ابعاد اعتماد عمومی، با توجه به اینکه (P-value< ۰,۰۵) می باشد، ارتباط آماری معناداری بین بعد استقلال و ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی وجود دارد یه عبارتی هر چه نمرات استقلال بیشتر شود نمرات ابعاد مذکور نیز بالا می رود.

ارتباط بین بعد محرمانگی با ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی:

در ردیف پنجم جدول۳-۵ یعنی ارتباط بین بعد محرمانگی اطلاعات و ابعاد اعتماد عمومی، با توجه به اینکه (P-value< ۰,۰۵) می باشد، ارتباط آماری معناداری بین محرمانگی اطلاعات و ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی وجود دارد یه عبارتی هر چه نمرات محرمانگی اطلاعات بیشتر شود نمرات ابعاد مذکور نیز افزایش می یابد.

ارتباط بین بعد حق انتخاب با ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی:

در ردیف ششم جدول۳-۵ یعنی ارتباط بین بعد حق انتخاب و ابعاد اعتماد عمومی، با توجه به اینکه (P-value< ۰,۰۵) می باشد، ارتباط آماری معناداری بین بعد حق انتخاب و ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی وجود دارد یه عبارتی هر چه نمرات حق انتخاب بیشتر شود نمرات ابعاد مذکور بالا می رود.

ارتباط بین بعد حمایت اجتماعی با ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی:

در ردیف هفتم جدول۳-۵ ارتباط بین بعد حمایت اجتماعی و ابعاد اعتماد عمومی (بیمار محوری، سیاست کلان، تخصص حرفه‌ای، کیفیت مراقبت، ارتباطات و اطلاعات و کیفیت همکاری) داده‌ها نشان می دهد که ابعاد بیمار محوری، تخصص حرفه ای، کیفیت مراقبت، ارتباطات و اطلاعات و کیفیت همکاری دارای (P-value< ۰,۰۵) بوده و بعبارتی ابعاد مذکور دارای همبستگی مثبت با بعد حمایت اجتماعی هستند و هر چه نمرات حمایت اجتماعی افزایش یابد این ابعاد و همچنین میانگین کل نمره اعتماد عمومی به طور معناداری افزایش می یابد. همچنین ابعاد سیاست کلان (P-value= ۰,۲۶)، (P-value> ۰,۰۵) دارای ارتباط معنی‌داری با بعد حمایت اجتماعی نمی باشند.

ارتباط بین بعد امکانات فیزیکی با ابعاد ۶ گانه اعتماد عمومی:

در ردیف هشتم جدول ۳-۵ یعنی ارتباط بین بعد امکانات فیزیکی و ابعاد اعتماد عمومی، با توجه به اینکه (P-value< ۰,۰۵) می باشد، ارتباط آماری معناداری بین امکانات فیزیکی و ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی وجود دارد یه عبارتی هر چه نمرات امکانات فیزیکی بیشتر شود نمرات ابعاد مذکور نیز افزایش می یابد.

یافته های برازش مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی (OLS) برای اعتماد عمومی در جدول ۶ ارایه شده است. بر اساس یافته های جدول مذکور، مدل به صورت کلی معنادار بوده (p<0.001 و F=123.35) و آزمون وایت(White) وجود مشکل ناهمسانی واریانس اجزاء اخلال را در سطح معناداری ۵ درصد رد نموده است (Chi2=74.12, P<0.003). احتمال وجود مشکل همخطی متغیرهای مستقل با استفاده از آزمون میانگین تلورانس (VIF=1.56) رد شد. همچنین ضریب تعیین مدل(R2 =0.62) نشان داد بیش از ۶۰ درصد تغییرات اعتماد عمومی با استفاده از متغیرهای ابعاد ۸ گانه پاسخگویی توجیه می شود.

جدول-۵. بررسی ارتباط ابعاد پاسخگویی با ابعاد اعتماد عمومی مراجعه کنندگان

ابعاد	بیمار محوری	سیاست کلان	تخصص حرفه ای	کیفیت مراقبت	ارتباط و اطلاعات	کیفیت همکاری	میانگین کل نمره اعتماد عمومی
اقدام سریع	۰۲۷	۰,۰۹	۰,۱۹	۰,۲۱	۰,۰۰۵	۰,۰۸	۰,۱۹
P-value	<۰,۰۰۱	۰,۸۲	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	۰,۹۱	۰,۰۴۰	<۰,۰۰۱
ارتباطات	۰,۴۶	۰,۱۹	۰,۳۷	۰,۴۰	۰,۵۹	۰,۲۲	۰,۵۶
P-value	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱
شان و مرتبه	۰,۷۱	۰,۲۳	۰,۵۴	۰,۶۷	۰,۴۴	۰,۳۱	۰,۷۱
P-value	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱

استقلال	۰,۳۸	۰,۱۳	۰,۳۲	۰,۴۰	۰,۶۵	۰,۲۴	۰,۵۴
P-value	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱
محرمانگی اطلاعات	۰,۴۶	۰,۱۳	۰,۴۴	۰,۵۵	۰,۳۶	۰۲۶	۰,۵۵
P-value	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	.<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱
حق انتخاب	۰,۳۵	−۰,۱۱	۰,۳۰	۰,۳۵	۰,۲۷	۰,۱۳	۰,۳۵
P-value	<۰,۰۰۱	۰,۰۰۶	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱
حمایت اجتماعی	۰,۲۰	−۰,۰۴	۰,۱۸	۰,۲۴	۰,۲۸	۰,۰۸	۰,۲۵
P-value	<۰,۰۰۱	۰,۲۶۷	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	۰,۰۳	<۰,۰۰۱
امکانات فیزیکی	۰,۵۳	۰,۲۰	۰,۴۵	۰,۵۵	۰,۳۵	۰,۲۷	۰,۵۸
P-value	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱
میانگین کل نمره پاسخگویی	۰,۷۱	۰,۲۰	۰,۵۷	۰,۶۷	۰,۶۳	۰,۳۳	۰,۷۸
P-value	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱	<۰,۰۰۱

نتایج مدل رگرسیونی نشان داد تمام متغیرهای پاسخگویی به جز اقدام سریع (p=0.195)، حق انتخاب (p=0.469) و حمایت اجتماعی (p=0.253) ارتباط آماری معناداری با اعتماد عمومی داشتند (P<0.05). در بین ابعاد ۸ گانه پاسخگویی "شان و مرتبه بیمار" (β=0.23, p<0.001) و "استقلال" (β=0.13 p<0.001) به ترتیب بیشترین ارتباط را با اعتماد عمومی داشتند. به طوری که افزایش یک واحد در امتیاز بُعدِ "شان و مرتبه" و همچنین افزایش یک واحد در امتیاز بُعد "استقلال " به طور متوسط امتیاز اعتماد عمومی را ۰/۲۳ و ۰/۱۳ افزایش می دهد. همچنین "محرمانگی اطلاعات" (β=0.07, p<0.001) و ارتباطات (β=0.10، p<0.001) کمترین ارتباط را با اعتماد عمومی داشته اند. افزایش یک واحد در امتیاز بُعدِ "محرمانگی اطلاعات" و "ارتباطات " به طور متوسط امتیاز اعتماد عمومی را ۰/۰۷ و ۰/۱ افزایش می دهد.

همانطور که قبلا اشاره شد یافته های برازش مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی (OLS) و مدلسازی معادلات ساختاری از طریق نرم افزار STATA و AMOS و ضرایب همبستگی در تعیین بررسی ارتباط ابعاد پاسخگویی با ابعاد اعتماد عمومی مراجعه کنندگان حاکی از آن بود که بین ابعاد ارتباطات، شان و مرتبه، استقلال، محرمانگی اطلاعات، حق انتخاب و امکانات فیزیکی با تمامی ابعاد اعتماد عمومی و میانگین کل نمره اعتماد عمومی ارتباط آماری مثبت وجود دارد (P-value< ۰,۰۵) و افزایش در هر یک از ابعاد مذکور سبب افزایش در اعتماد عمومی می شود از طرفی بعد اقدام سریع بجز در دو بعد اعتماد عمومی (سیاست کلان و ارتباطات و اطلاعات) که ارتباط معناداری با هم ندارند با ابعاد دیگر اعتماد عمومی ارتباط آماری مثبت دارد و همچنین بعد حمایت اجتماعی نیز بجز با بعد سیاست کلان که ارتباط آماری معناداری ندارد با بقیه ابعاد اعتماد عمومی دارای ارتباط معنادار مثبت است.

بر اساس نتایج مدل رگرسیونی در جدول ۶-۳، ارتباط آماری معناداری بین بعد اقدام سریع، حق انتخاب، حمایت اجتماعی و امتیاز اعتماد عمومی وجود نداشت (P>0.1). سایر ابعاد پاسخگویی ارتباط آماری مثبت و معناداری با اعتماد عمومی داشتند (P=0.005). از بین ابعاد پاسخگویی، بعد "شان و مرتبه" و "استقلال" به ترتیب با ضریب تاثیر ۰,۲۳ و ۰,۱۳ بیشترین ارتباط را با امتیاز اعتماد عمومی داشتند. همچنین "امکانات فیزیکی" و "محرمانگی اطلاعات" به ترتیب با ضریب تاثیر ۰,۰۷ و ۰,۱ بیشترین ارتباط را با امتیاز اعتماد عمومی داشتند.

جدول-۶ . بررسی رگرسیونی ارتباط ابعاد پاسخگویی با اعتماد عمومی

متغیرها	ضرایب(β)	خطای معیار (SE)	مقدار t	p-value	فاصله اطمینان(۹۵٪)	
					پائین	بالا
اقدام سریع	− ۰,۰۲۸۳۶۲۴	۰,۰۲۱۸۶۹۱	−۱,۳۰	۰,۱۹۵	−۰,۰۷۱۳۱۱۵	۰,۰۱۴۵۸۶۸
ارتباطات	۰,۱۰۴۶۹۰۴	۰,۰۲۴۹۶۳۸	۴,۱۹	۰,۰۰۰	۰,۰۵۵۶۶۳۴	۰,۱۵۳۷۱۷۴
شان و مرتبه	۰,۲۳۳۰۴۸۴	۰,۰۲۳۱۹۷۱	۱۰,۰۵	۰,۰۰۰	۰,۱۸۷۴۹۱۱	۰,۲۷۸۶۰۵۷
استقلال	۰,۱۳۰۱۸۸۹	۰,۰۲۰۱۱۴۹	۶,۴۷	۰,۰۰۰	۰,۰۹۰۶۸۴۸	۰,۱۶۹۶۹۲۹
محرمانگی اطلاعات	۰,۰۷۹۸۸۲	۰,۰۱۹۹۵۸	۴,۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۴۰۶۸۶۱	۰,۱۱۹۰۷۷۹
حق انتخاب	−۰,۰۱۲۴۲۴۱	۰,۰۱۷۱۵۳۳	−۰,۷۲	۰,۴۶۹	−۰,۰۴۶۱۱۱۹	۰,۰۲۱۲۶۳۶

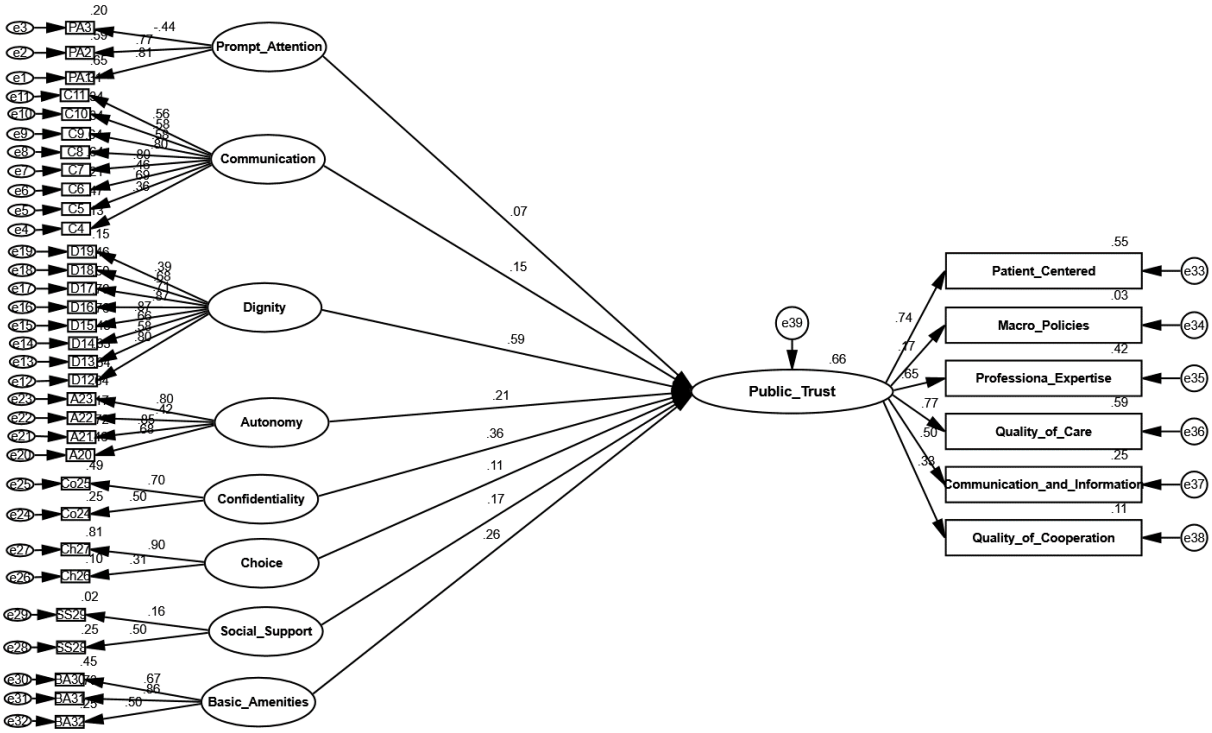
حمایت اجتماعی	۰,۰۲۰۶۳۲۸	۰,۰۱۸۰۴۲۸	۱,۱۴	۰,۲۵۳	−۰,۰۱۴۸۰۱۸	۰,۰۵۶۰۶۷۵
امکانات فیزیکی	۰,۱۰۳۹۸۱۴	۰,۰۱۷۷۱۵۷	۵,۸۷	۰,۰۰۰	۰,۶۹۱۸۹۱	۰,۱۳۸۷۷۳۷
عرض از مبدا	۴,۰۹۱۰۷۶	۰,۴۳۷۰۳۷۴	۹,۳۶	۰,۰۰۰	۳,۲۳۲۷۷	۴,۹۴۹۳۸۲
شاخص‌های نیکویی برازش						
ضریب تعیین(R^2)	۰,۶۲۱۵					
آماره F	۱۲۳,۳۵					
p-value	۰,۰۰۰					
White test	p-value =۰,۰۰۳۰ chi2(۴۴)=۷۴,۱۲					
میانگین VIF	۱,۵۶					

با توجه به مدلسازی معادلات ساختاری و همانطور که از جدول ۷ مشاهده میشود ارتباطی بین اقدام سریع و حمایت اجتماعی با اعتماد عمومی مشاهده نشد ($p>0.05$). اما ارتباط شش بعد دیگر شامل ارتباطات، شان و مرتبه، استقلال، محرمانگی اطلاعات، حق انتخاب و امکانات فیزیکی با اعتماد عمومی از نظر آماری معنی دار بود ($p<0.05$).

جدول ۷- ضرایب رگرسیونی در بررسی ارتباط ابعاد پاسگویی با اعتماد عمومی

	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	آماره آزمون	P
Prompt_Attention	.035	.019	1.859	.063
Communication	.193	.053	3.637	<0.001
Dignity	.347	.027	12.977	<0.001
Autonomy	.146	.028	5.221	<0.001
Confidentiality	.451	.076	5.956	<0.001
Choice	.167	.061	2.728	.006
Social_Support	.128	.176	.727	.467
Basic_Amenities	.134	.022	6.130	<0.001

ضرایب رگرسیونی استاندارد شده در بررسی تاثیر ابعاد پاسخگویی با اعتماد عمومی در مدل زیر آورده شده است. همانطور که مشاهده میشود ضریب تعیین برابر با ۰,۶۶ محاسبه شده و نشان از قدرت نسبتا خوب مدل است. بنابراین میتوان گفت ۶۶ درصد از تغییرات اعتماد عمومی توسط تغییرات ابعاد پاسخگویی تبیین خواهد شد. از طرف دیگر بعد شان و مرتبه، حمایت اجتماعی و امکانات فیزیکی بیشترین تاثیر و ابعاد اقدام سریع، حق انتخاب و حمایت اجتماعی کمترین تاثیر را بر اعتماد عمومی دارند.



شاخص برازش	CMIN/DF	TLI	NFI	CFI	PRATIO	PNFI	PCFI	RMSEA
	6.80	0.62	0.61	0.65	0.93	0.57	0.60	0.09

با توجه به جدول بالا اگرچه شاخص برازش کلی مدل (کای دو) نشان میدهد مدل از برازش نسبتا خوبی برخوردار نیست اما شاخصهای برازش دیگر نشان می دهند که مدل مورد نظر توانسته است از مدل استقلال (عدم وجود ارتباط بین ابعاد پاسخگویی و اعتماد عمومی) فاصله بگیرد.

بحث

هدف از انجام این مطالعه، بررسی ارتباط بین پاسخگویی و اعتماد عمومی به خدمات سلامت در مراجعه کنندگان به بیمارستانهای نظامی استان مازندران در سال ۱۴۰۱ بوده است. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که میزان پاسخگویی مطلوب و میزان اعتماد عمومی در دو بیمارستان دارای اختلاف معنا داری بوده (P-vaue < ۰,۰۰۱) و نمره پاسخگویی در بیمارستان ولایت ساری (۴۹,۷٪) از بیمارستان چالوس (۳,۲٪) و نمره اعتماد عمومی بیمارستان ولایت ساری (۳۷,۸٪) از بیمارستان چالوس (۲,۰٪) بیشتر است. همچنین ابعاد پاسخگویی در همه ابعاد بجز بعد حمایت اجتماعی (P-value=0.11، P-value>0.05) اختلاف معنی داری را نشان می دهد. ابعاد پاسخگویی در بیمارستان چالوس با کسب میانگین نمره ۳,۶۷±۰,۲۱ و بیمارستان ولایت ساری کسب میانگین نمره ۳,۹۷±۰,۳۴ سطح متوسطی از مطلوبیت را به دست آورده که در این بین بیمارستان ولایت ساری در بعد شان و مرتبه، محرمانگی اطلاعات، حق انتخاب و امکانات فیزیکی و بیمارستان چالوس در بعد محرمانگی اطلاعات در سطح مطلوب قرار دارند. ابعاد اعتماد عمومی نیز در دو بیمارستان ولایت ساری و چالوس در همه ابعاد اختلاف معنی داری را نشان می دهد که در بیمارستان چالوس با کسب میانگین نمره ۳,۶۷±۰,۲۱ و بیمارستان ولایت ساری کسب میانگین نمره ۳,۹۲±۰,۳۶ سطح متوسطی از مطلوبیت را به دست آورده اند که در این بین بیمارستان ولایت ساری در بعد بیمارمحوری، تخصص حرفه ای و کیفیت مراقبت در سطح مطلوب قرار دارند.

در ارزیابی وضعیت پاسخگویی به بیماران بستری در بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر مشهد از دیدگاه بیماران بستری‌شده در سال ۱۳۹۶ توسط هوشمند و همکاران ، بیماران نحوه پاسخ‌گویی بیمارستان‌های شهر مشهد را متوسط ارزیابی نمودند (۲۸). این یافته ها با نتایج مطالعه گوهری و همکاران (سال۱۳۹۰) در مورد سطح پاسخگویی بیمارستانهای آموزشی کشورکه آن را متوسط به بالا گزارش نمودند، هم خوانی دارد (۱۹) همچنین این میزان با مطالعات جوادی و همکاران (سال۱۳۸۹) که سطح پاسخگویی در بیمارستان های اصفهان را متوسط ارزیابی کرده اند همخوانی دارد (۲۹).

مطالعه تطبیقی سه کشور انگلستان، هلند و آلمان (vander schee 2007) نشان داد که ساکنان انگلستان و ولز و پس از آن مردم هلند به سیستم مراقبت های بهداشتی اعتماد بیشتری دارند. مردم در آلمان به طور کلی کمترین اعتماد را به مراقبت های بهداشتی داشته اند (۳۰).

دریک مطالعه مروری سیستماتیک با عنوان"چگونه اعتماد به سیستم مراقبت سلامت را اندازه‌گیری می‌کنید؟ که توسط Ozawa انجام شد، پیشنهاد شده ا ست که در کشورهایی غیراز ایالات متحده، روایی و پایایی ابزار اندازه گیری اعتماد باید بیشترسنجیده شود. یافته های این مطالعه نشان داده است که بیشترین اعتماد را رابطه بین ارائه دهندگان خدمت و پرستاران و بیماران تعیین میکند (۳۱). یافته های پژوهش ابراهیمی پور و همکاران با موضوع بررسی روایی و پایایی ابزارسنجش اعتماد عمومی به ارائه دهندگان خدمات سلامت نیز نشان داده است که کیفیت مراقبت های سلامت از اهمیت و ضرورت بالایی برای بررسی اعتماد بیماران برخوردار است (۳۲).

نتایج مدل برازش رگرسیونی نشان داد تمام متغیرهای پاسخگویی به جز اقدام سریع (p=0.195)، حق انتخاب (p=0.469 و حمایت اجتماعی (p=0.253) ارتباط آماری معناداری با اعتماد عمومی داشتند (P<0.05). در بین ابعاد ۸ گانه پاسخگویی "شان و مرتبه بیمار" (β=0.23, p<0.001) و "استقلال" (β=0.13 p<0.001) به ترتیب بیشترین ارتباط را با اعتماد عمومی داشته اند. به طوری که افزایش یک واحد در امتیاز بُعدِ "شان و مرتبه" و همچنین افزایش یک واحد در امتیاز بُعد "استقلال " به طور متوسط امتیاز اعتماد عمومی را ۰/۲۳ و ۰/۱۳ افزایش داده و همچنین "محرمانگی اطلاعات" (β=0.07, p<0.001) و ارتباطات (β=0.10، p<0.001) کمترین ارتباط را با اعتماد عمومی داشته اند. افزایش یک واحد در امتیاز بُعدِ "محرمانگی اطلاعات" و "ارتباطات " به طور متوسط امتیاز اعتماد عمومی را ۰/۰۷ و ۰/۱ افزایش داده است.

در این پژوهش مشخص گردید که میزان پاسخگویی بر اعتماد عمومی تاثیرگذار بوده است که بررسی یافته های تحقیق اسدی و همکاران (۱۳۹۱) ، بر اساس مدل معادلات ساختاری نشان می‌دهد پاسخگویی بر اعتماد عمومی تاثیر مستقیم دارد (۳۳).

نتایج مطالعات شهبازی و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان تاثیر مستقیم پاسخگویی بر اعتماد عمومی، حاکی از تاثیر مستقیم و مثبت پاسخگویی عمومی بر اعتماد عمومی و همچنین، تاثیر پاسخگویی عمومی بر بهبود درستکاری، خطرپذیری و اطمینان می باشد (۳۴).

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعات منوریان و همکاران (۱۳۸۸)، رابطه مثبت میان پاسخ گویی عمومی و اعتماد عمومی و نیز رابطه مثبت میان اعتماد عمومی و مشارکت عمومی تأیید شده و مشخص گردیده که پاسخ گویی عمومی از عوامل اصلی ایجاد اعتماد عمومی در شهروندان می باشد؛ در واقع در هر جامعه ای، اعتماد شهروندان رابطه ای تنگاتنگ با پاسخ گویی دولت دارد (۳۵).

در پژوهش رحمانیان و همکاران (۱۳۹۸) میانگین و انحراف معیار نمره ی عدالت ۲۳/۱۵ ± ۷۰/۶۲ و نمره ی پاسخ گوئی ۷۵/۱۸ ± ۱۶/۱۰۵ محاسبه شد که نتایج بررسی همبستگی نشان دهنده وجود ارتباط معنادار در تمامی ابعاد عدالت و پاسخگویی بوده است (۳۶).

مطالعه ای که در کشورکرواسی در خصوص ارزیابی کیفیت و پاسخگویی بیمارستانها انجام شده است (Ozretić ۲۰۲۰)، نشان داد که مدیریت مراکز بیمارستانی دانشگاهی باید کیفیت خدمات مراقبتهای بهداشتی را در همه که، «ملموس بودن» و «پاسخگویی» ابعاد با توجه ویژه به بیشترین شکاف در آن مشخص شده است، ارتقاء دهند (۳۷). نتایج پژوهش رمضان پور و همکاران (۱۳۹۹) حاکی از آن است که عدالت سازمانی و ابعاد آن با حیطه های مختلف پاسخگویی(اقدام سریع، ارتباطات، شأن و رتبه، استقلال و محرمانه ماندن اطلاعات) همبستگی مثبت معنی داری داشته و با افزایش میانگین نمره عدالت سازمانی، میانگین نمره پاسخگویی نیز افزایش می یابد و برعکس (۳۸). مطابق با نتایج این پژوهش شان و مرتبه بیمار و استقلال به ترتیب بیشترین ارتباط را با اعتماد عمومی داشته اند. که این نتیجه در مطالعه پلتزر و همکاران با عنوان «پاسخگویی نظام سلامت در آفریقای جنوبی» (۲۰۰۹) که بالاترین بُعد، از نظر پاسخگویی، شأن و منزلت بوده است، همخوانی دارد (۳۹). همچنین در مطالعه رشیدیان (۱۳۸۹) ، بیشترین پاسخگویی مربوط به بُعد شأن و منزلت و کمترین پاسخگویی مربوط به بُعد مشارکت در تصمیم و کیفیت محیط بوده است (۴۰). در مطالعه‌ای در ایرلند با هدف تعیین وضعیت پاسخگویی در خدمات درمانی مراکز روستایی(Robone 2011) ، بااهمیت‌ترین ابعاد، توجه فوری و شأن و منزلت بیان شد (۴۱).

در مطالعات Valentineو همکاران (۲۰۰۷) ،Kowal و همکاران و Liabsuetrakul و همکاران (۲۰۱۲) دو بعد احترام به شأن و منزلت و توجه سریع به عنوان مهمترین ابعاد پاسخگویی نظام سلامت از نظر بیماران گزارش گردیده اند (۴۲،۴۳). علاوه بر این در پژوهشPeltzer در جنوب آفریقا (۲۰۱۲) نشان داده شد که در ارتباط با خدمات بستری، مؤلفه های استقلال بیمار و رسیدگی و توجه فوری دارای کمترین میانگین بوده اند. این درحالی است که کیفیت امکانات رفاهی، محرمانگی وحفظ شأن وکرامت بیمار بیشترین میانگین را داشته اند. در این مطالعه رسیدگی و توجه فوری، مشارکت بیمار درتصمیم گیری های درمانی و یا به عبارت دیگراستقلال بیمار ، ارتباطات مناسب و دسترسی به حمایتهای اجتماعی به عنوان حیطه های مهم برای اقدام شناخته شدند(۴۴).

نتایج مطالعه De Silva تحت عنوان "سنجش پاسخگویی :نتایج بررسی های صورت گرفته در موردافراد مطلع کلیدی از ۳۵کشور" در سال ۲۰۰۳ نیز نشان داد که در میان کشورها به لحاظ آیتم های پاسخگویی منفی، تشابهاتی وجود دارد (Respect to Person.)در محور احترام به شخص بعد"رعایت حریم خصوصی...و درمحور احترام به شان بیمار بعد"رازداری در مورد مدارک ..." بالاترین امتیاز پاسخگویی را کسب کرده بودند. براساس نتایج مطالعه مذکور ضعیفترین عملکرد در محور انتخاب و ابعاد"تشویق به طرح سوالات"و"مشاوره درمورد درمان های جایگزین"بود (۴۵).

نتایج پژوهش فتحی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد پاسخگویی به عنوان یک معیار کیفیت خدمات توان‌بخشی، درواقع تصویر شفافی از عملکرد درباره مراجعان ارائه می‌دهد. پاسخگویی مراکز بهزیستی نسبت به مراکز خصوصی و هلال احمر بهتر بود. در این مطالعه، مراکز توان‌بخشی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی در ابعاد ارتباطات شفاف، شأن و منزلت و حمایت اجتماعی پایین‌ترین عملکرد را داشتند که این نتایج می‌تواند بیانگر توجه کمتر به شأن و منزلت دریافت‌کننده خدمت و نقص پوشش ناکافی بیمه‌ها در حمایت از خدمات توان‌بخشی باشد. همچنین در این پژوهش "محرمانگی اطلاعات" و "ارتباطات" کمترین ارتباط را با اعتماد عمومی داشته اند و این درحال است که در مطالعه برامسفلد با عنوان «پاسخگویی خدمات بهداشت روانی در آلمان» در سال ۲۰۰۷ بهترین بُعد از نظر عملکرد در بیماران بستری در واحد روان‌پزشکی، مربوط به بُعد محرمانگی بوده است (۴۶). در مطالعه هوپکس و همکاران (۲۰۰۵) و همچنین پلتزر (۲۰۱۲) بیشترین پاسخگویی مربوط به بُعد محرمانگی و کمترین پاسخگویی مربوط به حق انتخاب ارائه‌دهنده خدمت بوده است (۴۷،۴۴). در مطالعه Bramesfeld در سال ۱۹۸۲ نیز بهترین بُعد از نظر عملکرد، بعد محرمانگی بوده است و بدترین بعد، حق انتخاب ارائه‌دهنده و مشارکت در تصمیم بود (۴۸). در مطالعه دیگری که در هند با هدف پایش نظام سلامت در ابعاد غیربالینی انجام شد(Malhatra ۲۰۱۳)، مهم‌ترین بُعد، ارتباطات شفاف و کم‌اهمیت‌ترین بعد، حق انتخاب بیان شد (۴۸). همچنین در مطالعه سانگ و همکاران(۲۰۱۱) ، منزلت و محرمانگی بالاترین اهمیت را داشت (۵۰). در مطالعه دیگری با عنوان «مهم‌ترین جنبه‌های غیربالینی نظام سلامت کدام یک هستند؟» در کشور اوکراین(Liabsuetrakul ۲۰۱۲) نیز توجه فوری و ارتباطات شفاف مهم‌ترین ابعاد تلقی شدند (۴۳). در مطالعه پلتزر و همکاران (۲۰۱۲)، با عنوان «بررسی پاسخگویی به بیماران سرپایی سالمند»، بیشترین پاسخگویی مربوط به کیفیت محیط و کمترین مربوط به توجه فوری دانسته شده است (۴۴). در مطالعه سازمان بهداشت جهانی در ۱۰ کشور مربوط به سازمان همکاری و توسعه اقتصادی،

(Robone ۲۰۱۱) درباره خدمات سرپایی، بهترین عملکرد پاسخگویی درباره بُعد حق انتخاب بود و بدترین ابعاد، کیفیت محیط و مشارکت در تصمیم بودند (۴۱). در مطالعه ای در تایلند با عنوان «بررسی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در خدمات سرپایی» نیز توجه فوری مهم‌ترین بُعد و حمایت اجتماعی کم اهمیت‌ترین بعد بوده است (۴۳). در پیمایش پاسخگویی سلامت که در ۴۱ کشور انجام شد (Valentine ۱۹۸۲)، توجه فوری بااهمیت‌ترین و حمایت اجتماعی کم‌اهمیت‌ترین بُعد شناخته شد (۵۱). در مطالعه کورنوال و همکاران (۲۰۰۹)، بااهمیت‌ترین بعد، کیفیت محیط و کم‌اهمیت‌ترین بعد، حق انتخاب و مشارکت در تصمیم بوده است (۵۲). در مطالعه پلتزر(۲۰۱۲)، حق انتخاب، پایین‌ترین اهمیت را داشت (۴۴). مشابه با نتایج مطالعه ما، در مطالعه برامسفلد و همکاران (۲۰۰۷) نیز از نظر مراجعان، مشارکت در تصمیم و توجه فوری مهم‌ترین ابعاد بودند (۴۶). از سوی دیگر درمطالعهNjeru و همکاران (۲۰۰۹) تحت عنوان"ارزیابی اساسی ابزار پاسخگویی درهند"نشان داده شدکه در زمینه بعد انتخاب از نظر عملکرد پاسخگویی، بیشتر دریافت کنندگان خدمات (۷۱درصد) معتقد بودندکه انتخابی درمورد واحد مراقبتی و ارائه دهندگان مراقبت برای آنها وجود ندارد (۵۳).

همچنان که ملاحظه شد بعد توجه فوری وشان و کرامت بیمار در بیشتر مطالعات مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی بیشترین اهمیت را داشته است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد پاسخگویی به عنوان یک معیار کیفی ارتباط موثری با اعتماد عمومی و تصویر شفافی از عملکرد بیمارستان ها دارد و پاسخگویی بیمارستان ولایت ساری نسبت به بیمارستان امام رضا(ع) چالوس بهتر بوده است و نتیجه این پژوهش بیانگر اهمیت شان و مرتبه و استقلال بیمار می باشد و بنابراین برای پاسخگویی بهتر و به تبع آن اعتماد عمومی بیشتر اصلاحات در زمینه توجه هرچه بیشتر به شان بیمار باید مورد توجه قرار بگیرد. هر چند باید ناآگاهی بیماران از حقوق خود را در نظر گرفت و آموزش های لازم در این خصوص انجام شود.

تشکر و قدردانی: از همه اساتیدی که در غنای مطالب حاضر یاری‌رسان بودند، نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Baltussen R. Priority setting of public spending in developing countries: do not try to do everything for everybody. Health Policy. 2006;78(2-3):149-56. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.006
2. Maluka S. Strengthening Fairness, Transparency and Accountability in Health Care Priority Setting at District Level in Tanzania Opportunities, challenges and the way forward. Global health action. 2011;4. doi:10.3402/gha.v4i0.7829
3. Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices. Aust New Zealand Health Policy. 2007;4:23 doi:10.1186/1743-8462-4-23
4. Littlejohns P, Weale A, Chalkidou K, Teerwattananon Y, Faden R, Clark S. Social values in health priority setting: a conceptual framework. Journal of health organization and management. 2012.
5. Pennoni F, Genge E. A multivariate hidden Markov model: prospects for the course of public trust in Poland. 2019.
6. Lumineau F. How Contracts Influence Trust and Distrust. Journal of Management. 2014; 43 (5):1553-77. doi:10.1177/0149206314556656
7. Rahnavard Fa, Jokar A, Taherpour H, Rasouli M. Developing a framework for social accountability of Iran's government organizations. Scientific Quarterly Journal of Government Organizations Management. 2019;7(No. 2 (Serial 26)):115-34.
8. Zhao D, Zhao H, Cleary PD. Understanding the determinants of public trust in the health care system in China: an analysis of a cross-sectional survey. Journal of health services research & policy. 2019;24(1):37-43. doi:10.1177/1355819618799113
9. Fazaeli S, Ahmadi M, Rashidian A, Sadoughi F. A framework of a health system responsiveness assessment information system for Iran. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(6) doi:10.5812/ircmj.17820
10. Zareiy M, Gol Parvar M, Mehdad A. Career Exploration Model of Hemophilia Patient' Occupational Success based on Personal, Occupational, and Social Variables. Sadra Medical Journal. 2017;6(1):11-28.
11. Daher M. Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000. Le Journal médical libanais The Lebanese medical journal. 2001;49:22-4.
12. Babashahy S, Akbari Sari A, Rashidian A, Olyaee Manesh A. Payments of physicians employed in public and private hospitals after modification of surgical and invasive services tariffs. Hakim Research Journal. 2012;15(1)
13. Soltani Shahabadi N, Ahmadi Y. Investigating the relationship between organizational accountability and public trust of clients in Bandar Abbas Shahid Mohammadi Hospital. The fifth

national conference of applied research in management and accounting: undefined; 2017.
14. Seyedin sh, mohseni m, Hossaini af, Gharasi Manshadi M, asadi h. Situation Analysis of Performance Accountability in Teaching Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Hospital. 2015;14(2):95-100.
15. Study the relationship between organizational justice and responsibility dimensions in Selected hospitals of the Armed Forces. Nurse and Physician within War. 2014;2(2):23-9.
16. Nasiripour AA, Tabibi SJ, Gohari MR, Mahboubi M. Dimensions of Accountability from The Perspective of Educational Hospital Staff. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2013;12(5):377-88.
17. Mohammadian M, Vahabzadeh Menshi Sh. Measuring public trust in public sector organizations. Researcher (Management) (Journal of Industrial Strategic Management). 1391; 9 (special letter)
18. Khanbashi M, Zahedisha, Elwani S. responsiveness; A platform to strengthen public trust. Research paper on police order and security. 1390; 4(2)
19. Gohari M, Tabibi SJ, Nasiripour A, Mahboubi M. Seven Dimensions of Accountability in Iran's Teaching Hospitals: A National Study Payavard Salamat. 2012;6 (4):255-64.
20. Arakelyan S, Jailobaeva K, Dakessian A, Diaconu K, Caperon L, Strang A, et al. The role of trust in health-seeking for non-communicable disease services in fragile contexts: A cross-country comparative study. Social sci med. 2021;291: 114473 doi:10.1016/j.socscimed.2021.114473
21. Gille F, Smith S, Mays N. Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. J health services respolicy. 2014;20(1):62-4 doi:10.1177/1355819614543161
22. Ebrahimipour H, Najjar AV, Jahani AK, Pourtaleb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. International journal of health policy and management. 2013;1(1):85. doi:10.15171/ijhpm.2013.13
23. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. Health Policy. 2008;85 (3):263-76 doi:10.1016/j.healthpol.2007.09.003
24. Zarei E, Daneshkohan A, Khodakarim S, Ahmadi Kashkoli S, Shamsdini Lori A. Hospitals responsiveness from the patient's perspective: A cross-sectional study in Tehran, Iran. Pajoohande. 2016;21(2):99-106
25. Van der Schee E, Groenewegen PP, Friele RD. Public trust in health care: a performance indicator? Journal of health organization and management. 2006;20(5):468-76. doi:10.1108/14777260610701821
26. Tabrizi JS, Saadati M, Sadeghi Bazargani H, Abedi L, Alibabayee R. Iranian public trust in health services: evidence from Tabriz, Islamic Republic of Iran. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal. 2016;22(10):713-8. doi:10.26719/2016.22.10.713
27. Galbraith-Gyan KV, Lechuga J, Jenerette CM, Palmer MH, Moore AD, Hamilton JB. HPV vaccine acceptance among African-American mothers and their daughters: an inquiry grounded in culture. Ethn Health. 2019; 24(3):323-40 doi:10.1080/13557858.2017.1332758
28. Houshmand A, Ramzi A, Jamali J, Qalandabadi L, Vafai Najar A. Evaluation of the response status of hospitalized patients in public and private hospitals in Mashhad from the perspective of hospitalized patients during 2017. Navid Nou. 2019;22(71):1-10
29. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Kaveh K. Comparison of patients' and nurses' viewpoints about responsiveness among a sample from public and private hospitals of Isfahan. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2011;16(4):273-7
30. van der Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M, Groenewegen PP. Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. Health Policy. 2007; 81 (1): 56-67 doi:10.1016/j.healthpol.2006.04.004
31. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. Social science & medicine (1982). 2013; 91:10-4 doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.005
32. Ebrahimipour H, Heydarian Miri H, Askarzadeh A. Examining the validity and reliability of the tool for measuring public trust in health service providers. Scientific-research quarterly of paramedical and rehabilitation sciences. 2020;9(1):81-90.
33. Asghari H, Asadi A. The impact of accountability on public trust and political trust (case study: Iranian government organizations). Public policy in management (mission of government management). 2012; 4(9-10)
34. Shahbazi M, Darvish H, Zareei F. The Impact of Public Accountability in Improving Public Trust of Citizens. Quarterly Journal of Management of Governmental Organizations. 2013;1(1):53
35. Manourian A, Nargesian A, Fatahi M, Vatheq B. Investigating the relationship between public accountability, public participation and public trust in government organizations in 22 districts of Tehran. Management researches in Iran. 2018; 14(3)
. Mardani M, Rahmanian E, Arab M, Hosseini M, Vafaee A. Correlation of the Dimensions of Organizational Justice and Responsibility in Hospitals. Depiction of Health. 2020;11:202-13 doi:10.34172/doh.2020.28
37. Ozretić Došen Đ, Škare V, Čerfalvi V, Benceković Ž, Komarac T. Assessment of the Quality of Public Hospital Healthcare Services by using SERVQUAL. Acta clinica Croatica. 2020;59(2):285-93 doi:10.20471/acc.2020.59.02.12
38. Ramezanpoor M, Jamali M, Roshanravan M. Relationship between Organizational Justice and Responsiveness to Patients in Selected Hospitals in North Khorasan Province, Iran. Journal of health research in community. 2021;7(2):9-19.
39. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. BMC health services research. 2009;9:117. doi:10.1186/1472-6963-9-117
40. 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

41. Robone S, Rice N, Smith PC. Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis. Health Serv Res. 2011; 46 (6pt2): 2079-100 doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01291.x
42. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJ. Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2007;16 (7):1107-25 doi:10.1007/s11136-007-9189-1
43. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care. 2012;24(2):169-75. doi:10.1093/intqhc/mzr085
44. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. Glob Health Action. 2012;5:1-11. doi:10.3402/gha.v5i0.18545
45. Darby C, Valentine N, De Silva A, Murray CJL, World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health P. World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness / Charles Darby [et al.]. Geneva: World Health Organization; 2003.
46. Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. BMC health services research. 2007; 7:99 doi:10.1186/1472-6963-7-99
47. Taylor MW, Quintyn MG, Hüpkes EHG. The Accountability of Financial Sector Supervisors: Principles and Practice. IMF Working Papers. 2005; 2005(051):A001 doi:10.2139/ssrn.874273
48. Bramesfeld A, Klippel U, Seidel G, Schwartz FW, Dierks ML. How do patients expect the mental health service system to act? Testing the WHO responsiveness concept for its appropriateness in mental health care. Social science & medicine. 2007; 65(5):880-9 doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.056
49. Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. Health policy and planning. 2013;28 (2): 197-205 doi:10.1093/heapol/czs051
50. Peng D, Li XS, Zhang Q, Zhu CR, Zhang JY, Yuan P, et al. Responsiveness evaluation of mental intervention services system in Wenchuan earthquake area]. Zhonghua yu fang yi xue za zhi [Chinese journal of preventive medicine. 2011;45(2):158-62.
51. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. Social Sci Med (1982). 2008;66(9):1939-50. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.002
52. Cornwall A, Lucas H, Pasteur K. Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector. IDS Bulletin. 2009; 31:1-13 doi:10.1111/j.1759-5436.2008.tb00505.x
53. Njeru MK, Blystad A, Nyamongo IK, Fylkesnes K. A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counselling services in Kenya. BMC health services research. 2009; 9:243. doi:10.1186/1472-6963-9-243