مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره دوازدهم، مرداد ۱۳۹۲، ۳۸۸-۳۷۷

مطالعه ابعاد پاسخ‌گویی از دیدگاه پرسنل بیمارستان‌های آموزشی کشور

امیراشکان نصیری‌پور[۱]، سیدجمال الدین طبیبی[۲]، محمودرضا گوهری[۳]، محمد محبوبی[۴]

دریافت مقاله: ۹۱/۴/۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۱/۵/۱۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۱/۶/۱۱ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: پاسخ‌گویی واژه‌ای است که امروزه از لفظ تئوری باید به جنبه عملی مبدل شود. پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی جنبه حیاتی دارد به همین منظور، این مطالعه، با هدف بررسی ابعاد پاسخ‌گویی از دیدگاه پرسنل در بیمارستان‌های آموزشی کشور انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ روی ۵۸۰ نفر در ۵ بیمارستان بزرگ آموزشی کشور در موقعیت‌های شرق، غرب، جنوب، مرکز و شمال کشور انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش نامه محقق ساخته روا و پایا شده، با ۸ بعد و ۳۱ گویه جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، درصد و انحراف معیار) و استنباطی (تی تست، همبستگی پیرسون) تحلیل شده است.

یافته‌ها: آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط بین تمام ابعاد را مثبت نشان داد. بعد سیاسی با بیشترین میانگین (۳/۶۸±۰/۷۷) به عنوان بارزترین مؤلفه و بعد فرهنگی با کمترین میانگین (۲/۲۲±۱/۳۷) کم‌اثرترین متغیر در بهبود پاسخ‌گویی بوده‌اند. در مجموع وضعیت پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی ایران در حد متوسط به بالا با میانگین (۳/۰۱±۰/۶۸) بوده است.

نتیجه‌گیری: 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.

واژه‌های کلیدی: پاسخ‌گویی، ایران، آموزشی، بیمارستان

۱- دانشیار گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
۲- استاد گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،دانشگاه آزاد اسلامی،واحد علوم و تحقیقات تهران، و عضو مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- استادیار گروه آموزشی آمار و ریاضی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴- دانش‌آموخته دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
تلفن: ۸۳۹۰۸۲۸-۰۸۳۱ دورنگار: ۸۳۸۶۸۳۵-۰۸۳۱، پست الکترونیکی: mm59m@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

مقدمه

پاسخ‌گویی واژه پیچیده‌ای است که امروزه معنای ساده‌ای از آن استنباط می‌گردد. پاسخ‌گویی در اساسی‌ترین مفهوم خود، به جوابگویی در برابر یک شخص، به خاطر عملکرد مورد انتظار تعبیر می‌شود. پاسخ‌گویی، معمولاً چالشی برای مدیران می باشد. زیرا امکان فرستادن پیام‌ها و ارتباط‌های مختلط را برای کارکنان پیرامون انتظارات بسیار بزرگ فراهم می‌کند. پاسخ‌گویی محکمه داوری است که در تعریف و تمجید از یک سو و سرزنش و ملامت از سوی دیگر توزیع می‌گردد [۱].

می‌توان گفت پاسخ‌گویی شامل دو مؤلفه مهم است: الف- احترام به افراد که شامل عزت نفس و محرمانه بودن است و مستقل از افراد و خانواده‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت خود می باشد.

ب- مشتری‌مداری که شامل توجه فوری، دسترسی به شبکه‌های حمایت اجتماعی در مراقبت، نگه‌داری، کیفیت امکانات رفاهی اولیه و انتخاب ارائه‌دهنده خدمت یا درمان‌گر مربوطه می‌باشد [۲].

و اما پاسخ‌گویی را می‌توان از دو زاویه نگریست که یکی از دیدگاه مصرف‌کننده سیستم مراقبت‌های بهداشتی، که اغلب به عنوان مشتری شناخته می‌شود، به عنوان ابزاری برای جذب مشتری و دوم پاسخ‌گویی به عنوان مفهومی اساسی در رابطه با صیانت از حقوق بیماران در زمینه مراقبت کافی و به موقع است [۳].

در نهایت می‌توان گفت پاسخ‌گویی معیاری برای سنجش پاسخ به نیازهای سلامت افراد یا نتایج بالینی نیست بلکه چگونگی پاسخ یک سیستم به جنبه‌های غیر بهداشتی، برآورده شدن یا نشدن انتظارات افراد و نحوه برخورد ارائه دهندگان خدمات با آن‌ها مد نظر است [۴].

امروزه با بهبود ارتباطات و اطلاعات و به ویژه پیشرفت در تکنولوژی پزشکی، انتظارات در بین مراجعان هر روز زیاد می‌شود. نتیجه این تحولات، تقاضا برای مراقبت مدرن‌تر، با کیفیت‌تر و ارزشمندتر است. بنابراین، مدیران خدمات بهداشتی، نیازمند فرآیندی با ساختار مناسب برای سنجش و ارزشیابی کیفیت مراقبت ارائه شده نه تنها برای رضایت خاطر مراجعین و پرسنل بهداشتی درمانی بلکه برای کاربرد مطلوب منابع محدود در اختیار می‌باشند [۵].

در مورد کیفیت خدمات و مراقبت‌ها به منظور پاسخ‌گویی بهتر، همدلی، تشخیص بیماری، رابطه احترام متقابل و نیازهای دینی مهم تلقی شده است [۶]. Hasin و همکاران نیز کیفیت خدمت ارائه شده به بیماران را در ابعاد ارتباطات، مسئولیت، ادب و مهربانی، هزینه و نظافت برشمرده‌اند [۷].

در مطالعه انجام شده توسط Dickert و Kass، بیماران اظهار داشته‌اند از عناصر مهم تکریم و توجه به بیمار از طرف پرسنل درمانی، همدلی، مراقبت، استقلال، ارائه اطلاعات، به رسمیت شناختن بیمار، شرافت و توجه به نیازهای بیمار است [۸].

در هر حال آن چه در مقوله ابعاد غیر پزشکی، خدمت یا پاسخ‌گویی مورد تأکید سازمان بهداشت جهانی می‌باشد، چگونگی تجربه بیمار از خدماتی می‌باشد که در طول دوره مراقبت دریافت کرده است [۹] و همین تجربیات به استناد شواهد قوی با پیامد نهایی سلامت در هر سیستم سلامت ارتباط دارد [۱۰]. علی‌رغم در نظر گرفتن این ارتباط،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

قوانین حقوق بشر قویاً این جنبه‌های غیر پزشکی را مورد تأکید قرار می‌دهد [۱۱].

مرتبه پاسخ‌گویی نظام سلامت ایران در گزارش جهانی سال ۲۰۰۰ میلادی با نمره ۵/۱۶ در مقیاس صفر تا ده، صدمین کشور دنیا در بین ۱۹۱ کشور اعلام گردید [۴]. در کشور ترکیه نیز در سال ۲۰۰۶ میلادی مطالعه‌ای در بین مدیران ۱۹۲ بیمارستان انجام شده است که نمره پاسخ‌گویی را در بیمارستان‌های این کشور ۶/۱۴ (در مقیاس۱۰-۰) گزارش نموده و به این ترتیب پاسخ‌گویی در حد بالاتر از متوسط ارزیابی شده است [۱۲].

بیمارستان سازمانی است که جزء لاینفک تشکیلات پزشکی و اجتماعی است که وظایف تأمین و مراقبت‌های کامل بهداشتی (پیشگیری، درمان و بازتوانی) عموم را بر عهده دارد [۱۳].

در مطالعه Carydis و Comboli در خدمات دندان پزشکی یونان در بررسی‌های متعدد بیشترین شکاف در بعد پاسخ‌گویی مشاهده شد [۱۴].

چندین عامل باعث توجه به بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارتقاءدهنده سلامت به حساب می‌آید، اول این که بیمارستان‌ها تاکنون در ارائه نقش خود برای تأمین سلامت مردم به طور مؤثر عمل نکرده‌اند، برای مثال، در کشور توسعه یافته‌ای مانند انگلستان ثابت شده است که کاهش میزان مرگ و میر عمدتاً به خاطر عوامل اجتماعی مانند بهبود سطح آموزش و بهداشت و نه به خاطر خدمات پزشکی و بیمارستانی بوده است [۱۵]. حتی در بعضی موارد نقش بیمارستان‌ها در میزان مرگ و میر افزاینده بوده است نه کاهنده [۱۷-۱۶]. نکته دوم مربوط به نقش بیمارستان‌ها در نظام سلامت است. به طور سنتی بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارائه دهنده خدمات پیشگیری ثانویه و ثالثیه تلقی شده و ارائه خدمات پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت به ساختارهای دیگری سپرده شده است. در حالی که شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر این که بیمارستان‌ها می‌توانند نقش چشم‌گیری درخدمات ارتقاء سلامت داشته باشند [۱۹-۱۸]. این نقش کاملاً ثابت شده و در این مورد اجماع بین‌المللی وجود دارد [۲۰].

پژوهش حاضر، اشاره به پاسخ‌گویی اخلاقی، قانونی، مالی، عملکردی، سیاسی، ساختاری، فرهنگی، اطلاع‌رسانی دارد. پاسخ‌گویی اخلاقی در بیمارستان‌ها به این نکته اشاره دارد که تا چه حد بیمارستان‌ها در ارائه خدمات، اصول اخلاقی را رعایت می‌کنند. پاسخ‌گویی قانونی آشکارترین نوع پاسخ‌گویی است. زیرا رسیدگی قانونی امورات بیمارستان بر اساس استانداردها و موازین قانونی صورت می‌گیرد.

پاسخ‌گویی مالی یعنی تا چه حد بیمارستان‌ها منابع مالی را به اثر بخش ترین شیوه به مصرف می‌رسانند. پاسخ‌گویی عملکردی یعنی بیمارستان‌ها تا چه حد اهداف و انتظارات سیاستمداران را تحقق می‌بخشند. پاسخ‌گویی سیاسی یعنی بیمارستان‌ها تا چه حد در ارتباطاتشان با شهروندان و سایر نهادها به طور شفاف عمل می‌کنند. پاسخ‌گویی ساختاری به نظارت‌های درونی بیمارستان اشاره دارد. در این پاسخ‌گویی که مبتنی بر روابط افراد بالا و پایین سازمان است، مدیران بر عملکرد کارکنانی که اغلب اختیار اندکی دارند، تسلط بیشتری دارند. پاسخ‌گویی فرهنگی یعنی بیمارستان‌ها تا چه حد به انتظارات، مشارکت در امور پرسنل، حمایت از ارزش‌های مورد قبول آن‌ها و تا چه حد خصوصیات آماری آن‌ها را در نظر دارند

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

و پاسخ‌گویی اطلاع رسانی یعنی این که بیمارستان تا چه حد در اطلاع‌رسانی صحیح و مسائل استراتژیک به کارکنان و بیماران تلاش می‌کند [۲۱].

با توجه به مطالب گفته شده پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد پاسخ‌گویی از دیدگاه پرسنل بیمارستان‌های آموزشی کشور انجام و تدوین گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش مقطعی است که در طول سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه آماری شامل پرسنل اداری، خدماتی و درمانی شاغل در بیمارستان‌های آموزشی کشور بوده که به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای از بین بیمارستان‌ها انتخاب شدند. ابتدا کشور به ۵ قطب تقسیم و در آن استان‌های هر قطب مشخص شد، سپس، بعد از لیست کردن تمام بیمارستان‌های آموزشی کشور، به صورت تصادفی از هر استان یک بیمارستان با داشتن شرایط مطالعه (بزرگترین بیمارستان استان، فعالیت به عنوان مرکز آموزشی و درمانی) انتخاب شدند که شامل: (بیمارستان پورسینا، شهرستان رشت) در شمال، (بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان اهواز در جنوب، (بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان کرمانشاه) در غرب، (بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان مشهد در شرق و مرکز (بیمارستان امام خمینی (ره) در شهرستان تهران) بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته بود که در آن جهت شناخت هر یک از ابعاد از مطالعات میدانی و جستجوی منابع الکترونیکی و کتابخانه‌ای و بانک‌های اطلاعاتی مختلف استفاده شد که در نهایت ۸ بعد و ۳۱ گویه به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت خیلی زیاد (۵) تا خیلی کم (۱) تعریف گردید.

سپس امتیاز هر عبارت و همچنین میانگین امتیاز هر حیطه (۵-۰) محاسبه گردید. یعنی اگر میانگین ابعاد کمتر از ۲/۵ بود پاسخ‌گویی ضعیف؛ بین ۲/۶ تا ۴ متوسط و میانگین بیشتر از ۴ به منزله پاسخ‌گویی مطلوب بود. حجم نمونه بر اساس روش Krejcie و Morgan [۲۲] در بین پرسنل بخش‌های بستری (به جز اورژانس، بخش‌های مراقبت ویژه، نوزادان، روانی) به تعداد ۵۹۱ نفر مشخص شد. شرایط ورود به مطالعه عدم حضور و فعالیت در بخش‌های فوق بود. کسانی که پرسش‌نامه را ناقص تکمیل نموده بودند، از مطالعه خارج شدند. در نهایت ۵۸۰ نفر مود مطالعه قرار گرفتند.

برای تعیین روایی از روش محتوی و تأیید ۱۰ نفر از خبرگان مرتبط با رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی استفاده شد و برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد که پرسش‌نامه بین ۳۰ نفر از اعضا جامعه ابتدا و به فاصله یک هفته بعد توزیع گردید. همچنین برای تعیین ثبات درونی سؤالات از آلفای کرونباخ استفاده گردید که با توجه به مقدار ۰/۹۱ (صدم) پایایی درونی مورد تأیید قرار گرفت. این پرسش‌نامه شامل ۸ بعد و ۳۱ گویه در نظر گرفته شد که این ابعاد عبارت بودند از: ابعاد اخلاقی (گویه ۴-۱)، سیاسی (گویه ۱۰-۵)، فرهنگی (گویه ۱۱)، مالی (گویه ۱۶-۱۲)، قانونی (گویه ۲۱-۱۷)، ساختاری (۲۳-۲۲) و اطلاع‌رسانی (گویه ۲۷-۲۴) و عملکردی (گویه ۳۱-۲۸).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند که در بخش آمار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

توصیفی به منظور توصیف داده‌ها، جداول توزیع فراوانی، درصد و میانگین استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های همبستگی و آزمون t استفاده شد. در این مطالعه نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ مورد استفاده قرار گرفت. سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

از پرسش‌نامه‌های توزیع شده ۵۸۰ مورد به صورت کامل تکمیل شده بود، از این تعداد ۴۵/۳٪ مرد (۲۶۳ نفر) و بقیه (۵۴/۷٪) زن بودند. بیشترین (۴۴/۳٪) و کمترین (۵٪) سن افراد مورد مطالعه به ترتیب در گروه سنی ۲۹-۲۱ سال و کمتر از ۲۰ سال بود. ۶۵/۲٪ پرسنل (متأهل ۳۷۸ نفر) و بقیه مجرد بودند. همچنین، سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه کمتر از دیپلم با کمترین میزان یعنی ۴/۵٪ (۲۶ نفر) و بیشترین آن‌ها با میزان ۳۷/۸٪ (۲۱۹ نفر) مدرک کارشناسی داشتند. ۳۰/۳٪ افراد مورد مطالعه (۱۷۶ نفر) به عنوان ضریب k و بیشترین میزان در رسته‌های خدماتی- قراردادی یعنی ۴۳/۱٪ (۲۵۰ نفر) در بیمارستان‌های مورد مطالعه مشغول به فعالیت بودند. بیشترین سابقه کاری ۳۸/۴٪، ۲۲۳ نفر در گروه کمتر از یک سال بود. یافته‌های پژوهش همبستگی بین ابعاد مورد مطالعه را در بیمارستان‌های آموزشی کشور نشان داده است (جدول ۱).

جدول ۱- همبستگی ابعاد مورد مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی کشور

	سیاسی	فرهنگی	مالی	قانونی	ساختاری	اطلاع‌رسانی	عملکردی
اخلاقی							
ضریب همبستگی	۰/۱۷۵**	۰/۲۱۲**	۰/۱۰۸**	۰/۱۷۱**	۰/۳۹۷**	۰/۴۶۲**	۰/۰۷۷
*** p- value**	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۴
سیاسی							
ضریب همبستگی *		-۰/۰۰۲	۰/۰۹	۰/۱۵۴**	۰/۰۱۳	۰/۱۸۶**	۰/۰۹۶**
p value		۰/۹۵۴	۰/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۰۲
فرهنگی							
ضریب همبستگی *			۰/۲۷۹**	۰/۰۱۹	۰/۴۳**	۰/۱۶۶**	۰/۰۱۹۱**
p value			۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مالی							
ضریب همبستگی *				۰/۱۴**	۰/۰۴۳	۰/۱۶۳**	۰/۲۱**
p value				۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
قانونی							
ضریب همبستگی *					۰/۱۳۵**	۰/۲۷۷**	۰/۱۹۰**
p value					۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
ساختاری							
ضریب همبستگی *						۰/۳۹۳**	۰/۱۳۲**
p value						۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
اطلاع‌رسانی							
ضریب همبستگی *							۰/۲۳۵**
p value							۰/۰۰۱

****: ضریب همبستگی پیرسون***

*****: p<۰/۰۰۱***

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

بیشترین رابطه بین بعد اخلاقی با اطلاع‌رسانی بوده است (p=۰/۰۰۱، r=۰/۶۴۲). ضعیف‌ترین رابطه بین ابعاد سیاسی و فرهنگی بوده و این رابطه منفی و معکوس بوده است (p=۰/۹۵۴، r=۰/۰۰۲).

در نهایت پژوهش حاضر بیمارستان‌های مورد مطالعه را در ۸ بعد مورد بررسی قرار داده است که توزیع امتیاز ابعاد کسب شده در جدول زیر نشان داده شده است (جدول ۲).

جدول۲- توزیع امتیاز ابعاد پاسخ‌گویی به تفکیک بیمارستان‌های مورد مطالعه

بیمارستان	اهواز [امام خمینی(ره)]	تهران [امام خمینی(ره)]	رشت (پورسینا)	کرمانشاه [امام رضا (ع)]	مشهد [امام رضا (ع)]	کل
متغیر	*انحراف معیار ± میانگین	*انحراف معیار ± میانگین	*انحراف معیار ± میانگین	*انحراف معیار ± میانگین	*انحراف معیار ± میانگین	*انحراف معیار ± میانگین
بعد فرهنگی	۲/۳۷±۱/۴۰	۲/۰۳±۱/۲۱	۲/۱۸±۱/۲۲	۲/۵۴±۱/۵۱	۱/۴۵±۰/۷۸	۲/۲۲±۱/۳۷
بعد مالی	۲/۸۲±۰/۷۳	۲/۶۵±۰/۵۵	۲/۵۴±۰/۷۲	۳/۱۷±۰/۷۷	۲/۵۷±۰/۵۵	۲/۸۶±۰/۷۴
بعد قانونی	۳/۲۷±۰/۷۱	۲/۹۹±۰/۵۶	۳/۰۶±۰/۴۴	۳/۶۲±۰/۷۰	۳/۴۶±۰/۳۶	۳/۳۸±۰/۶۶
بعد ساختاری	۲/۸۴±۱/۱۲	۲/۲۶±۱/۰۷	۲/۵۳±۱/۰۹	۳±۱/۰۷	۲/۶۲±۰/۶۸	۲/۷۷±۱/۰۵
بعد اطلاع‌رسانی	۲/۹۸±۰/۹۵	۲/۳۲±۰/۷۸	۲/۶۶±۰/۸۸	۳/۶۱±۰/۷۴	۳/۲۲±۰/۶۱	۳/۱۶±۰/۹۰
بعد عملکردی	۲/۸۴±۰/۸۳	۲/۶۳±۰/۵۷	۲/۸۱±۰/۷۳	۳/۱۴±۰/۹۱	۲/۷۰±۰/۴۵	۲/۹۰±۰/۸۰
بعد اخلاقی	۳/۰۵±۰/۸۶	۲/۴۷±۰/۶۹	۲/۷۱±۰/۷۹	۳/۴۳±۰/۷۶	۳/۲۱±۰/۴۶	۳/۱۲±۰/۸۰
بعد سیاسی	۳/۶۴±۰/۷۶	۲/۹۰±۰/۵۵	۲/۲۹±۰/۶۶	۳/۹۶±۰/۷۳	۳/۸۲±۰/۶۱	۳/۶۸±۰/۷۷
کل	۲/۹۷±۰/۷۳	۲/۵۳±۰/۵۱	۲/۷۲±۰/۶۰	۳/۳۱±۰/۷۲	۲/۸۸±۰/۳۰	۳/۰۱±۰/۶۸

: میانگین از ۵ نمره

پرسنل بیمارستان‌های مورد مطالعه تأثیر بعد سیاسی را با بیشترین میانگین (۳/۶۸±۰/۷۷) به عنوان بارزترین مؤلفه در مقوله پاسخ‌گویی ابراز داشته‌اند. همچنین، بعد فرهنگی را با کمترین میانگین (۲/۲۲±۱/۳۷) کم اثرترین متغیر در بهبود پاسخ‌گویی دانسته‌اند. بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه توانسته است با میانگین ۳/۳۱±۰/۷۲ بیشترین امتیاز پاسخ‌گویی را به خود اختصاص دهد. همچنین بیمارستان امام خمینی (ره) تهران از دیدگاه پرسنل، کمترین امتیاز را (۲/۵۳±۰/۵۱) از نظر پاسخ‌گویی داشته است. در مجموع وضعیت پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی ایران در حد متوسط به بالا با میانگین (۳/۰۱±۰/۶۸) بوده است (جدول۲).

بحث

در مقوله پاسخ‌گویی با ابعاد حاضر بر اساس جستجوهای الکترونیکی و کتابخانه‌ای مطالعه‌ای که نشان دهد تاکنون در بخش بهداشت و درمان در دنیا مطالعه‌ای با این شباهت یا بخشی از متغیرهای این تحقیق صورت گرفته باشد، یافت نشد. در ایران تاکنون هیچ تحقیقی انجام نشده ولی مهم‌ترین مستند در این زمینه، گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ میلادی است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

مقوله پاسخ‌گویی درگزارش سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۰ برای همه کشورها (برآورد سال ۱۹۹۹) منتشر شده، در این گزارش رتبه سیستم سلامت ۱۹۱ کشور دنیا از نظر پاسخ‌گویی مشخص گردیده است، رتبه‌بندی از ۱ تا ۱۰ صورت گرفته است. در بین همه کشورهای دنیا در سال مزبور، ایالات متحده آمریکا رتبه اول و سومالی رتبه آخر را کسب کرده‌اند، کشور ایران در این رتبه‌بندی درجایگاه ۱۰۰ از ۱۹۱ کشور دنیا و در بین کشورهای فقیری چون مالدیو و سریلانکا قرار دارد که مسلماً جایگاه مناسبی برای کشور ما محسوب نمی‌شود [۲۳]. در کشور ترکیه مطالعه‌ای برای اندازه‌گیری میزان پاسخ‌گویی سیستم سلامت این کشور انجام و نشان داد که به رغم نمره ۶/۱۴ که در مطالعه سازمان بهداشت جهانی عنوان شده نمره کشور مزبور ۷/۲۷ است و سیستم سلامت ترکیه پاسخ‌گویی بیشتری نشان داده است [۲۴].

در تایلند نیز مطالعه‌ی مشابه دیگری انجام و در آن ابعاد مختلف پاسخ‌گویی به تفکیک اندازه‌گیری شده است [۲۵].

در مطالعه Javadi و همکاران، نمره پاسخ‌گویی بیمارستان‌ها به منظور رابطه عدالت و پاسخ‌گویی با ابعاد مختلفی مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد بیمارستان‌ها در مقیاس کلی از نظر پاسخ‌گویی نیز در سطح متوسط قرار دارند. جامعه پرستاران تقریباً در زمینه‌ای مورد مطالعه اتفاق نظر داشته‌اند. میانگین نظرات پرستاران ۲/۳۲±۰/۵۴ بوده [۲۶]، گر چه در مطالعه‌ای که در تایوان و بین جامعه بیماران و پرستاران صورت گرفته، مشخص شد ادراک بیماران و پرستاران در مورد کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیمار از نظر دو گروه مذکور تفاوت معنی‌داری دارد، ضمن اینکه در برخی از جنبه‌ها نیز مشابهت نظرات معنی‌دار بوده است [۲۷]. در مطالعه حاضر میانگین کل پاسخ‌گویی پرسنل به منظور نشان دادن توان بیمارستان در حد متوسط به بالاتر بوده و با مطالعات پیشین از نظر میانگین کلی (۳/۰۱±۰/۶۸) همخوان اما از نظر بررسی تک‌تک ابعاد مطالعه‌ای یافت نشد.

برخی از صاحب‌نظران استانداردهای مورد نظر برای تحقق پاسخ‌گویی را معیارهایی چون شفافیت، تداوم و استمرار عملکرد مطلوب و کارآمد، کنترل‌پذیری یا قابلیت کنترل، حساس بودن و مسئولیت می‌دانند [۲۹-۲۸]. در این مطالعه، بر اساس تحقیقات میدانی همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه می‌تواند پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی را مطلوب نماید.

حق انتخاب درمانگر موضوع مهمی است که چالش و اهمیت خاص خود را در سیستم سلامت دارد به طوری که در ۸ کشور اروپایی که موضوع پاسخ‌گویی مورد مطالعه قرار گرفت در ۷ کشور اکثریت افراد از حق انتخاب درمانگر رضایت نداشته و البته این موضوع را به نداشتن آگاهی کافی برای انتخاب نسبت داده‌اند در بین کشورهای مورد مطالعه فقط کشور سوئد بوده که پاسخ‌گویان با این موضوع مشکلی نداشته‌اند [۳۰]. این مطالعه نیز در بعد عملکردی حق انتخاب درمانگر را بیان نموده که بر اساس پاسخ پرسنل مورد مطالعه بعد عملکردی با میانگین (۲/۹۰±۰/۸۰) متوسط به بالا بوده که وضعیت بهتری نسبت به ۷ کشور اروپایی مطرح در مطالعه پیشین داشته است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

مطالعه حاضر بر اساس یافته‌های پژوهش نشان داده است که ۸ بعد مورد بررسی تأثیر مثبتی بر بهبود پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی دارد. بر اساس فرهنگ و جمیت شناختی استان‌های مختلف کشور در بیمارستان‌های آموزشی کشور که معمولاً قشر عظیمی از پرسنل بهداشتی درمانی را اعم از دانشجویان و سایر کادرهای تخصصی پزشکی، اداری و خدماتی را در خود جا داده است با تدوین برنامه ریزی استراتژیک و دایر نمودن واحد یا دفتری با نامی مشابه موضوع پژوهش می‌توان بسیاری از چالش‌های فنی و اداری بیمارستان‌ها را مرتفع نمود. نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج تحقیق Danaee Fare و همکاران همخوانی داشت به طوری که در آن مطالعه پاسخ‌گویی استراتژیک بیمارستان‌ها را در آینده نزدیک و همچنین ارتقاء دانش فرهنگی کارکنان را برای رسیدن به پاسخ‌گویی یکسان در سازمان‌های دولتی ضروری بر شمرده است [۲۱].

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش، میانگین پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی کشور متوسط می‌باشد و این نتیجه نمی تواند خوشایند سیستم درمان کشور باشد، بنابراین، با بهره گیری از نظرات متخصصین مختلف در حوزه درمان جهت ارتقاء توان پاسخ‌گویی کارکنان بیمارستان‌های دولتی پیشنهاد می‌شود:

۱- تاسیس دفتر یا واحد پاسخ‌گویی در بیمارستان با رویکرد نوین علمی

۲- طراحی دوره‌های علمی پاسخ‌گویی در ابعاد مختلف در تمامی پرسنل بیمارستان‌های آموزشی

۳- طراحی دوره‌های پاسخ‌گویی تئوری و عملی برای مدیران و رؤسای بیمارستان‌های آموزشی کشور

۴- تدوین چارچوب و مقررات نوین در ابعاد مختلف پاسخ‌گویی و تهیه فیلم‌های آموزشی در بیمارستان‌ها و تلاش برای فرهنگ سازی و نهادینه کردن اصول پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی

۵- اضافه نمودن سایر ابعاد پاسخ‌گویی و پژوهش در سایر بیمارستان‌های خصوصی، خیریه و ... و سنجیدن تأثیر آن در ارتقاء پاسخ‌گویی.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه رؤسا و مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه و همچنین معاونین و مدیران درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های (تهران، خراسان رضوی، کرمانشاه، خوزستان و گیلان) اعلام داشته و همچنین از زحمات مترجمین محترم در شهر اهواز که به نحو احسن ما را در این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

References

[1] Millar M, Mc Kevitt D. Accountability and Performasnce :An Assessment of the Irish Health Care System. I*nt Rev of Administrative Sci* June 2000; 66 (2): 285-96.

[2] Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ 2000; 78(6): 717-31.

[3] DeSilva A. A Framework for Measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series, World Health Organization.

[4] WHO. Health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva, Switzerland 2000: Available from: www.who.int/whr/2000/ en/whr00_en.pdf. [Accessed 2010].

[5] Nikpour B, Majlesi F. Evaluation of health care Quality .1 st. Tehran University Press 2002. [Farsi]

[6] Tomes Anne E, Ng Stephen Ch. Service quality in hospital care: The development of an in-patient questionnaire. *Int J Health Care Quality Assurance Bradford* 1995; 8(3): 25-34.

[7] Hasin MAA, Seeluangsawat R, Shareef MA. Statistical measures of customer satisfaction for health care quality assurance: A Case study. *Int J Health Care Quality Assurance Bradford* 2001; 14(1): 6-14.

[8] Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *J Med Ethics* 2009; 35(7); 419-23.

[9] Darby C, Valentine N, Murray C, de Silva A. WHO strategy on measuring responsiveness .WHO; GPE discussion paper no 23 Geneva 2000.

[10] Letkovicova H, Prasad A, Vallee Rene L, Valentine N. The health systems analytical guidelines for survey in the multi-country survey study. World Health Organization Geneva Switzerland 2005.

[11] Gostin L. The domains of health responsiveness: a human rights assessment. Geneva, World Health Organization 2002. Available at: http://snow. who.int/whosis_stage/menu.cfm?path=hsr.

[12] Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. Int J Health Care *Leadership Health Serv* 2006; 19(2-3): 1.

[13] Mosadegh Rad AM. Relationship between awareness of the rights of hospital patients in the hospital and their satisfaction of hospital services. *J Teb and Tazkeyah* 2006; 58:16-24. [Farsi]

[14] Carydis A, Komboli M. Expectation and perception of Greek Patients Regarding the Quality of Dental Health Care. *Int J Quality Health Care* 2001; 13(5): 409-16.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

[15] Link BG, Phelan JC. Mc Keown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health* 2002; 92(5): 730-2.

[16] Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(11): 1207-13.

[17] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: editors. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America 2000; 56-79.

[18] Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H :(editors). Feasibility, Effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg G. Conrad Health Promotion Publications 1998; 27-30.

[19] Doherty D. Challenges for health policy in Europe; what role can health promotion play? In: Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H: (editors). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications 1998: 36-41.

[20] McKee M. The evidence for health promotion effectiveness, report for the European Commission By the International Union for Health Promotion and Education. Brussels 2000.

[21] Danaee Fare H, Rajab Zadeh A, Darvishi A. Explain the role of moral competence - in promoting Islamic culture and serve the public accountability of public hospitals]. *J Med Ethics and Med History* 2010; 3(4): 57-70. [Farsi].

[22] Danaee Fare H, Alvani M, Azae A. Management measures for quantitative research methodology, A comprehensive approach, Tehran, publisher Saffar.

[23] The World health report: health systems : improving performance. World Health Organization. Geneva, Switzerland 2000.

[24] Ugurluoglu O, Celik Y. How Responsive Turkish Health Care System Is to Its Citizens: The Views of Hospital Managers. *J Med Syst* 2006; 30: 421–8.

[25] Pongsupap Y, Van Lerberghe W, Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. Tropical Medicine & International Health 2005; 11(1): 81-9.

[26] Javadi M, Karimi S, Ahmad Reza R. Organizational justice and accountability in public and private hospitals selected in Isfahan. *J School Health and Health Res Ins* 2011; 9(4): 11-20.[Farsi].

[27] Chih-Cheng H, Likwang Ch, Yu-Whuei H, Winnie Y, Chen-Chun Sh. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health* 2006; 6: 72.

[28] Gaiden GE. The problem of ensuring the public accountability of public officials. In J. G. Jabbra & O.P. Dwivedi, (Eds). Public Service Accountability:

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

A comparative perspective. West Hartford, CT: *Kumarian Press* 1988: 17-38.

[29] Haque MS. Significance of accountability under the new approach to public governance. *Int Rev Adm Sci* 2000.

[30] Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European J Public Health* 2005; 15(4): 355-60.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]

Dimensions of Accountability from The Perspective of Educational Hospital Staff

A.A. Nasiripour[1], S.J. Tabibi[2], M.R. Gohari[3], M. Mahboubi[4]

Received: 24/06/2012 Sent for Revision: 04/07/2012 Received Revised Manuscript: 01/09/2012 Accepted: 02/09/2012

Background and Objectives: Nowadays accountability is a word that should be convert from theoretical to practical. Accountability is a vital issue in educational hospitals. Therefore, this study examined the dimensions of accountability in the educational hospitals of Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 580 patients in the second half of 2011 in five large teaching hospital from the East, West, South, Central and North of Iran. The data were collected by reliable and valideted questionnaire with 31 items. Descriptive statistics presented by frequency, percent, means and standard deviation. Relationship between the variables were analyzed by t-test and Pearson correlation.

Results: In this study total number of the subjects were 580 cases that %45.3 of these were male and the rest were female. Most individuals (44.3%) were in the age group of 21-29 and 5% were in age group of less than 20 years of old. Pearson correlation test showed positive relationship between all the dimensions. The highest average was related to political dimension (3.68±0.77) which was identified as the most significant component and cultural demention with lowest average (2.22±1.37) had least effect in improving the accountability. In the view of the staff about accountability, Imam Reza hospital of Kermanshah had the highest accountability mean (3.31±0.72) and Imam Khomeini hospital of Tehran had the lowest accountability mean (2.53±0.51). Overall, Accountability status of educational hospitals were moderate with mean of 3.1±0.68.

Conclusion: Research findings showed that the introduced dimensions were effected on accountability. This study suggests the establishment of a unit with the same name and Improve accountability in the educational hospitals by the help of strategic planning according to the local culture and demographic status.

Key words: Accountability, Iran, Educational, Hospital

Funding: This research was funded by Islamic Azad University, Science and Research Branch And Kermanshah University of Medical Science

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Science and Research Branch approved the study.

How to cite this article: Nasiripour AA, Tabibi SJ, Gohari MR, Mahboubi M. Dimensions of Accountability from The Perspective of Educational Hospital Staff. *J Rafsanjan Univ Med Scie* 2013; 12(5): 377-88. [Farsi]

1- Associat Prof., Educational Dept. of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Prof., Educational Dept. of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, And Hospital Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Prof., Educational Dept. of Statistics & Mathematics, Hospital Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Ph.D Student of Health Service Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, And Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Corresponding Author) Tel:(0831) 8390828, Fax: (0831) 8386835, E- mail: mm59m@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1392.12.5.5.7]