Iran Health System Responsiveness in regared to Provision of Physical Rehabilitation: Results of a National Survey

Marzieh Shirazikhah[1], Gholamreza Ghaedamini Harouni[2], Atefeh Shirazikhah[3], Mehdi Noroozi[4], Haniye Sadat Sajadi[5]

1.Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000.0002.0505.2796

2.Assistant Professor, Social Determinants of Social Welfare Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000.0003.1197.5068

3.Researcher, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000.0002.0698.7075

4.Assistant Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000.0002.6511.1591

5.Associate Professor, Knowledge Utilization Research Center, University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran., (Corresponding Author), Email: hsajjadi@tums.ac.ir, Tel: +98-21-66952035, University Research and Development Center, 12 Nosrat, Shanzdahe Azar St, Tehran, Iran. ORCID ID: 000.0003.0897.4080

ABSTRACT

Background and Aim: The health system's responsiveness to provision of health services displays the ability of the system to meet the non-medical needs of people. The present study aimed to assess Iran's health system responsiveness in providing rehabilitation for people with disabilities (PWD).

Materials and Methods: This population-based cross-sectional study included 1537 PWD referring to physical rehabilitation centers in all provinces of Iran by using a multistage cluster sampling method in 2019. A valid self-administrated questionnaire was used for data collection. Stata software (version 14.0) was used for data processing and analysis.

Results: The frequency rate of good responsiveness to meet physical rehabilitation needs was 64.5%. The health system's highest and lowest frequency rates of good responsiveness were related to rapid response (74.5%), independence and participation in decision-making (52.5). Having basic health insurance coverage (OR=1.97, 95% CI:1.20-3.25), severity of disability (OR=2.02, 95% CI:1.14-3.60), economic status of individuals (OR=2.04, 95% CI:1.17-3.56), and household size (OR=0.82, 95% CI:0.72-0.94) were significant determinants in regard to poor responsiveness of the health system.

Conclusion: To maintain and enhance responsiveness and eliminate inequalities, interventions such as expanding the rehabilitation facilities, holding special skills training courses for rehabilitation-related assistants, general practitioners, and health workers, and also, empowering PWD are recommended. Further studies are also recommended to identify the causes of poor responsiveness and take measures that can make the health system more responsible.

Keywords: Disabled persons, Health care sector, Responsiveness, Rehabilitation, Iran

Received: July 28, 2021 **Accepted:** Nov 16, 2021

How to cite the article: Marzieh Shirazikhah, Gholamreza Ghaedamini Harouni, Atefeh Shirazikhah, Mehdi Noroozi, Haniye Sadat Sajadi . Iran Health System Responsiveness in regared to Provision of Physical Rehabilitation: Results of a National Survey.ŚJKU 2023;28(4):174-185

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و هشت /مهر و آبان ۱۴۰۲/۱۸۵-۱۷۴

پاسخگویی نظام سلامت ایران در ارائه خدمات توانبخشی جسمی: یافته‌های یک مطالعه ملی

مرضیه شیرازی‌خواه[۱]، غلامرضا قائدامینی هارونی[۲]، عاطفه شیرازی‌خواه[۳]، مهدی نوروزی[۴]، حانیه‌سادات سجادی[۵]

۱. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. کد ارکید: ۲۷۹۶-۰۵۰۵-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۲. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. کد ارکید: ۵۰۶۸-۱۱۹۷-۰۰۰۳-۰۰۰۰

۳. کارشناس پژوهش مرکز، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. کد ارکید: ۷۰۷۵-۰۶۹۸-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۴. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. کد ارکید: ۱۵۹۱-۶۵۱۱-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۵. دانشیار، مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)، آدرس پست الکترونیکی: hsajjadi@tums.ac.ir، **تلفن: ۶۶۱۲۲۵۳۰-۰۲۱**، تهران، خیابان ۱۶ آذر، خیابان نصرت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، کد ارکید: ۴۰۸۰-۰۸۹۷-۰۰۰۳-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سنجش میزان پاسخگویی نظام‌های سلامت در ارائه خدمات توانبخشی به افراد دارای ناتوانی می‌تواند تصویر مناسبی از توانایی نظام سلامت را در برآوردن نیازهای غیرپزشکی این افراد ارائه دهد. پژوهش حاضر باهدف تعیین میزان پاسخگویی نظام سلامت ایران در ارائه خدمات توانبخشی جسمی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به‌صورت پیمایش مقطعی در سطح ملی در سال ۱۳۹۸ در ایران انجام گرفت. حجم نمونه ۱۵۳۷ نفر از افراد دارای ناتوانی مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی جسمی بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه معتبر پاسخگویی نظام سلامت در ارائه خدمات توانبخشی جسمی به افراد دارای ناتوانی جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Stata ویرایش ۱۴ انجام شد.

یافته‌ها: فراوانی وضعیت خوب پاسخگویی نظام سلامت به برآورده شدن نیازهای توانبخشی جسمی ۵/۶۴ درصد بود. بیشترین و کمترین فراوانی وضعیت خوب پاسخگویی مربوط به بعد پاسخگویی سریع (۵/۷۴ درصد) و بعد استقلال و مشارکت در تصمیم‌گیری (۵/۵۲ درصد) بود. برخورداری از بیمه پایه سلامت (CI:۱/۲۰-۳/۲۵ و OR=۱/۹۷)، شدت ناتوانی (CI:۱/۱۴-۳/۶۰ و OR=۲/۰۲)، وضعیت اقتصادی افراد (CI:۱/۱۷-۳/۵۶ و OR=۲/۰۴) و بعد خانوار (CI:۰/۷۲-۰/۹۴ و OR=۰/۸۲) از عوامل تعیین‌کننده مؤثر و معنادار در ارزیابی ضعیف پاسخگویی نظام سلامت بودند.

نتیجه‌گیری: برای حفظ و تقویت سطح پاسخگویی کنونی و از بین بردن نابرابری‌های موجود در پاسخگویی نظام سلامت، اجرای مداخله‌های مانند توسعه تسهیلات توانبخشی، برگزاری دوره‌های آموزشی مهارتی ویژه دستیاران رشته‌های مرتبط با توانبخشی، پزشکان عمومی و کارکنان سلامت و توانمندسازی افراد دارای ناتوانی پیشنهاد می‌شود. همچنین انجام مطالعات بیشتر برای شناخت دلایل پاسخگو نبودن نظام سلامت و اقداماتی که می‌توان برای پاسخگویی بیشتر و پایدار نظام سلامت اجرا کرد، توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: افراد دارای ناتوانی، نظام سلامت، پاسخگویی، توانبخشی، ایران

وصول مقاله:۱۴۰۰/۵/۶ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۰/۸/۲۳ پذیرش:۱۴۰۰/۸/۲۵

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

مقدمه

ناتوانی، محرومیت و وضعیت نامناسب یک فرد که مانع از انجام نقش در نظر گرفته‌شده برای وی می‌شود، می‌تواند خود را به صورت‌های مختلف ناتوانی ازجمله فیزیکی، رفتاری و توسعه‌ای نشان دهد. این ناتوانی در برخی افراد حتی ممکن است به‌صورت بیش از یک‌گونه ناتوانی بروز کند(۱). آمارهای سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد، ۱۵ درصد از جمعیت جهان (حدود ۱ میلیارد نفر) دارای ناتوانی هستند که بیشتر آنان (۷۵درصد) در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کنند(۲). بر اساس تخمین بانک جهانی نیز حدود ۱۰ درصد جمعیت جهان دارای ناتوانی هستند، که از این تعداد حدود ۸۰ درصد همه گروه‌های سنی و ۹۸درصد کودکان دارای ناتوانی در کشورهای درحال‌توسعه زندگی می‌کنند. با احتساب خانواده‌های این افراد، حداقل ۲۵درصد جمعیت جهان به‌طور مستقیم تحت تأثیر ناتوانی قرار می‌گیرند(۳).

با وجود جمعیت قابل‌توجه از افراد دارای ناتوانی، شواهد نشان می‌دهد بیشتر نظام‌های سلامت در پاسخ به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی عمومی و تخصصی افراد دارای ناتوانی موفق عمل نکرده‌اند و عموماً این افراد با طیف وسیعی از موانع نگرشی، فیزیکی، مالی و سیستمی برای دسترسی به مراقبت‌های سلامت روبرو می‌شوند. بر اساس شواهد موجود احتمال نادیده گرفتن افراد دارای ناتوانی در نظام سلامت در مقایسه با افراد سالم، سه برابر بیشتر و احتمال درمان نادرست نیز چهار برابر بیشتر است(۲,۴). از آنجا که بخش عمده‌ای از موانع افراد دارای ناتوانی به خدمات سلامت مربوط به نقص عملکرد خود نظام سلامت است، تقویت این نظام نقش مؤثری در رفع موانع دسترسی و برطرف نمودن نیازهای افراد دارای ناتوانی و در نهایت دستیابی به اهداف تعیین‌شده برای این نظام دارد(۵).

یکی از اهداف مهم نظام سلامت، افزایش پاسخگویی است. در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت توانایی برآورده سازی انتظارات غیرپزشکی و غیرمالی و به‌عبارت‌دیگر توانایی در برآورده ساختن تعاملات مراجعه کنندگان با مراکز ارائه‌دهنده خدمات به‌عنوان پاسخگویی نظام سلامت تعریف شده است(۶). پاسخگویی نظام سلامت بیشتر با ابعاد غیر بالینی و کیفیت مراقبت مرتبط است و هشت حیطه شامل حفظ شأن، محرمانه بودن اطلاعات و اقدامات، انتخاب، توجه سریع، استقلال، ارتباط شفاف، امکانات پایه و کیفیت محیط و حمایت اجتماعی را در بردارد(۷). سنجش میزان پاسخگویی نظام‌های سلامت به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت می‌تواند شواهدی از اینکه تا چه حد بخش‌های مختلف یک نظام سلامت در ارائه خدمات سلامت، به نیازهای غیرپزشکی توجه کرده‌اند در اختیار قرار دهد(۶).

بر اساس نتایج یک مطالعه مروری تاکنون ۶۲۱ مطالعه با موضوع پاسخگویی نظام سلامت انجام شده است(۷). در این مطالعات جامعه هدف بیشتر بیماران یا افراد سالم بودند. مطالعه‌های محدودی در مورد ارزیابی نظرهای افراد دارای ناتوانی از وضعیت پاسخگویی نظام سلامت انجام شده است. به عنوان نمونه می‌توان به یافته‌های مطالعه رحمان و همکاران در سال ۱۳۹۷ اشاره کرد که نشان دادند در تعدادی از کشورهای با درآمد پایین و درآمد متوسط رو به بالا، پاسخگویی به نیازهای سلامت افراد دارای ناتوانی وضعیت مطلوبی ندارد(۸). مطالعه فروزان و همکاران نیز که در سال ۱۳۹۲، پاسخگویی را از دید افراد دارای اختلالات روان و گیرنده خدمات سلامت روان از بخش عمومی ارزیابی کرد، نشان داد تقریباً از هر دو نفر، یک فرد تجربه خوبی در تعامل با مراکز عمومی نداشته است(۹). با توجه به جمعیت قابل‌توجه افراد دارای ناتوانی در ایران که حدود ۱۱ میلیون نفر تخمین زده شده است(۱۰)، ضرورت پایش پاسخگویی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

نظام سلامت و نیز کمبود شواهد در حوزه پاسخگویی خدمات توانبخشی، این مطالعه باهدف تعیین میزان پاسخگویی نظام سلامت ایران در ارائه خدمات توان‌بخشی جسمی به افراد دارای ناتوانی انجام گرفت. انتظار می‌رود نتایج این مطالعه بتواند تصویری از توانایی نظام سلامت در برآورده ساختن نیازهای افراد دارای ناتوانی نشان دهد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت پیمایش مقطعی در سطح ملی در سال ۱۳۹۸ در ایران انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش همه‌ی افراد دارای ناتوانی جسمی در خانوارهای ایرانی بودند. حجم نمونه موردنیاز بر اساس فرمول برآورد نسبت (فرمول ۱) و با در نظر گرفتن شیوع ۱۵درصد برای ناتوانی در ایران برابر با ۲۱۷۷ نفر محاسبه شد. با توجه به اینکه در مطالعه حاضر وضعیت پاسخگویی به‌نظام سلامت بررسی شد و ضرورت پاسخگویی به ابزار ارزیابی نظام سلامت، مراجعه به مراکز درمانی بود، از کل نمونه برآورد شده ۱۵۳۷ نفر به چنین مراکزی مراجعه کرده بودند؛ بنابراین حجم نمونه مورد بررسی در این پژوهش برابر با ۱۵۳۷ نفر در نظر گرفته شد.

فرمول ۱

$$n = \frac{Z^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب ابتدا، استان‌های ایران مشابه مطالعه فرزاد فر و همکاران بر اساس سطح توسعه‌یافتگی (وضعیت جغرافیایی و وضعیت اقتصادی اجتماعی (سال‌های تحصیل، نرخ اشتغال و دارایی خانوار) به چهار پهنه دسته‌بندی شدند(۱۱). این پهنه‌ها عبارت بودند از: پهنه اول (منطقه غرب شامل استان‌های اردبیل، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، کردستان، کرمانشاه، زنجان، همدان،کرمانشاه، ایلام، لرستان، خوزستان، چهارمحال و بختیاری، کهکیلویه و بویراحمد، فارس و بوشهر)، پهنه دوم (منطقه مرکزی شامل استان‌های سمنان، یزد، اصفهان، تهران، قم، البرز، قزوین و مرکزی)، پهنه سوم (منطقه جنوب شرقی شامل استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان) و پهنه چهارم (منطقه شمال و شمال شرقی شامل استان‌های خراسان رضوی، خراسان شمالی، گلستان، مازندران و گیلان). تعداد نمونه از هر پهنه بر اساس سهم آن پهنه از جمعیت کل برآورد شد. در مرحله بعد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرکز استان به‌صورت تصادفی از هر پهنه انتخاب شد. در هر یک از مراکز استان‌ها نمونه‌گیری از خانوارها به‌صورت تصادفی انجام گرفت. به‌منظور انتخاب خوشه‌ها فهرست خانوارهای شهری برحسب آخرین اطلاعات موجود از بلوک‌بندی شهری تهیه و تعداد خانوارها بر اساس این فهرست محاسبه شد. عددی بین یک تا فاصله نمونه‌گیری، به‌صورت تصادفی ساده، به‌عنوان مبدأ نمونه‌گیری و تعیین‌کننده موقعیت جغرافیایی بلوک مربوط به اولین خوشهٔ نمونه بود. کار نمونه‌گیری با مراجعه به واحد مسکونی واقع در جنوب غربی‌ترین نقطه بلوک مبدأ خوشه و فهرست کردن خانوارها بر اساس حرکت در جهت عقربه‌های ساعت (دست راست) در داخل هر خوشه و تکمیل پرسشنامه از آن‌ها شروع شد. درصورتی‌که با فهرست کردن همه‌ی خانوارهای بلوک مبدأ، تعداد خانوارها و افراد واجد شرایط موردنیاز تأمین نمی‌شد، با مراجعه به بلوک مجاور واقع‌شده در سمت راست بلوک مبدأ در همان حوزه و ادامه فهرست برداری خانوارها از جنوب غربی این بلوک، کار تکمیل پرسشنامه از خانوارها تا تأمین تعداد نمونه مورد نیاز ادامه یافت. معیار ورود افراد برای ورود به مطالعه بیان احساس نیاز به حداقل یکی از ۵ خدمت توانبخشی (شامل بینایی‌سنجی، شنوایی‌شنایی، کاردرمانی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی) بود.

با توجه به هدف مطالعه، داده‌های موردنیاز از طریق پرسشنامه گردآوری شد. پرسشنامه دارای دو بخش بود: بخش اول، شامل پرسش‌های دموگرافیکی (سن، جنس، تحصیلات، بار خانوار، وضعیت بیمه، وضعیت اجتماعی-

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

اقتصادی، ناتوانی و شدت آن) و بخش دوم شامل ۳۵ پرسش بود. پرسش‌های این بخش از بخش بررسی مقبولیت خدمات توان‌بخشی جسمی از پرسشنامه پاسخگویی نظام سلامت در زمینه ارائه خدمات توان‌بخشی جسمی به افراد دارای ناتوانی برداشته شد. این پرسشنامه توسط علوی و همکاران طراحی و روایی آن آزمون و تائید شده بود(۱۲). این بخش پرسشنامه دارای هفت حیطه توجه سریع، حفظ شأن، محرمانه بودن اطلاعات و اقدامات، انتخاب، استقلال، برقراری ارتباط شفاف و کیفیت محیط بود. پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۹۱/۰ ارزیابی شد. این پرسشنامه تنها برای آن دسته از افراد دارای ناتوانی که در یک سال اخیر از خدمات توانبخشی جسمی استفاده کرده بودند توزیع و تکمیل شد. پاسخ‌های سؤالات پرسشنامه به‌صورت مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف بود. با نظر گروه پژوهشی، پاسخ‌های خیلی بد، بد و متوسط (نمره میانگین تا ۹۹/۳) به عنوان وضعیت ضعیف و پاسخ‌های خوب و خیلی خوب (نمره میانگین ۴ و بالاتر) به عنوان وضعیت خوب پاسخگویی نظام سلامت لحاظ شد. برای توصیف یافته‌ها از فراوانی (درصد) یا میانگین (انحراف معیار) استفاده شد. برای شناسایی تعیین‌کننده‌های مؤثر بر پاسخگویی نظام سلامت ابتدا رگرسیون لجستیک تک متغیره انجام گرفت و متغیرهایی که معنی‌داری زیر ۰/۱ داشتند، وارد رگرسیون لجستیک چندمتغیره (رویکرد حذف عقب‌گرد) شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده نرم‌افزار Stata ویرایش ۱۴ انجام شد.

برای انجام این مطالعه کد اخلاق به شماره IR.USWR.REC.1398.003 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی اخذ شد. پیش از تکمیل هر پرسشنامه، توضیحاتی کافی به هریک از پاسخ‌دهندگان ارائه شد و رضایت آن‌ها برای شرکت در مطالعه گرفته شد. در گزارش یافته‌ها، اصل محرمانه بودن نام و عناوین اشخاص، مورد توجه قرار گرفت و پاسخ‌دهندگان قبل از تکمیل پرسشنامه نسبت به این موضوع توجیه شدند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از کل نمونه ۱۵۳۷ نفری، ۳۹/۱ درصد در پهنه اول (شهرکرد، سنندج، کرمانشاه)، ۴۸/۴ درصد در پهنه دوم (تهران، اصفهان)، ۳/۱ در پهنه سوم (بیرجند) و ۱۲/۴ درصد در پهنه چهارم (رشت، گرگان) قرار داشتند. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه موردبررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی در پژوهش

متغیر	گروه	تعداد (درصد)	میانگین
جنس	زن	۷۰۵ (۴۶/۷)	-
	مرد	۸۰۶ (۵۳/۳)	-
بیمه پایه سلامت	دارد	۱۲۲۱ (۸۰/۱)	-
	ندارد	۳۰۴ (۱۹/۹)	-
تحصیلات	زیر دیپلم	۶۴۹ (۴۲/۷)	-
	دیپلم تا لیسانس	۷۴۹ (۴۹/۳)	-
	ارشد و بالاتر	۱۲۲ (۰/۸)	-
شدت ناتوانی	خفیف	۲۳۳ (۳۹/۹)	-
	متوسط	۲۴۸ (۴۲/۵)	-
	شدید	۱۰۳ (۱۷/۶)	-
فعالیت‌های روزمره زندگی	وابسته	۹۶ (۶/۲)	-

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

	نیازمند کمک	۱۰۱ (۶/۶)	–
	مستقل	۱۳۳۱ (۸۶/۶)	–
وضعیت تأهل	مجرد	۶۵۳ (۴۲/۵)	–
	متأهل	۸۸۴ (۵۷/۵)	–
بیمه تکمیلی	دارد	۴۷۷ (۳۱/۴)	–
	ندارد	۱۰۴۳ (۶۸/۶)	–
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	پایین	۴۵۸ (۳۰/۴)	–
	متوسط	۳۳۳ (۲۲/۱)	–
	بالا	۷۱۶ (۴۷/۵)	–
فعالیت‌های ابزاری روزمره زندگی	وابسته	۴۰۹ (۲۶/۸)	–
	نیازمند کمک	۴۴۴ (۲۹/۱)	–
	مستقل	۶۷۳ (۴۴/۱)	–
میانگین سن		–	۴۴/۲۰ (۱۸/۴)
میانگین بعد خانوار		–	۳/۹ (۱/۶)

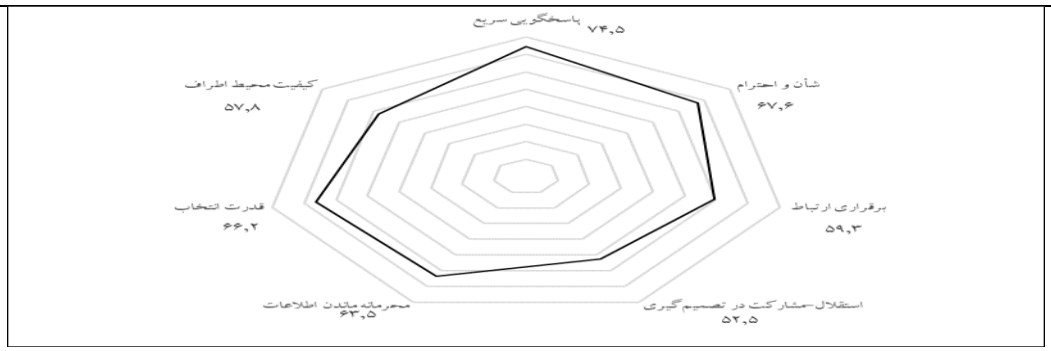
جدول ۲. فراوانی افرادی که پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای افراد دریافت‌کننده خدمات توانبخشی جسمی را خوب ارزیابی کردند به تفکیک ابعاد پاسخگویی و پهنه‌ها

پهنه / ابعاد پاسخگویی	اول (درصد) تعداد	دوم (درصد) تعداد	سوم (درصد) تعداد	چهارم (درصد) تعداد	کل کشور (درصد) تعداد
پاسخگویی سریع	۴۰۳ (۵/۷۷)	۵۵۶ (۷/۷۵)	۳۵ (۵/۷۹)	۱۰۸ (۷/۵۹)	۱۱۰۲ (۷۴/۵)
شأن و احترام	۳۶۸ (۸/۶۷)	۴۹۳ (۸/۶۶)	۳۱ (۴/۶۷)	۱۳۲ (۶/۷۰)	۱۰۲۴ (۶۷/۶)
برقراری ارتباط	۲۵۶ (۴/۴۸)	۴۹۴ (۱/۶۷)	۲۵ (۳/۵۴)	۱۱۳ (۸/۶۰)	۸۸۸ (۵۹/۳)
استقلال-مشارکت در تصمیم‌گیری	۲۱۴ (۴/۴۱)	۴۲۰ (۳/۵۷)	۲۸ (۶/۵۹)	۱۱۶ (۷/۶۲)	۷۷۸ (۵۲/۵)
محرمانه ماندن اطلاعات	۳۰۸ (۹/۵۷)	۴۶۸ (۶/۶۳)	۳۷ (۴/۸۰)	۱۳۹ (۱/۷۵)	۹۵۲ (۶۳/۵)
قدرت انتخاب	۳۵۷ (۹/۶۹)	۴۵۳ (۸/۶۱)	۳۹ (۷/۸۶)	۱۲۵ (۳/۶۸)	۹۷۴ (۶۶/۲)
کیفیت محیط اطراف	۲۴۶ (۹/۴۶)	۴۸۷ (۱/۶۶)	۲۶ (۱/۵۹)	۱۰۱ (۵/۵۵)	۸۶۰ (۵۷/۸)
پاسخ‌گویی کل	۳۰۷ (۶/۵۸)	۴۸۲ (۶/۶۵)	۳۲ (۲/۶۹)	۱۱۹ (۷/۶۴)	۹۴۰ (۵/۶۴)

وضعیت ابعاد هفتگانه پاسخگویی نظام سلامت به تفکیک پهنه‌های موردمطالعه در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس جدول، فراوانی وضعیت ضعیف برای پاسخگویی نظام سلامت به برآورده شدن نیازهای توانبخشی جسمی، از ۸/۳۰ درصد در پهنه سوم تا ۴۰/۴ درصد در پهنه اول متغیر است. فراوانی وضعیت خوب برای کل کشور ۵/۶۴ درصد بود. در میان ابعاد پاسخگویی، بعد پاسخگویی سریع با فراوانی ۷۳/۱ درصد و بعد استقلال و مشارکت در تصمیم‌گیری با فراوانی ۵۵/۳ درصد برای وضعیت خوب، به ترتیب بهترین و ضعیف‌ترین بعد پاسخگویی شناخته شدند (نمودار ۱).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]



نمودار ۱. درصد افرادی که پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای افراد دریافت‌کننده خدمات توانبخشی جسمی را خوب ارزیابی کردند به تفکیک ابعاد پاسخگویی

نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندگانه (ورود هم‌زمان متغیرها به مدل) در جدول ۳ ارائه شده است. بر اساس مدل تک متغیره متغیرهای جنس، برخورداری از بیمه پایه و بیمه تکمیلی سلامت، درصد ناتوانی، IADL، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی افراد، بعد خانوار و پهنه توسعه‌یافتگی از عوامل تعیین‌کننده مؤثر و معنادار در ارزیابی ضعیف پاسخگویی نظام سلامت بودند.

بر اساس مدل چندگانه، بعد از ورود هم‌زمان کلیه تعیین‌کننده‌ها به مدل، چهار متغیر برخورداری از بیمه پایه سلامت (CI:۱/۲۰-۳/۲۵ و OR=۱/۹۷)، شدت ناتوانی (CI:۱/۱۴-۳/۶۰ و OR=۲/۰۲)، وضعیت اقتصادی افراد (CI:۱/۱۷-۳/۵۶ و OR=۲/۰۴) و بعد خانوار (۰/۹۴-CI:۰/۷۲ و OR=۰/۸۲) نقش معناداری در ارزیابی ضعیف نظام سلامت داشتند. بر اساس نسبت‌های شانس به‌دست‌آمده در مدل چندگانه مشخص شد افرادی که از بیمه پایه سلامت برخوردار بودند، افرادی که دارای درصد ناتوانی پایینی بودند و همچنین افرادی که دارای وضعیت اقتصادی متوسط تا بالابودند نظام سلامت را ضعیف‌تر از گروه‌های دیگر ارزیابی نمودند. همچنین هر چه تعداد اعضای خانوار بیشتر بود، نظام سلامت مطلوب‌تر ارزیابی شد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون لاجستیک تک‌متغیره و چندگانه جهت بررسی عوامل مؤثر بر پاسخگویی ضعیف نظام سلامت

متغیر	Crude Odds Ratio (COR)	p-value	Adjusted Odds Ratio (AOR)	95% Confidence Interval for AOR		P-value
				Lower limit	Upper limit	
مرد بودن	۱/۳	۰/۰۴	--	--	--	--
داشتن بیمه پایه	۲/۳۶	۰/۰۰۱	۱/۹۷	۱/۲۰	۳/۲۵	۰/۰۰۷
داشتن بیمه تکمیلی	۱/۵	۰/۰۰۱	--	--	--	--
درصد ناتوانی شدید	Ref	--	Ref	--	--	--
درصد ناتوانی خفیف	۲/۰۷	۰/۰۰۳	۲/۰۲	۱/۱۴	۳/۶۰	۰/۰۱۶
درصد ناتوانی متوسط	۱/۵	۰/۰۷	۱/۳۳	۰/۷۶	۲/۳۰	۰/۳۰
فعالیت‌های روزمره زندگی (مستقل)	Ref	--	--	--	--	--
فعالیت‌های روزمره زندگی (وابسته)	۱/۲۴	۰/۳۳	--	--	--	--
فعالیت‌های روزمره زندگی (نیازمند کمک)	۱/۱۷	۰/۴۶	--	--	--	--
فعالیت‌های ابزاری روزمره زندگی (مستقل)	Ref	--	--	--	--	--
فعالیت‌های ابزاری روزمره زندگی (وابسته)	۱/۵۰	۰/۰۰۲	--	--	--	--
فعالیت‌های ابزاری روزمره زندگی (نیازمند کمک)	۱/۵۰	۰/۰۰۱	--	--	--	--
متأهل بودن	۱	۰/۹۵	--	--	--	--

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

تحصیلات (کارشناسی ارشد و بالاتر)	Ref	--	--	--	--	--
دیپلم	۱/۳۶	۰/۱۱	--	--	--	--
فوق‌دیپلم تا کارشناسی	۱/۵۳	۰/۰۳	--	--	--	--
وضعیت اقتصادی پائین	Ref	--	Ref	--	--	--
وضعیت اقتصادی متوسط	۰/۶۸	۰/۰۱	۲/۰۴	۱/۱۷	۳/۵۶	۰/۰۱۲
وضعیت اقتصادی بالا	۱/۱۸	۰/۱۷	۱/۷۸	۱/۱۲	۲/۸۲	۰/۰۱۴
سن	۰/۹۹	۰/۱۲	--	--	--	--
بعد خانوار	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۷۳	۰/۹۴	۰/۰۰۶
پهنه توسعه‌یافتگی بالا	Ref	--	--	--	--	--
پهنه توسعه‌یافتگی پائین	۲/۳	۰/۰۰۱	--	--	--	--
پهنه توسعه‌یافتگی متوسط	۱/۴	۰/۰۲۹	--	--	--	--
پهنه توسعه‌یافتگی متوسط رو به بالا	۱/۰۸	۰/۷۹	--	--	--	--

بحث

مطالعه حاضر به‌منظور ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت در ارائه خدمات توان‌بخشی جسمی به افراد دارای ناتوانی در کشور ایران انجام شد. یافته‌های این مطالعه حکایت از وضعیت نسبتاً خوب پاسخگویی نظام سلامت به خدمات توان‌بخشی جسمی ارائه‌شده به افراد دارای ناتوانی داشت، به‌نحوی‌که حدود ۶۵ درصد افراد موردمطالعه پاسخگویی را خوب ارزیابی کردند. به دلیل متفاوت بودن جامعه مورد مطالعه در این مطالعه با مطالعه‌های قبلی که در بیشتر موارد افراد بیمار و دریافت‌کنندگان مراقبت‌های روتین سرپایی و بستری یا افراد سالم و خانوارها بودند، یافته این مطالعه را نمی‌توان به راحتی با یافته‌های مطالعات قبلی مقایسه کرد(۱۵-۱۳). بااین‌حال معدود مطالعه‌های مشابه انجام شده، حکایت از وضعیت مشابه در مطالعه‌های قبلی دارد(۸,۹,۱۶,۱۷). به عنوان مثال می‌توان به پژوهش علوی و همکاران اشاره کرد که پاسخگویی را از دید مراجعه کنندگان ناتوان به مراکز توان‌بخشی جسمی شهر تهران در فاصله زمانی ۹۶-۱۳۹۵ ارزیابی و نشان داد از دید حدود ۸۰ درصد افراد پاسخگویی نظام سلامت خوب بوده است(۱۶). در مطالعه‌ی فروزان و همکارانش در سال ۱۳۹۲، پاسخگویی از دید افراد دارای اختلالات روان و گیرنده خدمات سلامت روان از بخش عمومی ارزیابی شد و وضعیت خوب برای پاسخگویی حدود ۵۳ درصد گزارش شد(۹). در پژوهش گولی و هارتمن(۱۷) که تحلیل ثانویه از داده‌های پیمایش مشترک سلامت امریکا و کانادا بود و رحمان و همکاران(۸) از داده‌های مطالعه سلامت سالمندان و بزرگسالان در چین، غنا، هند، مکزیک، روسیه و آفریقای جنوبی استفاده کردند. با توجه به یافته‌های همین مطالعه‌های محدودی که پاسخگویی نظام سلامت را از دیدگاه افراد دارای ناتوانی بررسی کردند، می‌توان نتیجه گرفت پاسخگویی نظام سلامت ایران در ارائه خدمات توانبخشی به افراد دارای ناتوانی اگرچه خوب است؛ ولی همچنان مداخله‌های بیشتر برای پاسخگویی بهتر موردنیاز است.

یافته‌های مطالعه نشان داد در میان ابعاد مختلف پاسخگویی، چهار بعد پاسخگویی سریع، قدرت انتخاب، محرمانه بودن و شأن و احترام وضعیت بهتری را نسبت به سه بعد استقلال و مشارکت در تصمیم‌گیری، کیفیت محیط و برقراری ارتباط داشتند. برخی از مطالعه‌های قبلی نیز با اشاره به وضعیت ضعیف ابعاد محرمانه ماندن اطلاعات، استقلال و مشارکت در تصمیم‌گیری و برقراری ارتباط، بر تقویت و بهبود این ابعاد تأکید کرده‌اند(۱۳,۱۴,۱۸,۱۹). لازم به ذکر است بر اساس نتایج یک مطالعه مروری، مطالعات مختلف وضعیت‌های متفاوتی را برای ابعاد پاسخگویی نظام سلامت گزارش کرده‌اند(۷). این مسئله با توجه به اینکه معمولاً برنامه‌ها و مداخله‌های بهبود پاسخگویی بر اساس نیازهای همان محیط طراحی و اجرا می‌گردد، دور از انتظار نیست. به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

همین دلیل توصیه می‌شود با انجام ارزیابی‌های دوره‌ای پاسخگویی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت بررسی و بر اساس نقاط قوت و ضعف راهکارهای اصلاحی ارائه شود. با در نظر داشتن نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد مداخله‌های تکمیلی برای پاسخگویی بهتر نظام سلامت در ارائه خدمات توان‌بخشی باید بیشتر با هدف استقلال و مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری، ارتقای کیفیت محیط ارائه خدمت و بهبود شیوه و نحوه برقراری ارتباط ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت و طراحی و اجرا گردد. ضرورت انجام چنین مداخله‌هایی در برخی مطالعه‌های قبلی(۲۲-۲۰) گزارش شده است. به عنوان مثال، ویلیامسون و همکاران در مطالعه خود، ضمن اشاره به وجود مشکلات مرتبط با بیان و دریافت پیام‌ها توسط افراد ناتوان، تقویت مهارت‌ها و توانایی‌های ارتباطی ارائه‌کنندگان خدمات حوزه توانبخشی جسمی را یکی از ابعاد اصلی بهبود فرآیند ارائه خدمت معرفی کردند(۲۰). عکافی و همکارانش نیز در مطالعه خود با بیان بیمار محور نبودن مراقبت‌های روانی، انجام مداخله‌هایی برای بهبود روابط بیمار و پزشک و افزایش مشارکت و تسهیم اطلاعات میان ارائه‌دهندگان و گیرندگان مراقبت را توصیه کرد(۲۱). یافته‌های یک مطالعه مروری نیز با اشاره کافی نبودن تسهیم اطلاعات میان ارائه‌کنندگان خدمات توانبخشی با افراد با ناتوانی، ضرورت مشارکت دادن بیشتر افراد و ارائه اطلاعات موردنیاز به آن‌ها را تأکید کرد(۲۲).

یافته‌های مطالعه همچنین گویای آن بود از میان پهنه‌های چهارگانه موردبررسی در ایران، پاسخگویی نظام سلامت به خدمات توان‌بخشی جسمی ارائه‌شده به افراد دارای ناتوانی در پهنه یک (استان‌های غربی) به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای ضعیف‌تر از سایر پهنه‌ها ارزیابی شده است. با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت نظام سلامت در خصوص ارائه خدمات توان‌بخشی جسمی به استان‌های غربی خصوصاً استان‌های مرزی به‌صورت چشمگیری نسبت به سایر پهنه‌ها ضعیف‌تر عمل کرده است. بخشی از این نابرابری را می‌توان به وجود نابرابری‌های فراهم بودن منابع برای ارائه خدمات توانبخشی در کشور نسبت داد(۲۳)؛ اما صرف‌نظر از فراهم بودن منابع، همان‌گونه که مطالعات مشابه قبلی نیز نشان می‌دهد(۲۴) هنوز تفاوت‌هایی در استان‌های کشور در فرایند ارائه خدمات سلامت مردم محور وجود دارد که می‌تواند منجر به تفاوت در ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت شود؛ لذا با توجه به تأکیدی که هم در سطح جهانی(۲۵) و هم در سطح ملی(۲۶) به از بین بردن نابرابری‌های می‌شود، لازم است در کنار برنامه‌ریزی‌های ملی برای بهبود پاسخگویی، مداخله‌های ویژه و اختصاصی برای مناطقی که نسبت به کل کشور وضعیت ضعیف‌تری دارد نیز طراحی و اجرا گردد.

در خصوص عوامل تعیین‌کننده در ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت در رفع نیازهای سلامت مرتبط با ناتوانی، یافته‌های مطالعه نشان داد وضعیت پوشش بیمه پایه سلامت، درصد ناتوانی، وضعیت اقتصادی و بعد خانوار از عواملی تعیین‌کننده‌ی پاسخگویی ضعیف بودند. اهمیت پوشش بیمه به‌عنوان عوامل مهم در پاسخگویی نظام سلامت در مطالعات قبلی اشاره شده است(۲۷)؛ اما اینکه چرا افراد دارای پوشش بیمه، سطح پاسخگویی نظام را ضعیف‌تر ارزیابی کردند، یافته‌ای است که به نظر واکاوی علت آن نیاز به مطالعه‌های بیشتر و تکمیلی‌تر دارد. این یافته را می‌توان این‌گونه توجیه کرد که پرداخت حق بیمه و برخورداری از پوشش بیمه سطح انتظارات و توقعات فرد را از خدمت‌رسانی نظام سلامت بالا می‌برد. از آنجایی که برخورداری از بیمه تقریباً به معنای نبود رابطه مالی بین گیرنده و ارائه‌دهنده خدمت است؛ بنابراین این افراد بیشتر نسبت به رفتار نظام سلامت حساس هستند. در مورد متغیر درصد ناتوانی، مشاهده شد افرادی که درصد ناتوانی کمتری داشتند ارزیابی ضعیفی از پاسخگویی نظام سلامت در مورد نیازهای سلامتی‌شان داشتند. این یافته مشابه یافته علوی و همکاران بود(۱۶). با توجه به اینکه خدمات و مراقبت‌های توانبخشی و نحوه ارائه درست آن‌ها هنوز در نظام ارائه خدمات سلامت کشور

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

جایگاه خود را پیدا نکرده است، این احتمال می‌رود که چیدمان کنونی صرفاً متمرکز بر ارائه خدمت به افراد دارای ناتوانی متوسط و زیاد است. اینکه چگونه نیازهای افرادی که ناتوانی زیادی ندارند (مانند افراد کم‌توان و یا افراد دارای نقایص فیزیکی خفیف) باید با رعایت احترام و حقوق وی ارائه گردد موضوعی است که کارکنان نظام سلامت از آن آگاهی کافی ندارند و همین مسئله منجر به ارزیابی ضعیف پاسخگویی آن‌ها شده است. اطلاع ناکافی از نیازهای افراد دارای ناتوانی و چگونگی رفع آن‌ها در یافته‌های مطالعه شیرازی‌خواه و همکارانش نیز گزارش شده است(۲۸). بررسی بیشتر در مورد علل اینکه چرا افراد دارای ناتوانی کمتر پاسخگویی نظام سلامت را ضعیف ارزیابی کردند، موضوع مناسبی برای مطالعات بعدی است. وضعیت اقتصادی یکی دیگر از متغیرهایی بود که در مطالعه ما نشان داد افراد دارای سطح اقتصادی فرد بالاتر بیشتر از بقیه پاسخگویی را ضعیف ارزیابی کرده‌اند. این یافته دور از انتظار نبود؛ زیرا بر اساس مبانی توسعه پایدار، برخورداری از وضعیت اقتصادی بهتر معمولاً با سطح آگاهی و اطلاع بیشتر از حقوق فردی همراه است(۱۸). به نظر می‌رسد وضعیت اقتصادی خوب این توانمندی را به افراد می‌دهد که بتوانند صدای خود را رساتر اعلام کنند و اگر شکایتی از سازمان‌ها و نهادها دارند آن را بدون ترس بیان کنند. در مورد بعد خانوار نیز مشاهده شد هر چه تعداد اعضای خانوار بیشتر باشد، پاسخگویی نظام سلامت مطلوب‌تر ارزیابی شده است. مطالعه مشابهی یافت نشد که به نقش این متغیر در ارزیابی پاسخگو بودن نظام سلامت اشاره کرده باشد. می‌توان گفت مشکلات خانواده‌های بزرگتر در مقایسه با خانواده‌های کوچکتر مانع از این می‌شود که فرد به اینکه نظام سلامت در ارائه خدمات موردنیاز چه رفتاری داشته توجه بیشتر کند؛ بنابراین افراد دارای خانواده‌های بزرگ‌تر پاسخگویی نظام سلامت را بهتر ارزیابی می‌کنند.

قوت این مطالعه، انجام پیمایش در سطح ملی و بر اساس وضعیت توسعه‌یافتگی برای ارزیابی وضعیت پاسخگویی نظام سلامت در ارائه خدمات توان‌بخشی جسمی از دیدگاه افراد دارای ناتوانی بود. برای افزایش اعتبار نتایج تلاش شد اصول مربوط به نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها انجام شود. با این‌حال احتمال تورش یادآوری و گزارش‌دهی از سوی پاسخ‌دهندگان وجود دارد که بهتر است در تعمیم نتایج آن را در نظر داشت.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه نشان داد که پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای سلامت افراد ناتوان نسبتاً خوب بوده؛ اما نابرابری در وضعیت پاسخگویی در مناطق مختلف جغرافیایی کشور دیده می‌شود. با توجه به اینکه بهبود پاسخگویی، از بین بردن نابرابری‌ها و توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر از تکالیف و سیاست‌های تدوین‌شده برای نظام سلامت کشور است اجرای مداخله‌هایی مانند برگزاری دوره‌های آموزشی مهارتی ویژه دستیاران رشته‌های مرتبط با توانبخشی، پزشکان عمومی و کارکنان سلامت، توسعه تسهیلات توانبخشی (ساختارها و نیروهای سلامت توانبخشی) متناسب با نیازهای مناطق مختلف و توانمندسازی افراد دارای ناتوانی پیشنهاد می‌شود. همچنین به منظور بررسی و واکاوی دلایل اینکه چرا از دید افراد دارای ناتوانی نظام سلامت پاسخگو نیست و چه اقداماتی را می‌توان برای پاسخگویی بیشتر و پایدار نظام سلامت اجرا کرد، انجام مطالعات بیشتر توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان تدوین سناریوهای سیاستی در حوزه توانبخشی جسمی از طریق بررسی وضعیت دسترسی افراد دارای ناتوانی جسمی به خدمات توانبخشی و تدوین شاخص‌های مطلوب خدمات توانبخشی جسمی در ایران است که با حمایت مالی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی (کد ۲۲۴۳) انجام شد. نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافعی وجود ندارد. از

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

همه افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند تشکر می‌نماییم.

منابع

1.World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) external icon. Geneva: World Health Organization; 2001.
2.Groce NE. Global disability: an emerging issue. Lancet Glob Health. 2018;6(7):724-725.
3.Harrison JAK, Thomson R, Banda HT, Mbera GB, Gregorius S, Stenberg B, et al. Access to health care for people with disabilities in rural Malawi: what are the barriers. BMC Public Health. [Internet]. 2020 [cited 2020 June 1]; 20: 833. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08691-9.
4.Khodabakhshi-koolaee A, Flasafinejad MR, Mayeli Khezerloo Z, Mohamadi F. Correlation of health literacy with quality of life in athletic disabled women. J Educ Community Health. 2018; 5(3): 31-37.
5.Ahmadzadeh N, Azar FEF, Baradaran HR, Roghani RS, Shirazikhah M, Joghataei MT, et al. A framework for national rehabilitation policy and strategies in Iran: A scoping review of experiences in other countries. Iran J Public Health. 2020;49(9):1597-1610.
6.World Health Organization. The World health report:2000: Health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2000.
7.Khan G, Kagwanja N, Whyle E, Gilson L, Molyneux S, Schaay N, et al. Health system responsiveness: A systematic evidence mapping review of the global literature. Int J Equity Health. [Internet]. 2021 [cited 2021 May 1]; 20:112. Available from: https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01447-w#citeas.
8.Rahman MHU, Singh A, Madhavan H. Disability-based disparity in outpatient health system responsiveness among the older adults in low- to upper-middle-income countries. Health Policy Plan. 2019; 34(2):141-150.
9.Forouzan S, Padyab M, Rafiey H, Ghazinour M, Dejman M, San Sebastian M. Measuring the mental health-care system responsiveness: results of an outpatient survey in Tehran. Front Public Health. [Internet]. 2015 [cited 2016 January 27]; 3:1-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26858944/. DOI: 10.3389/fpubh.2015.00285.
10.Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Mousavi T, et al. National survey of availability of physical rehabilitation services in Iran: A mixed methods study. Electron Physician. 2017; 9(11):5778- 5786.
11.Farzadfar F, Danaei G, Namdaritabar H, Rajaratnam JK, Marcus JR, Khosravi A, et al. National and subnational mortality effects of metabolic risk factors and smoking in Iran: a comparative risk assessment. Popul Health Metr. 2011; 9(1):1-11.
12.Alavi M, Forouzan AS, Moradi-Lakeh M, Ardakani MRK, Shati M, Noroozi M, et al. Inequality in responsiveness: A study of comprehensive physical rehabilitation centers in capital of Iran. Health Serv Res Manag Epidemiol. [Internet]. 2018 [cited 2018 June 9]; 5:1-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30083575/. DOI:10.1177/2333392818789026. eCollection 2018 Jan-Dec.
13.Ebrahimipour H, Vafaei Najjar A, Khani Jahani A, Pourtaleb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. Int J Health Policy Manag. 2013; 1(1):85-90.
14.Piroozi B, Mohamadi Bolban Abad A, Moradi G. Assessing health system responsiveness after the implementation of health system reform: a case study of Sanandaj, 2014-2015. IJE. 2016; 11(4):1-9.[FA].
15.Baharvand P. Responsiveness of the health system towards patients admitted to west of Iran hospitals. Electron J Gen Med. 2019;16(2):1–7.
16.Alavi M, Khodaie Ardakani MR, Moradi-Lakeh M, Sajjadi H, Shati M, Noroozi M, et al. Responsiveness of physical rehabilitation centers in capital of Iran: Disparities and related determinants in public and private sectors. Front Public Health. [Internet]. 2018 [cited 2018 November

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]

14]; 6:1-10. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6247717/. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00317.
17.Gulley SP, Altman BM. Disability in two health care systems: access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. Disabil Health J. 2008;1(4):196-208.
18.Ugurluoglu O CY. How responsive Turkish health care system is to its citizens: the views of hospital managers. J Med Syst. 2006; 30(6):421-428.
19.Njeru MK, Blystad A, Nyamongo IK, Fylkesnes K. A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counselling services in Kenya. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2009 [cited 2009 December 22]; 9:1-11. Available from: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-243. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-243
20.Williamson HJ, Contreras GM, Rodriguez ES, Smith JM, Perkins EA. Health care access for adults with intellectual and developmental disabilities: A scoping review. OTJR. 2017; 37(4):227-236.
21.Akkafi M, Sajadi HS, Sajadi ZS, Krupat E. Attitudes toward patient-centered care in the mental care services in Isfahan, Iran. Community Ment Health J. 2019; 55(3):548-552.
22.Mlenzana NB, Frantz JM, Rhoda AJ, Eide AH. Barriers to and facilitators of rehabilitation services for people with physical disabilities: A systematic review. Afr J Disabil. [Internet]. 2013 [cited 2013 September 19]; 2(1):1-6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5442576/. DOI: 10.4102/ajod.v2i1.22. eCollection 2013.
23.Sajadi HS, Shirazikhah M, Joghataei M. Need to expand rehabilitation facilities to improve access to health services for people with disabilities in Iran. refahj. 2021; 21 (81):9-14.[FA]
24.Ghiasvand H, Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Kiani M M, Armoon B, Takian A. Health equity in Iran: A systematic review. Med J Islam Repub Iran. 2021; 35(1):394-408.
25.Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. BMC Med. [Internet]. 2015 [cited 2015 April 29]; 13: 101. Available from: https://doi.org/10.1186/s12916-015-0342-3
26.Sajadi HS, Gholamreza Kashi F, Majdzadeh R. Identifying national health priorities: Content analysis of the Islamic Republic of Iran's General Health Policies (GHPs). World Med Health Policy. 2020;12(2):123-36.
27.Valentine N, Verdes-Tennant E, Bonsel G. Health systems' responsiveness and reporting behaviour: Multilevel analysis of the influence of individual-level factors in 64 countries. Soc Sci Med. 2015; 138:152-60.
28.Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajjadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Shahboulaghi FM, et al. Health services coverage: Physical access to rehabilitation facilities in Tehran compare with the country. J Educ Health Promot. [Internet]. 2021 [cited 2021 January 28]; 10:1-6. Available from: https://jehp.net/article.asp?issn=22779531;year=2021;volume=10;issue=1;spage=4;epage=4;aulast=Shirazikhah. DOI: 10.4103/jehp.jehp_515_20
.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.61186/sjku.28.4.174]