

## Research Paper: Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization From the Perspective of Services Recipients



Farshad Fathi<sup>1,2</sup>, Ali Khezri<sup>2</sup>, Mohammad Saeed Khanjani<sup>3</sup>, Samaneh Hosseinzadeh<sup>4</sup>, \*Kianoush Abdi<sup>1</sup>

1. Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Iranian Center of Excellence in Health Management, Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
3. Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



**Citation** Fathi F, Khezri A, Khanjani MS, Hosseinzadeh S, Abdi K. [Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization From the Perspective of Services Recipients (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2019; 20(3):270-285. <http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.3.270>

<http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.3.270>



Received: 07 Apr 2019

Accepted: 17 Jul 2019

Available Online: 01 Oct 2019

### ABSTRACT

**Objective** Responsiveness is a process that all organizations, such as hospitals and rehabilitation centers, need to implement it in order to legitimize their activities; and on the other hand, the recipients of rehabilitation services as a citizen of the community have a special place. Therefore, the main purpose of this study was to determine and compare the response status of rehabilitation service providers from the perspective of People With Disabilities (PWD) and their families in Tehran in 2016.

**Materials & Methods** The study is descriptive-analytical and cross-sectional. The statistical population of the study consisted of all people with disabilities and their families who received rehabilitation services (Red Crescent, Wellbeing, Private Sector) in 2017. Samples were collected from rehabilitation centers of 5 districts of Tehran, using available sampling. The questionnaire was distributed based on the Response Questionnaire (World Health Organization, 2000) and 357 samples were collected. Adults with physical and motor disabilities and families with children with physical disabilities were included in the study, as well as those with mental disabilities and those who did not wish to participate in the study, as well as incomplete and unread questionnaires. The questionnaire has eight domains and included 25 questions. The questionnaire was distributed among 11 rehabilitation specialists with CVI=0.91 and the reliability of the questionnaire was confirmed by 30 questionnaires in four centers in two weeks with a correlation coefficient of 0.83 and Cronbach's alpha of 0.77. Data were analyzed through descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis) by using SPSS V. 22.

**Results** The results showed that the age of the majority of patients (49.6%) was in the group of 30-39 years. Depending on the type of center, the mean age included 49.5% in private centers, 49.5% in the welfare centers, and 50% in Red Crescent. The highest responsiveness was related to the dimensions of the right to choose and environmental quality (2.6 and 2.41 out of 5, respectively) in private centers, environmental quality (2.1 out of 5) in welfare centers, and then, right to choose had the highest score. The lowest accountability was reported for dignity (2.18 out of 5). The mean scores of social support dimensions in the three types of center were statistically different ( $P=0.001$ ), as well as the mean scores of immediate attention ( $P=0.002$ ), participation in decision-making ( $P=0.009$ ), confidentiality ( $P=0.010$ ), and total responsiveness ( $P=0.04$ ) there was a statistically significant difference between the two groups of referral type and mean scores of immediate attention dimensions in the

\* Corresponding Author:

Kianoush Abdi, PhD.

Address: Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 7603800

E-Mail: k55abdi@yahoo.com

**Keywords:**

Responsiveness,  
Rehabilitation,  
Recipients of  
service, People with  
disabilities, Family  
with disabilities

two sex groups ( $P=0.022$ ). However, the mean scores of total responsiveness dimensions in marital status ( $P=0.446$ ) and type of insurance ( $P=0.535$ ) were not statistically significant.

**Conclusion** The findings of this study displayed that responsibility as a criterion of quality of rehabilitation services, in fact, provides a clear picture of the clients' performance. Responsibility of welfare centers was better than private and Red Crescent Centers. In this study, rehabilitation centers had the lowest performance in areas of transparent communication, dignity, and social support which may result in lower dignity which may indicate less attention to the dignity of the recipient of the service and the deficiency of insufficient insurance coverage to support rehabilitation services. While these dimensions of responsiveness are important for services recipients. Therefore, it is necessary to respond to the rehabilitation system in these areas (transparent communication, dignity and social protection). Also, it is recommended further studies in the area of responsiveness of rehabilitation system.

---

This Page Intentionally Left Blank

---

## مقایسه وضعیت پاسخگویی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی از دیدگاه دریافت‌کنندگان خدمات

فرشاد فتحی<sup>۱</sup>، علی خضری<sup>۲</sup>، محمدسعید خانجانی<sup>۳</sup>، سمانه حسین‌زاده<sup>۴</sup>، کیانوش عبدی<sup>۱</sup>

۱- گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

۳- گروه آموزشی مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- گروه آموزشی آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

### چکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ فروردین ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۶ تیر ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

**اهداف:** پاسخگویی فرایندی است که از یکسو تمام سازمان‌ها، اعم از بیمارستان و مراکز توانبخشی نیازمند اجرای آن به منظور مشروعیت بخشیدن به فعالیت‌های خود هستند و از سوی دیگر، دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی به عنوان یک شهروند در جامعه جایگاه ویژه‌ای دارند. بنابراین هدف اصلی تحقیق حاضر، تعیین و مقایسه وضعیت پاسخگویی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی از دیدگاه افراد ناتوان و خانواده‌هایشان در شهر تهران سال ۱۳۹۶ بود.

**روش بررسی:** این مطالعه، مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی است. جامعه آماری تحقیق را تمام افراد ناتوان و خانواده‌هایشان که در سال ۱۳۹۶ از سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی (هلال احمر، بهزیستی، بخش خصوصی)، خدمات توانبخشی دریافت می‌کردند، تشکیل داد. نمونه‌گیری از مراکز توانبخشی مناطق پنجگانه شهر تهران، به صورت نمونه‌گیری در دسترس، انجام شد. پرسش‌نامه بر اساس پرسش‌نامه پاسخگویی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰)، توزیع و ۳۵۷ نمونه جمع‌آوری شد. افراد بزرگسالی که ناتوانی جسمی حرکتی داشتند و خانواده‌هایی که کودک ناتوان جسمی حرکتی داشتند به مطالعه وارد شدند و افرادی که ناتوانی ذهنی داشتند و افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند و همچنین پرسش‌نامه‌های ناقص و ناخوانا از مطالعه خارج شدند. پرسش‌نامه مذکور هشت حیطه و ۲۵ سؤال دارد. روایی محتوایی پرسش‌نامه با توزیع پرسش‌نامه بین ۱۱ نفر از استادان متخصص توانبخشی با نمره  $CVI=0/91$  و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ۳۰ پرسش‌نامه از روش آزمون و بازآزمون در چهار مرکز در فاصله زمانی دو هفته با ضریب همبستگی  $0/82$  و آلفای کرونباخ  $0/77$  تأیید شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (من‌ویتنی و کروسکال والیس) با نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بیشتر مراجعه‌کنندگان به طور کلی (۴۹/۶ درصد) در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند. به تفکیک نوع مرکز، میانگین سن در مراکز خصوصی (۴۹/۵ درصد)، بهزیستی (۴۹/۵ درصد) و هلال احمر (۵۰ درصد) این مقدار بود. بیشترین پاسخگویی مربوط به ابعاد حق انتخاب و کیفیت محیط (به ترتیب ۲/۶ و ۲/۴۱ از ۵) بود. در مراکز خصوصی بُعد کیفیت محیط (۲/۱ از ۵) و در مراکز بهزیستی بُعد مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها (به ترتیب ۲/۶ و ۲/۴۱ از ۵) بود. کمترین پاسخگویی مربوط به شأن و منزلت (۲/۱۸ از ۵) گزارش شد. میانگین نمرات ابعاد حمایت اجتماعی در سه گروه نوع مرکز، اختلاف آماری داشتند ( $P=0/01$ )، همچنین میانگین نمرات ابعاد توجه فوری ( $P=0/002$ )، مشارکت در تصمیم‌گیری ( $P=0/009$ )، محرمانگی ( $P=0/010$ ) و پاسخگویی کل ( $P=0/004$ ) در دو گروه نوع مراجعه، اختلاف آماری داشتند و میانگین نمرات ابعاد توجه فوری در دو گروه جنسیت ( $P=0/022$ ) اختلاف آماری داشتند. در حالی که میانگین نمرات ابعاد پاسخگویی کل در دو گروه وضعیت تأهل ( $P=0/446$ ) و نوع بیمه ( $P=0/535$ ) اختلاف آماری نداشتند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد پاسخگویی به عنوان یک معیار کیفیت خدمات توانبخشی، در واقع تصویر شفافی از عملکرد درباره مراجعان ارائه می‌دهد. پاسخگویی مراکز بهزیستی نسبت به مراکز خصوصی و هلال احمر بهتر بود. در این مطالعه، مراکز توانبخشی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی در ابعاد ارتباطات شفاف، شأن و منزلت و حمایت اجتماعی پایین‌ترین عملکرد را داشتند که این نتایج می‌تواند بیانگر توجه کمتر به شأن و منزلت دریافت‌کننده خدمت و نقص پوشش ناکافی بیمه‌ها در حمایت از خدمات توانبخشی باشد. در حالی که این ابعاد از پاسخگویی برای دریافت‌کنندگان اهمیت بالایی دارند. بنابراین برای پاسخگو کردن نظام توانبخشی انجام اصلاحات در این زمینه‌ها (ارتباطات شفاف، شأن و منزلت و حمایت اجتماعی) ضروری است. همچنین توصیه می‌شود مطالعات بیشتری درباره پاسخگویی نظام توانبخشی صورت گیرد.

### کلیدواژه‌ها:

پاسخگویی، توانبخشی، دریافت‌کنندگان خدمات، افراد دارای ناتوانی، خانواده دارای فرد ناتوان

### \* نویسنده مسئول:

دکتر کیانوش عبدی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی.

تلفن: ۰۲۰ ۷۶۰۳۸۰۰ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: k55abdi@yahoo.com

## مقدمه

ناتوان و خانواده آنان برای دریافت کمک انجام می‌دهند [۲].

واژه پاسخگویی، به معنای احساس مسئولیت، الزام و تعهد و نیاز به توجیه کردن اعمال فرد نسبت به دیگران یا نسبت به خود است [۷]. یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در زمینه پاسخگویی، بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد درباره جنبه‌های غیرپزشکی نظام سلامت اشاره دارد. انتظارات منطقی نیز همان اصول شناخته‌شده و مورد قبول یا قوانین و استانداردها هستند [۸].

چارچوب‌های متفاوتی برای ارزیابی کیفیت غیربالینی<sup>۲</sup> مراقبت سلامت ارائه شده است. معروف‌ترین آن‌ها، چارچوب ارائه‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> در سال ۲۰۰۰ و حاصل تلاش جمعی کشورهای مختلف است و از طریق توسعه مفاهیم مربوط به رضایت بیمار و کیفیت مراقبت جهت دربرگرفتن محورهای اصلی مرتبط با نحوه ارائه خدمت به افراد ایجاد و معرفی شد. در این چارچوب، برای سنجش ابعاد بین‌فردی کیفیت مراقبت یا همان ابعاد غیربالینی کیفیت مراقبت که از آن به نام پاسخگویی<sup>۴</sup> نظام سلامت به نیازهای غیرطبی<sup>۵</sup> افراد یاد شده است، هشت حوزه<sup>۶</sup> اصلی در نظر گرفته شده است که در قالب دو دسته‌بندی کلی قرار دارند. احترام به حقوق افراد<sup>۷</sup> که شامل حوزه‌های احترام به شأن و منزلت<sup>۸</sup>، استقلال<sup>۹</sup>، محرمانگی<sup>۱۰</sup> و ارتباطات<sup>۱۱</sup> است و مشتری‌مداری<sup>۱۲</sup> که حوزه‌های حق انتخاب<sup>۱۳</sup>، توجه و رسیدگی فوری<sup>۱۴</sup>، کیفیت امکانات رفاهی<sup>۱۵</sup>، پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع<sup>۱۶</sup> را دربر می‌گیرد [۹، ۱۰].

پاسخگویی همچنین با خرسندی از جنبه‌های غیرپزشکی خدمات، معمولاً با جواب‌دادن به دستورات درمانی، اقدام سریع درباره بیمار، درک بهتر و حفظ اطلاعات پزشکی بیمار ارتباط دارد [۱۱]. پاسخگویی فرایندی است که تمام سازمان‌ها اعم از بیمارستان و مراکز توان‌بخشی نیازمند اجرای آن به منظور مشروعیت‌بخشیدن به فعالیت‌های خود هستند [۱۲]. علاوه بر ذاتی‌بودن پاسخگویی برای اهداف بهداشت و درمان، پاسخ‌دهی به این دلایل اهمیت دارد: پرداختن به انتظارات قانونی افراد در بطن عملکرد تولید سیستم سلامت

فضای پیچیده و رقابتی جهان امروز، سازمان‌ها را به سوی کمال مطلوب به حرکت درمی‌آورد. کارکنان سازمان‌ها در محیط متغیر و متحول امروز باید خود را با شرایط محیطی تطبیق و اصلاحات لازم را در آن انجام دهند. هر سازمانی برای آگاهی از میزان تحقق اهداف تعیین‌شده در برنامه استراتژیک، مطلوبیت و کیفیت فعالیت‌ها و نتایج عملکردش در محیط‌های پیچیده و پویا، نیازمند برقراری نظام‌های مناسب پاسخگویی است. همچنین برای بقا، سازمان‌های عصر حاضر باید به کیفیت خدمات خود توجه کنند تا بتوانند ضمن حفظ نظر مراجعان فعلی، مراجعان جدیدی را جذب کنند تا عملکرد خود را در راستای تحقق اهداف سازمان ارتقاء دهند. رسیدن به این مهم تنها از طریق ارائه خدمات صحیح امکان‌پذیر است [۱].

توان‌بخشی یکی از مؤلفه‌های سلامت است و در دهه‌های اخیر دستخوش تغییرات عمده‌ای شده است. امروزه این واژه علاوه بر دستیابی به نهایت توانایی فرد ناتوان<sup>۱</sup> فراتر رفته است و الحاق فرد به جامعه را نیز دربر می‌گیرد. توانمندسازی از طریق مشارکت در ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی، رویکرد جدید توان‌بخشی است. این رویکرد معلولیت را از یک تراژدی فردی به یک مسئله اجتماعی تغییر داده است [۲]. بر اساس سرشماری سال ۹۰ از جمعیت ۷۵ میلیونی کشور، یک میلیون و ۱۷ هزار و ۶۵۹ نفر در ایران به عنوان معلول سرشماری شده‌اند که عواملی چون حوادث مختلف، آلودگی‌ها، زنتیک و جوانی جمعیت در بروز آن سهیم هستند [۳].

معلولیت به عنوان یک واقعیت وجود دارد و ریشه‌کنی آن در کوتاه‌مدت امکان‌پذیر نیست. بنابراین باید به دنبال راه‌حلهایی بود که کیفیت زندگی این قشر را ارتقا دهد و حیات نوینی برای خانواده‌ها فراهم کند [۴]. توصیه سازمان بهداشت جهانی درباره ضرورت مشارکت، برابری فرصت‌ها، رشد آگاهی و تحقق شعار جامعه برای همه، مستلزم تغییرات محیطی و دگرگونی در شرایط افراد ناتوان است. این تحولات در صورتی رخ خواهد داد که خدمت به فرد ناتوان صرفاً یک عمل نیکوکارانه و نوع‌دوستانه تلقی نشود، بلکه حقوق انسانی و اجتماعی آنان مدنظر قرار گیرد و محدودیت‌های اجتماعی برداشته شود [۵، ۶].

اساس خدمات توان‌بخشی را از یکسو شناخت انتظارات و نیازهای افراد معلول و خانواده آنان از توان‌بخشی و از سوی دیگر بررسی دقیق و همه‌جانبه متخصصان از نیازهای ارزیابی‌شده تعیین می‌کند. بنابراین عامل کلیدی برای دستیابی به نتایج موفقیت‌آمیز خدمات توان‌بخشی شناخت برنامه‌ریزان و مدیران توان‌بخشی از فرهنگ و ساختار اجتماعی محیط زندگی افراد معلول و تحلیل مناسب از انتظارات و اقداماتی است که افراد

1. People with disability

2. Nonclinical
3. World Health Organization (WHO)
4. Responsiveness
5. Nonclinical
6. Domain
7. Respect to person
8. Dignity
9. Autonomy
10. Confidentiality
11. Communication
12. Customer oriented
13. Choice of health care provider
14. Prompt attention
15. Quality of basic amenities
16. Access to social support

سلامت و در یک جمله در کل کشور حائز اهمیت است. بنابراین استقرار نظام پاسخگویی مناسب در نظام سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی به بهبود، جلب رضایت بیماران و ارتقای این خدمات کمک شایانی می‌کند.

از آنجایی که به نظر می‌رسد به وضعیت پاسخگویی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی به‌خوبی توجه نشده است، بنابراین ضروری است از دیدگاه دریافت‌کنندگان این خدمات وضعیت پاسخگویی این سازمان‌ها سنجیده شود و در اختیار مسئولان ذی‌ربط قرار گیرد. یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند در ساخت و هدایت، تقویت و توانمندسازی کمک‌کننده باشد. همچنین ثمره این مطالعات ممکن است به پرورش نیروهای کارآمد، مولد، خلاق و متعهد به اهداف سازمان و جامعه کمک کند. درنهایت انتظار می‌رود با شناسایی وضعیت پاسخگویی بتوان گام مهمی در ارتقای کیفیت ارائه خدمات و افزایش کارایی و اثربخشی سازمان‌های متولی خدمات توان‌بخشی برداشت. در همین راستا این تحقیق به دنبال آن بود که به این سؤال پاسخ دهد که وضعیت پاسخگویی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی در چه سطحی است؟ بنابراین تیم تحقیقاتی، پژوهش حاضر را با هدف ارزیابی وضعیت پاسخگویی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی از دیدگاه دریافت‌کنندگان این خدمات طراحی و اجرا کرد.

### روش بررسی

این مطالعه، مطالعه‌ای توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی است. جامعه آماری پژوهش را تمام افراد ناتوان و خانواده‌هایشان که در سال ۱۳۹۶ از سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی (هلال احمر، بهزیستی، خصوصی)، خدمات دریافت کرده‌اند، تشکیل می‌دهد. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت دردسترس انجام شد. با توجه به اینکه ممکن بود مسائل اجتماعی فرهنگی در وضعیت پاسخگویی مراجعان در مراکز ارائه خدمات توان‌بخشی تأثیرگذار باشد، برای کنترل این عوامل شهر تهران به پنج پهنه (طبقه) شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد. نمونه‌گیری از افراد مراجعه‌کننده به این مراکز به صورت دردسترس انجام شد. با توجه به اینکه در شهر تهران فقط دو مرکز توان‌بخشی از هلال احمر وجود دارد، هر دو مرکز وارد مطالعه و از هر کدام ۱۱ نمونه جمع‌آوری شد. سپس از هر طبقه جغرافیایی شهر تهران شش مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. دو مرکز دولتی و چهار مرکز خصوصی وارد مطالعه شدند. با مراجعه به این مراکز از هر مرکز، ۱۱ نمونه به صورت دردسترس انتخاب و در مطالعه وارد شدند.

در مجموع در ۱۰ مرکز دولتی (۱۱۰ پرسش‌نامه)، ۲۰ مرکز خصوصی (۲۲۰ پرسش‌نامه) و دو مرکز هلال احمر (۲۲ پرسش‌نامه) پرسش‌نامه توزیع و جمع‌آوری شد. حجم نمونه با

قرار دارد؛ پاسخ‌دهی مفهومی بنیادی است، چراکه به حقوق اساسی بشر مربوط است؛ نظام سلامت می‌تواند برخی از عناصر پاسخ‌دهی را بدون سرمایه‌گذاری‌های سنگین بهبود ببخشد؛ بهبود پاسخ‌دهی ممکن است قبل از تغییر در عملکرد دیگر اهداف نهایی به دست آید؛ شواهدی از کشورهای در حال توسعه وجود دارد مبنی بر اینکه بیماران راضی احتمال بیشتری دارد که از دستورات درمانی پزشکی پیروی کنند، اطلاعات بیشتری درباره مراقبت‌های سلامتی خود ارائه بدهند و استفاده از خدمات درمانی را تداوم بخشند؛ علاوه بر این ارتقای پاسخ‌دهی می‌تواند باعث افزایش احساس آسایش و نیز همکاری بهتر مردم در بهره‌گیری از خدمات سلامت شود و به بهبود سلامت افراد منجر شود [۱۵-۱۳، ۷]. مطالعات نشان می‌دهند تفاوت‌هایی در سطح عملکرد پاسخگویی کشورها وجود دارد [۱۸-۱۶].

مراکز و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی با توجه به ماهیت خدماتی خود که در زمینه قشر خاص و حساسی فعالیت می‌کنند و با دیگر سازمان‌های خدماتی از جمله بیمارستان‌ها و مؤسسه‌های بهداشتی درمانی متمایز است، بیش از دیگر سازمان‌ها نیاز به ارزیابی پاسخ‌دهی و پاسخگویی را احساس می‌کنند تا میزان رضایتمندی، کیفیت خدمات و دیگر شاخص‌های غیربالیینی کار با افراد ناتوان را تشخیص دهند و در راستای ارتقا و بهبود خدمات، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کنند [۱۹].

رضایتمندی از سیستم سلامت و پاسخگویی به جنبه‌های بسیاری از ارائه خدمات بستگی دارد، مانند دسترسی به خدمات، زمان انتظار، کیفیت فنی مراقبت‌های دریافت‌شده و نحوه درمان بیماران از سوی ارائه‌دهندگان. برای درک کامل انتظارات از پاسخگویی، ایدئال است که پیمایش‌هایی با جهت‌گیری به سمت اجزای مذکور و ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت مانند مراقبت‌های اولیه، بیمارستان‌ها، مراقبت‌های طولانی‌مدت و متخصصان انجام گیرد. سیستم سلامت باید به تمام شهروندان بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های اجتماعی پاسخگو باشد [۲۰]. به علاوه، بسیاری از کشورهای اروپایی به این نکته پی برده‌اند که آینده خدمات بهداشتی درمانی به توانایی سیستم سلامت در حفظ تعادل و توازن نیازهای در حال تغییر مردم و پاسخگویی به آن‌ها با شیوه‌ای مناسب و به منظور تداوم اطمینان عمومی بستگی دارد [۲۱].

همچنین دریافت‌کنندگان خدمات توان‌بخشی به عنوان یک شهروند در جامعه، جایگاه ویژه‌ای دارند و استفاده از آرا و نگرش و نظرسنجی از آن‌ها از یک طرف در ارزیابی عملکرد سازمان‌های خدمات توان‌بخشی و از طرف دیگر در بهبود این نوع عملکرد حائز اهمیت است. در نتیجه بررسی وضعیت پاسخگویی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی با توجه به تنوع و حیطه کاری و نیز نوع ارتباط کاری با انسان و سلامت در عملکرد کل نظام



طور کلی (۶۷/۶ درصد) زن بودند که به تفکیک نوع مرکز، ۷۵ درصد در مراکز خصوصی، ۵۳/۲ درصد در مراکز بهزیستی و ۶۳/۳ درصد در مراکز هلال احمر زن بودند. همچنین از نظر تحصیلات نیز بیشتر مراجعه‌کنندگان (۳۲/۶ درصد) لیسانس بودند که به تفکیک مراکز، در مرکز خصوصی ۲۷/۳ درصد فوق دیپلم و در مراکز بهزیستی و هلال احمر به ترتیب ۴۳/۱ درصد و ۴۳/۳ درصد لیسانس و لیسانس به بالا بودند و نیز بیشتر مراجعه‌کنندگان (۷۰/۹ درصد) متأهل بودند که به تفکیک نوع مرکز، در مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر به ترتیب ۷۰/۹، ۷۲/۵ و ۶۰ درصد متأهل بودند.

پرداخت هزینه‌های بیشتر مراجعه‌کنندگان (۵۷/۳ درصد) از طریق پرداخت از جیب و کمتر از طریق بیمه (۲/۵ درصد) بوده است که این پرداخت به تفکیک مرکز، در هر سه مرکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر به ترتیب ۶۴/۵، ۴۴ و ۵۳/۳ درصد از طریق پرداخت از جیب بوده است. همچنین ۵۶/۲ درصد فاقد بیمه بودند که به تفکیک مرکز، در سه مرکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر به ترتیب ۶۱/۸، ۴۲/۲ و ۴۶/۷ درصد بوده است. از دیگر یافته‌ها این بود که بیشتر افراد ناتوان و خانواده‌هایی که کودک ناتوان جسمی حرکتی داشتند (۸۷/۲ درصد) خودشان به مراکز مراجعه کرده بودند که درصد آن به تفکیک مرکز، در سه مرکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر به ترتیب ۹۱/۴، ۷۱/۶ و ۶۶/۷ بود.

بر اساس **جدول شماره ۲** بیشترین پاسخگویی مربوط به ابعاد حق انتخاب و کیفیت محیط (به ترتیب ۲/۶ و ۲/۴۱ از ۵) بوده است. در مراکز خصوصی بُعد کیفیت محیط (۲/۱ از ۵) و در مراکز بهزیستی بُعد مشارکت در تصمیم‌گیری نمره را به خود اختصاص داده است. کمترین پاسخگویی مربوط به شأن و منزلت (۲/۱۸ از ۵) بوده است و به تفکیک مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر به ترتیب مربوط به ارتباطات شفاف (۱/۹۶ از ۵)، حمایت اجتماعی (۲/۵ از ۵) و شأن و منزلت (۱/۹۷ از ۵) بوده است. جنبه‌های پاسخگویی در دو دسته کلی احترام به فرد (ابعاد محرمانگی، شأن و منزلت، ارتباطات، مشارکت در تصمیم) و مشتری‌مداری (توجه فوری، کیفیت محیط، حمایت اجتماعی، حق انتخاب) قرار می‌گیرند و در **جدول شماره ۳** تفاوت کلی ابعاد پاسخگویی برحسب متغیرهای جمعیت‌شناسی بررسی شده است. همچنین میانگین پاسخگویی کل در جنبه مشتری‌مداری بیشتر از جنبه احترام به فرد است و به تفکیک نوع مراکز نشان می‌دهد که مراکز بهزیستی در دو جنبه کلی مشتری‌مداری و احترام به فرد در وضعیت بهتری قرار دارند.

بر اساس نتایج **جدول شماره ۴**، هشت بُعد پاسخگویی (نوع مرکز، توجه فوری، شأن و منزلت، ارتباطات شفاف، مشارکت در تصمیم، محرمانگی، کیفیت محیط و حق انتخاب) نشان داد در گروه نوع مراجعه فقط در بُعد حق انتخاب اختلاف معنادار

استناد بر مطالعات مشابه و بر اساس فرمول کوکران با اطمینان ۹۰ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد محاسبه شد و معادل ۳۵۷ تعیین شد. اما با احتمال ریزش، ۴۰۰ نفر در پژوهش شرکت کردند. افراد بزرگسالی که ناتوانی جسمی حرکتی داشتند و خانواده‌هایی که کودک ناتوان جسمی حرکتی داشتند، به مطالعه وارد و همچنین افرادی که ناتوانی ذهنی و افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند و همچنین پرسش‌نامه‌های ناقص و ناخوانا از مطالعه خارج شدند.

### ابزار مطالعه

در این مطالعه از پرسش‌نامه پاسخگویی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰) که هشت بُعد و ۲۵ سؤال دارد، استفاده شد. سؤالات با طیف لیکرت (۱ تا ۵) سنجیده شد. ۹ سؤال شامل، خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف و ۱۱ سؤال نیز که میزان مشارکت را می‌سنجد به صورت همیشه، اکثر اوقات، گاهی، تا حدودی و هیچ‌وقت بودند.

در این پژوهش، به منظور بررسی روایی محتوایی، پرسش‌نامه پاسخگویی در اختیار ۱۱ نفر از متخصصانی که در زمینه علوم توانبخشی صاحب نظر هستند یا تجربه کاری مناسب و مرتبط را دارند، قرار گرفت تا نظریات خویش را درباره سؤالات پرسش‌نامه ابراز کنند. بعد از بررسی نظرات متخصصان، بر اساس روش لاوشه، همه سؤالات (۲۵ سؤال) نمره لازم را در روایی محتوایی (CVR=۰/۸۳) گرفتند. همچنین برای روایی صوری پرسش‌نامه نیز ساده‌بودن سؤالات ۹۸ درصد، واضح‌بودن سؤالات ۹۴ درصد و مربوط‌بودن سؤالات ۹۱ درصد به دست آمد. پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از ۳۰ پرسش‌نامه در چهار مرکز در فاصله زمانی ۲ هفته و از روش آزمون و بازآزمون با ضریب همبستگی ۰/۸۳ و الفای کرونباخ ۰/۷۷ تأیید شد.

### تجزیه و تحلیل داده‌ها

بدین منظور برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین) استفاده شد. نرمالیتی متغیر پاسخگویی با استفاده از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف ( $P < 0/001$ ) بررسی شد و به دلیل عادی‌نبودن توزیع، از آزمون‌های ناپارامتری من‌ویتنی و کروسکال-والیس و همچنین از آزمون‌های تعقیبی به روش بونفرونی استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از **جدول شماره ۱** حاکی از آن است که بیشترین افراد مراجعه‌کننده مربوط به مرکز خصوصی (۶۱/۳ درصد) بوده‌اند. به طور کلی ۴۹/۶ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند. کمترین گروه سنی مربوط به افراد بیش از ۵۰ سال (۱/۴ درصد) بود. بیشتر مراجعه‌کنندگان به

جدول ۱. توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی دریافت‌کنندگان خدمات از مراکز سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توانبخشی

متغییر	تعداد(درصد)		
	کل مراکز	مراکز خصوصی	مراکز بهزیستی
جنسیت	زن	۱۹(۵/۳)	۵۸(۱۶/۲)
	مرد	۱۱(۳/۱)	۵۰(۱۴)
سن	۲۰-۲۹	۸(۲/۳)	۲۸(۷/۹)
	۳۰-۳۹	۱۲(۳/۴)	۳۹(۱۱)
	۴۰-۴۹	۷(۲)	۲۶(۷/۳)
	۵۰≤	۳(۰/۸)	۱۱(۳/۱)
میزان سواد	بی‌سواد	۳(۰/۸)	۵(۱/۴)
	دیپلم	۸(۲/۲)	۲۶(۷/۲)
	فوق دیپلم	۶(۱/۷)	۳۱(۸/۶)
	لیسانس و بالاتر	۱۳(۳/۶)	۴۷(۱۳/۱)
وضعیت تأهل	مجرد	۱۲(۳/۴)	۳۰(۸/۴)
	متأهل	۱۸(۵)	۷۹(۲۲/۱)
نوع پرداخت	پرداخت از جیب	۱۶(۴/۵)	۴۸(۱۳/۴)
	بیمه	۳(۰/۸)	۳(۰/۸)
	از جیب و بیمه	۱۱(۳/۱)	۵۸(۱۶/۲)
	پایه	۹(۲/۶)	۲۲(۶/۳)
نوع بیمه	مکمل	۵(۱/۴)	۳۵(۱۰)
	فاقد بیمه	۱۴(۴)	۴۶(۱۳/۲)
نوع مراجعه	شخصی	۲۰(۵/۸)	۷۸(۲۲/۷)
	غیر شخصی (ارجاع)	۱۰(۲/۹)	۲۹(۸/۵)

## توانبخشنی

یافت شد ( $P=0/686$ ) و در گروه‌های نوع بیمه و وضعیت تأهل در هیچ‌کدام از هشت بُعد پاسخگویی اختلاف معنی‌داری یافت نشد. در گروه جنسیت به جز بُعد توجه فوری ( $P=0/022$ ) مابقی ابعاد نیز هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری ندارند. در گروه میزان تحصیلات بُعد توجه فوری ( $P=0/254$ ) و در گروه سنی علاوه بر بُعد توجه فوری ( $P=0/44$ )، در بُعد شأن و منزلت ( $P=0/25$ ) نیز اختلاف معنی‌داری یافت نشد. در گروه نوع پرداخت، به جز ابعاد توجه فوری و ارتباطات شفاف و مشارکت در تصمیم مابقی ابعاد اختلاف معنی‌دار نداشتند. در گروه نوع مراجعه نیز به جز بُعد توجه فوری و مشارکت در تصمیم و محرمانگی، در مابقی ابعاد اختلاف معنی‌داری یافت نشد.

بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی طبق جدول شماره ۳، بیشترین میزان معنی‌داری مربوط به گروه نوع مرکز ( $P<0/001$ ) و نوع مراجعه ( $P=0/04$ ) بوده است. همچنین

کمترین میزان اختلاف آماری بین گروه‌های نوع بیمه ( $P=0/535$ )، وضعیت تأهل ( $P=0/446$ ) و جنسیت ( $P=0/111$ ) و نوع پرداخت ( $P=0/071$ ) بوده است.

نتایج حاصل در جدول شماره ۴ نشان داد میانگین شأن و منزلت، ارتباطات شفاف، مشارکت در تصمیم، محرمانگی در مراکز خصوصی و هلال احمر با هم اختلاف معنادار نداشت ( $P<0/05$ ). اما میانگین این ابعاد در مراکز بهزیستی بیشتر از مراکز خصوصی و هلال احمر است. همچنین میانگین کیفیت محیط و حمایت اجتماعی در مراکز خصوصی بیشتر از مراکز بهزیستی و هلال احمر اختلاف معنادار نداشت ( $P<0/05$ ). در حالی که میانگین پاسخگویی کل در مراکز خصوصی و هلال احمر با هم اختلاف معنادار نداشت ( $P<0/05$ ). ولی میانگین پاسخگویی کل در مراکز بهزیستی بیشتر از مراکز خصوصی و هلال احمر است.

بر اساس تصویر شماره ۱ بااهمیت‌ترین بُعد از نظر



جدول ۲. میانگین نمرات ابعاد پاسخگویی مراکز توان بخشی به تفکیک سازمان های ارائه دهنده خدمات توان بخشی

نوع مرکز	مراکز هلال احمر		مراکز بهزیستی		مراکز خصوصی		کل مراکز	بُعد پاسخگویی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
ابعاد پاسخگویی	توجه فوری	۲/۵۰±۰/۸۳	۲/۰۷	۲/۰۰±۰/۸۲	۱/۹۷	۲/۰۰±۰/۶۴	۲/۳	۲/۳±۰/۸۵
	شان و منزلت	۲/۰۰±۰/۷۹	۲/۶۳	۲/۷۵±۰/۸۷	۱/۹۸	۱/۷۵±۰/۷۲	۲/۱۸	۲±۰/۸۳
	ارتباطات شفاف	۲/۲۵±۰/۶۹	۲/۰۲	۲/۰۰±۰/۸۲	۱/۹۶	۲/۰۰±۰/۷۵	۲/۳۱	۲/۲۵±۰/۹۰
	مشارکت در تصمیم	۲/۳۳±۰/۷۳	۲/۱۱	۲/۰۰±۰/۷۸	۲/۰۳	۲/۰۰±۰/۷۵	۲/۳۷	۲/۳۳±۰/۹۰
	محرمانگی	۲/۳۳±۰/۷۳	۲/۱۶	۲/۶۶±۰/۹۰	۲/۰۱	۲/۰۰±۰/۷۰	۲/۲۹	۲/۳۳±۰/۸۶
	حق انتخاب	۲/۶۶±۰/۳۹	۲/۵۹	۲/۶۶±۰/۴۱	۲/۰۶	۲/۶۶±۰/۵۶	۲/۶۰	۲/۶۶±۰/۵۱
	کیفیت محیط	۲/۳۳±۰/۷۰	۲/۰۰	۲/۰۰±۰/۷۸	۲/۱	۲/۰۰±۰/۷۵	۲/۴۱	۲/۳۳±۰/۸۶
	حمایت اجتماعی	۲/۷±۰/۸۸	۲/۵	۲/۵±۰/۹۱	۲/۱۷	۲/۰۰±۰/۸۸	۲/۳۱	۲/۵±۰/۹۰
جنبه های پاسخگویی	احترام به فرد	۲/۱۴±۰/۶۵۰	۲/۸۷	۲/۲۱±۰/۶۷۰	۱/۸۲	۲/۰۰±۰/۶۷۰	۲/۲۵	۲/۲۹±۰/۷۸۰
	مشتری مداری	۲/۴۶±۰/۵۰۰	۲/۸۳	۲/۸۱±۰/۴۶۰	۲/۰۸	۲/۲۱±۰/۵۴۰	۲/۴۱	۲/۴۱±۰/۵۸۰

توانبخشنی

و هلال احمر به ترتیب ۲/۱۰، ۲/۸۶ و ۲/۳۰ بود. پاسخگویی مراکز بهزیستی نسبت به مراکز خصوصی و هلال احمر بهتر بود. در مطالعه سازمان بهداشت جهانی با عنوان «بررسی وضعیت پاسخگویی خدمات سلامت در ۱۵ کشور»، پاسخگویی کل نمره ۳/۵ از ۵ را به خود اختصاص داد و درباره خدمات سلامت به تفکیک ابعاد، بالاترین سطح پاسخگویی درباره مشارکت در تصمیم بود و بدترین بُعد از نظر پاسخگویی، ارتباطات شفاف بود که با مطالعه ما همسویی داشت [۲۲].

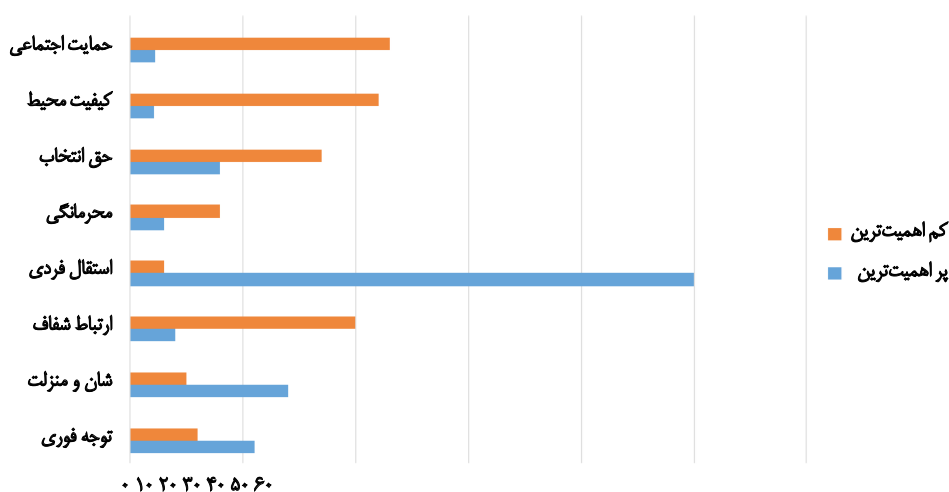
در مطالعه پلتزر<sup>۱۷</sup> و همکاران با عنوان «پاسخگویی نظام

مراجعه کنندگان مشارکت در تصمیم (۴۹ درصد) بوده است و کم اهمیت ترین بعد از نظر مراجعه کنندگان کیفیت محیط (۲ درصد) بوده است.

## بحث

هدف از انجام مطالعه، بررسی و مقایسه وضعیت پاسخگویی سازمان های ارائه دهنده خدمات توان بخشی از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات توان بخشی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بوده است. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که نمره پاسخگویی کلی ۲/۳۱ و به تفکیک مراکز خصوصی، بهزیستی

17. Peltzer



توانبخشنی

تصویر ۱. اهمیت ابعاد پاسخگویی از دیدگاه دریافت کنندگان خدمات

جدول ۳. مقایسه میانگین ابعاد پاسخگویی با متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	جنسیت	سن	میان سواد	وضعیت تأهل	نوع پرداخت	نوع بیمه	نوع مراجعه	نوع مرکز
ابعاد پاسخگویی	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
درجه آزادی	درجه آزادی	درجه آزادی	درجه آزادی	درجه آزادی	درجه آزادی	درجه آزادی	درجه آزادی	درجه آزادی
	کای دو	کای دو	کای دو	کای دو	کای دو	کای دو	کای دو	کای دو
توجه فوری	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
شان و منزلت	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
شان و منزلت	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
ارزیات منفی	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
مشارکت در تصمیم	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
سرمایگی	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
حق انتخاب	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
کیفیت محیط	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
حالت اجتماعی	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال
کلی	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار	مقدار
	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال	احتمال

نورمختص

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین‌ها به تفکیک مراکز سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی

مقایسه مراکز	بهبودی و خصوصی	بهبودی و هلال احمر	خصوصی و هلال احمر
شأن و منزلت	تفاوت میانگین‌ها	۰/۶۳	-۰/۰۵
	مقدار احتمال	<۰/۰۰۱	۱
ارتباطات شفاف	تفاوت میانگین‌ها	۰/۷۸	-۰/۳۰
	مقدار احتمال	<۰/۰۰۱	۰/۰۸
مشارکت در تصمیم	تفاوت میانگین‌ها	۰/۸۸	-۰/۱۹
	مقدار احتمال	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
محرمانگی	تفاوت میانگین‌ها	۰/۶۱	-۰/۲۵
	مقدار احتمال	<۰/۰۰۱	۰/۲۶
کیفیت محیط	تفاوت میانگین‌ها	۰/۷	-۰/۳۳
	مقدار احتمال	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
حمایت اجتماعی	تفاوت میانگین‌ها	۰/۰۳	-۰/۳۱
	مقدار احتمال	۱	۰/۲۰
پاسخگویی	تفاوت میانگین‌ها	۰/۵۳	-۰/۲۲
	مقدار احتمال	<۰/۰۰۱	۰/۰۶

توانبخشی

از تفاوت‌های فرهنگی باشد.

بیشترین پاسخگویی، مربوط به بُعد حق انتخاب و کیفیت محیط (به ترتیب ۲/۴۱ و ۲/۴) بوده است. در مراکز خصوصی بُعد کیفیت محیط (۲/۱) و در مراکز بهزیستی بعد مشارکت در تصمیم بیشترین نمره را به خود اختصاص داده است. کمترین پاسخگویی مربوط به شأن و منزلت (۲/۱۸) بوده است و به تفکیک مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر کمترین پاسخگویی به ترتیب مربوط به ارتباطات شفاف (۱/۹۶)، حمایت اجتماعی (۲/۵) و شأن و منزلت (۱/۹۷) بوده است. در مطالعه هوپکس<sup>۱۹</sup> و همکاران و همچنین پلتزر بیشترین پاسخگویی مربوط به بُعد محرمانگی و کمترین پاسخگویی مربوط به حق انتخاب ارائه‌دهنده خدمات بوده است [۲۳، ۲۶]. همچنین در مطالعه رشیدیان، بیشترین پاسخگویی مربوط به بُعد شأن و منزلت و کمترین پاسخگویی مربوط به بُعد مشارکت در تصمیم و کیفیت محیط بوده است [۲۷]. در مطالعه پلتزر و همکاران، با عنوان «بررسی پاسخگویی به بیماران سرپایی سالمند»، بیشترین پاسخگویی مربوط به کیفیت محیط و کمترین مربوط به توجه فوری دانسته شده است [۲۵].

در مطالعه سازمان بهداشت جهانی در ۱۰ کشور مربوط به سازمان همکاری و توسعه اقتصادی<sup>۲۰</sup>، درباره خدمات سرپایی،

سلامت در آفریقای جنوبی» پایین‌ترین درصد پاسخگویی مربوط به حق انتخاب ارائه‌دهنده خدمات بوده است و بالاترین بُعد، از نظر پاسخگویی، شأن و منزلت بوده است که با مطالعه ما همسویی ندارد، چراکه شأن و منزلت پایین‌ترین نمره پاسخگویی را به خود اختصاص داده است [۲۳]. در مطالعه برامسفلد<sup>۱۸</sup> با عنوان «پاسخگویی خدمات بهداشت روانی در آلمان» بهترین بُعد از نظر عملکرد در بیماران بستری در واحد روان‌پزشکی، مربوط به بُعد محرمانگی بوده است [۲۴].

ارزیابی مراقبت‌های بستری در مطالعه پلتزر نشان داد مشارکت در تصمیم و توجه فوری کمترین نمره پاسخگویی را در میان تمام ابعاد پاسخگویی دارد و جنبه‌های مرتبط با کیفیت محیط، محرمانگی و منزلت بالاترین نمرات پاسخگویی را دریافت کردند که در بُعد کیفیت محیط با مطالعه ما همسو اما در دو بُعد منزلت و محرمانگی ناهمسو است که باز هم ملاحظه می‌شود در بُعد مهم حق انتخاب که بیشترین نمره را به خود اختصاص داده است (۲/۶ از ۵) با مطالعه ما ناهمسو است [۲۵]. این مسئله حاکی از این می‌تواند باشد که سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات در کشور ما به منزلت و محرمانگی توجه کمتری دارند و در ارائه خدمات برای دریافت‌کنندگان حق انتخاب قائل نیستند که ممکن است ناشی

19. Hüpkens

20. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

18. Bramsfld

بیشتر به دنبال درمان و سلامتی هستند. در حالی که افراد مجرد، بیوه یا طلاق گرفته به دلیل تنهایی و نداشتن حمایت‌های اطرافیان، شاید کمتر به پزشک و درمانگران توان‌بخشی مراجعه می‌کنند.

بیشتر مراجعه‌کنندگان از نظر تعداد اعضای خانواده، به طور کل و در مراکز خصوصی و بهزیستی سه تا چهار نفر بودند. اما در مراکز هلال احمر بیشتر از چهار نفر (۵۰ درصد) بودند. معمولاً خانواده‌هایی که تعداد اعضای کمتری دارند، نسبت به خانواده‌های با جمعیت زیاد، می‌توانند میزان بیشتری از درآمد خود را پس‌انداز کنند و در مواقع بروز بیماری، صرف درمان کنند و در نتیجه به مراکز خصوصی مراجعه کنند.

پرداخت هزینه بیشتر مراجعه‌کنندگان مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر، از طریق پرداخت از جیب بوده است در حالی که در مطالعه فروزان و همکاران ۹۰ درصد بیماران بیمه داشتند که دلیل اصلی اختلاف مطالعه حاضر با فروزان این است که بیمه سلامت، خدمات توان‌بخشی را به‌خوبی پوشش نمی‌دهد و بیشتر درمان‌های توان‌بخشی مثل کاردرمانی، گفتاردرمانی یا روان‌شناسی با سازمان‌های بیمه‌ای قرارداد ندارند [۲۹]. همچنین در مطالعه‌ای در کشور تایلند نیز درباره پاسخگویی مراقبت‌های زایمان، ۲۰ درصد هزینه‌ها توسط فرد و بقیه از طریق بیمه صورت می‌گرفت [۱۹]. اما بر اساس یافته‌های این مطالعه بیشتر مراجعه‌کنندگان به مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر، اغلب فاقد بیمه بودند.

بیشتر مراجعه‌کنندگان مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر شخصاً به این مراکز مراجعه کرده بودند. معمولاً در این مراکز، افراد از طریق ویزیت در کلینیک توان‌بخشی، پذیرش می‌شوند و طبیعی است که در بیشتر موارد به صورت شخصی مراجعه می‌کنند. معمولاً مراجعه به صورت غیرشخصی (ارجاع از سوی پزشک) در موارد بیمارستانی که دلیل مراجعات ناشی از بیماری‌های داخلی و جراحی است، بیشتر صورت می‌گیرد.

در مطالعه حاضر، بااهمیت‌ترین بُعد، از نظر مراجعه‌کنندگان، مشارکت در تصمیم (۴۹ درصد) بوده است و کم‌اهمیت‌ترین بُعد، از نظر مراجعه‌کنندگان، کیفیت محیط (۲ درصد) بوده است. در حالی که یافته‌های جوادی و همکاران با عنوان «بررسی پاسخگویی در جنبه‌های غیربالینی بیمارستان‌های شهر اصفهان» نشان داد میانگین نمره پاسخگویان به جنبه‌های غیرپزشکی خدمات در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از دیدگاه بیماران ۲/۸ از حداکثر نمره ۵ است [۳۲].

در مطالعه دیگری که جوادی و همکاران با موضوع پاسخگویی از دیدگاه پرستار و بیمار انجام داده بودند، نمره ۲/۳۵ از ۵ به دست آمده بود. همچنین مشخص شد نمره پاسخگویی بیمارستان‌های خصوصی بیشتر از دولتی است [۳۳]. در مطالعه تایلند با عنوان

بهترین عملکرد پاسخگویی درباره بُعد حق انتخاب بود و بدترین ابعاد، کیفیت محیط و مشارکت در تصمیم بودند که با مطالعه ما نیز همخوانی داشت [۹]. در مطالعه دیگری نیز بهترین بُعد از نظر عملکرد، بعد محرمانگی بوده است و بدترین بعد، حق انتخاب ارائه‌دهنده و مشارکت در تصمیم بود [۲۸]. بر اساس یافته‌ها، افراد از ۲۰ سال تا ۶۱ سال بوده‌اند. بیشتر مراجعه‌کنندگان به طور کلی و در مراکز خصوصی و بهزیستی و هلال احمر در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال قرار داشتند. در مطالعه فروزان و همکاران نیز هدفش بررسی وضعیت پاسخگویی به بیماران روانی شهر تهران بود میانگین سنی افراد ۳۴/۴ سال بود [۲۹].

در مطالعه پلتزر و همکاران نیز سن افراد بین ۱۸ تا ۹۷ سال بیان شده بود [۲۳]. در مطالعه هند، افراد ۱۸ تا ۱۰۵ ساله بودند که میانگین سنی آن‌ها ۵۰ سال بود [۳۰]. در مطالعه دیگری نیز با عنوان «بررسی وضعیت پاسخگویی مراکز درمانی شبانه‌روزی» که براسفیلد و همکاران در سال ۲۰۱۲ انجام دادند، افراد بین ۲۰ تا ۷۸ سال قرار داشتند [۲۸]. بر این اساس، افراد در رده‌هایی از سن قرار داشته‌اند که قادر به پاسخگویی به سؤالات مربوطه بوده‌اند.

بر اساس یافته‌ها، بیشتر مراجعه‌کنندگان (از نظر جنسیت)، به تفکیک نوع مرکز، در مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر، زن بودند که با مطالعه دسیلوا<sup>۲۱</sup> و همکاران نیز همخوانی داشت [۳۱]. معمولاً زنان نسبت به مردان نیاز بیشتری به خدمات مراقبت سلامت دارند و به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند [۹]. اما در برخی جوامع، بر اساس فرهنگ‌های متفاوتی که دارند، زنان اختیارات کمتری برای تصمیم‌گیری و مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی دارند. هزینه‌های مالی نیز عامل مهمی برای مراجعه زنان به این مراکز است. بنابراین انتظار می‌رود نسبت مراجعه‌کنندگان زن و مرد در جوامع مختلف تا اندازه‌ای متفاوت باشد.

بیشتر مراجعه‌کنندگان به طور کلی و در مراکز بهزیستی و هلال احمر مدرک کارشناسی داشتند. اما در مراکز خصوصی، اکثر مراجعه‌کنندگان، مدرک کاردانی داشتند. در مطالعه براسفیلد و همکاران نیز بیشتر افراد بستری، تحصیلات در سطح متوسط (کارشناسی) داشتند [۲۴]. بر اساس یافته‌های فوق، افراد با تحصیلات بالاتر، بیشتر به مراکز بهزیستی و هلال احمر مراجعه کرده‌اند. از آنجا که امروزه شغل آزاد نقش عمده‌ای در کسب درآمد دارد (به‌ویژه در ایران)، می‌توان اظهار کرد که افراد با شغل آزاد، درآمد بیشتری دارند و در نتیجه به مراکز توان‌بخشی خصوصی مراجعه می‌کنند.

بیشتر مراجعه‌کنندگان در مراکز خصوصی، بهزیستی و هلال احمر متأهل بودند (۶۴ درصد). بدیهی است، افرادی که متأهل هستند به دلیل حمایت‌هایی که از سوی خانواده صورت می‌گیرد،

شده باشد که این می‌تواند نقطه ضعف مطالعه باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به جز جنبه‌های غیربالیینی در پاسخگویی که در این مطالعه لحاظ شده است، به جنبه‌های بالینی ارائه خدمات نیز توجه شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد پاسخگویی به عنوان یک معیار کیفیت خدمات توان‌بخشی، در واقع تصویر شفافی از عملکرد درباره مراجعان ارائه می‌دهد. نتایج این پژوهش نشان داد پاسخگویی به عنوان یک معیار کیفیت خدمات توان‌بخشی، در واقع تصویر شفافی از عملکرد درباره مراجعان ارائه می‌دهد.

پاسخگویی مراکز بهزیستی نسبت به مراکز خصوصی و هلال احمر بهتر بود. در این مطالعه، مراکز توان‌بخشی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی در ابعاد ارتباطات شفاف، شأن و منزلت و حمایت اجتماعی پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند که این نتایج می‌تواند بیانگر توجه کمتر به شأن و منزلت دریافت‌کننده خدمت و نقص پوشش ناکافی بیمه‌ها در حمایت از خدمات توان‌بخشی باشد. در حالی که این ابعاد از پاسخگویی برای دریافت‌کنندگان اهمیت زیادی دارد. بنابراین برای پاسخگودن نظام توان‌بخشی انجام اصلاحات در این زمینه‌ها (ارتباطات شفاف، شأن و منزلت و حمایت اجتماعی) ضروری است. همچنین توصیه می‌شود مطالعات بیشتری درباره پاسخگویی نظام توان‌بخشی صورت گیرد.

در این مطالعه اگرچه بعد حق انتخاب و کیفیت محیط از نظر اهمیت و عملکرد خیلی خوب گزارش شده است، اما باید بررسی شود این خوب بودن ناشی از عملکرد خوب و مناسب است یا به ناآگاهی افراد از حقوق خود مربوط است. از طرف دیگر با تغییرات محیطی مختلف دور از انتظار نیست که این دیدگاه در آینده‌ای نه چندان دور برعکس شود. همچنین بعد مربوط به شأن و منزلت جزء ابعادی از پاسخگویی بود که بدترین نمره را از نظر پاسخگویی دریافت کرد. بنابراین لازم است ابعادی که خوب عمل کرده‌اند را حفظ و برای ابعادی که عملکرد خوبی نداشته‌اند تمهیداتی اندیشیده شود. سازماندهی و برنامه‌ریزی‌های خرد و کلان در این زمینه و همچنین در دیگر ابعاد پاسخگویی لازم است.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای در زمینه پاسخگویی به سیاست‌گذاری و تخصیص منابع برای ارتقای بعد مربوط به شأن و منزلت که افراد، آن را نسبت به دیگر ابعاد کمتر گزارش کرده‌اند، انجام شود و بر ابعادی که برای ارتقا، کمتر وابسته به منابع هستند برای افزایش پاسخگویی کلی تمرکز شود. همچنین آموزش ارائه‌دهندگان خدمات درباره ابعاد پاسخگویی و به‌ویژه ابعادی مانند شأن و منزلت در راس برنامه‌ها قرار گیرد و چک‌لیستی برای پاسخگویی همه مراکز توان‌بخشی کشور از سوی سازمان بهزیستی یا وزارت بهداشت، برای ارزیابی کیفیت

«بررسی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در خدمات سرپایی» نیز توجه فوری مهم‌ترین بعد و حمایت اجتماعی کم‌اهمیت‌ترین بعد بود که در بعد حمایت اجتماعی با مطالعه ما همسویی تقریبی دارد [۱۹]. در پیمایش پاسخگویی سلامت که در ۴۱ کشور انجام شد، توجه فوری بااهمیت‌ترین و حمایت اجتماعی کم‌اهمیت‌ترین بعد شناخته شد [۱۶].

در مطالعه کورنوال<sup>۲۲</sup> و همکاران، بااهمیت‌ترین بعد، کیفیت محیط و کم‌اهمیت‌ترین بعد، حق انتخاب و مشارکت در تصمیم بوده است [۲۴]. در مطالعه‌ای در ایرلند با هدف تعیین وضعیت پاسخگویی در خدمات درمانی مراکز روستایی، بااهمیت‌ترین ابعاد، توجه فوری و شأن و منزلت بیان شد [۹]. در مطالعه پلنتر، حق انتخاب، پایین‌ترین اهمیت را داشت [۲۳]. مشابه با نتایج مطالعه ما، در مطالعه برامسفلد و همکاران نیز از نظر مراجعان، مشارکت در تصمیم و توجه فوری مهم‌ترین ابعاد بودند [۲۴].

در مطالعه دیگری که در هند با هدف پایش نظام سلامت در ابعاد غیربالیینی انجام شد، مهم‌ترین بعد، ارتباطات شفاف و کم‌اهمیت‌ترین بعد، حق انتخاب بیان شد [۳۰]. در مطالعه دیگری که اغورلو اوغلو<sup>۲۳</sup> با هدف تعیین میزان پاسخگویی بیمارستان‌های استانبول از دیدگاه مدیران بیمارستان انجام داد، مهم‌ترین بعد در بخش خصوصی و دولتی مشابه و مربوط به بعد کیفیت محیط و کم‌اهمیت‌ترین بعد، مربوط به بعد توجه فوری بود [۲۵]. همچنین در مطالعه سانگ و همکاران، منزلت و محرمانگی بالاترین اهمیت را داشت [۲۵]. در مطالعه دیگری با عنوان «مهم‌ترین جنبه‌های غیربالیینی نظام سلامت کدام یک هستند؟» در کشور اوکراین نیز توجه فوری و ارتباطات شفاف مهم‌ترین ابعاد تلقی شدند [۱۹].

همچنان که ملاحظه می‌کنید بعد توجه فوری در بیشتر مطالعات مربوط به خدمات بهداشتی و درمانی، بیشترین اهمیت را داشته است اما در مراکز توان‌بخشی، مددجویان بیشترین اهمیت را به ابعادی مثل مشارکت در تصمیم و حق انتخاب داده‌اند که این نکته شاید تفاوت در ماهیت خدمات بهداشتی و درمانی را با خدمات توان‌بخشی (حداقل در حیطه انتظارات غیربالیینی مددجویان) نمایان می‌کند.

از نقاط قوت مطالعه، می‌توان به این موارد اشاره کرد: در این مطالعه، برای اولین بار، پاسخگویی خدمات توان‌بخشی در ابعاد غیربالیینی بررسی شد که می‌تواند دید شفاف‌تری در کیفیت ارائه خدمات توان‌بخشی باز گو کند و همچنین باعث می‌شود تا ارزیابی مناسب‌تری در ارتقای خدمات توان‌بخشی انجام شود. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه انجام گرفته و ممکن است مشابه تمام مطالعات خوداظهاری باعث خطاهایی در نتایج مطالعه

22. Cornwall

23. Oghlou

ارائه خدمات و ارتقای بهره‌وری در دو جنبه مشتری‌مداری و احترام به مددجو تدوین شود. همچنین برای مطالعات بعدی می‌توان به بررسی این موضوع پرداخت که آیا ابعاد پاسخگویی پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی برای نظام توان‌بخشی ایران مناسب است یا خیر؟

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این مطالعه، اصول اخلاقی لازم در پژوهش‌های علمی رعایت و پس از ارائه توضیحات کافی درباره نحوه اجرای مطالعه، از افراد واجد شرایط برای ورود به مطالعه رضایت کتبی گرفته شد. این مطالعه هیچ هزینه مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت.

### حامی مالی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول، فرشاد فتحی، گروه مدیریت توان‌بخشی در دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران (با کد ثبت ۹۴۱۲۲۳۰۰۸) انجام شد. ضمناً این مقاله حامی مالی ندارد.

### مشارکت نویسندگان

ایده‌سازی: فرشاد فتحی، کیانوش عبدی؛ مفهوم‌سازی: فرشاد فتحی، کیانوش عبدی، محمد سعید خانجانی؛ روش‌شناسی: کیانوش عبدی، سمانه حسین‌زاده، محمد سعید خانجانی؛ تحلیل و بررسی: فرشاد فتحی، کیانوش عبدی، سمانه حسن‌زاده؛ نگارش و ویراستاری نهایی: فرشاد فتحی، علی خضری، کیانوش عبدی؛ بررسی منابع: فرشاد فتحی، علی خضری؛ مدیریت پروژه: کیانوش عبدی.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.



**References**

- [1] Ghobadian A, Speller S, Jones M. Service quality: Concepts and models. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 1994; 11(9):43-66. [DOI:10.1108/02656719410074297]
- [2] Alonso A, Brugha R. Rehabilitating the health system after conflict in east timor: A shift from NGO to government leadership. *Health Policy and Planning*. 2006; 21(3):206-16. [DOI:10.1093/heapol/czl006] [PMID]
- [3] Statistical Center of Iran, Population and housing census. [Internet] 2012 [Updated 2019 August 13]. Available from: www.amar.org.ir.
- [4] Ahsan M, Ibrahimy MI, Khalifa OO. Advances in electromyogram signal classification to improve the quality of life for the disabled and aged people. *Journal of Computer Science*. 2010; 6(7):706-15. [DOI:10.3844/jcssp.2010.706.715]
- [5] Fabsitz RR, McGuire A, Sharp RR, Puggal M, Beskow LM, Biesecker LG, et al. Ethical and practical guidelines for reporting genetic research results to study participants: Updated guidelines from a national heart, lung, and blood institute working group. *Circulation: Genomic and Precision Medicine*. 2010; 3(6):574-80. [DOI:10.1161/CIRCGENETICS.110.958827] [PMID] [PMCID]
- [6] Statistical Center of Iran. Population and housing census. [Internet] 2017 [Updated 2019 August 13]. Available from: www.amar.org.ir
- [7] Lindkvist L, Llewellyn S. Accountability, responsibility and organization. *Scandinavian Journal of Management*. 2003; 19(2):251-73. [DOI:10.1016/S0956-5221(02)00027-1]
- [8] Fazaeli S, Ahmadi M, Rashidian A, Sadoughi F. A framework of a health system responsiveness assessment information system for Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014; 16(6):e17820. [DOI:10.5812/ircmj.17820] [PMID] [PMCID]
- [9] Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. In: Murray CJL, Evans DB, editors. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [10] Murphy-Cullen CL, Larsen LC. Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: Its impact upon patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 1984; 19(2):163-6. [DOI:10.1016/0277-9536(84)90283-1]
- [11] Darby C, Valentine N, De Silva A, Murray CJ, Organization WH. *World Health Organization: Strategy on measuring responsiveness*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [12] Murthy RK. *Building women's capacities: Interventions in gender transformation*. Thousand Oaks: Sage; 2001.
- [13] Mahmudreza G, Jamalodin TS, Amirashkan N, Mohammad M. Seven dimensions of accountability in Iran's teaching hospitals: A national study. *Payavard Salamat*. 2012; 6(4):1-10.
- [14] Leader N. *Codes of conduct: who needs them? Relief and Rehabilitation Network Newsletter*. London: Overseas Development Institute. 1999.
- [15] Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*. 1994; 38(4):509-16 [DOI:10.1016/0277-9536(94)90247-X]
- [16] Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science & Medicine*. 2008; 66(9):1939-50. [DOI:10.1016/j.socscimed.2007.12.002] [PMID]
- [17] Vitrai J. *Inequalities in health systems' responsiveness: A joint World Health Survey report based on data from selected central European countries*. Study report. Geneva: World Health Organization; 2007.
- [18] Murray CJL, Evans DB. *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [19] Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *International Journal for Quality in Health Care*. 2012; 24(2):169-75. [DOI:10.1093/intqhc/mzr085] [PMID]
- [20] Robinson P. Government accountability and performance measurement. *Critical Perspectives on Accounting*. 2003; 14(1-2):171-86. [DOI:10.1006/cpac.2002.1010]
- [21] Edwards M, Hulme D. *Non-governmental organisations: Performance and accountability: Beyond the magic bullet*. Abingdon Routledge; 2014.
- [22] Peters BG, Pierre J. Citizens versus the new public manager: The problem of mutual empowerment. *Administration & Society*. 2000; 32(1):9-28. [DOI:10.1177/00953990022019335]
- [23] Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Services Research*. 2009; 9:117. [DOI:10.1186/1472-6963-9-117] [PMID] [PMCID]
- [24] Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research*. 2007; 7:99. [DOI:10.1186/1472-6963-7-99] [PMID] [PMCID]
- [25] Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Global Health Action*. 2012; 5(18545):1-11. [DOI:10.3402/gha.v5i0.18545] [PMID] [PMCID]
- [26] Hüpkes E, Quintyn M, Taylor MW. The accountability of financial sector supervisors-principles and practice. *European Business Law Review*. 2005; 16(6):1575-620.
- [27] Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, Mohammad K. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th district of Tehran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2011; 13(5):302-8. [PMID] [PMCID]
- [28] Bramesfeld A, Klippel U, Seidel G, Schwartz FW, Dierks ML. How do patients expect the mental health service system to act? Testing the WHO responsiveness concept for its appropriateness in mental health care. *Social Science & Medicine*.

- 2007; 65(5):880-9. [DOI:10.1016/j.socscimed.2007.03.056] [PMID]
- [29] Forouzan AS, Ghazinour M, Dejman M, Rafeiey H, San Sebastian M. Testing the WHO responsiveness concept in the Iranian mental healthcare system: A qualitative study of service users. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:325. [DOI:10.1186/1472-6963-11-325] [PMID] [PMCID]
- [30] Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy and Planning*. 2012; 28(2):197-205. [DOI:10.1093/heapol/czs051] [PMID] [PMCID]
- [31] De Silva A, Valentine N, World Health Organization. Measuring responsiveness: Results of a key informants survey in 35 countries. Geneva: World Health Organization; 2000.
- [32] Javadi M, Yaghoobi M, Raiesi A, Mandegar, Ayoobian A. [A study of non-medical aspects of health services provided to patients in selected hospitals of Isfahan: Responsiveness (Persian)]. *Health Information Management*. 2011; 8(5):709-17.
- [33] Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoobi M, Shams A, Kadkhodaie M. [Organizational justice and responsiveness in selected private and public hospitals of Isfahan, Iran (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2012; 9(4):11-20.
- [34] Cornwall A, Lucas H, Pasteur K. Introduction: Accountability through participation: Developing workable partnership models in the health sector. *IDS Bulletin*, 31(1):1-13. [DOI:10.1111/j.1759-5436.2000.mp31001001.x]
- [35] Peng D, Li XS, Zhang Q, Zhu CR, Zhang JY, Yuan P, et al. [Responsiveness evaluation of mental intervention services system in Wenchuan earthquake area (Chinese)]. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 2011; 45(2):158-62.