

مطالعه هفت بعد پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی: یک مطالعه کشوری

دکتر محمودرضا گوهری^۱، دکتر سید جمال الدین طیبی^۲
دکتر امیر اشکان نصیری پور^۳، دکتر محمد محبوبی^۴

چکیده

زمینه و هدف: پاسخگویی فرایندی است که تمام سازمان‌های خدماتی اعم از بیمارستان‌ها نیازمند اجرای آن به منظور مشروعیت بخشیدن به فعالیت‌های خود می‌باشند، به همین منظور این پژوهش به مطالعه هفت بعد پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور پرداخته است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی، در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ در ۵ بیمارستان بزرگ آموزشی درمانی در ۵ نقطه از کشور انجام شده است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته با هفت بعد (اخلاقی، فرهنگی، مالی، عملکردی، قانونی، اطلاع‌رسانی و ساختاری) و ۲۴ گویه جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: تعداد کل افراد مورد مطالعه ۴۵۴ نفر بود. بیشترین (۴۰/۱ درصد) و کمترین (۶/۸) سن افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۹-۲۱ سال و بالاتر از ۵۰ سال بود.

یافته‌های پژوهش میانگین بعد ساختاری را با بیشترین (۰/۹۷±۳/۵۴) و بعد اطلاع‌رسانی را با کمترین میانگین (۰/۹۶±۳/۴۵) نشان داد. امتیاز میانگین پاسخگویی بیمارستان شهر رشت با بیشترین (۰/۶۱±۳/۹۹) و بیمارستان شهر تهران با کمترین میانگین (۰/۶۷±۳/۰۲) بود. همبستگی بین تمام ابعاد مورد مطالعه تایید و میانگین کلی پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور متوسط به بالا ارزیابی گردید.

نتیجه‌گیری: نگرش بیماران نسبت به پاسخگویی بیمارستان‌های 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.

واژه‌های کلیدی: پاسخگویی، بیمارستان‌های آموزشی، ایران

* نویسنده مسئول:

دکتر محمد محبوبی؛

معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه

علوم پزشکی کرمانشاه

Email :
Mm59m@yahoo.com

- دریافت مقاله: خرداد ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله: آبان ۱۳۹۱

مقدمه

پاسخگویی یکی از اهداف اصلی و از مولفه‌های مورد نظر سیاست‌گذاران و مدیران نظام‌های سلامت است. امروزه پاسخگویی اهمیت روز افزونی یافته و در مفهوم سیستمی اینگونه تعریف می‌شود: پیامدها یا منافع برای مشتریان، که اگر روابط سازمانی و برون سازمانی چنان طراحی شده باشند که شناخت کافی و پاسخ مناسبی به انتظارات منطقی مشتریان بدهند،

^۱ دانشیار گروه آمار و ریاضی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
^۳ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
^۴ دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تحقق می‌یابد. در حقیقت پاسخگویی بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد در مورد جنبه‌های غیر پزشکی نظام سلامت اشاره دارد. انتظارات منطقی همان اصول شناخته شده و مورد قبول و یا قوانین استانداردها هستند (۱).

همچنین پاسخگویی با خرسندی و خوشایندی بیمار و رضایت همراه است و خرسندی بیمار نیز از جنبه‌های غیرپزشکی خدمات با جواب دادن به دستورات درمانی، اقدام بلادرنگ در مورد بیمار، درک بهتر و حفظ اطلاعات پزشکی بیمار ارتباط دارد (۲).

پاسخگویی نقش دو جانبه‌ای دارد؛ از یک سو مسئول حفظ وضعیت موجود از طریق دیگران است و از طرفی انتظار بهبود وظایف و شرح مشاغل برای متصدی شغل دارد (۳). از جمله عوامل تاثیرگذار بر پاسخگویی سازمان، گونه‌های پاسخگویی است. پاسخگویی مالی اقتصادی از متداولترین انواع پاسخگویی است (۴).

مصرف صحیح و بهینه منابع مالی و گزارش هزینه کردن درآمدها و انتشار سالیانه صورت حساب‌های مالی به عنوان یکی از اصلی ترین دغدغه‌های اعطا کنندگان مالی و به عنوان یکی از ابزار مهم پاسخگویی شناخته می‌شود (۵). پاسخگویی قانونی به عنوان یک رویکرد حساس به این معنی است که تا چه حد متصدیان امور از قوانین و مقررات تبعیت می‌کنند یا در برابر مراجع قضایی پاسخگو هستند (۶ و ۷). پاسخگویی اخلاقی بر این باور استوار است که تبعیت و پیروی از ارزش‌های اخلاقی و معنوی به صورت درونی شکل می‌گیرد که باید آن را آموزش و پرورش داد (۸).

پاسخگویی سیاسی محدود کننده سوء استفاده سازمان از قدرت سیاسی است (۹). در پاسخگویی عملکردی و ساختاری علاوه بر تشکیل بنیان صحیح سازمان برای رسیدن به هدف‌های آرمانی، خود سازمان باید

در خصوص نحوه استفاده از منابع سازمانی و تاثیرات کوتاه مدت و آنی عملکرد خود پاسخگو باشد (۱۰). پاسخگویی فرهنگی اشاره دارد که در هر سازمانی رفتارهای خاصی حاکم است. ارزش‌ها و معیارهای ویژه‌ای وجود دارد و باورها و تلقی‌های مشخصی نسبت به امور در جهان است که می‌توان آن را هم در رفتار، اندیشه و اهداف اعضای سازمان مشاهده کرد و هم در ساختار قوانین، خط مشی‌ها، اهداف، شرح مشاغل و رویه‌های انجام کار سازمان ملاحظه نمود. این دیدگاه فرهنگ سازمانی را مینیاتوری از فرهنگ عمومی می‌داند لذا بر اساس فرهنگ عمومی است که پاسخگویی مورد نظر مشخص می‌گردد (۱۱).

اما بیمارستان‌ها یکی از مهمترین سازمان‌هایی هستند که می‌توانند خدمات ارتقاء سلامت را ارائه کنند. اگرچه، به طور سنتی نقش بیمارستان‌ها فقط تشخیص و درمان بیماران است (۱۲).

در نظام ارائه خدمات سلامت، مهمترین بخش، بیمارستان‌ها است. بطوری که ۴۰ تا ۷۰ درصد بودجه‌های سلامت به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. به همین دلیل تغییر دیدگاه نسبت به نقش و قابلیت‌های بیمارستان‌ها جهت تبدیل شدن به ساختارهای ارتقادهنده سلامت ضروری است (۱۳).

چندین عامل باعث توجه به بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارتقادهنده سلامت به حساب می‌آید؛ اول اینکه بیمارستان‌ها تاکنون در ارائه نقش خود برای تامین سلامت مردم به طور موثر عمل نکرده‌اند. برای مثال، در کشورهای توسعه یافته مانند انگلستان ثابت شده است که کاهش میزان مرگ و میر عمدتاً به خاطر عوامل اجتماعی مانند بهبود سطح آموزش و بهداشت ایجاد شده است، نه به خاطر خدمات پزشکی و بیمارستانی (۱۴). حتی در بعضی موارد نقش بیمارستان‌ها در میزان مرگ و میر افزایش یافته است نه کاهش (۱۵ و ۱۶). نکته دوم مربوط به نقش

تصادفی در دسترس از هر استان بزرگترین بیمارستان(از لحاظ تخت، پذیرش بیمار و ضربت اشغال تخت) انتخاب گردید که شامل بیمارستان پورسینا در شهرستان رشت در شمال کشور، بیمارستان امام خمینی(ره) شهرستان اهواز در جنوب کشور، در غرب بیمارستان امام رضا(ع) شهرستان کرمانشاه، در شرق بیمارستان امام رضا(ع) شهرستان مشهد و بیمارستان امام خمینی(ره) شهرستان تهران بوده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش 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. با استفاده از نظرات متخصصان رشته‌های بیمارستانی علاوه بر اطلاعات جمعیت شناختی، سوالات متعددی مطرح و در نهایت سوالات اولیه پرسشنامه استخراج و در نهایت ۷ بعد و ۲۴ گویه به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت خیلی زیاد(۵) تا خیلی کم(۱) تعریف گردید. این ابعاد شامل: ابعاد اخلاقی(گویه ۷-۱)، بعد فرهنگی(گویه ۱۰-۸)، بعد مالی(گویه ۱۴-۱۱)، بعد قانونی(گویه ۱۵)، بعد ساختاری(گویه ۱۸-۱۶)، بعد اطلاع‌رسانی(۲۱-۱۹) و بعد عملکردی(گویه ۲۴-۲۲) بود. میانگین امتیاز هر حیطه(۵-۰) محاسبه شد، به طوری که اگر میزان پاسخگویی بیمارستانی کمتر از ۲/۵ باشد ضعیف، ۴-۲/۶ متوسط و بالاتر از ۴ مطلوب ارزیابی گردید.

بیماران بر اساس جدول Krejcie & Morgan (۲۰)، که در مدت مطالعه(دیمه ۱۳۹۰ تا خرداد ۱۳۹۱) بستری شده بودند(به جز بخش‌های اورژانس، مراقبت‌های ویژه، زایمان، نوزادان، روانی) به نسبت حجم مطالعه انتخاب و در بین آنها پرسشنامه‌ها با هماهنگی دفتر پرستاری بیمارستان توزیع گردید. برای تعیین روایی از روش محتوی و تایید ۱۰ نفر از

بیمارستان‌ها در نظام سلامت است. بطور سنتی بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارائه دهنده خدمات پیشگیری ثانویه و ثالثیه تلقی می‌شوند و ارائه خدمات پیشگیری اولیه و ارتقا سلامت به ساختارهای دیگری سپرده شده است؛ در حالیکه شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه بیمارستانها می‌توانند نقش چشمگیری در خدمات ارتقا سلامت داشته باشند(۱۷و۱۸). این نقش کاملاً ثابت شده و در این مورد اجماع بین المللی وجود دارد(۱۹).

مقوله پاسخگویی به دو دلیل در بیمارستان‌های آموزشی کشور باید مورد توجه مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت قرار گیرد. نخست به دلیل ماهیت دولتی بودن بیمارستان‌های آموزشی که همانا قشر عظیمی از مردم خواهان استفاده از امکانات آن هستند و دوم اینکه با توجه به رسالت آنها که نقش آموزش تعداد زیادی از دانشجویان را میسر می‌سازند و کیفیت آموزشی و درمانی مطلوب بیمارستان‌ها می‌تواند نقش مهمی در افزایش علم فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی داشته، که نتیجه آن در یک نگاه می‌تواند سلامت بیماران باشد. به همین منظور هدف این پژوهش، تعیین میزان پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور از دیدگاه بیماران در سال ۱۳۹۰ بوده است.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بوده که در طول سال ۱۳۹۰ انجام شده است. جامعه آماری شامل بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی کشور بود که در آن نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده انجام شد. برای انجام این پژوهش؛ ابتدا کشور به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای به ۵ قطب تقسیم گردید. سپس بعد از لیست کردن تمام بیمارستان‌های بزرگ آموزشی کشور به صورت

یافته‌ها

تعداد کل افراد مورد مطالعه ۴۵۴ نفر بود که ۴۵/۶٪ مرد (n=۲۰۷ نفر) و بقیه زن بودند (n=۲۴۷ نفر). بیشترین (۴۰/۱٪) و کمترین (۶/۸٪) سن افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۹-۲۱ سال و بالاتر از ۵۰ سال بود. همچنین سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه کمتر از دیپلم با بیشترین درصد یعنی ۴۳/۶٪ (n=۱۹۸ نفر) و کمترین آنها با ۳/۳٪ (n=۱۵ نفر) مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. ۴۱/۶٪ بیماران مورد مطالعه (n=۱۸۸ نفر) کمتر از یک هفته سابقه بستری (بیش از یک روز و کمتر از ۷ روز) و ۸/۱٪ (n=۳۷ نفر) نیز سابقه بستری کمتر از یک روز را داشتند. ۵۵/۱٪ بیماران تحت پوشش بیمه خدمات درمانی با بیشترین فراوانی (n=۲۵۰ نفر) و ۴٪ نیز بدون بیمه بودند (جدول ۱).

خبرگان استفاده گردید و برای تعیین پایایی نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین ترتیب که پرسشنامه بین ۳۰ نفر از اعضای جامعه پژوهش در دو نوبت و به فاصله یک هفته توزیع گردید (بیماران نیازمند بستری بیش از ده روز با تشخیص پزشک معالج و دفتر پرستاری). همچنین برای تعیین ثبات درونی سوالات از آلفای کرونباخ استفاده گردید که با توجه به مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۶، پایایی درونی مورد تایید قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفته که در بخش آمار توصیفی به منظور توصیف داده‌ها، جداول توزیع فراوانی، درصد میانگین استفاده شده است. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های همبستگی پیرسون، آزمون T استفاده گردیده است. نرم افزار مورد استفاده در این مطالعه SPSS نسخه ۱۶ بوده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی کشور

متغیرهای دموگرافیک	فراوانی	درصد	متغیرهای دموگرافیک	فراوانی	درصد
وضعیت اشتغال					
جنس			بیکار	۱۹۱	۴۲/۱
مرد	۲۰۷	۴۵/۶	کارمند دولتی	۱۰۷	۲۳/۶
زن	۲۴۷	۵۴/۶	کارمند بخش خصوصی	۴۹	۱۰/۸
سن					
کمتر از ۲۰ سال	۴۰	۸/۸	شغل آزاد	۹۵	۲۰/۹
۲۱-۲۹ سال	۱۸۲	۴۰/۱	سایر	۱۲	۲/۶
۳۰-۳۹ سال	۱۳۱	۲۸/۹	نوع بیمه		
۴۰-۴۹ سال	۷۰	۱۵/۴	تامین اجتماعی	۱۰۷	۲۳/۶
۵۰ سال و بالاتر	۳۱	۶/۸	خدمات درمانی	۲۵۰	۵۵/۱
تحصیلات					
بی سواد	۵۴	۱۱/۹	بانک ها و سایر ارگان ها	۵۶	۱۴/۳
کمتر از دیپلم	۱۹۸	۴۳/۶	بدون بیمه	۱۸	۴
دیپلم و کاردانی	۱۱۹	۲۶/۲	دارای بیمه مکمل	۱۴	۳/۱
کارشناسی	۶۸	۱۵			
کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۵	۳/۳			

آزمون همبستگی پیرسون، بین کلیه ابعاد مورد مطالعه رابطه مثبت و معنادار ($P < 0/001$) نشان داده است. افزایش و کاهش در میزان هر بعد، تاثیری به همان میزان در بعد دیگر دارد.

جدول ۲: همبستگی ابعاد مورد مطالعه با یکدیگر در بیمارستان های آموزشی کشور

فرهنگی	مالی	قانونی	ساختاری	رسانی	اطلاع	عملکردی
اخلاقی	۰/۴۶۰	۰/۳۵۲	۰/۲۸۲	۰/۲۱۸	۰/۴۰۳	۰/۲۸۷
همبستگی *						
p value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
فرهنگی	۰/۳۸۴	۰/۲۲۳	۰/۳۵۹	۰/۳۹۸	۰/۳۹۴	
همبستگی *						
p value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
مالی	۰/۴۱۲	۰/۲۳۴	۰/۴۲۲	۰/۳۹۴		
همبستگی *						
p value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		
قانونی	۰/۴۰۵	۰/۳۰۵	۰/۲۵۴			
همبستگی *						
p value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱			
ساختاری	۰/۳۳۰	۰/۲۳۸				
همبستگی *						
p value	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱				
اطلاع رسانی	۰/۴۴۶					
همبستگی *						
p value	۰/۰۰۱					

* ضریب همبستگی پیرسون

براساس نتایج به دست آمده از آزمون همبستگی پیرسون، بین کلیه متغیرهای مورد مطالعه با هم رابطه مثبت و معنادار ($p < 0/001$) وجود دارد. به عبارتی هر چه متغیری افزایش یابد سایر متغیرها نیز زیاد می شوند. یافته های پژوهش ۵ بیمارستان آموزشی کشور را از نظر نمره میانگین پاسخگویی مورد بررسی قرار داده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی و میانگین ابعاد مورد بررسی در بیمارستان های 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	۳/۲۰±۱	۳/۰۲±۰/۸۷	۴/۰۴±۰/۷۴	۳/۷۲±۰/۸۹	۳/۵۲±۰/۸۹	۳/۴۸±۰/۹۵
بعد مالی	۳/۳۰±۰/۸۹	۳/۱۰±۰/۹۴	۳/۸۸±۰/۷۵	۳/۸۱±۰/۸	۳/۵۴±۰/۸۵	۳/۵۲±۰/۹۱
بعد قانونی	۳/۱۰±۱/۱۵	۳/۰۸±۰/۹۸	۴/۰۳±۰/۸۹	۳/۸۷±۰/۹۷	۳/۵۸±۱	۳/۵۱±۱/۰۷
بعد ساختاری	۳/۲۰±۰/۹۰	۳/۰۴±۰/۸۵	۴/۰۹±۰/۷۱	۳/۸۶±۱	۳/۵۸±۰/۹۳	۳/۵۴±۰/۹۷

۳/۴۵±۰/۹۶	۳/۴۶±۰/۹۳	۳/۶۲±۰/۹۳	۴/۰۵±۰/۸۰	۲/۹۸±۰/۸۶	۳/۲۶±۰/۹۸	بعد اطلاع رسانی
۳/۵۳±۰/۹۳	۳/۶۴±۰/۸۱	۳/۷۹±۰/۸۵	۳/۹۸±۰/۸۲	۲/۹۴±۰/۸۰	۳/۳۰±۱/۰۱	بعد عملکردی
۳/۴۶±۰/۸۰	۳/۵۱±۰/۷۶	۳/۸۲±۰/۸۲	۳/۸۶±۰/۷۳	۲/۹۷±۰/۷۵	۳/۱۵±۰/۸۶	بعد اخلاقی
۳/۵۰±۰/۸۰	۳/۵۵±۰/۷۴	۳/۷۸±۰/۷۹	۳/۹۹±۰/۶۱	۳/۰۲±۰/۶۷	۳/۲۱±۰/۷۸	کل

میانگین از ۵ نمره*

اخلاقیات، قانون مداری، شفافیت و گزارش دهی، نظارت و نهادهای ناظر و قانونی، تخصص و شایستگی مدیران را به عنوان عوامل موثر بر پاسخگویی نسبت به شهروندان بررسی کرده است که نتیجه این مطالعه نبود شفافیت و برنامه ریزی و چشم انداز روشنی برای پاسخگویی بوده است (۲۱). در مطالعه حاضر، تاثیر متغیرهای مورد بررسی بر پاسخگویی ($P < 0/001$, $F = 0/240$) بود که با مطالعه پیشگفت همخوانی ندارد. همبستگی بین متغیرها نشان دهنده تاثیر مستقیم بر متغیر پاسخگویی در بیمارستانهای آموزشی است. رابطه مثبت متغیرها با هم می تواند کیفیت پاسخگویی را بهبود بخشد که این امر به عنوان فرهنگ خدمتگزاری به بیمارانی که جز رنج بیماری نباید مشکل دیگری را احساس کنند، امری پذیرفته شده است، بدیهی است این نتیجه با نتایج پژوهش Grim Shaw (۲۲) و Velayutham (۲۳) تطبیق دارد. با توجه به این استدلال، بیمارستانهای آموزشی کشور برای ارتقاء پاسخگویی نیازمند تقویت و ترویج فرهنگ خدمتگزاری با توجه به کاربرد متغیرهای مورد بررسی هستند. اشاعه فرهنگ خدمتگزاری و پاسخگویی در بیمارستانهای آموزشی مانند احترام به حقوق دیگران، رعایت فرهنگ و آداب و رسوم بیماران، خوش رفتاری، عملکرد صحیح، به موقع و برقراری روابط و مناسبات صحیح، تقویت حلقه اعتماد بین بیماران، کارکنان و مدیران، بالا بردن ظرفیت روحی و فکری دست اندرکاران امر معالجه بیماران و ایجاد روحیه خدمت و ... زمینه پاسخگویی

یافته های پژوهش نشان داد در بیمارستانهای مورد مطالعه بعد ساختاری با بیشترین میانگین (۳/۵۴±۰/۹۷) و بعد اطلاع رسانی کمترین میانگین (۳/۴۵±۰/۹۶) را داشته است. همچنین یافته های پژوهش پاسخ بیماران را در خصوص بیشترین و کمترین میانگین اختصاص داده شده به ابعاد مورد مطالعه نشان داده است. به طوری که امتیاز پاسخگویی بیمارستان پورسینا شهر رشت با بیشترین میانگین (۳/۹۹±۰/۶۱) و بیمارستان امام خمینی (ره) تهران با کمترین میانگین (۳/۰۲±۰/۶۷) بوده است. در مجموع میانگین کلی ابعاد پاسخگویی مورد بررسی در بیمارستانهای آموزشی کشور (۳/۵۰±۰/۸۰) بوده که این مقدار نشان دهنده پاسخگویی بالاتر از متوسط می باشد.

بحث

از دیدگاه بیماران به عنوان مهمترین مشتریان بیمارستان وضعیت پاسخگویی در بیمارستانهای آموزشی کشور بالاتر از متوسط بوده است چون مطالعه مشابهی در خصوص بررسی این ابعاد با توجه به جستجوهای الکترونیکی و کتابخانه ای در رابطه با موضوع حاضر یافت نشد، لذا مطالعه حاضر به نوعی تنها مطالعه ای است که در سیستم بهداشت و درمان به بررسی ابعاد مذکور پرداخته است. بدیهی است واکاوی مولفه های آن از جمله تفاوت و تشابه مشکل بوده و تنها به برخی از مطالعات پیشین که شباهت موضوعی داشتند بسنده شده است. تیموری نژاد (۱۳۸۳) همبستگی مولفه های مسئولیت،

میانگین نظرات پاسخگویی بیماران در این مطالعه $0/80 \pm 3/50$ بوده که بالاتر از متوسط است. در مطالعه Dickert & Kass پاسخگویی از وظایف ذاتی هر بیمارستان به شمار می‌آید و از دید مراجعین و بیماران به صورت مطلوب ارزیابی شده است (۲۸).

نتیجه گیری

بیماران مورد مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی کشور، نحوه پاسخگویی این بیمارستان‌ها را متوسط اعلام کردند. عدم توجه به پاسخگویی، کیفیت سایر خدمات آموزشی، بهداشتی و درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از طرفی پاسخگویی مقوله‌ای است که لازم است در بیمارستان‌ها مورد توجه جدی قرار گیرد. تدوین دستورالعمل و چک لیست پاسخگویی مطلوب به موازات ارتقاء شاخص‌های حاکمیت و ممیزی بالینی، تاسیس دفتر یا واحد پاسخگویی با رویکرد نوین علمی، طراحی و اجرای دوره‌های علمی پاسخگویی در ابعاد مختلف برای تمام کارکنان و همچنین ارزیابی بیمارستان‌ها به صورت دوره‌ای منظم به منظور سنجش میزان پاسخگویی برای بیمارستان‌های کشور توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه روسا و مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه که با استعانت معاونت محترم درمان ما را در این زمینه یاری نمودند کمال تشکر را دارد.

بهرتر را برای رضایت دست اندرکاران سیاسی و اجتماعی فراهم می‌سازد (۲۴).

یافته‌های این پژوهش رابطه متغیر پاسخگویی را با بعد اخلاقی مثبت و معنی دار نشان داد ($r=0/250, p<0/001$). در همین راستا در کشور تایوان مطالعه‌ای (۲۰۰۶) به ابعاد مختلف پاسخگویی براساس مقیاس WHO انجام شد که در آن توانایی برقراری ارتباط توسط تیم درمان با بیماران و همچنین رعایت جنبه‌های اخلاق پزشکی از مهمترین دغدغه‌های بیماران در تایوان عنوان شد که همین دغدغه توسط بیماران بیمارستان‌های آموزشی ایران نیز تایید شده است (۲۵).

در یک مطالعه گسترده در بین ۸ کشور اروپایی در سال ۲۰۰۵ تقریباً بیش از ۵۰٪ بیماران از پاسخگویی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی رضایت داشتند. در مورد هر یک از ابعاد (مالی، سیاسی، اخلاقی و فرهنگی) نیز رضایت آن‌ها متوسط ارزیابی شده بود (۲۶). در مطالعه حاضر نیز رضایت پاسخگویان از پاسخگویی در هفت بعد مورد مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی کشور را متوسط اعلام نموده است.

در مطالعه جوادی و همکاران نمره پاسخگویی بیمارستان‌های اصفهان از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و نشان داد بیمارستان‌ها در مقیاس کلی از نظر پاسخگویی نیز در سطح متوسط قرار دارند. جامعه بیماران تقریباً در این زمینه اتفاق نظر داشته‌اند. میانگین نظرات بیماران $0/58 \pm 2/48$ بوده و بین نظرات آنها نیز تفاوت معناداری وجود ندارد (۲۷).

منابع

1. De Silva A. A Framework for Measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series. Available at: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>. 1997.
2. Murphy Cullen CL & Larsen LC. Interaction between the socio-demographic variables of physicians

- and their patients: its impact upon patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 1984; 19(2): 163-6.
3. Cornwall A, Lucas H & Pasteur K. Introduction: Accountability Through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector. *IDS Bulletin* 2000; 31(1): 1-13.
 4. Wenar L. Accountability in International Development Aid. Available at: <http://wenar.info/Accountability%20in%20International%20Development.pdf>. 2006.
 5. Scott C. Private Regulation of the Public Sector: A Neglected Facet of contemporary governance. *Journal of Law & Society* 2002; 29(1): 56-76.
 6. Lawton A & Rose AG. *Organization & Management in Public Sector*. London: Pitman; 1999: 1-4.
 7. Marshall G. *Police Accountability Revisited*. London: Macmillan; 1978: 75.
 8. Sinclair A. The Chameleon of Accountability: Forms and Discourses. *Accounting Organizations and Society* 1995; 20 (2-3): 219-37.
 9. Fox JA. Civil Society and Political Accountability: Propositions for Discussion. Available at: <http://derechoasaber.org/documentos/pdf0047.pdf>. 2000.
 10. Ebrahim A. Accountability in Practice: Mechanisms for NGOs. *World Development* 2003; 31(5): 813-29.
 11. Bringerhalf D. Evaluation of educational projects. Translated by Karimi Y. Tehran: Jelveh; 2003: 26-31 [Book in Persian].
 12. Slim H. By what authority? The legitimacy and accountability of non-governmental organizations. Available at: <http://www.gdrc.org/ngo/accountability/by-what-authority.html>. 2002.
 13. Jordan L. Mechanisms for NGO Accountability, GPPi Research Paper Series no.3. Available at: http://www.gppi.net/fileadmin/gppi/Jordan_Lisa_05022005.pdf. 2005.
 14. Healy J & McKee M. *Hospitals in a changing Europe*. Oxford: Open University Press; 2001: 22-5.
 15. Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: Mc Keown revisited. *J Clin Epidemiol* 1996 Nov; 49(11): 1207-13.
 16. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Available at: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>. 2000.
 17. Pelikan JM, Garcia Barbero M, Lobnig H & Krajic K. Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Available at: http://lemon.at/tl_files/lemon/publikationen/buecher/Pelikan_et_al_1998_Pathways_Hospital.pdf. 1998.
 18. Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H. Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Available at: <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/hphvienna1997.pdf>. 1998.
 19. Mc Kee Martin. The evidence for health promotion effectiveness, report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Available at: http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/EHP_part2.pdf. 2000.
 20. Krejcie RV & Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30(1): 607-10.
 21. Timori Nejad K. Accountability system in the municipality of Tehran: research on how urban services

and citizen satisfaction [Thesis in Persian]. Tehran: Alame Tabatabai University, School of Accounting and Management; 2004.

22. Grimshaw J, Baron G, Mike B & Edwards N. How to combat a culture of excuses and promote accountability. *Strategy Leadersh* 2006; 34(5): 11-8.

23. Velayutham S & Perera MHB. The influence of emotions and culture on accountability and governance. *Corp Governance* 2004; 4(1): 52-64.

24. Aldhavi AA, West DJ JR, Spinelli RJ & Gompf TA. The challenge of sustaining health care in Oman. *Health Care Manag* 2007; 26(1): 19-30.

25. 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(1): 72.

26. Coulter A & Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health* 2005; 15(4): 355-60.

27. Javadi M, Raeesi AR, Karimi S, Yaghoubi M & Kadkhodaei M. Organizational justice and accountability in public and private hospitals selected in Isfahan. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research* 2012; 9(4): 11-20 [Article in Persian].

28. Dickert NW & Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *Journal of Medical Ethics* 2009; 35(7): 419.

Seven Dimensions Of Accountability In Iran's Teaching Hospitals: A National Study

Gohari Mahmudreza¹(Ph.D) – Tabibi Seyed Jamalodin²(Ph.D)
Nasiripour Amirashkan³(Ph.D) – Mahboubi Mohammad⁴(Ph.D)

1 Associate Professor, Statistics & Mathematics Department, Member of Hospital Management Research Center, School of Management & Medical Informatics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Professor, Health Care Management Department, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Health Care Management Department, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

4 Ph.D in Health Care Management, Vice Chancellery for Research, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Abstract

Received : May 2012

Accepted : Oct 2012

Background and Aim: Accountability is a process by which all service organizations including hospitals are required to legitimize their activities. This research aims to study the seven aspects of accountability in Iran's teaching hospitals.

Materials and Methods: This is a cross-sectional analytic study performed in the second half of 1390 in five major medical-educational hospitals in 5 points of the country. A research-made questionnaire with seven dimensions (ethical, cultural, financial, operational, legal, informational, and structural) was used. The collected data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: The total number of subjects was 454, of whom 45.6% were males and the rest were females (n = 247). They were mostly (40.1%) in the age group of 21- to 29-year-olds, and the least figure (6.8%) pertained to those older than 50 years of age. The average mean of structure turned out to be the highest (3.54 ± 0.97) and the informational dimension had the lowest (3.45 ± 0.97). The average accountability score was the highest in Rasht hospital (99.3 ± 0.61) and the lowest in Tehran hospital (3.02 ± 0.67). The correlations between all dimensions were confirmed. Moreover, accountability as evaluated in the studied educational hospitals was above average.

Conclusion: Patients' attitude towards accountability in Iran's teaching hospitals was assessed to be above average. The findings show that an office or a unit for accountability, validation, and continuous audit of its dimensions is essential to advance the high goals of the hospitals.

Key words: Accountability, Teaching Hospital, Iran

* Corresponding Author:

Mahboubi M ;

E -mail:

Mm59m@yahoo.com