Responsiveness of Rehabilitation Centers from the Perspective of Service Recipients: A Case Study of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

1- Nazanin Khajeh
M.A. in Social Welfare, Student Research Community, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Seyed Hossein Mohaqeqi Kamal
PhD in Social Welfare, Social Determinants of Health Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
hosseinmohaqeq@gmail.com

3- Sina Ahmadi
PhD in Social Welfare, Department of Public Health, School of Health, Social Development and Health Promotion Research Center, Research Institute for Health, Kermanshah University of Medical Sciences.

4- Farhad Azadi
PhD in Physiotherapy, Neuromusculoskeletal Rehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

5- Neda SoleimanvandiAzar
PhD in Social Welfare, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Preventive Medicine and Public Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

KeyWords:
Responsiveness, Rehabilitation Centers, Service Recipients, Health System, Iran.

Received: 2025/01/03

Revised: 2025/04/15

Accepted: 2025/09/02

Introduction: Responsiveness is a critical metric in evaluating rehabilitation services, given their long-term and continuous nature. This study aimed to assess the responsiveness of rehabilitation centers affiliated with the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWRS) from the perspective of their service recipients.

Method: This cross-sectional study was conducted in 2024 among all service recipients of USWRS-affiliated rehabilitation centers in Tehran. The World Health Organization's Health System Responsiveness Questionnaire was administered, and 384 valid responses were collected. Data were analyzed using SPSS software (version 22).

Findings: The age of participants ranged from 3 to 78 years, with a mean of 34.28 (±25.08) years. The overall responsiveness score was above average. Outpatients reported significantly higher responsiveness scores than inpatients. Among the responsiveness dimensions, social support received the lowest score (3.73), while confidentiality received the highest (3.91). A significant difference was observed in mean responsiveness scores across the three centers: Asma (4.04), Nezam Mafi (3.90), and Rofeideh (3.71). Furthermore, higher responsiveness scores were reported by women, married individuals, and those covered by health, social, or supplementary insurance.

Discussion: The dimension of social support requires targeted policy attention to strengthen support systems for rehabilitation service recipients. These findings can inform strategies to improve the performance of rehabilitation centers, enhance service quality, and ultimately increase service recipient satisfaction.

Citation: Khajeh N, Mohaqeqi Kamal S H, Ahmadi S, Azadi F, SoleimanvandiAzar N. (2026). Responsiveness of Rehabilitation Centers at the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences from the Perspective of Service recipients. Social Welfare Quarterly. 25(99), 151-177. doi:10.32598/refahj.25.99.1369.7

URL: http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4437-en.html

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

Extended Abstract

Introduction

Responsiveness is a critical and fundamental component of a people-centered healthcare system. It reflects the extent to which a health system meets the population's legitimate, non-medical expectations regarding their interaction with the system (Vandam et al., 2020). These "reasonable expectations" are grounded in widely accepted social principles, legal standards, and ethical norms (Gohari et al., 2024). In any social system, including healthcare, there exists a social contract where society expects its members to receive appropriate physical and psychological care, making the pursuit of responsiveness an inherent social goal (Mohamadi et al., 2025). Furthermore, responsiveness is not a static measure; it is intricately related to individuals' place of residence (Chao et al., 2017) and the broader social characteristics of the community (Keyvanlo, 2020).

Incorporating the perspectives of service recipients is paramount for assessing processes and empowering all stakeholders involved in service delivery. This participatory approach creates opportunities for meaningful involvement in both service provision and critical decision-making. This principle holds exceptional significance in the context of rehabilitation services, as it directly aligns with the global advocacy for participation, empowerment, equal opportunities, and social integration for persons with disabilities. To ensure service quality, equitable distribution, and financial accessibility, organizations must actively seek and incorporate client feedback and satisfaction levels. This is especially crucial for rehabilitation, which is inherently a long-term and continuous process. A service recipient's satisfaction or dissatisfaction with the quality of care can directly influence their motivation and behavior in adhering to and completing their rehabilitation program (Hatami-Zadeh et al., 2008).

The importance of health system responsiveness is magnified within rehabilitation services. These services directly impact the quality of life of individuals with physical, mental, or sensory disabilities and play a vital role in their ability to engage in social interactions and daily activities. Given that individuals requiring rehabilitation typically need continuous and specialized care, the system's respon-

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

siveness can directly affect service quality, access to essential resources and social support, and ultimately, the overall satisfaction of those receiving care (Mohamadi et al., 2025).

Despite its importance, the rehabilitation sector has received comparatively less research and policy focus than other areas of the healthcare system (Fathi et al., 2019). A review of studies on health system responsiveness in Iran reveals two key gaps: first, research in this area has been limited and scattered, and second, the existing studies have primarily focused on welfare centers, the Red Crescent, and private organizations. Notably, the rehabilitation centers affiliated with the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWRS)—considered a national hub for rehabilitation—have not been systematically evaluated. USWRS operates key facilities including Razi and Rofeideh hospitals, as well as the Asma and Nezam Mafi rehabilitation centers, which provide specialized services to various beneficiary groups. Therefore, this study aims to fill this significant gap by comprehensively assessing the responsiveness of USWRS rehabilitation centers from the perspective of their service recipients.

Methods

This study employed a descriptive-analytical, cross-sectional design. The research population consisted of all individuals receiving services in 2024 from the rehabilitation centers of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences in Tehran. A sample was drawn from three specific centers: the Nezam Mafi and Asma centers (representing outpatient services) and Rofeideh Hospital (representing inpatient services). Using a convenience sampling method and with necessary coordination, 384 participants were recruited over a three-month period from early July to late September 2024. Questionnaires were distributed equally across all three centers to ensure balanced representation.

The primary data collection instrument was the 25-item Health System Responsiveness questionnaire of the World Health Organization. This validated tool assesses eight core dimensions: dignity, autonomy, confidentiality, communication, prompt attention, choice of provider, quality of basic amenities, and access to social support networks. Responses are captured on a 5-point Likert scale rang-

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

ing from 1 (Very Poor) to 5 (Very Good). Consequently, the average score for each dimension and the overall responsiveness score falls between 1 and 5. For interpretation, an average score below 2.5 is considered poor, between 2.5 and 3.5 is average, and above 3.5 is good (Qin et al., 2022). The questionnaire's validity and reliability for the Iranian context have been established in prior research by Fathi et al. and Khezri et al. Its content validity was confirmed with a Content Validity Index (CVI) of 0.91 based on feedback from 11 rehabilitation specialists. Reliability, tested via the test-retest method across four centers with a two-week interval, showed a strong correlation coefficient of 0.83 and a Cronbach's alpha of 0.77 (Fathi et al., 2019). All statistical analyses were performed using SPSS software version 22.

Findings

The age of participants ranged from 3 to 78 years, with a mean age of 34.28 years (±25.08). Half of the participants (194 individuals) were single, and 28.4% (109 individuals) held a high school diploma. The majority, 79.4% (305 individuals), were outpatients, while 20.6% (79 individuals) were inpatients.

The overall mean responsiveness score for the entire sample was 3.85 out of 5. Analysis of the eight specific dimensions revealed that confidentiality received the highest score (3.91), while access to social support networks received the lowest score (3.73).

A comparative analysis showed that outpatients reported a significantly higher overall responsiveness score compared to inpatients. Furthermore, outpatients rated all individual dimensions of responsiveness more highly than inpatients did. This difference was statistically significant for the total score and for all dimensions except for the social support dimension.

Significant differences were also observed between the three studied centers. The Asma center received the highest mean responsiveness score (4.04), followed by the Nezam Mafi center (3.90), and finally Rofeideh Hospital (3.71).

The study also examined the relationship between responsiveness scores and key demographic variables. The results indicated that responsiveness was significantly higher among women, married individuals, and those covered by health, social, or

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

supplementary insurance. However, no statistically significant relationship was found between responsiveness scores and the participants' employment status or education level.

Discussion

The findings of this study demonstrate that the evaluation of health system responsiveness, including the scores across its various dimensions, is influenced by a complex interplay of factors. These include the specific operational and cultural characteristics of each rehabilitation center, the demographic profile of the service recipients, and broader social and cultural contexts. The results underscore several critical points for policy and practice.

Firstly, the consistently low score for the social support dimension across all centers and patient groups demands urgent and special attention. This indicates a systemic weakness in providing the psychosocial support and community integration resources that are essential for holistic rehabilitation. Strengthening this dimension requires targeted policymaking and the development of integrated support programs.

Secondly, the identified disparities highlight the need for a more tailored and equity-focused approach. The lower responsiveness reported by inpatients, single individuals, and those without comprehensive insurance suggests that these groups may face additional barriers or have unmet needs within the current service model. Rehabilitation centers must develop strategies to better address the specific vulnerabilities and circumstances of these populations.

In conclusion, enhancing responsiveness in rehabilitation services is a multifaceted challenge. It requires moving beyond a one-size-fits-all model to one that is sensitive to the distinct needs of different service recipient groups and institutional settings. By focusing on strengthening social support systems and implementing targeted interventions for underserved groups, the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences—and similar institutions—can significantly improve service quality, increase recipient satisfaction, and more fully realize the principles of a people-centered, equitable, and effective rehabilitation system. These findings provide a concrete evidence base for administrators and policymakers to guide these essential improvements.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

Ethical Consideration

Compliance With Ethical Guidelines

This work was approved by the Ethics Review Committee at University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences in Iran (IR.USWR.REC.1403. 023).

Authors' contributions

SHMK and NKH contributed to the study design. NKH was responsible for data collection and literature review. Data analysis and drafting of the manuscript were performed by SA; while SHMK, NS, and FA critically reviewed the manuscript. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Funding

No funding was received for conducting this study.

Conflicts of interest

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

بررسی وضعیت پاسخگویی مراکز توانبخشی از نظر دریافت کنندگان خدمت (مطالعه موردی: مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی)

۱. نازنین خواجه
کارشناس ارشد سلامت و رفاه اجتماعی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. سید حسین محققی کمال
دکتر سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
hosseinmohaqeq@gmail.com

۳. سینا احمدی
دکتر سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت پژوهشکده سیاستگذاری و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. فرهاد آزادی
دکتر فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات توانبخشی اختلالات عصبی عضلانی اسکلتی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۵. ندا سلیمانوندی آذر
دکتر سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات طب پیشگیری و سلامت جمعیت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

واژه‌های کلیدی:
پاسخگویی، مراکز توانبخشی، دریافت کنندگان خدمت، نظام سلامت، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۴
آخرین اصلاح: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۱

مقدمه: *پاسخگویی یکی از مولفه‌های اصلی نظام سلامت است. پاسخگویی نظام سلامت با زمینه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی افراد جامعه مرتبط است. این امر در مورد خدمات توانبخشی اهمیت دوچندان دارد زیرا توانبخشی فرایندی طولانی و پیوسته است و رضایت توان جویان از کیفیت خدمات در تداوم برنامه توانبخشی موثر است. هدف این مطالعه بررسی وضعیت پاسخگویی مراکز توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی از نظر دریافت کنندگان خدمت در سال ۱۴۰۳ بود.*

روش: *این مطالعه، پیمایشی از نوع مقطعی است. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد دریافت کننده خدمت از مراکز توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران بودند. نمونه‌گیری از مراکز توانبخشی نظام مافی و اسماء (مراجعین سرپایی) و بیمارستان رفیده (بیماران بستری) به صورت در دسترس انجام شد. پرسش‌نامه پاسخگویی نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی توزیع و ۳۸۴ نمونه جمع‌آوری شد. مراجعینی که توانایی برقراری ارتباط داشته و حداقل یک جلسه خدمات توانبخشی دریافت کرده بودند و برای بیماران، بستری به مدت حداقل ۴۸ ساعت وارد مطالعه شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی با نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS انجام شد.*

یافته‌ها: *دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳ تا ۷۸ سال با میانگین (۲۸/۰۸±۳۴/۲۵) بود. نمرات پاسخگویی برای کل نمونه بالاتر از میانگین و این امتیاز برای مراجعین سرپایی بالاتر از بیماران بستری بود. کمترین نمره پاسخگویی به بعد حمایت اجتماعی و بیشترین نمره پاسخگویی به بعد محرمانگی اختصاص داشت. میانگین نمرات پاسخگویی در مرکز اسما، نظام مافی و رفیده بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. همچنین زنان، افراد متاهل و افراد دارای بیمه های درمان، اجتماعی و تکمیلی پاسخگویی بالاتری را گزارش کردند.*

بحث: *نتایج این مطالعه نشان می‌دهد پاسخگویی ابعاد مختلفی دارد که در تجربه دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی مؤثر است. ابعاد مختلف پاسخگویی در کیفیت خدمات توانبخشی تأثیرگذار هستند. در میان ابعاد پاسخگویی بعد حمایت اجتماعی نیازمند توجه ویژه در سیاست‌گذاری‌ها به منظور تقویت حمایت اجتماعی برای دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی است. این یافته‌ها می‌تواند به بهبود عملکرد مراکز توانبخشی و ارتقاء کیفیت خدمات توانبخشی در راستای افزایش رضایت دریافت‌کنندگان خدمات کمک کند.*

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

مقدمه

پاسخگویی نظام سلامت به معنای تعهد و مسئولیت‌پذیری سیستم‌های بهداشتی و درمانی در قبال تأمین نیازهای سلامت جامعه و ارائه خدمات به صورت شفاف، کارآمد و منصفانه است. پاسخگویی در نظام سلامت به معنای توانایی این سیستم‌ها در ارزیابی و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه‌شده، شفافیت در استفاده از منابع مالی، و تأمین عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی برای تمام اقشار جامعه است (سازمان بهداشت جهانی[1]، ۲۰۰۰). به‌ویژه در نظام‌های بهداشتی مبتنی بر تأمین اجتماعی یا نظام‌های بهداشتی دولتی، پاسخگویی نقش کلیدی در اعتماد مردم به سیستم و در نهایت ارتقای سلامت عمومی دارد (هونگ و همکاران[2]، ۲۰۲۵).

سازمان بهداشت جهانی برای بررسی پاسخگویی مدلی ارائه کرده است که دارای ۸ بعد است و در دو بخش مشتری مداری و ساختاری ارائه شده است. ابعاد پاسخگویی شامل: حفظ شأن و کرامت فرد، برقراری ارتباط صمیمانه، محرمانگی اطلاعات، استقلال افراد و خانواده ها برای تصمیم گیری در مورد سلامت خود، توجه فوری، حمایت اجتماعی، امکانات فیزیکی مرکز درمانی و حق انتخاب درمانگر و مراقب سلامت هستند. این مدل بیشتر نیازهای غیرطبی و روابط بین انسانی را پوشش می دهد و ابعاد آن به شیوه جامع، آزمون پذیر و قابل مقایسه بین جمعیت های گوناگون طراحی شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

به طور کلی پاسخگویی در نظام سلامت یک مولفه مهم و اساسی از سیستم‌های بهداشتی است و بر این نکته تأکید دارد که چگونه یک سیستم سلامت، مردم محور است و انتظارات منطقی مردم را تا چه حد برآورده می‌سازد (وندان[3] و همکاران، ۲۰۲۰). منظور از انتظارات منطقی اصول شناخته شده و مورد قبول و یا قوانین و استانداردها است (گوهری و همکاران،

1. WHO
2. Hong
3.Vandan

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

۲۰۲٤). در هر نظام اجتماعی، جامعه انتظاراتی نظیر برخورد فیزیکی و روانی با افراد آن جامعه منطقی هستند. بنابراین پاسخگویی همواره یک هدف اجتماعی است(محمدی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین حائز اهمیت است که پاسخگویی با مکان زندگی افراد (چائو[1] و همکاران، ۲۰۱۷) و خصوصیات اجتماعی جامعه (کیوانلو، ۲۰۲۰) مرتبط است.

در زمان حال نظر مشتری برای سنجش فرایندها و توانمند سازی مجموعه افراد درگیر در ارائه و دریافت خدمات اهمیت بسیاری دارد و زمینه حضور آنها را در عرصه های ارائه خدمت و مشارکت و تصمیم گیری های مهم فراهم می سازد. در خدمات توانبخشی، این موضوع اهمیت بیشتری پیدا می کند زیرا در راستای آرمان های مشارکت، توانمندسازی، تلاش برای فرصت های برابر و یکپارچگی قرار گرفته که از سالهای گذشته در سازمانهای جهانی برای افراد درگیر با ناتوانی مطرح شدند. سازمان ها برای اطمینان از مطلوب بودن کیفیت خدمات، توزیع عادلانه خدمات و دسترسی مالی همه مردم به آن باید نظر مراجعین و میزان رضایتشان را بدانند. این امر در مورد خدمات توانبخشی اهمیت دوچندان دارد زیرا توانبخشی فرایندی طولانی و پیوسته است و رضایت و عدم رضایت توان جویان از کیفیت خدمات بر رفتار آنان در تداوم برنامه توانبخشی موثر است(حاتمی‌زاده و همکاران، ۲۰۰۸).

پاسخگویی نظام سلامت در خدمات توانبخشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این خدمات به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی افراد با ناتوانی‌های جسمی، ذهنی، یا حسی تأثیر می‌گذارند و بر توانایی آن‌ها در برقراری تعاملات اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های روزمره نقش حیاتی دارند. از آنجا که افراد دارای نیازهای توانبخشی معمولاً به خدمات مستمر و تخصصی نیاز دارند، پاسخگویی نظام سلامت در این حوزه می‌تواند تأثیر مستقیم بر کیفیت خدمات، دسترسی به منابع و حمایت‌های اجتماعی و همچنین رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمت داشته باشد(محمدی و همکاران، ۲۰۲۵). پاسخگویی در خدمات

1. Chao

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

توانبخشی به معنای این است که سیستم‌های بهداشتی باید قادر به ارائه خدمات متناسب با نیازهای خاص هر فرد باشند و در عین حال تضمین کنند که این خدمات به‌طور شفاف و منصفانه ارائه می‌شود. علاوه بر این، پاسخگویی در این زمینه شامل نظارت و ارزیابی مستمر خدمات، تخصیص منابع به صورت کارآمد و شفاف، و اطمینان از دسترسی عادلانه به خدمات برای تمامی اقشار جامعه است. برای مثال، عدم پاسخگویی می‌تواند منجر به تأخیر در ارائه خدمات یا دسترسی محدود به خدمات تخصصی توانبخشی شود، که در نهایت کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، پاسخگویی در نظام سلامت توانبخشی می‌تواند به بهبود هماهنگی بین تیم‌های درمانی، کاهش هزینه‌ها، افزایش بهره‌وری و رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات کمک کند. مطالعات نشان داده‌اند که نظام‌های توانبخشی پاسخگو با ارتقاء کیفیت خدمات و اعتماد عمومی، می‌توانند به بهبود سلامت و رفاه افراد با نیازهای خاص کمک کنند و به جلوگیری از مشکلات اجتماعی و اقتصادی مرتبط با ناتوانی‌ها کمک نمایند (حاتمی‌زاده و همکاران، ۲۰۰۸). این مطالعه درنظر دارد وضعیت پاسخگویی مراکز توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی از نظر دریافت کنندگان خدمت در سال ۱۴۰۳ را احصا و عوامل مرتبط با آن را بررسی نماید.

پیشینه تجربی

با وجود رشد روزافزون مطالعات در زمینه پاسخگویی نظام سلامت در حوزه‌های مختلف خدماتی، شواهد نشان می‌دهد که حوزه توانبخشی در ایران همچنان از توجه کافی پژوهشی برخوردار نبوده است (فتحی و همکاران، ۲۰۱۹). مرور منابع داخلی نشان می‌دهد که اولاً تعداد پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه بسیار اندک و پراکنده است و ثانیاً همین مطالعات محدود نیز بیشتر بر مراکز غیردولتی از جمله سازمان بهزیستی، جمعیت هلال احمر و مراکز خصوصی متمرکز بوده‌اند. در مقابل، مراکز توانبخشی وابسته به نظام سلامت رسمی و به‌ویژه

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

وزارت بهداشت کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند (محمدی و همکاران، ۲۰۲۵، رشیدیان و همکاران، ۲۰۱۱، کیوانلو و همکاران، ۲۰۲۰). این موضوع می‌تواند تصویر ناقصی از وضعیت واقعی پاسخگویی در سطح ملی ارائه دهد؛ چرا که مراکز دولتی نه‌تنها سهم عمده‌ای در ارائه خدمات توانبخشی دارند، بلکه با جمعیت گسترده‌تری از بیماران و توان‌جویان در ارتباط هستند. در نتیجه، فقدان شواهد کافی در این بخش مهم از نظام سلامت، منجر به نادیده گرفتن برخی چالش‌های اساسی همچون محدودیت منابع، کیفیت خدمات، و موانع دسترسی می‌شود و در عین حال فرصت‌های بالقوه برای بهبود پاسخگویی و ارتقای عدالت در ارائه خدمات توانبخشی را نیز پنهان می‌سازد. این خلأ پژوهشی با توجه به افزایش روزافزون جمعیت افراد دارای ناتوانی و نیازهای چندبعدی آنان، می‌تواند در آینده به یکی از موانع اصلی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی نظام سلامت تبدیل شود.

با وجود اهمیت و جایگاه دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به‌عنوان قطب اصلی توانبخشی کشور، تاکنون مراکز وابسته به این دانشگاه در زمینه پاسخگویی مورد مطالعه جدی قرار نگرفته‌اند. این دانشگاه به‌عنوان تنها نهاد آموزش عالی تخصصی در حوزه توانبخشی در ایران، مجموعه‌ای از مراکز بالینی و آموزشی را در اختیار دارد که نقش بسزایی در ارائه خدمات تخصصی به افراد دارای ناتوانی ایفا می‌کنند. از جمله این مراکز می‌توان به بیمارستان‌های رازی و رفیده و همچنین مراکز توانبخشی اسماء و نظام مافی اشاره کرد که طیف گسترده‌ای از خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی را به گروه‌های مختلف ذی‌نفع ارائه می‌دهند. این مراکز علاوه بر ارائه خدمات مستقیم، در تربیت نیروی انسانی متخصص، توسعه دانش بومی و الگوسازی برای سایر مراکز توانبخشی کشور نیز نقشی تعیین‌کننده دارند. با این حال، نبود مطالعات کافی درباره میزان پاسخگویی این مراکز باعث شده است تا تصویر دقیقی از میزان انطباق خدمات با نیازها و انتظارات مراجعان در دسترس نباشد. از آنجا که پاسخگویی یکی از شاخص‌های کلیدی ارزیابی کیفیت و کارآمدی نظام سلامت محسوب می‌شود، بررسی این موضوع می‌تواند دیدگاهی تازه در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

زمینه نقاط قوت و چالش‌های موجود ارائه دهد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت پاسخگویی مراکز توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی از منظر دریافت‌کنندگان خدمت طراحی شده است تا بتواند شکاف موجود در ادبیات پژوهشی را پوشش دهد و زمینه‌ساز بهبود سیاست‌ها و برنامه‌های آتی در این حوزه باشد.

روش

این مطالعه، از نوع مقطعی است. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد دریافت کننده خدمت در سال ۱۴۰۳ از مراکز توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بودند. نمونه‌گیری از مراکز توان‌بخشی نظام مافی و اسماء (مراجعین سرپایی) و بیمارستان رفیده (بیماران بستری) انجام شد. برای انتخاب حجم نمونه، با توجه به مطالعات قبلی دامنه متغیر پاسخگویی از ۴۰ تا ۶۰ درصد متغیر بوده (فتحی و همکاران، ۲۰۱۹، علوی و همکاران ۲۰۱۸) و به صورت میانگین حدود ۵۰ درصد بوده است، برای برآورد نمونه p=۰/۵ در نظر گرفته شد. بنابراین برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که در آن میزان d=۰/۰۵ در نظر گرفته شد. بنابراین حجم نمونه براساس فرمول تعداد ۳۸۴ نفر محاسبه شد.

برای انتخاب نمونه ها از روش نمونه گیری در دسترس و با هماهنگی های لازم در یک بازه سه ماهه از ابتدای تیر تا انتهای شهریور ۱۴۰۳ نمونه ها انتخاب و پرسشنامه ها بطور مساوی در هر سه مرکز تکمیل توسط مشارکت کنندگان شد. همچنین، از آنجاکه بخش بزرگی از مراجعان مراکز توانبخشی را کودکان تشکیل می دهند. در صورتی که مراجع کودک بود، سوالات پرسشنامه را همراه او که در اکثر موارد مادر بود پاسخ می داد. مراجعینی که توانایی برقراری ارتباط داشته و حداقل یک جلسه خدمات توانبخشی دریافت کرده بودند و برای بیماران، بستری به مدت حداقل ۴۸ ساعت وارد مطالعه شدند. همچنین عدم تمایل به همکاری در مطالعه و پرسشنامه های ناقص از معیارهای خروج از مطالعه بودند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

در این مطالعه از پرسشنامه ۲۵ سوالی پاسخگویی متعلق به سازمان بهداشت جهانی[1] استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۸ بعد پاسخگویی شامل حفظ شأن و کرامت بیمار[2]، استقلال[3]، حق انتخاب[4]، محرمانگی[5]، برقراری ارتباط مناسب با بیمار[6]، توجه و رسیدگی فوری[7]، کیفیت تسهیلات رفاهی[8]، حمایت اجتماعی[9] می باشد. بعد حمایت اجتماعی در خدمات سرپایی وجود ندارد و فقط منحصر به خدمات بستری است. شیوه امتیازدهی به این پرسشنامه به شیوه لیکرت از ۱ تا ۵ (خیلی خوب، خوب، متوسط، نامناسب، خیلی نامناسب) است، که به گزینه خیلی خوب امتیاز ۵ و به گزینه خیلی بد امتیاز ۱ داده می شود، در نتیجه میانگین نمره هر بعد از پاسخگویی و نمره کل پاسخگویی عددی بین ۵-۱ خواهد بود، به طوری که اگر میانگین نمره پاسخگویی یا ابعاد آن کمتر از ۲/۵ باشد ضعیف، بین ٤-۲/۵ متوسط و بالاتر از ٤ خوب ارزیابی می گردد(کوئن[10] و همکاران، ۲۰۲۲). این پرسشنامه در ایران توسط فتحی و همکاران برای بررسی وضعیت پاسخگویی سازمان های ارائه دهنده خدمات توانبخشی به‌کار گرفته شده و روایی محتوایی آن با توزیع پرسشنامه بین ۱۱ نفر از استادان متخصص توانبخشی با نمره CVI =۰/۹۱ و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون و بازآزمون در چهار مرکز در فاصله زمانی دو هفته با ضریب همبستگی ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تأیید شده است(فتحی و همکاران، ۲۰۱۹).

برای تحلیل داده ها ابتدا از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین) استفاده شد. نرمالیتی متغیر پاسخگویی با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (P<۰/۰۰۱) بررسی شد و به دلیل نرمال نبودن توزیع، از آزمون های ناپارامتری من ویتنی، کای اسکوئر، کروسکال‌والیس و اسپیرمن با نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

1. Health system responsiveness questionnaire 2. Dignity 3 . Autonomy
4. Choice of provider 5. Confidentiality 6. Clarity of communication
7. Prompt attention 8. Quality of basic amenities 9. Social supports
10. Qin

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳ تا ۷۸ سال با میانگین (۳۴/۲۸±۲۵/۰۸) بود. ۵۰/۵ درصد مجرد و ۲۸/۴درصد دارای مدرک دیپلم بودند. ۷۹/۴ درصد آنها از خدمات سرپایی و ۲۰/۶ درصد از خدمات بستری استفاده نموده‌اند. جزئیات مشخصات دموگرافیک و اجتماعی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱. توزیع فراوانی ویژگی های فردی دریافت کنندگان خدمات

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۷۶	۴۵/۸
	زن	۲۰۸	۵۴/۲
وضعیت تاهل	مجرد	۵۰/۵	۱۹۴
	متاهل	۴۵/۱	۱۷۳
	بیوه	۴/۴	۱۷
بیمه درمان	دارد	۳۴۵	۸۹/۵
	ندارد	۳۹	۱۰/۵
بیمه اجتماعی	دارد	۳۶۳	۹۴/۵
	ندارد	۲۱	۵/۵
بیمه تکمیلی	دارد	۲۹۸	۷۷/۶
	ندارد	۸۶	۲۲/۴
نوع خدمت دریافت شده	سرپایی	۳۰۵	۷۹/۴
	بستری	۷۹	۲۰/۶
تحصیلات	بی سواد	۱۰۸	۲۸/۱
	ابتدایی- راهنمایی	۶۵	۱۶/۹
	دیپلم	۱۰۹	۲۸/۴
	دانشگاهی	۱۰۲	۲۶/۶

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
وضعیت اشتغال	شاغل	۹٤	۲٤/٥
	بیکار	۱۱۱	۲۸/۹
	خانه دار	٦۳	۱٦/٤
	بازنشسته	٦۲	۱٦/۱
	محصل	٥٤	۱٤/۱

بر اساس نتایج جدول شماره۲، میانگین نمرات پاسخگویی برای کل نمونه ۳/۸۵ از ۵ بود. کمترین نمره پاسخگویی به بعد حمایت اجتماعی (۳/۷۳) و بیشترین نمره پاسخگویی به بعد محرمانگی (۳/۹۱) اختصاص داشت.

جدول۲. وضعیت پاسخگویی نظام سلامت و ابعاد آن در مراکز توانبخشی تحت پوشش دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

متغیر	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
شان و کرامت	۳۸٤	۲/۷۱	٥/۰۰	۳/۸۸	۰/۳۱
استقلال	۳۸٤	۲/۰۰	٥/۰۰	۳/۸۷	۰/٤۱
حق انتخاب	۳۸٤	۱/٥۰	٥/۰۰	۳/۸٥	۰/٤۳
محرمانگی	۳۸٤	۲/۰۰	٥/۰۰	۳/۹۱	۰/۳٥
ارتباط	۳۸٤	۲/۰۰	٥/۰۰	۳/۸۸	۰/۳٥
توجه و رسیدگی	۳۸٤	۲/۰۰	٥/۰۰	۳/۸۳	۰/٤٥
کیفیت تسهیلات رفاهی	۳۸٤	۲/۱٤	٥/۰۰	۳/۸٦	۰/۳٤
حمایت اجتماعی	۷۹*	۲/۰۰	٤/٥۰	۳/۷۳	۰/٤۷
پاسخگویی کل	۳۸٤	۲/۰٦	٤/۳۸	۳/۸٥	۰/۲۹

*بعد حمایت اجتماعی در خدمات سرپایی وجود ندارد و فقط منحصر به خدمات بستری است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

بر اساس نتایج جدول شماره۳، مراجعین سرپایی نسبت به بیماران بستری نمرات پاسخگویی کل بالاتری را ابراز داشتند. همچنین میانگین تمام ابعاد پاسخگویی شرکت‌کنندگان سرپایی نیز بالاتر از بیماران بستری بوده است و این تفاوت بین میانگین کل و تمامی ابعاد به جز بعد حمایت از نظر آماری معنادار بود.

جدول ۳. بررسی وضعیت پاسخگویی و ابعاد آن براساس نوع خدمت دریافتی

متغیر	نوع خدمت	فراوانی	میانگین	کای اسکوئر	مقدار احتمال
شان و کرامت	بستری	۷۹	۳/٦۸	۲/٦۱	۰/۰۰۰
	سرپایی	۳۰۵	۳/۷٦		
استقلال	بستری	۷۹	۳/٦۸	٤/۲۳	۰/۰۰۰
	سرپایی	۳۰۵	۳/۷۵		
حق انتخاب	بستری	۷۹	۳/٦۵	۱/۵۷	۰/۰۰۰
	سرپایی	۳۰۵	۳/۷٦		
محرمانگی	بستری	۷۹	۳/۷۰	۲/۸۳	۰/۰۰۰
	سرپایی	۳۰۵	۳/۸۰		
ارتباط	بستری	۷۹	۳/۷۱	۱/٤۲	۰/۰۰۹
	سرپایی	۳۰۵	۳/۸۳		
رسیدگی و توجه	بستری	۷۹	۳/٦۷	۳/۵۳	۰/۰۰۰
	سرپایی	۳۰۵	۳/۷۲		
کیفیت تسهیلات رفاهی	بستری	۷۹	۳/۸۰	۲/۰۳	۰/۰۰۱
	سرپایی	۳۰۵	۳/۸۷		
حمایت اجتماعی	بستری	۷۹	۳/٦۹	–	–
	سرپایی	–	–		
پاسخگویی کل	بستری	۷۹	۳/٦۸	۹/۲۷	۰/۰۰۰
	سرپایی	۳۰۵	۳/۷٦		

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

بر اساس نتایج جدول شماره ٤، میانگین نمرات پاسخگویی در مرکز اسما ٤/٠٤ ، نظام مافی ۳.۹۰ و رفیده ۳/۷۱ بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود.

جدول ٤. بررسی وضعیت پاسخگویی و ابعاد آن با توجه به نوع مرکز دریافت خدمات

متغیر	نوع مرکز	فراوانی	میانگین	کای اسکوئر	مقدار احتمال
شان و کرامت	اسما	۱۲۸	٤/٠٤	۸۹/۷۵	۰/۰۰۰
	رفیده	۱۲۸	۳/۷۱		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۹۰		
استقلال	اسما	۱۲۸	٤/٠۳	٤٤/۳۹	۰/۰۰۰
	رفیده	۱۲۸	۳/۷۱		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۸۸		
حق انتخاب	اسما	۱۲۸	٤	٤٤/۹٦	۰/۰۰۰
	رفیده	۱۲۸	۳/۷۰		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۸۷		
محرمانگی	اسما	۱۲۸	٤	۲٤/۰۵	۰/۰۰۰
	رفیده	۱۲۸	۳/۷۰		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۹۳		
ارتباط	اسما	۱۲۸	۳/۹۸	۱۲/٤٤	۰/۰۰۲
	رفیده	۱۲۸	۳/۸۰		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۸۷		
رسیدگی و توجه	اسما	۱۲۸	۳/۹۱	۳۱/٦۷	۰/۰۰۰
	رفیده	۱۲۸	۳/۸۱		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۸۹		
کیفیت تسهیلات رفاهی	اسما	۱۲۸	۳/۸۹	۱۲/٤	۰/۰۰۲
	رفیده	۱۲۸	۳/٦۹		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۸۸		

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

متغیر	نوع مرکز	فراوانی	میانگین	کای اسکوئر	مقدار احتمال
حمایت اجتماعی	اسما	۱۲۸	–	–	–
	رفیده	۷۹	۳/۷۳		
	نظام مافی	۱۲۸	–		
پاسخگویی کل	اسما	۱۲۸	٤/۰٤	۱۲۷/۲٦۹	۰/۰۰۰
	رفیده	۱۲۸	۳/۷۱		
	نظام مافی	۱۲۸	۳/۹۰		

نتایج جدول۵ بیانگر آن است که نمرات پاسخگویی نظام سلامت با متغیرهای زمینه ای مطالعه نشان می دهد بین جنسیت، وضعیت تاهل، بیمه درمان، بیمه اجتماعی و بیمه تکمیلی با پاسخگویی رابطه معناداری وجود داشت. به طوری که پاسخگویی کل در بین زنان، افراد متاهل و دارای بیمه درمان، اجتماعی و تکمیلی بالاتر بود. اما بین وضعیت اشتغال و وضعیت تحصیلی با پاسخگویی رابطه معناداری وجود نداشت.

جدول ۵. بررسی ارتباط ابعاد مختلف پاسخگویی در رابطه با متغیرهای زمینه‌ای

ابعاد پاسخگویی	جنسیت	شغل	وضعیت تحصیلی	بیمه درمانی	بیمه تکمیلی	بیمه اجتماعی	وضعیت تاهل
کرامت انسانی	۰/۰۲*	۰/۰۳*	۰/۰٤*	۰/۰٦	۰/۰۱*	۰/۵۱	۰/۲٦
انتخاب آگاهانه	۰/٤۲	۰/۱۲	۰/٤۱	۰/۱۷	۰/۰۳*	۰/۲٤	۰/۱۲
استقلال	۰/۰۱*	۰/۰۱*	۰/۱٤	۰/۱٤	۰/۱٤	۰/٤۳	۰/۷٦
محرمانگی	۰/۰۱*	۰/۵۸	۰/۷۵	۰/۱۵	۰/۱۵	۰/٤	۰/٦٦
توجه و رسیدگی فوری	۰/٦۳	۰/۰۹	۰/۵۲	۰/۱۸	۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۹۸
برقراری ارتباط	۰/۰۳*	۰/۱۱	۰/٤٦	۰/٤۱	۰/٤	۰/۰۱*	۰۳/۰*
کیفیت تسهیلات	۰/۰۸	۰/۲۳	۰/۷۸	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۳۷	۰/۲٤
حمایت اجتماعی	۰/٦۲	۰/۷۸	۰/۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۲۷	۰/۷۹
پاسخگویی	۰/۰۳*	۰/۱۱	۰/۰۷	۰/۰۱*	۰/۰۱*	۰/۰۱*	۰/۰۱*

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

بحث

براساس نتایج مطالعه، وضعیت پاسخگویی دریافت کنندگان خدمات از مراکز توانبخشی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با توجه به میانگین نمرات، متوسط و مناسب ارزیابی می شود و در مقایسه با نتایج مطالعات پیشین تفاوت قابل تاملی مشاهده نشد. در مطالعه‌ای که توسط فتحی و همکاران (۲۰۱۹) در مراکز توانبخشی کشور انجام شد، نمرات پاسخگویی برای مرکز توانبخشی در سطح عمومی نزدیک به ۳۸ از ۵ گزارش شد(فتحی و همکاران، ۲۰۱۹). این یافته مشابه با نتایج مطالعه حاضر است که نشان می‌دهد نمرات پاسخگویی در سطح نسبتاً خوب قرار دارد. تفاوت‌های کوچک میان این نمرات می‌تواند به ویژگی‌های خاص هر مرکز، تفاوت در شیوه‌های ارزیابی، یا تفاوت در روش‌های مدیریتی مراکز برگردد(وندان و همکاران، ۲۰۲۰).

در مطالعه حاضر، کمترین نمره مربوط به «حمایت اجتماعی» و بیشترین نمره مربوط به «محرمانگی» بود. این یافته می‌تواند نقطه مثبت و امتیازی برای نظام سلامت باشد زیرا رازداری و حفظ حریم خصوصی یکی از مولفه‌های مهم پاسخگویی است و برای مراقبت و مراجعه‌ی مجدد بیماران بسیار حیاتی است. بیمار در صورت تجربه ی نارضایتی بخاطر افشای مشکل سلامتی خود حین معاینه، نوبت‌دهی یا دریافت نسخه‌های دارویی، ممکن است از مراقبت و مراجعه مجدد به مراکز سلامت خود داری کند(رشیدیان و همکاران، ۲۰۱۱). این یافته مشابه با مطالعه‌ای است که فضائلی و همکاران (۲۰۱۶) در مشهد انجام دادند و نشان داد که «محرمانگی» بالاترین امتیاز را در بین ابعاد مختلف پاسخگویی در ارزیابی مراجعین خدمات سرپایی این شهر داشته است(فضائلی و همکاران، ۲۰۱۶). این شباهت نشان می‌دهد که حفظ حریم خصوصی و کرامت فردی از مهمترین ویژگی های نظام های سلامت پاسخگو است(کوئن و همکاران، ۲۰۲۲). در مقابل، در مطالعه حاضر بعد حمایت اجتماعی کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است. حمایت اجتماعی نقش مهمی در پاسخگویی به مراقبت‌های توانبخشی دارد و می‌تواند تاثیرات عمده‌ای در بهبود

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

کیفیت زندگی افراد با نیازهای توانبخشی داشته باشد. در مقایسه با مطالعه‌ای که در اتیوپی توسط اتنافو[1] و همکاران (۲۰۲۴) انجام شد، نتایج نشان داد که عملکرد پاسخگویی در حوزه استقلال، انتخاب و توجه سریع کمترین میزان بوده است. این امر می‌تواند به تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی در هر کشور بازگردد که ممکن است بر نیازها و انتظارات دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی تأثیر بگذارد (مالهوترا و دو[2]، ۲۰۱۳).

بسیاری از بیماران توانبخشی مسیر درمانی طولانی و پرچالشی را پشت سر می‌گذارند و اغلب زمان زیادی را در جلسات درمانی می‌گذرانند، بی‌آنکه بتوانند به طور فعال در زندگی اجتماعی شرکت کنند. محدودیت‌های جسمی و فشارهای روانی ناشی از ناتوانی، همراه با کمبود فرصت‌های حمایتی رسمی و تمرکز مراکز توانبخشی بیشتر بر جنبه‌های فیزیکی درمان، باعث می‌شود که بسیاری از بیماران احساس کنند حمایت اجتماعی کافی دریافت نمی‌کنند. در نتیجه، این ترکیب از عوامل فردی، اجتماعی و سازمانی می‌تواند توضیح‌دهنده پایین‌ترین میزان حمایت اجتماعی در میان ابعاد پاسخگویی باشد.

در مطالعه حاضر، مراجعین سرپایی نمرات بالاتری در ارزیابی پاسخگویی نسبت به بیماران بستری داشتند. این یافته مشابه با نتایج مطالعه رشیدیان و همکاران (۲۰۱۱) در ایران است که در آن مراجعین سرپایی نیز نمرات بالاتری در ارزیابی کیفیت خدمات نسبت به بیماران بستری گزارش کردند (رشیدیان و همکاران، ۲۰۱۱). این موضوع ممکن است به دلیل تجربه‌های متفاوت مراجعین بستری و سرپایی در تعامل با کادر درمانی و وضعیت فیزیکی بیماران بستری باشد (وندان و همکاران، ۲۰۲۰ ، عرب و همکاران، ۲۰۱۶). بیماران بستری به علت شرایط خود مدت زمان بیشتری با ارائه‌دهندگان خدمت در ارتباط بوده و از تسهیلات بیمارستان مانند تخت، ملحفه، پتو، سرویس بهداشتی و ....استفاده می‌کنند، به همین دلیل این بیماران بیشتر متوجه نقاط ضعف احتمالی موجود

1 . Atnafu
2 . Malhotra and Do

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]
[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

می‌شوند(گوهری و همکاران، ۲۰۲٤). علاوه براین، بیماران بستری ممکن است به دلیل پیچیدگی‌های بالینی بیشتر، به مشکلات و چالش‌های بیشتری در دریافت خدمات مواجه باشند که ممکن است منجر به ارزیابی منفی‌تر آن‌ها از خدمات توانبخشی گردد (نگوین و کانه[1]، ۲۰۲٤).

در این مطالعه، زنان نسبت به مردان نمرات بالاتری در ارزیابی پاسخگویی ارائه داده‌اند. این یافته در بسیاری از مطالعات مشابه به‌ویژه در زمینه خدمات بهداشتی و توانبخشی مشاهده شده است(چائو و همکاران، ۲۰۱۷، کیوانلو و همکاران، ۲۰۲۰، گوهری و همکاران، ۲۰۲٤). این تفاوت‌ها ممکن است به دلایل مختلفی مانند احساس نیاز به توجه و حمایت بیشتر در زنان، نگرش‌های متفاوت اجتماعی و فرهنگی در مورد جنسیت، یا شیوه‌های مختلف تعامل با سیستم‌های بهداشتی و توانبخشی مرتبط باشد(لاکین[2] و همکاران، ۲۰۲۵). برخی از مطالعات نشان دادند که نظام سلامت ایران ممکن است توجه ویژه‌ای به نیازهای بهداشتی زنان داشته باشد، به ویژه در زمینه‌هایی مثل بارداری، زایمان و سلامت جنسی. این خدمات ممکن است باعث ایجاد احساس رضایت بالاتر در زنان شود. همچنین زنان به طور معمول بیشتر از مردان به خدمات روانشناسی و مشاوره مراجعه می‌کنند، که می‌تواند تاثیر مثبتی بر تجربه کلی آنها از نظام سلامت بگذارد (خمارنیا و همکاران، ۲۰۲٤).

براساس نتایج مطالعه افرادی که دارای بیمه درمان، اجتماعی و تکمیلی بودند، سطح بالاتری از پاسخگویی را ابراز کردند. در مطالعه عرب و همکاران (۲۰۱٦) پاسخگویی کلی ابراز شده در افراد دارای بیمه تکمیلی بالاتر بود (عرب و همکاران، ۲۰۱٦). این موضوع می‌تواند به علت خدمات بیمه مکمل باشد که در برخی موارد سقف و خدمات نامحدود را شامل می‌شوند (شیرازی خواه و همکاران، ۲۰۲۳)، فرد بیمه شده می‌تواند با آزادی بیشتر به انتخاب نوع خدمت و محل دریافت خدمت، از بخش‌های خصوصی، دولتی بپردازد، بدون اینکه نگران هزینه‌های درمان باشد (تیله[3] و همکاران، ۲۰۱۹).

1. Nguyen and Kane
2. Lakin
3. Tille

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

بر اساس نتایج مطالعه افراد متاهل نسبت به افراد مجرد و تنها پاسخگویی بالاتری را ابراز کردند. تاهل و داشتن یک شریک زندگی می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر پاسخگویی در مراقبت‌های توانبخشی داشته باشد. نقش همسر یا شریک زندگی در این زمینه به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم می‌تواند بر روند درمان، کیفیت زندگی، و موفقیت فرآیند توانبخشی تاثیر بگذارد. از مهمترین جنبه های این نقش می توان به حمایت های عاطفی روانی، کمک به مدیریت مراقبت ها، تقویت توانمندی های اجتماعی، پیشگیری از افسردگی و مشکلات روانی و همکاری در بازتوانی فیزیکی اشاره کرد (گوهری و همکاران، ۲۰۲٤) .

در بین مراکز بررسی شده، مرکز جامع توانبخشی اسما نسبت به دو مرکز دیگر پاسخگویی بالاتری داشت. این مرکز سرانه تعداد درمانگر به بیمار بالاتری نسبت به دو مرکز دیگر داشته و احتمالاً رضایت مراجعین را از نظر سرعت دریافت خدمت به همراه دارد. در مقابل، بیمارستان رفیده، که بیمارستان تخصصی توانبخشی است بیماران با مشکلات حادتر و پیچیده تر نظیر بیماران ضایعه نخاعی را بیشتر پذیرش می کند که می تواند در ارزیابی پاسخگویی آنها تاثیر گذار باشد.

با توجه به اینکه کمترین نمره پاسخگویی به بعد حمایت اجتماعی اختصاص داشت، پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گذاران نظام سلامت به تقویت حمایت اجتماعی برای دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی توجه بیشتری داشته باشند. این امر می‌تواند شامل فراهم‌آوردن خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی، ایجاد گروه‌های حمایت و افزایش تعاملات اجتماعی باشد. با توجه به اهمیت رضایت دریافت‌کنندگان خدمات در فرآیند توانبخشی، پیشنهاد می‌شود که کارکنان مراکز توانبخشی به‌ویژه در زمینه‌های ارتباطی و حمایت اجتماعی آموزش‌های ویژه‌ای دریافت کنند. این آموزش‌ها می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایت بیماران کمک کند. همچنین، سیاست‌گذاران باید توجه خاصی به شرایط بیماران بستری داشته باشند و با فراهم آوردن شرایط مناسب برای بهبود تعاملات و ارتباطات بین کارکنان و بیماران، کیفیت خدمات را افزایش دهند. در نهایت، با توجه به این که افراد

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

دارای بیمه‌های درمانی، اجتماعی و تکمیلی پاسخگویی بالاتری را گزارش کرده‌اند، می‌توان پیشنهاد کرد که پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی افزایش یابد تا تمامی افراد و تمامی خدمات توانبخشی، به ویژه کسانی که فاقد پوشش بیمه‌ای هستند، بتوانند از خدمات بهتری برخوردار شوند.

از محدودیت های این مطالعه می توان به نمونه گیری در دسترس اشاره کرد که تعمیم نتایج مطالعه را با محدودیت روبرو می کند. همچنین روابط بین متغیرها در مطالعه حاضر تنها همبستگی بین آنها را نشان داده و حاکی از روابط علت و معلولی بین آنها نمی باشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده به مقایسه کیفیت خدمات در مراکز توانبخشی مختلف بپردازند و عواملی که بر نمرات پاسخگویی تأثیرگذار هستند، مانند تفاوت‌های مدیریتی، آموزشی و منابع مالی، را مورد بررسی قرار دهند و از آنجا که پاسخگویی نظام سلامت با خصوصیات اجتماعی جامعه مرتبط است، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با رویکرد اجتماعی و فرهنگی در مورد تفاوت‌های پاسخگویی در گروه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی انجام شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر در مقایسه با دیگر تحقیقات نشان می‌دهد که تفاوت‌های جزیی در نمرات پاسخگویی و ارزیابی ابعاد مختلف پاسخگویی، به ویژگی‌های خاص هر مرکز توانبخشی، ویژگی‌های دموگرافیک دریافت‌کنندگان خدمت و عوامل اجتماعی و فرهنگی بستگی دارد. این مقایسه‌ها بر لزوم توجه ویژه به ابعاد حمایت اجتماعی و نیازهای خاص گروه‌های مختلف جمعیتی تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که برای بهبود پاسخگویی در خدمات توانبخشی باید توجه بیشتری به نیازهای خاص افراد فاقد بیمه، افراد مجرد و بیماران بستری و به‌ویژه حمایت‌های اجتماعی آن‌ها شود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد پاسخگویی ابعاد مختلفی دارد که در تجربه دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی مؤثر است. در میان ابعاد پاسخگویی بعد حمایت اجتماعی نیازمند توجه ویژه در سیاست‌گذاری‌ها به منظور تقویت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

حمایت اجتماعی در ابعاد مختلف عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی برای دریافت‌کنندگان خدمات توانبخشی است. همچنین محرمانگی اطلاعات بالاترین نمره را در بین تمامی ابعاد پاسخگویی به خود اختصاص داد. این یافته‌ها می‌تواند به بهبود عملکرد مراکز توانبخشی و ارتقاء کیفیت خدمات توانبخشی در راستای افزایش رضایت دریافت‌کنندگان خدمات کمک کند.

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 دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی می باشد(.IR USWR.REC.1403.023). این مطالعه هیچ هزینه مالی برای شرکت کنندگان نداشت.

حامی مالی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول، نازنین خواجه، گروه مدیریت رفاه اجتماعی در دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران می باشد. ضمناً این مقاله حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم پردازی: نازنین خواجه، سید حسین محققی کمال؛ **جمع آوری داده‌ها**: نازنین خواجه؛ **تحلیل داده‌ها**: نازنین خواجه، سینا احمدی ؛ **نگارش و ویراستاری نهایی**: نازنین خواجه، سید حسین محققی کمال، سینا احمدی، ندا سلیمانوندی آذر و فرهاد آزادی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچگونه تعارض منافعی ندارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

- Alavi, M., M. R. Khodaie Ardakani, M. Moradi-Lakeh, H. Sajjadi, M. Shati, M. Noroozi and A. S. J. F. i. p. h. Forouzan (2018). «Responsiveness of physical rehabilitation centers in capital of Iran: disparities and related determinants in public and private sectors. Frontiers in public health, 6: 317. https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2018.00317/full

- Arab, M. (2016). «Comparison of Responsiveness Rate among Private and Social Security Hospitals in Tehran City . J Hospital, 14(4): 29-39. http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5424-en.html

- Atnafu, A., E. Dellie, A. Kebede, S. M. Fetene, T. G. Haile, M. B. Alemu, J. Park, S. Tefera, B. M. Alene and W. D. J. B. o. Negash (2024). «Health system responsiveness and its associated factors for intrapartum care in conflict affected areas in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional study. BMJ open, 14(7): e082507. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39059803/

- Chao, J., B. Lu, H. Zhang, L. Zhu, H. Jin and P. J. B. h. s. r. Liu (2017). «Healthcare system responsiveness in jiangsu province, China. BMC health services research, 17: 1-7. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28086950/

- Fathi, f., A. Khezri, M. S. Khanjani, s. Hosseinzadeh and K. Abdi (2019). «Comparison of Responsiveness Status of Rehabilitation Services Organization From the Perspective of Services Recipients . Archives of Rehabilitation, 20(3): 270-285. https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-2524-en.html

- Fazaeli, S., M. Yousefi, H. Ebrahimipour, H. Banikazemi, A. J. J. o. P. S. Khorsand Vakilzadeh and Rehabilitation (2016). «Responsiveness of the health system in outpatient services in low and high income areas of Mashhad. Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation, 5(2): 58-66. https://jpsr.mums.ac.ir/article_6912_2c8d6e10297856754171ff7d5a7d19aa.pdf

- Gohari, T., S. H. Mohaqeqi Kamal, A. S. Frouzan, S. Ahmadi and M. Araban (2024). «Health System Responsiveness Status: Study of Slum Areas of Ahvaz. Social Welfare Qurterly, 23(91): 253-278. https://refahj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=4224&sid=1&slc_lang=en&html=1

- Hatami-Zadeh, N., P. Ja›fari, R. Vameghi and A. Kazem-Nezhad (2008). «Client Satisfaction of Public and Private Rehabilitation Day Centers in Kordestan Province. Archives of Rehabilitation, 9(3): 69-74. https://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-294-en.html

- Hong, Z., J. Lu, G. Chen, Q. Tang, H. Sun, T. Wei, S. Zhao and J. Lu (2025). «Health system responsiveness: comparison of different levels of medical institutions in Kunshan City, China. Annals of Medicine, 57(1): 2446693. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11703129/

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

- Keyvanlo Zahra, F. S., Barghamadi Bita, Keykhosravani Aghlalah, Sabzevari Nagmeh, Nematshahi Mahbobeh (2020). «The Study of the Most Important Aspectsns of Responsiveness from the Point of View of Referring to Sabzevar Health Centers.» Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 26(6): 817-825. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1257.html?lang=en

- Khammarnia, M., J. Jafarinezhad, E. Barfar and A. Karimi (2024). «Assessing the responsiveness of health system in Iran: a meta-analysis study. Payesh, 23(5): 715-726. https://payeshjournal.ir/article-1-2345-en.html

- Lakin, K., D. T. Ha, B. T. T. Ha, T. Mirzoev, I. A. Agyepong and S. J. S.-H. S. Kane (2025). «Women's experiences of and interactions with the health system in post-Doi Moi Vietnam. SSM-health systems, 100051. https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100051

- Malhotra, C. and Y. K. Do (2013). «Socio-economic disparities in health system responsiveness in India». Health Policy Plan, 28(2): 197-205. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22709921/

- Mohammadi Bolbanabad, S. Piroozi, B., A. Shokri, H. Safari, A. Hematpour, R. Rahimi, J. Adabi and J. J. I. J. o. H. G. Mahmodpour (2025). Challenges of Health System Responsiveness in Iran: A Qualitative Study. International Journal of Health Governance, 30(1), 99-112. http://sjku.muk.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1604-3&sid=1&slc_lang=en

- Nguyen, T. V. and S. Kane (2024). «Towards an agenda of action and research for making health systems responsive to the needs of people with disabilities.» The Lancet Regional Health – Western Pacific 52. https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(24)00219-0/fulltext

- Organization, W. H. (2000). «The World Health Report 2000: Health systems: improving performance.» https://iris.who.int/handle/10665/42281

- Qin, L., S. Chen, X. Feng, B. Luo and Y. Chen (2022). Patient-perceived health system responsiveness of the epilepsy management project in Rural China during the period of COVID-19. Healthcare, MDPI. https://doi.org/10.3390/healthcare10050799

- Rashidian, A., Z. Kavosi, A. Pourreza, M. Arab, R. Majdzadeh, K. Mohammad and F. Pourmalek (2011). «Assessing Health System Responsiveness: A Household Survey in 17th District of Tehran, Iranian Red Crescent Medical Journal, 13(5): 1-7. https://www.ircmj.com/article_204180.html

- Shirazikhah, M., G. Ghaedamini Harouni, A. Shirazikhah, M. Noroozi and H. S. Sajadi (2023). «Iran Health System Responsiveness in regared to Provision of Physical Rehabilitation: Results of a National Survey , Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences, 28(4): 174-185. http://dx.doi.org/10.61186/sjku.28.4.174

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

- Tille, F., J. Röttger, B. Gibis, R. Busse, A. Kuhlmey, S. J. P. e. Schnitzer and counseling (2019). «Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany». Patient education and counseling, 102(1): 162-171. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30150126/

- Vandan, N., J.-H. Wong, W.-J. Gong, P.-F. Yip and D.-T. J. P. H. Fong (2020). «Health system responsiveness in Hong Kong: A comparison between South Asian and Chinese patients' experiences». Public Health, 182: 81-87. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32200074/

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7]

[DOI: 10.32598/refahj.25.99.1369.7] [Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-26]