

پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی ایران از دیدگاه ایثارگران سال ۱۳۹۰^۱

سید جمال‌الدین طبیبی^۱، امیر اشکان نصیری پور^۲، محمود رضا گوهری^۳، محمد محبوبی^{۴*}

^۱استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ^۲دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ^۳استادیار گروه آمار و ریاضی، عضو مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۴دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

*نویسنده پاسخگو: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، تلفن: ۰۹۱۸۸۳۴۰۲۱۸
Email: mm59m@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: برآوردن نیازهای بهداشتی و درمانی ایثارگران از مهمترین دغدغه‌های مسئولان ارشد نظام است، به همین منظور این مطالعه نمره پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور را از دیدگاه ایثارگران بررسی نموده‌است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ در پنج بیمارستان بزرگ آموزشی درمانی در پنج نقطه از کشور شامل بیمارستان پورسینا (رشت) در شمال، بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اهواز در جنوب، بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد در شرق، بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در غرب و در مرکز بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته که پس از روایی و پایایی با هشت بعد (اخلاقی، فرهنگی، مالی، عملکردی، قانونی، اطلاع‌رسانی، ساختاری، و سیاسی)، و ۳۱ گویه جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۸۵ نفر از ایثارگران که در زمان تحقیق بستری بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. ۵۰ مرد و ۳۵ زن از نظر دموگرافیک بررسی شدند. بیشترین رابطه بین بعد اخلاقی با فرهنگی بوده است ($r=0.722, p<0.001$). همچنین ضعیف‌ترین رابطه بین ابعاد قانونی و فرهنگی بوده‌است ($r=-0.001, p<0.648$). وضعیت پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور از دیدگاه ایثارگران متوسط به بالا (3.43 ± 0.61) بوده‌است.

نتیجه‌گیری: وضعیت متوسط پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور هشداردهنده تلاش بیشتر مدیران برای رفع مشکلات فرا روی بیمارستان‌های آموزشی کشور در ارائه خدمت به مردم به خصوص گروه آسیب‌پذیر ایثارگران می‌باشد. تاسیس واحد پاسخگویی در بیمارستان‌های دولتی امری بدیهی است.

کلید واژه: ایثارگران، بیمارستان‌های آموزشی، پاسخگویی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۱۹

^۱ این مطالعه حاصل رساله دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران و با همکاری دفتر مطالعات و تحقیقات بنیاد شهید و امور ایثارگران کرمانشاه با عنوان "طراحی الگوی بهبود پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور" در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام شده‌است.

مقدمه

پاسخگویی مبنای جوامع دموکراتیک است. رابطه بین دولت و شهروندان، سیستم پاسخگویی را شکل می‌دهد. سازمان‌های دولتی برای خدمت به مردم ایجاد می‌شوند، و در عین حال، کار دولت در سیاست ریشه دارد. لذا خدمات دولتی بخش مهمی از نظام سیاسی کشور به حساب می‌آید. از این رو می‌توان گفت که پاسخگویی اساس حاکمیت و مدیریت دولتی است، زیرا متضمن این اصل است که سازمان‌هایی که قدرت عمومی را در اختیار دارند و آن را اعمال می‌کنند، در مقابل مردم پاسخگو هستند، زیرا در غیراین صورت، دولت و بوروکراسی ممکن است به قدرت مطلقه و مسلط به همه امور تبدیل شود و زمینه فساد را فراهم کند (۱).

در ادبیات واژه‌های مسئولیت و پاسخگویی اغلب به صورت مترادف به کار می‌رود و تعاریفشان اختلاف کمی با هم دارد. پاسخگویی تمایل دارد که به واسطه و نظارت بیرونی دلالت داشته‌باشد در حالی که مسئولیت تا حد زیادتری به اخلاقیات و نظارت درونی دلالت دارد (۲).

اما بیمارستان‌ها یکی از مهمترین بخش‌هایی هستند که می‌توانند خدمات ارتقاء سلامت را ارائه کنند. در حالی که به‌طور سنتی نقش بیمارستان‌ها تشخیص و درمان است (۳).

در قسمت ارائه خدمات، مهمترین قسمت بیمارستان‌ها است، به طوری 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 (۴).

چندین عامل باعث توجه به بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارتقادهنده سلامت به حساب می‌آید؛ اولاً این که بیمارستان‌ها تاکنون در ارائه نقش خود برای تامین سلامت مردم به طور موثر عمل نکرده‌اند. برای مثال در کشور توسعه یافته‌ای مانند انگلستان ثابت شده که میزان مرگ و میر عمدتاً به خاطر عوامل اجتماعی مانند بهبود سطح آموزش و بهداشت بوده‌است و نه به خاطر خدمات پزشکی و بیمارستانی (۵).

حتی در بعضی موارد نقش بیمارستان‌ها در میزان مرگ و میر افزاینده بوده‌است نه کاهنده (۷۰۶). نکته دوم مربوط به نقش بیمارستان‌ها در نظام سلامت است. بطور سنتی بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارائه‌دهنده خدمات

پیشگیری ثانویه و ثالثیه تلقی شده و ارائه خدمات پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت به ساختارهای دیگری سپرده شده‌است. درحالی که شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر این که بیمارستان‌ها می‌توانند.

نقش چشمگیری در خدمات ارتقاء سلامت داشته‌باشند (۹۰۸). این نقش کاملاً ثابت شده و در این مورد اجماع بین‌المللی وجود دارد (۱۰).

از طرفی جنگ به عنوان یک پدیده خانمانسوز، هر از چند گاهی بر ملتی تحمیل می‌شود و برای حفظ تمامیت ارضی کشور و دفاع از نوامیس ملت، بخشی از جامعه به عنوان نیروهای مدافع و رزمنده برای مقابله با تجاوز، بسیج می‌شوند و در این اقدام و تلاش ارزشمند که در حقیقت با ارزش‌ترین متاع خود یعنی سلامتی و حیاتشان را تقدیم جامعه می‌کنند، بخش قابل توجهی از آن‌ها از لحاظ سلامت جسم و روان دچار محدودیت می‌شوند و لذا حق مسلم آن‌هاست که برای جبران این محدودیت‌ها از خدمات بهداشتی-درمانی مناسب برخوردار شوند (۱۱).

در نهایت بیمارستان‌های آموزشی به عنوان بزرگترین ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی که نقش آموزش قشر عظیمی از دانشجویان را نیز بر عهده دارند، و به علت دولتی بودن این مراکز که همواره با تراکم بیمارانی که قصد استفاده از امکانات درمانی را دارند روبرو است، مقوله پاسخگویی یکی از چالش برانگیزترین مباحثی است که مدیران و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان باید همواره مدنظر داشته‌باشند از طرفی خانواده معظم ایثارگران به دلیل رنج و تحمل جسمی و روحی نسبت به سایر اقشار جامعه انتظار بیشتری از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دارند، یکی از موسسات دولتی ارائه خدمت که شاید بیشترین خدمات تخصصی در آن ارائه می‌شود بیمارستان‌های آموزشی است، به همین دلیل هدف این پژوهش، بررسی تعیین پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور از دیدگاه ایثارگران در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ بوده‌است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی و مقطعی است و در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه ایثارگران بستری (به جز بخش‌های اورژانس، سوختگی، مراقبت‌های ویژه) در بیمارستان‌های آموزشی کشور بود، برای انجام پژوهش

جامعه ابتدا و به فاصله یک هفته بعد توزیع گردید همچنین برای تعیین ثبات درونی سوالات از آلفای کرونباخ استفاده گردید که با توجه به مقدار ۰.۹۱ پایایی درونی مورد تایید 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 ۵-۱۰)، فرهنگی (گویه ۱۱)، مالی (گویه ۱۶-۱۲)، قانونی (گویه ۲۱-۱۷)، ساختاری (۲۳-۲۲) و اطلاع‌رسانی (گویه ۲۷-۲۴) و عملکردی (گویه ۳۱-۲۸) بود.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند که در بخش آمار توصیفی به منظور توصیف داده‌ها، جداول توزیع فراوانی، درصد میانگین و ... استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های همبستگی پیرسون و آزمون T استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده در این مطالعه SPSS نسخه ۱۶ بود.

یافته‌ها

۸۵ بیمار که در زمان تحقیق بستری و به عنوان ایثارگر شناسایی شده، مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد افراد بر حسب جنسیت ۵۰ مرد و ۳۵ زن بود. بیشترین تعداد افراد مورد مطالعه جانباز ۵۰ تا ۲۵ درصد (۲۵.۸۷) و کمترین تعداد مربوط به جانبازان بالاتر از ۵۰ درصد بود (۹.۴۱٪).

ابتدا کشور به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای به ۵ قطب تقسیم گردید، سپس بعد از لیست کردن بیمارستان‌های آموزشی استان‌های منتخب به صورت تصادفی در دسترس از یک بیمارستان انتخاب که شامل بیمارستان پورسینا، شهرستان رشت در شمال، 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 مرکز بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان تهران بودند. شناسایی بیماران پس از کسب مجوزهای لازم از طریق بیمارستان انجام و بعد از رضایت بیمار نسبت به جمع‌آوری داده‌ها اقدام شد. 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 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. میانگین امتیاز هر حیطه (۵-۰) محاسبه گردید، نمره کمتر از ۲.۵ نشان‌دهنده پاسخگویی ضعیف، ۴-۲.۶ متوسط و بالاتر از ۴ خوب ارزیابی گردید.

برای تعیین روایی از روش محتوی و تایید 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 اعضای

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک ایثارگران مورد مطالعه

مشخصات جمعیت‌شناختی		مرد-تعداد (درصد)	زن-تعداد (درصد)	کل-تعداد (درصد)
جانباز	کمتر از ۲۵ درصد	۸ (۹.۴۱)	۸ (۹.۴۱)	۱۶ (۱۸.۸۲)
	۲۵-۵۰ درصد	۱۵ (۱۷.۶۴)	۷ (۸.۲۳)	۲۲ (۲۵.۸۷)
	بالاتر از ۵۰ درصد	۶ (۷.۰۵)	۲ (۲.۳۵)	۸ (۹.۴۱)
همسر شهید		۰	۱۸ (۲۱.۱۷)	۱۸ (۲۱.۱۷)
آزاده		۲۱ (۲۴.۷۰)	۰	۲۱ (۲۴.۷۰)
سن	۲۰-۳۰ سال	۲ (۲.۳۵)	۲ (۲.۳۵)	۴ (۴.۷۰)
	۳۱-۴۰ سال	۱۲ (۱۴.۱۱)	۸ (۹.۴۱)	۲۰ (۲۳.۵۲)
	۴۱-۵۰ سال	۱۵ (۱۷.۶۴)	۵ (۵.۸۸)	۲۰ (۲۳.۵۲)
	۵۱-۶۰ سال	۱۰ (۱۱.۷۷)	۱ (۱.۱۷)	۱۱ (۱۲.۹۴)
	بالاتر از ۶۰ سال	۱۱ (۱۲.۹۴)	۱۹ (۲۲.۳۵)	۳۰ (۳۵.۲۹)
تحصیلات	بیسواد	۶ (۷.۰۵)	۱۰ (۱۱.۷۷)	۱۶ (۱۸.۸۲)
	دیپلم و کمتر	۱۰ (۱۱.۷۶)	۱۵ (۱۷.۶۵)	۲۵ (۲۹.۴۱)
	کاردان و کارشناس	۲۳ (۲۷.۰۵)	۵ (۵.۸۸)	۲۸ (۳۲.۹۴)
	کارشناسی‌ارشد و بالاتر	۱۱ (۱۲.۹۴)	۵ (۵.۸۸)	۱۶ (۱۸.۸۲)

در آن از ایثارگران خواسته شده بود رابطه بین تاثیر ابعاد مورد مطالعه با همدیگر را به منظور پاسخگویی به خواسته‌های بیماران بستری نشان‌دهند (جدول ۲).

ایثارگران مورد مطالعه از نظر سن و تحصیلات نیز مورد بررسی قرار گرفتند در جدول ۱ به آن اشاره شده است. یافته‌ها دیدگاه ایثارگران را نسبت به پیوستگی بین ابعاد مورد مطالعه در بیمارستان مورد بررسی قرار داده است که

جدول ۲: همبستگی ابعاد مورد مطالعه از دیدگاه ایثارگران

سیاسی	فرهنگی	مالی	قانونی	ساختاری	اطلاع رسانی	عملکردی	اخلاقی ضریب همبستگی (p-value)
۰.۳۴۳ (۰.۰۰۱)	۰.۷۳۲ (۰.۰۰۱)	۰.۳۴۲ (۰.۰۰۱)	۰.۴۵۶ (۰.۰۰۱)	۰.۳۷۶ (۰.۰۰۱)	۰.۴۳۳ (۰.۰۰۱)	۰.۲۳۲ (۰.۰۰۱)	
سیاسی ضریب همبستگی (p-value)		۰.۴۶۳ (۰.۰۰۱)	-۰.۴۲۱ (۰.۰۰۱)	۰.۲۳۱ (۰.۰۴۳)	۰.۳۶۷ (۰.۰۰۱)	۰.۱۲۷ (۰.۰۲۱)	
فرهنگی ضریب همبستگی (p-value)		۰.۲۷۶ (۰.۰۰۱)	۰.۴۸۹ (۰.۰۶۴۸)	۰.۴۵۵ (۰.۰۰۱)	۰.۳۶۲ (۰.۰۰۱)	۰.۶۳۲ (۰.۰۰۱)	
مالی ضریب همبستگی (p-value)			۰.۴۵۲ (۰.۰۰۱)	۰.۵۳۲ (۰.۰۰۱)	۰.۱۶۷ (۰.۰۰۱)	۰.۲۳۱ (۰.۰۰۱)	
قانونی ضریب همبستگی (p-value)				۰.۳۲۱ (۰.۰۰۱)	۰.۳۵۴ (۰.۰۰۱)	۰.۱۸۳ (۰.۰۰۱)	
ساختاری ضریب همبستگی (p-value)					۰.۲۶۷ (۰.۰۰۱)	۰.۴۱۱ (۰.۰۰۱)	
اطلاع رسانی ضریب همبستگی (p-value)						۰.۲۵۵ (۰.۰۰۱)	

($p < ۰.۰۰۱$ و $r = -۰.۰۰۱$) ضمناً بین ابعاد قانونی و سیاسی رابطه معنی‌دار معکوس وجود داشت ($p < ۰.۰۰۱$ و $r = -۰.۴۲۱$).

یافته‌ها نشان داد که بیشترین رابطه بین بعد اخلاقی با فرهنگی بوده است ($p < ۰.۰۰۱$ و $r = ۰.۷۳۲$). همچنین ضعیف‌ترین رابطه بین ابعاد قانونی و فرهنگی بوده است

جدول ۳: امتیاز ابعاد پاسخگویی از دیدگاه ایثارگران بستری در بیمارستان‌های مورد مطالعه به تفکیک شهر

بیمارستان	اهواز (امام خمینی (ره))		تهران (امام خمینی (ره))		رشت (پورسینا)		کرمانشاه (امام رضا (ع))		مشهد (امام رضا (ع))		کل	
متغیر	میانگین از ۵ نمره	انحراف معیار	میانگین از ۵ نمره	انحراف معیار	میانگین از ۵ نمره	انحراف معیار	میانگین از ۵ نمره	انحراف معیار	میانگین از ۵ نمره	انحراف معیار	میانگین از ۵ نمره	انحراف معیار
بعد فرهنگی	۳.۳۲	۰.۵۵	۲.۸۶	۰.۴۱	۴.۲۲	۰.۵۱	۴.۳۴	۰.۶۹	۴.۹۸	۰.۶۲	۳.۹۴	۰.۵۵
بعد مالی	۲.۷۶	۰.۵۶	۲.۷۶	۰.۴۴	۳.۱۲	۰.۶۳	۴.۲۳	۰.۸۱	۳.۲۳	۰.۷۳	۳.۲۲	۰.۶۳
بعد قانونی	۳.۶۵	۰.۸۳	۳.۵۴	۰.۲۴	۳.۴۱	۰.۷۸	۲.۵۲	۰.۶۴	۳.۴۲	۰.۶۴	۳.۲۹	۰.۶۳
بعد ساختاری	۲.۴۲	۰.۷۸	۲.۸۹	۰.۶۲	۴.۵۲	۰.۶۱	۳.۱۲	۰.۲۹	۳.۱۲	۰.۸۶	۳.۲۱	۰.۶۳
بعد اطلاع رسانی	۳.۶۷	۰.۵۷	۲.۹۱	۰.۵۵	۳.۴۶	۰.۶۲	۲.۴۳	۰.۸۳	۳.۲۲	۰.۳۷	۳.۱۳	۰.۵۸
بعد عملکردی	۳.۸۹	۰.۶۹	۲.۴۲	۰.۶۳	۳.۵۱	۰.۶۹	۲.۷۸	۰.۸۳	۳.۳۳	۰.۱۷	۳.۱۸	۰.۶۰
بعد اخلاقی	۳.۹۹	۰.۵۵	۲.۳۲	۰.۶۸	۴.۲۳	۰.۸۹	۴.۵۹	۰.۶۸	۴.۳۵	۰.۲۴	۳.۸۹	۰.۶۱
بعد سیاسی	۳.۷۹	۰.۵۱	۲.۸۶	۰.۷۲	۳.۱۲	۰.۶۶	۴.۸۷	۰.۸۳	۲.۸۷	۰.۸۵	۳.۵۰	۰.۷۱
کل	۳.۴۳	۰.۶۳	۲.۸۶	۰.۵۳	۳.۶۹	۰.۶۷	۳.۶۱	۰.۷۰	۳.۵۶	۰.۵۲	۳.۴۳	۰.۶۱

پورسینای شهر رشت (۳.۶۹ ± ۰.۶۷) و کمترین نمره مربوط به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران

میانگین ابعاد مورد مطالعه از دیدگاه ایثارگران نشان داده است که بیشترین میانگین مربوط به بیمارستان

پاسخگویی نیز در سطح متوسط قرار دارند. جامعه بیماران تقریباً "در این زمینه اتفاق نظر داشته‌اند. میانگین نظرات بیماران 2.48 ± 0.58 بوده و بین نظرات آن‌ها نیز تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۴).

میانگین نظرات پاسخگویی بیماران در این مطالعه 3.50 ± 0.80 بوده که بالاتر از متوسط بوده است، در مطالعه‌ای دیگر پاسخگویی را از وظایف ذاتی بیمارستان بر شمرده و بالاترین نمره در بیمارستان‌های دولتی را مطلوب مراجعین دانسته است (۱۵) که نتیجه این پژوهش و مطالعه حاضر با توجه رابطه معنی‌داری بین ابعاد مورد بررسی موید این موضوع است که سیاستمداران باید در بیمارستان‌های دولتی مهندسی برنامه‌ریزی داشته باشند. اطلاع‌رسانی در مورد خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌ها به مراجعین نشان کیفیت خدمات می‌باشد به خصوص جامعه ایثارگران که باید مورد تکریم قرارگیرند و نبود اطلاع‌رسانی میزان رضایت این گروه را کاهش می‌دهد. در این مطالعه بعد اطلاع‌رسانی کمترین امتیاز را از دیدگاه ایثارگران به خود اختصاص داده بود (3.13 ± 0.53) که رابطه معنی‌داری با رضایت این گروه دارد. در یک مطالعه گسترده در بین ۸ کشور اروپایی تقریباً "بیش از ۵۰٪ بیماران اظهار رضایت از پاسخگویی و خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌های این ۸ کشور کرده‌اند و در مورد هر یک از ابعاد نیز به تفکیک اعلام نظر نموده‌اند. نمره اطلاع‌رسانی در این مطالعه خوب ارزیابی شده بود (۱۶).

چون مطالعه مشابهی در خصوص بررسی این ابعاد با توجه به جستجوهای الکترونیکی و کتابخانه‌ای در رابطه با موضوع حاضر یافت‌نشده لذا مطالعه حاضر به نوعی تنها مطالعه‌ای است که در سیستم بهداشت و درمان به بررسی ابعاد مذکور پرداخته‌است. بدیهی است واکاوی مولفه‌های آن از جمله تفاوت و تشابه مشکل بوده و تنها به برخی از مطالعات پیشین که شباهت موضوعی داشتند بسنده شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش میانگین پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور از دیدگاه ایثارگران متوسط می‌باشد، توجه و تکریم خانواده ایثارگران با پاسخگویی مناسب و استقرار واحدی با همین نام می‌تواند علاوه بر رضایت مراجعین نگرش ایثارگران را به مطلوبیت

بوده‌است (2.86 ± 0.53). بعد فرهنگی بیشترین امتیاز (3.94 ± 0.55) و کمترین میانگین مربوط به بعد اطلاع‌رسانی (3.13 ± 0.58) بوده‌است. در نهایت وضعیت پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور از دیدگاه ایثارگران متوسط به بالا (3.43 ± 0.61) بوده است (جدول ۳).

بحث

یافته‌های مطالعه نمره پاسخگویی بیمارستان‌های آموزشی کشور را که یکی از معتبرترین مراکز ارائه خدمات به ایثارگران می‌باشند متوسط ارزیابی کرده‌است.

پاسخگویی بیمارستان‌ها به خصوص بیمارستان‌های دولتی به نیازهای بیماران و سایر مراجعین نشان‌دهنده پیشرفت در سیستم‌های درمانی است و توجه به رتبه و میزان پاسخگویی بیمارستان‌ها به مراجعین به خصوص قشر آسیب‌پذیر و نیازمند توجه بیشتر یعنی خانواده ایثارگران امری بدیهی است. ارزیابی متوسط پاسخگویی بیمارستان‌های دولتی از دیدگاه ایثارگران نشان مطلوبی برای کشور ما نیست در این زمینه گزارش سازمان جهانی بهداشت که در این گزارش رتبه سیستم سلامت ۱۹۱ کشور دنیا از نظر پاسخگویی مشخص گردیده‌است رتبه‌بندی از ۱ تا ۱۰ صورت گرفته‌است. در بین همه کشورهای دنیا در سال مزبور ایالات متحده آمریکا رتبه اول و سومالی رتبه آخر را حائز گردیده‌اند کشور ما در این رتبه‌بندی در جایگاه صدم از ۱۹۱ کشور دنیا و در بین کشورهای فقیری چون مالدیو و سریلانکا قرار دارد که مسلماً "جایگاه مناسبی برای کشور ما محسوب نمی‌شود که نتایج این مطالعه تاییدکننده این موضوع می‌باشد (۱۲). لازم است در قشرهای مختلف براساس نیازمندی‌های مختلف آن‌ها سیستم پاسخگویی داخلی فعال گردد و سپس براساس معیارهای جهانی تنظیم گردد مثلاً در ترکیه اندازه‌گیری میزان پاسخگویی سیستم سلامت این کشور انجام و نشان‌داد که به رغم نمره ۶.۱۴ که در مطالعه WHO^۱ عنوان شده نمره کشور مزبور ۷.۲۷ است و سیستم سلامت ترکیه پاسخگویی بیشتری نشان داده‌است (۱۳).

در مطالعه جوادی و همکاران نمره پاسخگویی بیمارستان‌های اصفهان از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و نشان‌داد بیمارستان‌ها در مقیاس کلی از نظر

^۱-World Health Organization

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

۶- پذیرش و ترخیص ساده و خارج از چارچوب ایثارگران در بیمارستان‌های آموزشی و توجه به روحیات و اعتقادات آن‌ها.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بدینوسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونین و مدیران درمان استان‌های تهران، کرمانشاه، مشهد، رشت و اهواز، روسا و مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه و همچنین از مترجمین محترم در شهرستان اهواز اعلام می‌دارد.

خدمات بیمارستان‌های دولتی تغییر دهد. لذا جهت ارتقاء توان پاسخگویی 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 روسای بیمارستان‌های آموزشی کشور.
- ۴- تدوین چارچوب و مقررات نوین در ابعاد مختلف پاسخگویی و تهیه فیلم‌های آموزشی در بیمارستان‌ها و تلاش برای فرهنگ‌سازی و نهادینه کردن اصول پاسخگویی در بیمارستان‌های آموزشی.

منابع

1. Aucoin p, Heintzman R. The Dialectics of Accountability for Performance in Public Management Reform, International review of Administration Sciences, 2000, vol 66:45-55.
2. Lindkvist, S, Llewellyn. Accountability, responsibility and organization. Scand.J.Mgmt. 19(2003)251-273.
3. Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J, editors. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001.
4. Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. Am J Public Health; 2002.92(5):730-2.
5. Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. J Clin Epidemiol; 1996. Nov, 49(11):1207-13.
6. 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; 2000:3-43.
7. 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.
8. 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.
9. McKee Martin, editor. The evidence for health promotion effectiveness, report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels; 2000.
10. Timori nejad. Accountability system in the municipality of Tehran: research on how urban services and citizen satisfaction [Ph.D. Dissertation], Tabatabai University School of Accounting and Management. Tehran 1383. (Persian)
11. Bakhshi Zadeh, Ali: Satisfaction rate than the utilities war handicapped the Foundation of Martyrs and Veterans Affairs and its relation to social and individual factors war handicapped, Allameh Tabatabai University, Faculty of Social Sciences, 2005. (Persian)
12. The World health report: health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2000.
13. Ugurluoglu Ozgur, Celikyusuf. How Responsive Turkish Health Care System Is to Its Citizens: The Views of Hospital Managers. J Med Syst; 2006; 30: 421-428.
14. Javadi M, Karimi S, Ahmad Reza R, et al. Organizational justice and accountability in public and private hospitals selected in Isfahan. Journal of School Health and Health Research Institute 1390; 9(4):11-20. (Persian)
15. Coulter Angela, Jenkinson Crispin. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. European Journal of Public Health; 2005, 15(4): 355-360.
16. Dickert, N.W., Kass, N.E. Understanding respect: learning from patients. Journal of Medical Ethics; 2009.35(7): 419.