[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]

[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

Tendency to Transparency (T3) in general public hospitals' managers

Ebrahim Jaafaripooyan [1], Ali Mohammad Mosadegh Rad [1], Maryam Mazinani [1*]

1. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 21 February 2021
Accepted for publication: 15 May 2020
[EPub a head of print-31 May 2021]
Payesh: 2021; 20 (3): 275-284

Abstract

Objective (s): Access to relevant information is the basis for making the right decision and choice. However, people have very little information about the structures, processes and outcome of hospitals and the quality, price and efficiency of services provided. The experiences of other countries have shown that the first step to move towards transparency is the tendency and determination of the authorities. This research then aimed to measure the tendency of hospital managers to be transparent in disclosing information to public.

Methods: The present study was an applied descriptive study using survey method. A questionnaire was developed by research team and used after confirming the face and content validity as well as its reliability. This questionnaire was completed by 310 senior, middle and operational managers of genral public hosptials affilated to Tehran University of Medical Sciences (TUMS). Data analysis was performed using SPSS software.

Results: The highest tendency of participants was towards information transparency related to the structural indicators and the lowest was in outcome indicators of hospitals. Management level, organizational position and level of education showed significant relationship with the tendency to transparency in its various dimensions.

Conclusion: Hospital managers have a relatively strong tendency for transparency of information in the general public hospitals. Taking knowledge of the priorities and desires of managers, policymakers might be able to identify the disclosable performance indicators. Public disclosure of less sensitive indicators (i.e. structural indicators) might pave the way for the transparency practices.

Key Words: Transparency, Open Access Dataset, Hospital Administrator

* Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: me.mazinani@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

تمایل به شفافیت در مدیران بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران

ابراهیم جعفری پویان[1]، علی محمد مصدق راد[1]، مریم مزینانی[1] *

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۰ خرداد ۱۴۰۰]
نشریه پایش: ۲۸۴- ۲۷۵: (۳)۲۰ ؛۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: دسترسی به اطلاعات متناسب اساس تصمیم گیری و انتخاب صحیح است. با این وجود، مردم اطلاعات بسیار اندکی از ساختارها، فرآیندها و پیامدهای بیمارستان ها وکیفیت، قیمت وکارایی خدمات ارائه شده در اختیار دارند. تجارب دیگر کشورها نشان می دهد که وجود تمایل و اراده در مسئولان می تواند یکی از قوی ترین پیشران ها برای ایجاد شفافیت باشد. هدف این پژوهش سنجش میزان تمایل مدیران سطوح مختلف بیمارستانها به ایجاد شفافیت در ارائه اطلاعات مرتبط با شاخص های بیمارستانها به عموم است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که به روش پیمایشی انجام شد. پرسشنامه محقق ساخته بعد از تایید روایی صوری و محتوایی و پایایی، توسط ۳۱۰ نفر از مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران تکمیل شد. تحلیل داده ها با کمک نرم افزار spss انجام گرفت.

یافته ها: بیشترین میزان تمایل مدیران نسبت به شفافیت اطلاعات، در حوزه شاخص های ساختاری و کمترین میزان در خصوص شاخص های پیامدی بیمارستانها بود. سطح مدیریتی، پست سازمانی و میزان تحصیلات با تمایل به شفافیت در ابعاد گوناگون آن ارتباط معنی دار داشت.

نتیجه گیری: وفق نتایج این مطالعه، مدیران بیمارستانی مطالعه به طور کلی تمایل نسبتا زیادی به شفافیت اطلاعات برای مردم دارند. سیاستگذاران می توانند با آگاهی نسبت به اولویت ها و تمایلات مدیران، شاخص های قابل انتشار اطلاعات بیمارستانی بومی کشور را شناسایی کرده و از شاخص هایی با حساسیت کمتر فرآیند شفافیت را در کشور آغاز کنند.

کلیدواژه: شفافیت، دسترسی آزاد به اطلاعات، مدیران بیمارستان

کد اخلاق: IR.AJUMS.REC.1397.689

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت
E-mail: me.mazinani@gmail.com

مقدمه

شفافیت از گذشته، یک نیاز عمومی برای جوامع دموکراتیک بوده‌است هم چنین حق آگاهی و دسترسی به اطلاعات یک موضوع مهم در جوامع مدرن است که می تواند باعث افزایش مسئولیت پذیری و پاسخگویی، ارتقای شایسته‌سالاری، مشارکت فعال و مؤثر مردمی، و در نتیجه افزایش کارآمدی و سرمایه اجتماعی شود[۱]. طبق تعریف بانک جهانی «شفافیت» به معنای "دسترسی همه ذینفعان به جریان اطلاعات قابل اتکا و به موقع اقتصادی، اجتماعی، سیاسی"است[۲]. شفافیت واژه جدیدی در ادبیات پژوهشی نظام سلامت است و از شاخص های مهم ارزشیابی عملکرد و حمکرانی نظام های سلامت در سراسر دنیاست[۳]. موسسه پزشکی آمریکا (IOM) شفافیت خدمات بهداشتی درمانی را اینگونه تعریف می کند: «اطلاعاتی درباره کیفیت، قیمت، کارایی و تجربیات مشتریان از خدماتی که دریافت کرده اند که قابل دسترس برای عموم، قابل اعتماد و قابل فهم باشد. هدف از ارائه این اطلاعات اثرگذاری بر رفتار مشتریان، ارائه کنندگان خدمات، تامین کنندگان مالی و دیگران است تا به نتایج بهتری دسترسی پیدا کنند[۴].»

اهمیت شفافیت برای سازمان های بهداشتی درمانی را با یادآوری فاجعه بریستول متوجه می شویم. در سال ۱۹۹۵ در بیمارستان سلطنتی بریستول، کودکان زیادی در اثر جراحی قلب فوت شدند. این اتفاق با افشاگری یک پزشک در رسانه‌ها به یک رسوایی بزرگ تبدیل شد. پس از این افشاگری مردم خواستار تحقیق عمومی در این موضوع و انتشار علنی نتایج آن شدند. نتایج تحقیق با ۲۰۰ پیشنهاد اصلاحی در سال ۲۰۰۱ منتشر شد. یکی از اصلی‌ترین اصلاحات، شفافیت عملکرد جراحان با استفاده از نرخ مرگ و میر بود[۵].

ضرورت پرداختن به شفافیت از توجه به آثار و نتایج آن مشخص می شود. تجربیات نظام طب ملی انگلستان (NHS) و سایر کشورها در رابطه با انتشار اطلاعات بیمارستانی نشان می‌دهد که شفافیت موجب شده است بیمارستانها خدمات خود را هزینه - اثربخش تر ارائه کنند، همچنین به افزایش پاسخگویی و ارتقای کیفیت کمک شایانی کرده است[۶]. برای مثال در سوئد با انتشار نرخ مرگ و میر طی دو سال نرخ مرگ و میر نصف شد[۷]. تیم کلسی یکی از نفرات اصلی ایجاد کننده شفافیت در انگلستان بیان می‌کند: "شفافیت عملکرد ارائه دهندگان خدمت می‌تواند جان انسان‌ها را حفظ کند[۸]." شفافیت در افشای خطاهای پزشکی ممکن است منجر به کاهش قابل توجه پرونده های قصور پزشکی ، کاهش هزینه های دادرسی و یک محیط امن تر شود[۹].

بررسی تجارب کشورهای پیش رو در شفافیت اطلاعات نشان داده است: با وجودی که انتشار اطلاعات زمان انتظار و تجربه‌ی بیماران در کشورها رایج بوده، اما انتشار برخی اطلاعات جزئی مربوط به کیفیت و ایمنی خدمات پزشکان معمول نبوده است. دلیل این امر وجود مسایل حل نشده‌ی روش‌شناختی و اخلاقی و نگرانی‌های ناشی از پیامدهای ناخواسته‌ی این سیاست عنوان شده است[۱۰]. انتشار اطلاعات باید به روشی نظامند انجام شود که صداقت و شفافیت در مورد مراقبت های ارائه شده را تضمین کند[۱۱].

آجزین و فیشباین در نظریه نگرش خود اینگونه فرض می کند که بهترین پیش بینی کننده رفتار یک فرد سنجش تمایل به انجام آن رفتار در اوست[۱۲]. نبود اراده سیاسی قوی برای تحقق شفافیت و به تعبیری، پروژه نشدن شفافیت در کشور، منجر شده است که قوانین مهمی مانند قانون انتشار آزاد اطلاعات یا قانون ارتقای سلامت نظام اداری که برای تحقق برخی از ابعاد شفافیت تصویب شده اند یا اجرا نشوند و یا به نحو ناکارآمد اجرا شوند[۱۳]. تجربه پرونده الکترونیک سلامت و پزشک خانواده نشان می‌دهد که حتی در صورت وجود ساختار و قانون نیز ممکن است که هیچگاه شفافیت ایجاد نشود زیرا پیشرانه اصلی ایجاد شفافیت تمایل و اراده مسئولان است[۱۴]. نتایج این مطالعه می تواند به برنامه ریزی برای ارتقای شفافیت اطلاعات در نظام سلامت ایران کمک کند.

با توجه به اینکه می دانیم بیمارستان مانند هر سازمان دیگری ورودی، انجام فرآیند و خروجی دارد، این پژوهش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی را در سه بعد (شفافیت اطلاعات و شاخص های ساختاری، شفافیت اطلاعات و شاخص های فرآیندی، شفافیت اطلاعات و شاخص های پیامدی) مورد سنجش قرار داده است.

مواد و روش کار

پژوهش فعلی یک مطالعه توصیفی- تحلیلی وکاربردی است که به روش پیمایشی انجام گرفته است. نمونه پژوهش شامل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۴بیمارستان) است که به روش سرشماری انتخاب شده اند. افرادی از هر بیمارستان به تناسب جایگاه مدیریتی (ارشد، میانی و عملیاتی) انتخاب شدند و از آنها خواسته شد تا تمایل خود

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

را به نسبت بـه شـفاف سـازی اطلاعـات مختلـف بیمارسـتان خـود مشخص کنند. ۴۱ نفر از مدیران ارشـد شـامل ریـیس بیمارسـتان، مدیر بیمارسـتان، متـرون، معـاون آموزشـی پژوهشـی، ۱۲۴ نفـر از مدیران میانی شـامل: سـوپروایزر، مـدیر مـالی_حسـابداری، ریـیس اداری، مسئول داروخانه، رییس بخـش بـالینی، مسـئول آزمایشـگاه، مسئول رادیولوژی، مسـئول واحـد فیزیـوتراپی، مسـئول حراسـت و ۱۴۵ نفـر از مـدیران عملیـاتی شـامل: مسـئول کتابخانـه، مسـئول دبیرخانه، مسئول تاسیسات، مسئول روابط عمومی، مسئول بهداشت محیط_حرفه ای، مسئول واحد تغذیه، مسئول واحد بهبود کیفیـت، مسئول ایمنی بیمار، مسئول واحد مهندسی پزشکی، مسئول واحـد فنـاوری اطلاعـات، مسـئول کـارگزینی و سرپرسـتار بـا پژوهشـگر همکاری کرده و پرسشنامه را تکمیل کردند.

نسـخه اولیـه پرسشـنامه براسـاس مطالعـات مـرتبط طراحـی گردید[۱۴،۱۵،۱۶] که شامل دو بخش گویه هـای عمـومی و گویـه های اختصاصی بود. گویه های عمومی مربوط به متغیرهای زمینه‌ای و اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، وضـعیت تاهـل، تحصـیلات، پست سازمانی، سابقه کار، سابقه مـدیریت و سـطح مـدیریتی) بـود. سوالات اختصاصی نیـز در سـه بخـش میـزان تمایـل بـه شـفافیت اطلاعات و شاخص های ساختاری، فرآینـدی و پیامـدی بـا مقیـاس لیکرت پنج گزینه ای کاملا موافقم، موافقم، نظری نـدارم، مخـالفم و کاملا مخالفم با امتیاز های(۵-۴-۳-۲-۱) تنظیم شد.

روایی صوری ابزار به دو روش کمی و کیفی تاییـد گردیـد. ابتـدا در یک پنل خبرگان متشـکل از متخصصـان مـدیریت سـلامت(۶نفـر)، مدیر بیمارستان (۲نفر) و مسئوول بهبـود کیفیـت (۱ نفـر)، سـطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام عبـارات و یـا وجـود نارسـایی در معانی کلمات مورد بررسی قرار گرفت و نظرات در پرسشنامه اعمـال شد. سپس در روش کمی ابزار در اختیار ۶۰ نفر از جامعه هدف قرار گرفـت. پـس از تکمیـل پرسشـنامه توسـط گـروه هـدف، امتیـاز تاثیر (Impact Score) محاسبه شد (۱/۹).

بـه همـین صـورت، در بررسـی کیفـی روایـی محتـوا از تعـدادی از متخصصان مدیریت سلامت درخواست شـد پـس از مطالعـه دقیـق ابزار، دیدگاه های اصلاحی خود پیرامون موارد رعایت دسـتور زبـان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سوالات، قـرار گیـری سـوالات در جای مناسب خود و زمان تکمیل پرسشنامه را به صورت کتبی ارائه نمایند. پس از جمع آوری نظرات متخصصان، تغییرات لازم در ابـزار مورد توجه قرار گرفت، سپس بـرای ارزیـابی کمـی روایـی محتـوا و جهت اطمینان از اینکه مهمترین و صـحیح تـرین محتـوا (ضـرورت سوال) انتخاب شـده اسـت، نسـبت روایـی محتـوا (CVR)و بـرای اطمینان از اینکه گویه های ابزار به بهترین نحو جهت اندازه گیـری محتـوا طراحـی شـده، از شـاخص روایـی محتـوا(CVI) اسـتفاده شد[۱۷]. برای این منظور، از آنان درخواست شد که در خصوص هر یک از گویه های ابزار به صورت (ضروری است، ضروری نیست ولـی مفید است و ضروری نیست) پاسخ دهد. پاسخ ها بر اسـاس فرمـول (CVR) محاسبه و با جدول لاوشه انطبـاق داده شـد[۱۸]. نسـبت روایی محتوایی کلی پرسشنامه ۰/۹۵ محاسبه شد. بررسـی شـاخص روایی محتوا بر اساس شـاخص والتـز و باسـل صـورت گرفـت[۱۹]. بدین منظور نظرات متخصصین مدیریت سـلامت راجـع بـه مربـوط بودن، ساده بودن و واضح بودن هر سوال جمـع آوری شـد. پـذیرش آیتم ها براساس نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود . نتایج CVI حـاکی از آن بود که تمامی گویه هـای نمـره بـالاتر از ۰/۷۹ داشـتند و لـذا مناسب تشخیص داده شدند. در نهایت ابزار به صورت پرسشنامه ای با۷۲ سوال آماده شد. پس از ارزیـابی روایـی جهـت بررسـی پایـایی پرسشنامه از روش آلفا – کرونباخ استفاده شـد. بـا اسـتفاده از نـرم افزار آماری SPSS مقـدار آلفـای کرونبـاخ ایـن پرسشـنامه ۰/۹۲ اندازه گیری شد.

برای تحلیل یافته ها در سطح آمار توصیفی از مشخصه‌هـای آمـاری نظیر فراوانی‌ها، میانگین‌ها و درصدها استفاده شـد و در سـطح آمـار استنباطی، از آزمون های فرض آماری متناسب استفاده شد.

یافته‌ها

این پـژوهش بـر اسـاس داده‌هـای جمـع‌آوری شـده از ۳۱۰ نفـر از مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. میزان پاسـخگویی جامعـه مـورد مطالعـه ۷۷/۵ درصد بود که عدم پاسخگویی ها مربوط به همکاری نکـردن برخـی بیمارستانها و مدیران با پژوهش بود. ۷۱ درصد از شـرکت کننـدگان در این پژوهش را زنان تشکیل می دهند واکثـر افـراد در رده سـنی ۴۱-۵۰ سال قرار داشتند، هم چنین اکثـر ایـن افـراد (۷۲ درصـد) متاهل بودند. بیشتر شرکت کنندگان افراد دارای مدرک کارشناسـی (۴۷ درصد) هستند، همچنین بیشتر افراد با سـابقه کـاری و سـابقه مدیریتی زیر ۱۰ سال بودند. از نظر پست سازمانی، بیشترین درصـد را مدیران بالینی با ۵۳ درصد و کمتـرین درصـد را افـراد در پسـت مدیر پاراکلینیک با ۸ درصـد تشـکیل دادنـد. ۴۶ درصـد از افـراد از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

مدیران عملیاتی هستند و ۱۳ درصد از مدیران ارشد که در این مطالعه شرکت کرده اند. نمره کل تمایل به شفافیت مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران ۷۴/۰۵ درصد بود. بر اساس مقیاس پنج رتبه ای لیکرت، نمره کل تمایل به شفافیت اطلاعات در محدوده زیاد قرار گرفت. با بررسی میزان تمایل به شفافیت به طور جزئی‌تر در ابعاد گوناگون آن متوجه می شویم که تمایل مدیران به تمام ابعاد شفاف سازی اطلاعات بیمارستانی در مقیاس زیاد نبوده است. بیشترین نمره افراد مورد مطالعه فارغ از مشخصات دموگرافیک آنها در بخش تمایل به شفافیت اطلاعات ساختاری (۸۳/۲۹ درصد) و کمترین نمره متعلق به تمایل به شفافیت اطلاعات و شاخص های پیامدی (۶۵/۱۳ درصد) است.

جدول ۱ اطلاعات و شاخص هایی را که مدیران بیمارستانی تمایل بیشتری به شفاف سازی آنها دارند را نشان می دهد. مدیران تمایل خیلی زیادی به انتشار اطلاعات معرفی کننده ویژگی ها و فعالیت های بیمارستان دارند.

جدول۲ اطلاعات و شاخص هایی را که مدیران بیمارستانی تمایل کمتری به شفاف سازی آنها دارند را نشان می دهد. شبکه مدیریتی بیمارستان ها تمایل خیلی کمی به شفاف سازی اطلاعات و شاخص های مربوط به مرگ و میر، ایمنی بیمار، تعرفه ها و اطلاعات سرانه پرسنل برای عموم مردم دارند.

همانطور که در جدول۳ مشخص شده است اکثریت مدیران به شفاف‌سازی اطلاعات ساختاری تمایل خیلی زیادی دارند. مقایسه میانگین‌های این جدول نشان می دهد که میانگین میزان تمایل خیلی کم در بعد پیامدی(۱۲/۰۴درصد) رشد قابل توجهی نسبت به بعد ساختاری (۲درصد) و فرآیندی (۳/۱۳ درصد) دارد بنابراین میزان عدم تمایل به شفاف‌سازی اطلاعات در بعد پیامدی بیشتر از سایر ابعاد شفافیت اطلاعات بیمارستانی است. یافته های این مطالعه نشان داد ارتباط معنی داری میان جنسیت، سن و وضعیت تاهل بر شفافیت اطلاعات به صورت کلی و یا در ابعاد گوناگون آن وجود نداشت. تمایل مدیران در رده های مختلف تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری، متخصص و فوق تخصص) به شفافیت اطلاعات بیمارستان ها با یکدیگر، در بعد پیامدی تفاوت داشت. مدیران با تحصیلات کارشناسی به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری داشتند و پزشکان متخصص تمایل کمتری به شفافیت این اطلاعات نشان دادند.

افراد حاضر در این مطالعه از نظر پست سازمانی به سه گروه مدیران بالینی، مدیران پاراکلینیک و مدیران پشتیبانی-اداری-مالی تقسیم شده بودند. یافته ها نشان می دهد بین این سه گروه از نظر تمایل کلی به شفافیت اطلاعات تفاوت هایی وجود داشت. بیشترین میزان تمایل به شفافیت در گروه مدیران بالینی و کمترین آن در گروه اداری- مالی- پشتیبانی قرار دارد. هم چنین مدیران پست های بالینی نسبت به گروه های دیگر به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری داشتند.

یافته های این پژوهش نشان داد که تمایل به شفافیت (به صورت کلی و در ابعاد آن) ارتباط معنادار با میزان سابقه کاری و سابقه مدیریتی نداشت. مدیران در سطوح مختلف مدیریتی، شامل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی از نظر تمایل به شفافیت اطلاعات با هم تفاوتی نداشتند. با نگرش جزئی تر و سنجش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات در هر کدام از ابعاد آن می بینیم که مدیران عملیاتی به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری داشتند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

جدول ۱: بیشترین میزان تمایل شبکه مدیریتی بیمارستانها نسبت به شفافیت اطلاعات و شاخص‌ها

ابعاد شفافیت اطلاعات	اطلاعات و شاخص های هر بعد	میزان تمایل(درصد)
	بیمه های طرف قرارداد	۷۳/۲
اطلاعات ساختاری	تخصص های پزشکی بیمارستان	۶۹/۷
	برنامه روزانه درمانگاه ها	۶۷/۴
اطلاعات فرآیندی	میانگین زمان انتظار برای دریافت خدمات آزمایشگاهی	۳۰/۶
	انواع گواهینامه های معتبر اخذشده توسط بیمارستان	۴۸/۷
اطلاعات پیامدی	درجه اعتباربخشی بیمارستان	۴۷/۶
	رضایت از نحوه برخورد کارکنان غیر بالینی	۳۲/۳

جدول ۲: کمترین میزان تمایل شبکه مدیریتی بیمارستانها نسبت به شفافیت اطلاعات و شاخص ها

ابعاد شفافیت اطلاعات	اطلاعات و شاخص های هر بعد	میزان تمایل (درصد)
	تعرفه داروهای رایج مصرفی بخش ها	۵/۲
اطلاعات ساختاری	تعرفه لوازم مصرفی روتین بیمار	۵/۲
	نسبت پرستار به تخت	۴/۸
اطلاعات فرآیندی	درصد بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس در مدت ۶ ساعت	۵/۵
	میزان مرگ و میر در حین بیهوشی	۲۶/۸
اطلاعات پیامدی	اشیا به جا مانده در بدن بیمار در هر ۱۰۰۰ جراحی	۲۵/۵
	میزان مرگ و میر به تفکیک پروسیجرهای درمانی	۲۳/۹

جدول۳: میانگین میزان تمایل به شفافیت مدیران (درصد)

ابعاد شفافیت اطلاعات بیمارستانی	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	انحراف معیار	میانگین
اطلاعات و شاخص های ساختاری	۴۹/۸	۲۶/۶	۱۵/۸	۵/۸	۲	۰/۹	۴/۱
اطلاعات و شاخص های فرآیندی	۲۵/۴	۳۲/۹	۲۹/۹	۸/۷	۳/۱	۱/۰	۳/۶
اطلاعات و شاخص های پیامدی	۱۹/۶۵	۲۷	۳۱/۸۴	۱۴/۶۱	۱۲/۰۴	۱/۱	۳/۲

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش سنجش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی برای عموم مردم و تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک مدیران بیمارستان ها و تمایل به شفافیت در آنها می باشد.

یافته های این مطالعه نشان می دهد که تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات بیمارستانی نسبتا زیاد است. **تمایل** به صورت‌های مختلف برای نشان دادن شروع فعالیت عمدی، حالت ذهنی همراه با میل به عمل و گرایش آگاهانه به عمل، مورد استفاده قرار می گیرد[۲۰]. با توجه به اینکه مدیران ارشد میانی و عملیاتی در بیمارستان ها به میزان زیادی تمایل به شفافیت دارند این سوال مطرح می شود که به چه دلیل مطالعات دیگر حاکی از عدم شفافیت در نظام سلامت و اکثر حوزه های عمومی کشور هستند؟[۱۳،۲۱،۲۲] آیا موانعی جدی بر سر راه مدیران است که آنها به رغم میل و علاقه خود نمی توانند اطلاعات شفاف را در اختیار عموم مردم بگذارند؟ پژوهش های صورت گرفته در حیطه اقتصادی و مالی نشان می دهد با وجود همه استدلال‌هایی که در ارتباط با تاثیرات مثبت شفافیت بیشتر وجود دارد؛ شرکت‌ها تمایلی به شفافیت کامل ندارند؛ دلایل متعددی برای این موضوع عنوان شده است که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از هزینه‌های مرتبط با جمع‌آوری، پردازش و افشای اطلاعات، وجود منافع مرتبط با عدم افشاء و وجود پدیده اثرات خارجی[۲۳]. در نظام بهداشت و درمان نیز بررسی ها بیانگر این

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

است که شفافیت به میزان لازم موجود نیست و بیمارستان‌های ما از این نظر در جایگاه خوبی قرار ندارند[۱۴]، در بخش هایی نیز که به تازگی انتشار اطلاعات صورت می گیرد، با انتشار غیرکاربردی و غیرشفاف اطلاعات رو به رو هستیم. پژوهش های مرتبط بیان می کنند که با وجود تصویب قانون‌های ایجاد شفافیت، بدلیل نبود عزم و اراده در مدیران و مسئولان تا به حال شفافیت در کشور محقق نشده است[۱۳،۱۴]. دلایل احتمالی تفاوت نتایج بدست آمده در این پژوهش با واقعیت های موجود و دیگر مطالعات در این زمینه می تواند شامل تفاوت مواضع اعلامی و مواضع اعمالی در افراد و یا افزایش تمایل به شفافیت در گذر زمان باشد. یکی از محدودیت های پژوهش کمی را می توان در عدم دستیابی به حقیقت باورها و عمق تمایلات افراد به وسیله پرسشنامه دانست. هم چنین با توجه به افزایش آگاهی و اطلاعات مردم نسبت به فواید شفافیت و مطالبات مردمی که در حیطه‌های گوناگون مسائل کشور مبنی بر لزوم اجرای شفافیت اطلاعات شکل گرفته است ممکن است این درخواست های عمومی به افزایش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات نیز منجر شده باشد و با توجه به جدیدتر بودن نتایج این پژوهش با مطالعات مقایسه شده می توان این تفاوت را توجیه کرد.

با بررسی میزان تمایل به شفافیت به طور جزئی‌تر در ابعاد گوناگون آن متوجه می شویم که تمایل مدیران به تمام ابعاد شفاف سازی اطلاعات بیمارستانی زیاد نبوده است. تمایل مدیران به انتشار اطلاعات و شاخص‌های ساختاری بیشتر از اطلاعات و شاخص های فرآیندی و پیامدی است.

با وجود اهمیت بیشتر شاخص های پیامدی برای نشان دادن کیفیت خدمات و بهره وری در یک بیمارستان نتایج نشان می دهد که تمایل مدیران به انتشار این شاخص ها کمتر از شاخص های ساختاری و فرآیندی است و مدیران بیشتر مایل هستند که شفافیت برای اطلاعات بی خطر (شاخص های ساختاری) محقق شود. احتمالا وجود مشکلات زیر ساختی و چالش‌های فنی برای تهیه و جمع‌آوری اطلاعات فرآیندی در بیمارستان‌ها باعث شده است این اطلاعات به صورت شفاف منتشر نشود.

در بعد شفافیت اطلاعات ساختاری، بیشترین تمایل مدیران به شفاف سازی بیمه های طرف قرارداد (۷۳/۲ درصد)، تخصص های پزشکی بیمارستان (۶۹/۷درصد) و برنامه روزانه درمانگاه ها (۶۷/۴ درصد) بود. با توجه به تعدد بیمه های پایه و بیمه های تکمیلی در ایران و مدت دار بودن قرارداد های بیمه و تغییرات پیوسته در مراکز تحت پوشش آنها این اطلاعات باید به صورت به روز در اختیار مردم قرار گیرد. این موارد احتمالا رایج ترین سوالات افراد مراجعه کننده به بیمارستان است و بیشترین تماس های مردمی با مراکز درمانی و مراجعه به وبگاه های اینترنتی برای یافتن پاسخ این سوالات است. ضمن اینکه این اطلاعات مربوط به عملکرد مرکز درمانی نبوده و انتشارشان هیچ گونه پیامد منفی ای برای مراکز ارائه دهنده خدمات ندارد و کاملا مورد استفاده مردم بوده و رضایت افراد را از بیمارستانی که این اطلاعات را منتشر کند افزایش می دهد. یافته ها نشان دادند مدیران بیشتر تمایل دارند که بیمارستان را به مردم معرفی کنند و برنامه خدمات ارائه شده را در اختیار مردم قرار دهند. می توان شفاف سازی اطلاعات بیمارستانی را از بخش اطلاعات و شاخص های ساختاری و از شاخص هایی که به معرفی بیمارستان می پردازند شروع کرد.

کمترین میزان تمایل مدیران نیز در این بعد از شفافیت مربوط به شفاف سازی اطلاعات تعرفه داروهای رایج مصرفی بخش ها (۵/۲ درصد) و تعرفه لوازم مصرفی روتین بیمار (۵/۲درصد) و نسبت پرستار به تخت (۴/۸ درصد) است. احتمالا دلیل کم بودن تمایل به شفافیت این موارد در بعد ساختاری وجود نگرانی های خاصی است که درباره انتشار مسائل مالی وجود دارد[۲۴]. پژوهش های مرتبط نشان داده است شفافیت مالی می تواند اعتماد مشتریان را به ارائه دهندگان خدمات بسیار افزایش دهد و مراکزی که به شفافیت اطلاعات مالی می پردازند بیشتر مورد انتخاب افراد برای کسب خدمات قرار می گیرند[۲۵]. از میان گویه های مربوط به تعرفه ها نیز مدیران حساسیت کمتری نسبت به شفاف سازی تعرفه یک شب بستری استاندارد و تعرفه عمل های جراحی داشتند که می توان شفاف سازی را در ابتدا از این موارد آغاز کرد.

نتایج نشان داد مدیران بیمارستانی تمایل خیلی زیادی برای شفاف سازی میانگین زمان انتظار برای دریافت خدمات آزمایشگاهی دارند و خیلی کم مایل هستند تا درصد بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس در مدت ۶ ساعت را برای عموم مردم شفاف سازی کنند. نظر مدیران مورد مطالعه بر این بوده است که از میان گویه های بعد فرآیندی شفافیت اطلاعات، احتمالا شاخص هایی که زمان انتظار را به مردم نشان می دهد بیشتر مورد استفاده بوده و تمایل برای شفاف سازی آنها بیشتر است.

عدم تمایل مدیران به شفافیت در بعد پیامدی می تواند ناشی از وجود برخی مشکلات که در گذشته مطرح شد باشد مانند: عدم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

توانایی در اندازگیری خروجی بیمارستان ها، زیرا تمایل زیادی به شفافیت در بعضی گویه ها که اطلاعات آنها به سادگی موجود است (انواع گواهینامه های معتبر اخذشده توسط بیمارستان و درجه اعتباربخشی بیمارستان) در بین مدیران وجود داشت.

در این پژوهش مدیران بیمارستانی اعلام کرده اند به میزان خیلی کم (۲۶/۸درصد) تمایل دارند که میزان مرگ و میر در حین بیهوشی شفاف سازی شود. میزان موفقیت بیمارستان در کاهش این شاخص به نوعی بیانگر کیفیت ارائه خدمات و بهره وری این سازمان است[۲۶].

مدیران شرکت کننده در این پژوهش مایل به شفاف سازی اطلاعات و شاخص های مربوط به مرگ و میر و ایمنی بیمار در بیمارستان نبودند، عدم تمایل به شفافیت این شاخص ها علیرغم اهمیت آنها برای نشان دادن کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعین می تواند ناشی از مواردی مانند: کیفیت پایین خدمات و ترس بیمارستان های ناسالم از شفافیت عملکرد خویش و بیمارستان های سالم از مچ گیری با شفافیت و عدم وجود تفاوت و تنبیه یا تشویق بین بیمارستان های خوب یا بد باشد. هم چنین جابجایی بیماران از بیمارستان های ضعیف به قوی و محافظه کاری مدیران و ترس آنها از واکنش های احتمالی می تواند از دلایل احتمالی آنها برای عدم تمایل به شفافیت این نوع از اطلاعات بعد پیامدی باشد[۱۴].

با این وجود برای تحقق انتشار آزاد اطلاعات می توان با انتشار شاخص میزان مرگ ومیر خالص بیمارستان و نرخ زخم بستر به تفکیک بخش که میزان عدم تمایل مدیران به آنها کمتر است، روند شفافیت را در کشور آغاز کرد.

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد مدیران با تحصیلات کارشناسی به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری دارند و پزشکان متخصص تمایل کمتری به شفافیت اطلاعات پیامدهای درمان دارند، دلیل این عدم تمایل می تواند ناشی از این باشد که بیشتر اطلاعات بعد پیامدی مستقیما نتیجه عملکرد پزشکان است و کمتر مربوط به کارشناسان بهداشت و سلامت مشغول به خدمت در بیمارستان می شود. یافته های این پژوهش نشان داده مدیران ارشد تمایل کمتری به شفافیت اطلاعات پیامدی دارند که دلیل احتمالی آن می تواند نگاه تخصصی تر آنها و در نظر گرفتن بیشتر چالش ها و حساسیت ها باشد. به علاوه که مدیران ارشد هستند که در وهله اول باید در برابر نتایج شفاف شده در برابر بالادستی های خود و مردم پاسخگو باشند، نه مدیران عملیاتی و میانی.

بدون شک، بخش بزرگی از پیشرفت‌های ادبیات در هر حوزه، از بهبود فنون اندازه‌گیری نشات می‌گیرد؛ در حوزه تمایل به شفافیت نیز مانند سایر حوزه‌ها، نیاز مبرمی به معیارهای مناسب‌تر برای سنجش تمایل به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی وجود دارد. نتیجه این پژوهش نشان می دهد تمایل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی برای عموم مردم نسبتا **زیاد** است. تمایل به شفافیت اطلاعات در ابعاد سه گانه آن نیز سنجیده شد و به طور کلی می توانیم بگوییم تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات و شاخص های پیامدی کمتر از تمایل آنها به شفافیت اطلاعات و شاخص های فرآیندی و ساختاری است. نتایج این پژوهش به سیاستگذاران کمک می‌کند که با آگاهی نسبت به اولویت ها و تمایلات مدیران شاخص های قابل انتشار اطلاعات بیمارستانی بومی کشور را شناسایی کرده و زمینه را برای اقدامات شفافیت ساز فراهم آورند و از شاخص هایی با حساسیت کمتر (شاخص های ساختاری) فرآیند شفافیت را در کشور آغاز کرده و از فواید آن بهره مند شوند.

با توجه به یافته های این پژوهش پیشنهاداتی برای سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت در ایران ارائه می شود:

- افزایش اطلاعات مدیران نسبت به مفهوم حقیقی شفاف‌سازی اطلاعات بسیار ضروری به نظر می رسد، نباید انتشار اطلاعات را با شفاف‌سازی آن اشتباه گرفت. در حال حاضر بخش زیادی از اطلاعات و شاخص‌های ساختاری بیمارستان‌ها منتشر می شود، اما این اطلاعات به صورت داده های خامی هستند که کاربردی نبوده و قابلیت مقایسه با بیمارستان های دیگر را ندارند[۲۷].
- با همکاری متخصصان در زمینه فناوری اطلاعات و کارشناسان علوم پزشکی می توان از انتشار صحیح و قابل فهم اطلاعات و شاخص های بیمارستانی اطمینان حاصل کرد. در صورتی که اطلاعات شفاف شده برای مردم قابل درک و ساده باشند و به مدیران این اطمینان را بدهیم که از انتشار شاخص ها و اطلاعات پیامدی برداشت های اشتباهی در جامعه صورت نخواهد پذیرفت، می توانیم از عدم تمایل آنان به انتشار این اطلاعات کم کنیم. هم چنین باید مدیران این حوزه را از اهمیت شاخص های پیامدی در انتخاب مردم و اقبال آنها به مراکز درمانی آگاه کرد.
- با کمک گرفتن از تجارب انگلستان در ارتقای شفافیت[۸] در ایران نیز اعتبار بخشی شامل شاخص های ورودی (داده ها)،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

فرآیندی و پیامدی است و از میان این شاخص ها می توان با توجه به نظرات مدیران، تعدادی را که برای مردم مفید است به صورت شفاف منتشر کرد.

از محدودیت های اجرایی این پژوهش شامل عدم همکاری برخی مدیران در پر کردن پرسشنامه و عدم امکان تعمیم نتایج به همه بیمارستان های کشور است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، اطلاعاتی که انتشار شفاف آنها مورد تمایل مصرف کنندگان خدمات سلامت است شناسایی شود و مدلی برای ارتقا شفافیت نظام سلامت ایران طراحی شود.

سهم نویسندگان

ابراهیم جعفری پویان: طراحی پژوهش، جمع آوری داده، تحلیل داده، هدایت تنظیم و اصلاح مقاله

علی محمد مصدق راد: طراحی پژوهش، مشاور علمی

مریم مزینانی: گردآوری و تحلیل داده ها، تنظیم پیش نویس مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان: "میزان تمایل به شفافیت شبکه مدیریتی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سال ۱۳۹۷، است.

نویسندگان مقاله لازم می دانند از همکاری مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همه افرادی که به انجام این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی کنند.

منابع

1. Transparency for Iran. https://tp4.ir/transparency-for-iran/2019. [Available from: February 17, 2021.]

2. Bellver A, Kaufmann D. Transparenting transparency: Initial empirics and policy applications. World Bank Policy Research Working Paper Journal 2005;20: 52-72

3. Mosadeghrad AM, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi Journal of Medical Sciences 2019; 26: 10-28 [In Persian].

4. Kirschner N, Ejnes Y, Tape GT, Auted AM, Fihn SD, Hatton D. Healthcare Transparency-Focus on price and clinical performance information. American College of Physicians a Policy Paper 2010; https://www.acponline.org/system/files/documents/advocacy/current_policy_papers/assets/transparency_issues_brief.pdf

5. Inquiry BR, Kennedy I. the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Stationery Office 2001; [Available from: https://navigator.health.org.uk/theme/report-public-inquiry-childrens-heart-surgery-bristol-royal-infirmary]

6. Henke N, Kelsey T, Whately H. Transparency, the most powerful driver of health care improvement? McKinsey's Health Systems and Services Practice 2011; 11:1-10

7. Larsson S, Lawyer P, Silverstein M. From concept to reality: putting value-based health care into practice in Sweden. The Boston consulting Group Journal 2010 [Available from: https://www.bcg.com/publications/2011/biopharma-health-care-payers-providers-health-care-from-concept-to-reality]

8. Kelsey T. Transparency in the NHS not only saves lives - it is a fundamental human right. The Guardian 2013. [Available from: https://www.theguardian.com/society/2013/mar/12/nhs-transparency-open-data-initiative:/]

9. Donn SM, McDonnell WM. When bad things happen: adverse event reporting and disclosure as patient safety and risk management tools in the neonatal intensive care unit. American Journal of Perinatology 2012; 29: 65-70

10. Rechel B, McKee M, Haas M, Marchildon GP, Bousquet F, Blümel M. Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. Health Policy 2016; 120: 377-83.

11. Jonathan L Gleason, Eric Swisher, Patrice M Weiss. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2019; 46: 247-255

12. VafaiNajar A, Masihabadi M, Moshki M, Ebrahimipour H, Tehrani H. Determining the theory of planned behavior's predictive power on adolescents' dependence on computer games. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion2015; 2: 303-311 [In Persian]

13. Explanatory Report on the Draft Transparency Bill. Tehran: Center for Strategic Mathematical Studies of the Republic, 2018 [Available from: http://css.ir/hgepvg] [In Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]

14. Bouzarjomihri H. Challenges and Solutions for Promoting Transparency for Hospitals in Iran [dissertation]. Tehran University of Medical Science 2017 [In Persian]

15. Rahmani A, Bashiri N. A Review of the Information Disclosure Literature in Iran. Accounting Research 2014; 15: 35-66 [In Persian]

16. Bouzarjomehri H, Akbari Sari A, Jaafari Pooyan E. Comparative Study of Hospitals' Transparency in Eight Countries. Hakim Research Journal 2019; 22: 273-283 [In Persian].

17. Boparai GK Singh S Kathuria BP. Wow to Design and Validate A Questionnaire: A Guide. Current Clinical Pharmacology 2018; 13: 210-215

18. Lawshe CH. a quantitative approach to content validity. Personal Psychology 1975; 28:563-575

19. Waltz CF, Bausell RB. Nursing Research: design statistics and Computer analysis. 1st Edittion,: W.B.Saunders Co: Philadelphia, 1981

20. Calhoun C. A dictionary of the social science. 1st Edition, Oxford University Press: London, 2002

21. Transparency. The government's reasons for not making managers' salaries transparent. Fars press. [Available from: http://fna.ir/bs0xtd.]

22. Sadoughi F, Ershad Sarabi R, Valinejadi A. A Survey on Information Flow in Research Centers Affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Journal of Health Administration 2014; 17: 43-50 [In Persian]

23. Arab Mazar A, Talebnia G, Vakilifard H, Samadi Lorgani M. Explaining the Relationship between Transparency of Financial Reporting and Tax Reporting in Iran. Accounting and Auditing Research 2011; 3: 22-37 [In Persian]

24. Yu-Hua Yan, Chih-Ming Kung. Transparency of Mandatory Information Disclosure and Concerns of Health Services Providers and Consumers. International Journal of Environmental Research and Public Health 2017;3:14

25. Badavar Nahandi Y, Pakmaram A. The impact of financial reporting quality on interaction between agency costs and speed of adjustment of stock price. Journal of Accounting Advances 2018; 10: 31-62

26. Eddy DM, Hollingworth W, Caro JJ. Model Transparency and Validation: A Report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force–7. Medical Decision Making 2012; 32: 733-743

27. Bozarzomehri H, Sanaiy M. Transparency, E-Participation, and Open Government
New Methods for Government Rightsizing and Agility. Journal of Science and Technology Policy Lettersets 2019; 4:5-14 [In Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-12-16]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.3.5.4]
[DOI: 10.52547/payesh.20.3.275]