

## مقایسه اهمیت هر یک از ابعاد پاسخگویی نظام سلامت از دیدگاه خانوارهای ساکن در دو منطقه برخوردار و غیر برخوردار شهر مشهد

سمیه فضائلی<sup>۱</sup>، سید امیرحسین قاضی زاده هاشمی<sup>۲</sup>، حسین ابراهیمی پور<sup>۳</sup>، سید حسن بنی کاظمی<sup>۳</sup>، مهدی یوسفی<sup>\*</sup><sup>۲</sup>

۱. دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مرکز تحقیقات راهبردی سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نشریه پایش  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۲۲  
سال پانزدهم شماره دوم، فروردین - اردیبهشت ۱۳۹۵ صص ۱۶۲-۱۵۳  
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۰ اسفند ۹۴]

### چکیده

کیفیت غیر بالینی خدمات سلامت که سازمان سلامت جهان از آن به عنوان "پاسخگویی نظام سلامت به نیازها و توقعات مشروع غیر طبی مردم" یاد کرده است، یکی از اهداف سه گانه هر نظام سلامت است. این مطالعه سعی نمود میزان اهمیت هر یک از حوزه های هشت گانه پاسخگویی را در دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد با یکدیگر مقایسه نماید. بدین منظور مطالعه به روش توصیفی در سال ۱۳۹۳ در بین نمونه ۹۲۳ نفری از خانوارهای دو منطقه منتخب برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد اجرا گردید. ابزار مطالعه، پرسشنامه سنجش پاسخگویی سازمان سلامت جهان بود که روابی و پایابی آن در مطالعات قبلی تایید شده بود. داده های مربوط به حوزه های مختلف پاسخگویی با استفاده از شاخص های توصیفی و استنباطی آماری در نرم افزار SPSS تحلیل گردید. یافته های این مطالعه نشان داد که حوزه کیفیت امکانات رفاهی بیشترین اهمیت و حوزه دسترسی به حمایت خانواده و اجتماع کمترین اهمیت را داشت. محورهای ارتباطات، احترام به شان و منزلت، توجه و رسیدگی فوری، حق انتخاب و استقلال، به ترتیب دارای اهمیت بیشتری در منطقه برخوردار نسبت به منطقه کمتر برخوردار بودند. بین تحصیلات، سن و درآمد خانوار با اولویت بندی حوزه ها ارتباط معنی دار وجود داشت. بر اساس یافته ها می توان نتیجه گرفت که توجه به اولویت های خانوارها در مورد هر یک از جنبه های غیربالینی کیفیت خدمات سلامت، می تواند تلاش های بهبود عملکرد و افزایش بهره وری در نظام سلامت را خصوصاً زمانی که با محدودیت منابع مواجه هستیم، به سمت حوزه هایی که مهم تر هستند هدایت نماید.

### کلیدواژه: پاسخگویی، نظام سلامت، خانوار

\* نویسنده پاسخگویی: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت و مدیریت  
تلفن: ۰۵۱۳۸۵۴۴۶۳۳  
E-mail: yousefimh@mums.ac.ir

## مقدمه

نیز تاثیر عوامل مرتبط با اولویت بندی افراد در زمینه حوزه های مختلف غیر بالینی کیفیت خدمات در نظام سلامت را مورد بررسی قرار داده اند [۱۹-۱۲]. که در برخی از آن ها به تاثیر خصوصیات فردی از قبیل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت سلامت اشاره شده است [۲۱، ۲۰]. برخی دیگر از مطالعات نیز ارتباط بین خصوصیات فردی و اولویت بندی افراد را قوی ندانسته اند [۲۳، ۲۲]. اما به طور کلی به رغم اهمیت این موضوع، امروزه مستندات منتشر شده زیادی در این زمینه نسبت به سایر موضوعات نظام سلامت وجود ندارد [۱۰]. این امر در مورد کشور ایران نیز صادق است. این در حالی است که شناسایی اولویت ها در زمینه پاسخگویی نظام سلامت در ایران اسلامی که بر هویت معنوی انسان و توجه ویژه به بعد ملکوتی و روحی او علاوه بر سه بعد زیستی، روان شناختی و اجتماعی اهتمام دارد و تأثیر عوامل روحی و ارتباط عاطفی و معنوی را در سلامت و بیماری مورد تاکید قرار می دهد، اهمیت دوچندان دارد. بر این اساس، استناد و قوانین بالادستی ایران نیز مانند قانون اساسی، سند چشم انداز ۴۰۱، نقشه جامع علمی سلامت کشور، هدف مراعات حقوق اسلامی، انسانی، مدنی، پاسخگویی و تکریم خدمت گیرندها نظام سلامت را به عنوان یکی از اهداف کلان نظام سلامت عنوان کرده اند [۲۴]. لذا این مطالعه سعی نمود تا به هدف اولویت بندی حوزه های هشت گانه پاسخگویی نظام سلامت از دیدگاه خانوارهای ساکن در دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد پردازد.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود که به جامعه پژوهش در این مطالعه، خانوارهای ساکن در دو منطقه برخوردار و غیر برخوردار شهر مشهد بودند. مناطق مورد مطالعه بر اساس مطالعه یوسفی [۲۵] با عنوان "طبقه بندی اجتماعی نواحی شهر مشهد" انتخاب شدند. بر اساس فرمول کوکران (اهمیت ۵۰ درصدی برای داشتن بیشترین حجم نمونه و مقدار خطای ۵ درصد) و با افزایش حدود ۲۵ درصدی حجم تعیین شده (با توجه به پیمایشی بودن مطالعه)، تعداد ۵۰۰ نمونه از هر یک از مناطق مورد مطالعه در مجموع ۱۰۰۰ نمونه انتخاب شد. جهت انتخاب نمونه ها پس از تعیین طبقات، هر طبقه به چند خوش با ویژگی های مشابه (بلوک های شهری) تقسیم شد، سپس پرسشگر تعداد نمونه های مشخص شده از هر خوش را به صورت منظم از بین خانوارهای ساکن در مناطق

ادبیات مربوط به کیفیت مراقبت بسیار گستردہ است و چارچوب های متفاوتی برای ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده است. یکی از معروف ترین آن ها چارچوب ارائه شده توسط دونابدیان است، که سه شاخص کیفیت فنی، فرآیند و ساختار را برای ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده معرفی کرده است [۱]. هدف پاسخگویی نظام سلامت بیشتر مرتبط با ابعاد بین فردی کیفیت مراقبت همان ابعاد غیر بالینی کیفیت مراقبت است [۲]. که مطالعات مختلف روی آن به عنوان یکی ابعاد مهم در مطالعات مربوط به کیفیت خدمات در نظام سلامت تاکید داشته است. در این راستا چارچوبی WHO ارائه شد که دارای هشت حوزه اصلی است که در قالب دو دسته بندی کلی آورده شده است [۶-۳] و برای سنجش هدف پاسخگویی پیشنهاد شده است. این دسته بندی ها شامل احترام به حقوق افراد که در برگیرنده حوزه های احترام به شأن و منزلت، استقلال، محترمانگی و ارتباطات است و مشتری محوری که حوزه های حق انتخاب، توجه و رسیدگی فوری، کیفیت امکانات رفاهی، پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع را در پوشش می دهند، است [۷]. جدول ۱ حوزه های مختلف پاسخگویی نظام سلامت در پرسشنامه سازمان سلامت جهان معرفی می کند.

این ابزار که پس از مطالعات متعدد انجام شده به رهبری WHO ایجاد شد، به ادعای این سازمان کاربرد جهانی دارد. به این معنا که حوزه هایی که در این چارچوب معرفی شده اند، برای همه مردم جهان، بدون در نظر گرفتن فرهنگ، جنسیت، سن و سایر خصوصیات فردی، دارای اهمیت است (البته این حوزه ها ممکن است در کشورهای مختلف و حتی در میان گروه های مختلف داخل یک کشور افراد یک کشور که دارای خصوصیات مختلف اجتماعی- اقتصادی هستند، دارای اهمیت متفاوتی باشند) [۹]. همین تفاوت بین اولویت ها از دیدگاه گروه های مختلف داخل یک کشور، ممکن است منجر به ایجاد تضاد و گاهی حتی عدم رضایت شود [۱۰]. لذا تعیین اهمیت نسبی ابعاد مختلف کیفیت مراقبت در حوزه غیر بالینی در بین زیر گروه های مختلف می تواند در ارائه تعبیر صحیح از نیازهای مشتریان نظام سلامت مفید باشد [۱۱]. از طرف دیگر این امر می تواند به پیش بینی محبوبیت تغییرات و اصلاحات در نظام سلامت کمک کند. زیرا اصلاحات در نظام سلامت به ناچار به ارتقای بیشتر برخی جنبه های کیفیت مراقبت در حوزه غیر بالینی نسبت به برخی جنبه های دیگر می انجامد [۱۰]. مطالعات مختلفی

مطالعه بين ۱۸ تا ۹۲ سال داشتند. اطلاعات مربوط به خصوصيات دموگرافيكى افراد شركت كننده در مطالعه در جدول (۲) خلاصه شده است در جدول (۳) ميانگين اهميت اختصاص داده شده به هر يك از حوزه های مورد بررسی به تفكيك خانوارهای ساكن در مناطق برخوردار و غير برخوردار (كه به صورت عددی بين ۱ تا ۱۰۰) آورده شده است. كيفيت امکانات رفاهي بيشترین اهميت را در بين خانوارهای هر دو منطقه داشته است و كمترین اهميت مربوط به حوزه دسترسی به خانواجه و حمایت اجتماعی بوده است. به غير از محورهای محرمانگی، كيفيت امکانات رفاهي و دسترسی به حمایت خانواجه و اجتماع، ديگر محورها به طور کلی ميانگين امتياز بيشتری در مناطق برخوردار بدست آورده اند. دسترسی به حمایت خانواجه و اجتماع دارای انحراف معیار بالايی در هر دو منطقه بوده است. است. ترتيب اولويت بندی حوزه های هشت گانه در منطقه برخوردار به اين صورت بود: كيفيت امکانات رفاهي، برقراری ارتباط مناسب، احترام به شان و منزلت افراد، توجه و رسيدگی فوري، حق انتخاب، استقلال، محرمانگی و دسترسی به خانواجه و حمایت اجتماعی. در منطقه كمتر برخوردار اولويت بندی به اين شرح بود: كيفيت امکانات رفاهي، احترام به شان و منزلت افراد، برقراری ارتباط مناسب، توجه و رسيدگی فوري، حق انتخاب، استقلال، محرمانگی و دسترسی به خانواجه و حمایت اجتماعی. بين منطقه محل سکونت مشارکت كنندگان در مطالعه و ميزان اهميت ابزار شده برای حوزه های محرمانگی، حق انتخاب و دسترسی به خانواجه و حمایت اجتماعي و برقراری ارتباط مناسب، ارتباط معنى دار در سطح كمتر از ۰/۰۵ مشاهده شد.

يافته ها در اين قسمت نشان داد که بين ميزان اهميتی که افراد برای حوزه احترام به شان و منزلت ابزار نمودند، با متغيرهای وجود افراد آسيب پذير در خانوار، رابطه معنی دار وجود دارد. بدین ترتيب که در خانوارهایي که فرد بالاي ۶۵ سال (در سطح كمتر از ۰/۰۵) یا نيازمند مراقبت طولاني (در سطح كمتر از ۱/۰) اين حوزه همچنین بيشتر داشت. اما در خانوارهایي که فرزند زير ۱۲ سال داشتند (در سطح كمتر از ۰/۰۵)، اهميت اين حوزه بيشتر بود. همچنین بين اهميت ابزار شده در مورد حوزه محرمانگی با ميزان تحصيلات پاسخگو و درآمد خانوار (در سطح كمتر از ۰/۰۵) ارتباط معنی دار و مستقيمه و بين اين حوزه و سن پاسخگو (در سطح كمتر از ۰/۰۱) ارتباط معنی دار و معکوس دیده شد. در مورد حوزه حق انتخاب نيز با ميزان تحصيلات (در سطح كمتر از ۰/۰۵) و سن

مورد نظر انتخاب نمود. ابزار مورد استفاده در اين مطالعه، پرسشنامه سازمان سلامت جهان شامل سوالات مربوط به ويژگی های جمعيتي - دموگرافيكى خانوارها و سوالاتي در خصوص اهميت حوزه های مختلف پاسخگوی بود که در مطالعه رسيديان [۲۶] به فارسي برگردان و روایي و پایاپی آن مورد تاييد قرار گرفته بود. پرسشنامه ها با روش مراجعه حضوري پرسشگر به درب منازل و تكميل آن توسيط عضو واجد شرياط خانوار (فرد مطلع و داري سن ۱۸ سال و بيشتر) تكميل گردید. پرسشگران قبل از شروع جمع آوري داده ها در خصوص هدف مطالعه، سوالات، محرمانه نگهدارشتن اطلاعات خانوارها، نحوه نمونه گيري، انتخاب و برقراری ارتباط با خانوار آموزش داده شدند. بر اين اساس در اولين تماس با نماينده خانوار و قبل از تكميل پرسشنامه توضيحات كاملی در خصوص هدف مطالعه، سازمان حامي و گويه ها پرسشگر بر طبق راهنمای مصاحبه، توسيط پرسشگر به نماينده خانوار رايه شد. سپس نماينده خانوار با اختيار كامل و در صورت تمایل برای شركت در مطالعه فرم مربوط به رضایت آگاهانه جهت شركت در مطالعه را تكميل و به گويه ها با مدیريت پرسشگر پاسخ داد. پرسشنامه مورد استفاده در اين مطالعه داراي ۸ گويه اصلی برای سنجش اهميت هر يك از حوزه های پاسخگویی و تعداد ۱۵ گويه برای بررسی خصوصيات دموگرافيكى شركت كنندگان در مطالعه بود. طيف پاسخگویی به گويه ها در مقیاس لیکرت ۵ گزینه اي به نحوی بود که از خيلي با اهميت(۵) تا بدون اهميت(۱) امتيازيندي شد و از پاسخ دهندهان خواسته شد تا عدد ۱ تا ۵ را به هر يك از ابعاد پاسخگویي اختصاص دهند. پاسخگویی به تمام گويه ها پرسشنامه به صورت متوسط حدود ۱۸ دقيقه به طول انجاميد و در نهايتم عدد ۹۲۳ پرسشنامه توسيط خانوارها تكميل گردید. داده های جمع آوري شده بر اساس سوالات پژوهش و با استفاده از روش های آماري مانند جداول توزيع فراوانی و درصد ميانگين تحلييل شد. همچنين برای بررسی ارتباط بين ميزان اهميت ابزار شده در هر يك از حوزه های پاسخگویي با خصوصيات دموگرافيكى شركت كنندگان از آزمون های ناپارامتريک (اسپيرمن و يو من-واتت نى) استفاده گردید. برای تحلييل داده ها از نرم افزار Excel ۲۰۰۷ و نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS استفاده شد.

## يافته ها

تعداد ۴۸ درصد از افراد مورد مطالعه در منطقه برخوردار و ۵۲ درصد در منطقه غير برخوردار ساكن بودند. افراد شركت كننده در

ها نشان داد افرادی که تحصیلات بیشتر داشتند و یا وضعیت سلامت خود را خوب ارزیابی کرده بودند، به صورت معنادار اهمیت کمتری را در مورد حوزه پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع ابراز نمودند. اطلاعات کامل تر در خصوص این همبستگی ها در جدول (۴) ارائه شده است.

پاسخگو (در سطح کمتر از ۱۰٪) ارتباط معنی دار دیده شد. بدین صورت که در افراد با سن و تحصیلات بالاتر، داشتن حق انتخاب مرکز و فرد ارائه دهنده خدمات برای اشخاص اهمیت بیشتری پیدا کرده بود. بین اهمیت حوزه استقلال و خصوصیات دموگرافیکی مورد بررسی در این مطالعه ارتباط معنی داری مشاهده نشد. یافته

جدول ۱: معرفی حوزه های مختلف پاسخگویی نظام سلامت

توصیفی مختصر	احترام به شان و منزلت
شامل درمان همراه با احترام به شان و منزلت همه افراد	استقلال
شامل مشارکت در تصمیم گیری های مرتبط با درمان و کسب اجازه از فرد قبل از شروع هر گونه اقدام درمانی یا آزمایش	محرومانگی
شامل حفظ محرومانگی اطلاعات بیمار و حبیب شخصی وی	برقراری ارتباط مناسب
شامل گوش دادن به بیمار، ارائه وقت کافی به وی برای پرسیدن سوال و ارائه پاسخ های شفاف به وی	توجه و رسیدگی فوری
شامل دسترسی آسان و در زمان منطقی به مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت و دریافت خدمات اورژانس در اسرع وقت و سایر خدمات شامل معاینه، مشاوره، آزمایش و غیره در زمان انتظار کوتاه و معقول	پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع
در موارد بستری شامل امکان ملاقات با دیگران و انجام اعمال مذهبی و دریافت غذای مورد علاقه یا هدایا از آنها	اماکنات رفاهی
شامل نظافت و پاکیزگی، فضای کافی، تهویه هوای مطلوب و غذای سالم	حق انتخاب
شامل حق انتخاب و تغییر مکان و همچنین فرد ارائه دهنده خدمات سلامت	

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه

خانوارهای موردمطالعه به تکیک						مرد	زن	جنسيت			
منطقه	تعداد	منطقه غیربرخوردار		تعداد	کل خانوارهای موردمطالعه						
		درصد	درصد								
۱۰۰	۴۴۳	۱۰۰	۴۸۰	۱۰۰	۹۲۳						
۵۵/۰	۲۴۱	۴۵/۹	۲۰۷	۵۰/۴	۴۴۸						
۴۵/۰	۱۹۷	۵۴/۱	۲۴۴	۴۹/۶	۴۴۱						
۱/۴	۶	۱۵/۶	۷۴	۸/۹	۸۰	کمتر از ابتدایی					
۳/۳	۱۴	۱۹/۰	۹۰	۱۱/۶	۱۰۴	دوره ابتدایی					
۴/۴	۱۹	۲۱/۶	۱۰۲	۱۳/۴	۱۲۱	دوره راهنمایی	میزان تحصیلات				
۲۹/۵	۱۲۶	۳۰/۲	۱۴۳	۲۹/۹	۲۶۹	دوره متوسطه					
۶۱/۴	۲۶۲	۱۳/۵	۶۴	۳۶/۲	۳۲۶	تحصیلات دانشگاه					
۱۳/۷	۵۹	۱۴/۶	۶۸	۱۴/۲	۱۲۷	خیلی خوب					
۴۷/۱	۲۰۳	۴۹/۱	۲۲۹	۴۸/۲	۴۳۲	خوب					
۳۴/۱	۱۴۷	۲۹/۶	۱۳۸	۳۱/۸	۲۸۵	متوجه	ارزیابی پاسخگو از وضعیت سلامت خود				
۴/۹	۲۱	۵/۸	۲۷	۵/۴	۴۸	بد					
۰/۲	۱	۰/۹	۴	۰/۶	۵	خیلی بد					

جدول ۳: میزان اهمیت ابراز شده به تفکیک حوزه های هشتگانه پاسخگویی در مناطق برخوردار و غیربرخوردار

سطح معنی داری	میزان اهمیت ابراز شده				میزان کلی اهمیت ابراز شده			
	منطقه برخوردار		منطقه غیربرخوردار		برای هر یک از حوزه ها		برای هر یک از حوزه های	
	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین
-/۰۸۴۳	۱۴/۹۸	۸۷/۷۷	۱۷/۹۴	۸۶/۵۲	۱۶/۵۷	۸۷/۱۳	احترام به شان و منزلت افراد	
-/۰۳۱	۲۱/۰	۸۱/۹۸	۱۸/۴۱	۸۵/۶۲	۲۰/۱۴	۸۳/۸۶	محرمانگی	
-/۰۴۶۲	۱۵/۲۸	۸۶/۷۶	۱۵/۵۰	۸۶/۰۳	۱۵/۳۹	۸۶/۳۸	توجه و رسیدگی فوری	
-/۰۰۰۵	۱۵/۹۹	۸۶/۵۶	۱۶/۰۳	۸۳/۹۱	۱۶/۰۶	۸۵/۱۸	حق انتخاب	
-/۰۱۲۶	۱۶/۶۵	۸۴/۷۴	۱۶/۸۵	۸۳/۱۰	۱۶/۷۶	۸۳/۸۹	استقلال	
-/۰۳۸۳	۱۵/۵۳	۸۸/۸۰	۱۳/۹۳	۹۰/۰۴	۱۴/۷۲	۸۹/۴۵	کیفیت امکانات رفاهی	
-/۰۰۰۶	۲۱/۰	۷۳/۲۱	۲۰/۳۹	۷۶/۸۸	۲۰/۷۶	۷۵/۱۱	دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی	
-/۰۰۵۲	۱۵/۷۸	۸۷/۸۳	۱۵/۸۸	۸۶/۰۹	۱۵/۸۴	۸۶/۹۲	برقراری ارتباط مناسب	

جدول ۴: بررسی ارتباط بین میزان اهمیت ابراز شده برای حوزه های مختلف پاسخگویی با خصوصیات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه

مرآبین طولانی در خانوار	سال در خانوار	وجود فرد یالایی	وجود فرد در خانوار	تعداد اعضای خانوار	سال در خانوار	پرستیز شغلی	درآمد ماهانه خانوار	سن پاسخگو	میزان تحصیلات وضعیت سلامت پاسخگو خود	جنس پاسخگو	ضریب همبستگی و سطح معنی داری پاسخگو	ارزیابی		
-/۰۸۸ <sup>**</sup>	-/۰۸۰*	/۰۷۴*	-/۰۲۶	/۰۰۴	-/۰۵۶	-/۰۱۹	-/۰۵۹	/۰۳۸	-/۰۰۷	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	احترام به شان و منزلت افراد	
/۰۰۹	/۰۱۶	/۰۲۷	/۴۳۳	/۹۱۷	/۱۳۳	/۵۸۸	/۰۷۹	/۲۶۶	/۸۳۳					
-/۰۱۵	/۰۳۰	-/۰۲۱	/۰۳۲	/۰۱۹	/۰۷۴ <sup>*</sup>	-/۰۹۱ <sup>**</sup>	-/۰۴۶	/۰۶۹ <sup>*</sup>	-/۰۶۴	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	محرمانگی	
/۶۵۹	/۳۷۰	/۵۳۳	/۳۳۸	/۵۷۵	/۱۰۴۸	/۰۰۹	/۱۷۵	/۰۴۰	/۰۵۷					
-/۰۹۱ <sup>**</sup>	-/۰۲۱	/۰۰۳	-/۰۰۳	/۰۲۶	-/۰۷۷ <sup>*</sup>	/۰۰۳	-/۰۱۸	/۰۶۸ <sup>*</sup>	/۰۲۷	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	توجه و رسیدگی فوری	
/۰۰۶	/۵۲۹	/۹۳۷	/۹۲۵	/۴۴۹	/۰۳۹	/۹۳۶	/۵۹۴	/۰۴۳	/۴۲۲					
-/۰۵۱	-/۰۵۰	/۰۲۷	-/۰۲۲	-/۰۶۶	-/۰۵۶	/۱۱۴ <sup>**</sup>	/۰۱۲	/۰۷۴ <sup>*</sup>	-/۰۳۰	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	حق انتخاب	
/۱۳۰	/۱۳۵	/۴۱۳	/۵۱۶	/۰۵۰	/۱۳۷	/۰۰۱	/۷۱۳	/۰۲۷	/۳۸۱					
-/۰۳۴	/۰۱۹	/۱۰۲۰	/۰۳۶	-/۰۰۸	-/۰۴۲	/۰۰۸	-/۰۰۸	/۰۶۳	-/۰۱۸	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	استقلال	
/۱۳۰	/۱۵۶	/۱۴۲	/۲۸۹	/۸۱۱	/۲۶۵	/۸۲۸	/۸۲۲	/۰۶۱	/۰۵۹۹					
/۰۰۲	/۰۴۲	-/۰۳۸	/۰۴۹	/۰۴۵	-/۰۲۹	-/۱۰۹ <sup>**</sup>	-/۰۵۴	/۰۶۷ <sup>*</sup>	/۰۶۱	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معناداری	امکانات رفاهی	
/۱۹۵۸	/۲۰۹	/۲۵۹	/۱۴۰	/۱۸۶	/۴۴۶	/۰۰۲	/۱۰۶	/۰۴۷	/۰۷۱					
-/۰۶۴	-/۰۱۵	-/۰۲۳	/۰۰۰	/۰۴۳	/۰۷۱	/۰۰۷	-/۰۹۹ <sup>**</sup>	-/۱۶۰ <sup>**</sup>	-/۰۰۷	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	بسیاری و حمایت خانواده و اجتماع		
/۰۵۵	/۱۶۵۹	/۱۴۹۷	/۹۹۸	/۲۱۰	/۰۵۹	/۸۴۸	/۰۰۳	/۰۰۰	/۸۴۱					
-/۰۸۱ <sup>*</sup>	-/۰۰۸	-/۰۰۸	/۰۰۴	-/۰۲۱	-/۱۱۸ <sup>**</sup>	-/۰۶۵	/۰۱۳	/۱۱۵ <sup>**</sup>	/۰۴۹	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	برقراری ارتباط مناسب	
/۰۱۵	/۸۱۳	/۱۸۱۰	/۹۱۶	/۵۳۷	/۰۰۲	/۰۶۳	/۶۹۰	/۰۰۱	/۱۴۷					

<sup>۱</sup> برای تعیین درجه پرستیز شغلی سرپرست خانوار از دسته بکار گرفته شده در مطالعه یوسفی و همکاران [۲۵] استفاده گردید. در این دسته بندی شغل ها مختلف بر اساس پرستیز از ۱ دارای بیشترین پرستیز تا ۱۰ دارای کمترین پرستیز دسته بندی شده اند.

<sup>\*</sup> ارتباط در سطح کمتر از ۰/۰۵ درصد معنی دار است

<sup>\*\*</sup> ارتباط در سطح کمتر از ۰/۰۱ درصد معنی دار است

## بحث و نتیجه‌گیری

متخصصان که توسط سازمان سلامت جهان انجام شد، رتبه هفتم به اهمیت این حوزه اختصاص داده شده است [۹]. نتایج مطالعه ولنتاین و کرمی نیز با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد [۱۰، ۱۹]. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، افرادی که دارای تحصیلات بالاتر بودند، اهمیت بیشتری به حوزه‌های محترمانگی، توجه و رسیدگی فوری، کیفیت امکانات رفاهی و برقراری ارتباط مناسب داده بودند. البته این ارتباط در مورد حوزه پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع منفی بود. ارتباط بین تحصیلات و برخی از حوزه‌های مذکور در مطالعه کرمی و همکاران نیز مورد تأکید واقع شده است. شاید بتوان این مورد را به دلیل آگاهی کمتر افراد دارای تحصیلات پایین تر نسبت به ارکان حقوق بیمار در مراکز ارائه دهنده خدمات، دانست. البته در مطالعه رشیدیان و همکاران ارتباط معنی داری بین تحصیلات و رتبه بندی حوزه‌های مختلف پاسخگویی نظام سلامت مشاهده نشد [۲۶، ۱۹]. همچنین تفاوت عمده نتایج این مطالعه با مطالعات مرتبط این بود که در اکثر مطالعات مورد بررسی که در بین کشورهای مختلف صورت پذیرفت، حوزه توجه و رسیدگی فوری به عنوان مهم ترین حوزه از سوی افراد در نظر گرفته شده است [۱۰، ۱۹] اما در مطالعه حاضر و همچنین مطالعه رشیدیان این حوزه در رده‌های دوم به بعد قرار دارد [۲۶]. در اکثر مطالعات پیشین، تمرکز بر روی خدمات سرپایی یا بستری بوده است. در حالیکه در تحقیقی که توسط سلامت جهان به عنوان مطالعه چند کشوری انجام پذیرفت و همچنین تحقیق حاضر سعی شده است تا خدمات بستری و سرپایی تواماً مورد توجه قرار گیرد [۲۱]. از طرف دیگر ولنتاین در مطالعه خود عنوان نموده که با وجود همگرایی کلی در اولویت بندی از دیدگاه افراد ساکن در کشورهای مختلف، تفاوت‌هایی نیز در اولویت بندی انجام شده توسط گروه‌های جمعیتی داخل کشورها و همچنین بین کشورهای مختلف مشاهده شد. بین گروه‌های جمعیتی تقسیم بندی شده به لحاظ خصوصیات اجتماعی-اقتصادی، قویترین نتایج رگرسیون لاجیت به عامل وضعیت سلامت افراد به عنوان مهم ترین عامل تفاوت در رتبه بندی اشاره کرده است [۱۰]. اما در مطالعه حاضر تنها بین حوزه پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع با این متغیر ارتباط معنی دار دیده شد. او در مطالعه خود نشان داد که اولویت بندی حوزه حق انتخاب، بیشتر با منطقه جغرافیایی و همچنین سطح توسعه انسانی و در برخی موارد سطح مخارج سلامت در ارتباط بوده است. در مطالعه حاضر نیز بین افزایش سطح

در این مطالعه، اهمیت نسبی هر یک از حوزه‌های هشت گانه پاسخگویی نظام سلامت از دیدگاه ۹۲۳ تن از خانوارهای ساکن در دو منطقه برخوردار و کمتر برخوردار شهر مشهد مورد بررسی قرار گرفت. حوزه کیفیت امکانات رفاهی به عنوان مهم ترین حوزه از دیدگاه مشارکت کنندگان در مطالعه انتخاب شد. این حوزه در مطالعه رشیدیان و همکاران که در منطقه ۱۷ شهر تهران انجام شده بود و مطالعه کوال و همکاران که در آسیا انجام شده بود نیز به عنوان مهم ترین حوزه از دیدگاه شرکت کنندگان در مطالعه انتخاب شده بود [۲۶، ۱۷]. همچنین در مطالعه کرمی و همکاران که در بین بیماران قلبی بستری در بیمارستان صورت پذیرفت، حوزه کیفیت امکانات رفاهی در بین زنان، افرادی که دارای درآمد بیشتر بودند، افراد با تحصیلات بالاتر و افراد دارای سن زیر ۶۰ سال اهمیت بیشتری داشت. در مطالعه حاضر نیز این حوزه از دیدگاه افراد با تحصیلات بالاتر و سن کمتر اهمیت بیشتری داشت [۱۹].

یکی از دلایل اصلی اهمیت بیشتر این حوزه شاید ناشی از قدرت بیشتر گیرندگان خدمت برای قضاؤت و ارزیابی کیفیت امکانات رفاهی در برابر سایر حوزه‌های پاسخگویی باشد. هر فرد در هنگام دریافت خدمات بستری عموماً توجه خاصی را به اتاق بستری و امکانات موجود در آن دارد و از آنجا که افراد عموماً در این خصوص بیشتر صاحب نظر هستند، لذا نسبت به موارد دیگری مانند محترمانگی اطلاعات و قدرت انتخاب که نیاز به اطلاعات بیشتری دارد، قدرت بیشتر برای ارزیابی و احتمالاً علاقه بیشتری نیز دارند. بر این اساس، انتظار می‌رود افراد ساکن در مناطق کم برخوردار که عموماً دارای پایگاه اجتماعی پایین تر هستند یا افرادی که دارای سطح تحصیلات پایین تری هستند، به حوزه کیفیت امکانات رفاهی نسبت به سایر حوزه‌ها اهمیت بیشتری بدeneند. در مطالعه حاضر نیز این موضوع تائید شده است. این موضوع در مطالعات مشابه دیگر نیز بررسی شده است، به عنوان مثال ولنتاین در مطالعه خود نشان داد که کشورهایی با سطح توسعه انسانی پایین و مخارج سلامت پایین نسبت به بقیه کشورها، به کیفیت امکانات رفاهی اهمیت بیشتری داده اند [۷]. نکته قابل توجه دیگر این است که در هر دو منطقه از شهر مشهد، میزان دسترسی به حمایت‌های اجتماعی دارای کمترین اهمیت بین خانوارها بوده است، در مطالعه نیکل و همکاران نیز این حوزه دارای کمترین اهمیت در بین ۶۵ کشور مورد مطالعه بوده است. همچنین در مطالعه نظرسنجی از

احترام کافی یا عدم برقراری ارتباط مناسب با کادر درمان که جزو اولویت های افراد بوده، با داده های معمول ارزیابی عملکرد قابل مشاهده نیست. لذا طراحی سازوکار های مناسبی که اجازه اولویت بندی توسط افراد جامعه را در راستای شکل دهی به اصلاحات نظام سلامت بدده، یکی از عرصه های مرتبط با سیاستگذاری در زمینه ارتقای پاسخگویی نظام سلامت است [۳۱,۳۲]. در این خصوص پیشنهاد می شود نظرسنجی از متخصصان کلیدی شامل مدیران و رائے دهندهای اصلی خدمات در نظام سلامت جهت تعیین اولویت های ایشان انجام گیرد، زیرا مقایسه بین اولویت های متخصصان و مدیران با خانوارهای تحت پوشش نیز می تواند در تعیین شکاف احتمالی بین اولویت های مردم و رویکردهای مسئولان بسیار مفید واقع شود و در مصرف هدفمند و بهینه منابع در جهت افزایش پاسخگویی نظام سلامت موثر باشد. همچنین ارزیابی مستمر دوره ای میزان پاسخگویی و همینطور اولویت بندی ابعاد مختلف آن بعد از اعمال تغییرات در برنامه های نظام سلامت می تواند راهگشا باشد. این مطالعه مانند هر مطالعه دیگری با محدودیت هایی روبرو بود. تمایل ضعیف بسیاری از خانوارها برای مشارکت در این دسته از مطالعات یکی از مهمترین محدودیت هایی بود که مطالعه حاضر با آن روبرو بود. برای رفع این محدودیت سعی شد از نماینده خانوار زمان مناسب برای تکمیل حضوری پرسشنامه اخذ شود و در کنار آن از ابزارهای تشویقی با تقویت مهارت های ارتباطی پرسشگران استفاده شد. محدودیت دیگر مباحث فرهنگی در حین مراجعت به درب منازل بود که با آموزش پرسشگران و استفاده از پرسشگران در هر دو جنسیت و همچنین با اخذ مجوزهای لازم قانونی برای مراجعته به درب منازل سعی شد مرتفع شود. به صورت کلی با توجه به اینکه پاسخگویی به نیازهای غیر طبی بیماران یکی از اهداف اصلی هر نظام سلامت است، لذا سیاستگذاری و برنامه ریزی برای پایش و ارتقای آن نیز ضروری به نظر می رسد. از طرف دیگر طراحی و اجرای تمام برنامه های مناسب برای حوزه های هشت گانه پاسخگویی ممکن است با موانعی از جمله محدودیت منابع روبرو شود که در این حالت باید اولویت را به حوزه هایی داد (مانند حوزه کیفیت امکانات رفاهی) که از نظر گیرندهای خدمات اهمیت پیشتری داشته اند.

### سهم نویسندها

سمیه فضائلی: طراحی مطالعه، تجزیه و تحلیل و نگارش مقاله

تحصیلات و توجه به حق انتخاب ارتباط معنی دار مشاهده شد. همچنین افراد ساکن در منطقه برخوردار اولویت بیشتری برای حق انتخاب، نسبت به منطقه غیر برخوردار قائل بودند. همچنین در مطالعه ولنتاین نشان داده شد که پرسش شوندگان مسن تر به استقلال کمی بیشتر از جوانتر ها اهمیت می دادند، این در حالی بود که در مطالعه حاضر و همچنین مطالعه رشیدیان بین استقلال و ویژگی های دموگرافیکی اشخاص ارتباط معنی دار مشاهده نشد [۱۰]. کولتر در مطالعه ۸ کشور اروپایی نشان داد که بیشتر مردم (۵درصد) الگو تصمیم گیری مشترک را ترجیح می دادند و ۳۱ درصد افرادی که بیش از ۵۵ سال داشتند، ابراز نمودند که این پژوهش است که باید تصمیم بگیرد [۲۷]. به طور کلی می توان گفت نتایج این مطالعه دو کاربرد گسترده برای سیاستگذاران حوزه سلامت دارد. اول اینکه پاسخگویی یک مفهوم فرآگیر است که شامل حوزه هایی است که انعکاس دهنده مواردی است که برای افراد با ارزش تلقی می شود و از نظام سلامت انتظار دارند. استفاده از یک شاخص ترکیبی که با در نظر گرفتن حوزه های مختلف با اوزان متفاوت بدست آمده است، می تواند به عنوان ابزاری مناسب برای نظارت بر کیفیت جوانب غیر بالینی مراقبت از دیدگاه استفاده کنندهای از خدمات در داخل کشور مفید واقع شود. البته همانطور که نتایج مطالعه حاضر و برخی مطالعات مرتبط پیشین نشان داده اند، به رغم وجود هم گرایی کلی در اولویت بندی های ارائه شده، تفاوت هایی نیز در اولویت بندی افراد در کشورهای مختلف و حتی گروه های خاص در هر کشور مشاهده می شود. به همین دلیل پیشنهاد می شود که مقایسه هایی که در سطح وسیع صورت می گیرند به حوزه های خاص محدود شوند تا بتوان تاثیر فرهنگ ها و پیش زمینه های فردی مختلف را که احتمالا در اولویت بندی می توانند تاثیر گذار باشند، شفاف نمود. این همان رویکردی است که توسط سازمان همکاری اقتصادی و توسعه نیز پیشنهاد شده است [۲۸]. همچنین سیاستگذاران می توانند این نتایج را در اولویت بندی تلاش هایشان در موقعي که با محدودیت منابع روبرو هستند بکار گیرند [۲۹,۳۰]: زیرا بدون درک درست از اولویت های جامعه، تلاش ها برای اصلاح و ارتقای عملکرد نظام سلامت که غالبا بر منابع ملموس مانند درآمدها و هزینه ها تاکید دارد، ممکن است به انحراف کشیده شود. این انحراف ممکن است از آنچه ناشی شود که بسیاری از هزینه ها مانند هزینه ناشی از عدم دسترسی مناسب بیماران به خدمات مورد نیاز یا عدم مراجعته به دلیل عدم دریافت

## تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی میزان پاسخگویی نظام سلامت به انتظارات غیر طبی مردم و عوامل موثر بر آن در شهر مشهد" مصوب مرکز تحقیقات راهبردی سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. پژوهشگران از حمایت و پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مرکز تحقیقات راهبردی نظام سلامت در اجرای این پژوهش و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش با آنها همکاری داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند.

## منابع

- 1.Murray CJL, Evans DB. Technical consultation on stewardship of health systems. In "Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism". geneva: World Health Organization; 2003; 11:135-8
- 2.Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Shams A, Kadkhodaie M. Organizational justice and responsiveness in selected private and public hospitals of Isfahan, Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2012;9:11-20
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Social science & medicine 2000;51:1611-25
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly 2005;83:691-729
5. Letkovicova H, Prasad A, Valentine N. The health systems analytical guidelines for survey in the multi-country survey study. World Health Organization Geneva Switzerland, 2005
6. 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;16:4-7
7. Nicole B, Valentine, de Silva A, Kei Kawabata, Charles Darby, J.L. C, et al. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. in "Murray CJL, Evans DB Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism)". geneva: World Health Organization; 2003: 573
8. Mooney G, Wiseman V. World Health Report 2000: challenging a world view. Journal of Health Services Research & Policy 2000;5:199
9. Valentine NB, Salomon JA, Murray C, Evans D, Murray C, Evans D. Weights for responsiveness domains: analysis of country variation in 65 national sample surveys. Murray CJL, Evans DB Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism Geneva: World Health Organization. 2003:45:631-52
10. 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;66:1939-50
11. Wensing M, Elwyn G. Methods for incorporating patients' views in health care. British Medical Journal 2003;326:877-9
12. Reis S, Hermoni D, Van-Raalte R, Dahan R, Borkan JM. Aggregation of qualitative studies—From theory to practice: Patient priorities and family medicine/general practice evaluations. Patient education and counseling 2007;65:214-22
13. Hsu C-C, Chen L, Hu Y-W, Yip W, Shu C-C. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. BMC Public Health. 2006;6:72
14. 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
15. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. Bio Medical Central Health Services Research 2009;9:117
16. Njeru Mercy K, Blystad Astrid, Nyamongo Isaac K, Fylkesnes Knut. A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counselling services in Kenya. BMC Health Services Research 2009;9:243
17. Kowal P, Naidoo N, Williams S.R, Chatterji S. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. Health 2011;3:638-48

- 18.** Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action* 2012; 27;5:1-11
- 19.** Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H, Nojomi M. Health System Responsiveness for Care of Patients with Heart Failure: Evidence from a University Hospital. *Archives of Iranian medicine*. 2014;17:736-40
- 20.** Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectations* 2003;6:160-81
- 21.** Üstün TB, et al. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001. in Murray CJL, Evans DB *Health System Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism)*. Geneva: World Health Organization; 2003
- 22.** Fung CH, Elliott MN, Hays RD, Kahn KL, Kanouse DE, McGlynn EA, et al. Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health services research* 2005;40:957-77
- 23.** Sofaer S, Crofton C, Goldstein E, Hoy E, Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health services research*. 2005;40:2018-36
- 24.** Ministry of Health and Medical Education MOHME (Iran). Health scientific general plan. iran, Tehran ;2009. 25-29. Accessed in 2015 july 12. Available from:  
[http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1\\_101\\_S&T%20Map-20%20PP-Final%20%20\\_89\\_10\\_14\\_.pdf](http://www.behdasht.gov.ir/uploads/1_101_S&T%20Map-20%20PP-Final%20%20_89_10_14_.pdf)
- 25.** yousefi, A. A reflection on the social boundaries of urban space Mashhad, Mashhad, position Classification. *Journal of Social Sciences* 2010;6:61-91
- 26.** Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, et al. Assessing health system responsiveness: a household survey in 17th district of tehran. *Iran Red Crescent Medical Journal* 2011; 13: 302-8
- 27.** Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *The European Journal of Public Health*. 2005;15:355-60
- 28.** Kelley, Edward and Hurst, Jeremy, , Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper, No 23, Organisation for Economic Co-operation and Development Health Working Papers,2006; OECD Publishing. Accesed in in 2015 July 12. Available from:  
<http://EconPapers.repec.org/RePEc:oec:elsaad:23-en>
- 29.** Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WG, Eijk Ivd. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:106-14
- 30.** Bruni RA, Laupacis A, Martin DK. Public engagement in setting priorities in health care. *Canadian Medical Association Journal*2008;179:15-8
- 31.** Pickard S, Sheaff R, Dowling B. Exit, voice, governance and user-responsiveness: The case of English primary care trusts. *Social Science & Medicine* 2006;63:373-83
- 32.** Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research* 2004;4:25
- 33.** Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *Bio Medical Central Health Services Research* 2006;6:21

## ABSTRACT

### **Importance of health System responsiveness in a high and low income areas in Mashhad, Iran: A Household survey**

Somayeh Fazaeli<sup>1</sup>, Seyed Amir Hossein Gghazizadeh Hashemi<sup>2</sup>, Hossein Ebrahimipour<sup>3</sup>, Seyed Hasan Banikazemi<sup>3</sup>, Mehdi Yousefi<sup>2\*</sup>

1. Medical Records and Health Information Technology Department, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Health Strategic Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Health Sciences Research Center, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran Phone

Payesh 2016; 2: 153-162

Accepted for publication: 12 May 2015  
[EPub a head of print-29 February 2016]

**Objective (s):** To compare health system responsiveness from households' perspectives in two affluent and deprived areas in Mashhad, Iran. was selected randomly from two regions of Mashhad.

**Methods:** A sample of 923 households was selected randomly from two regions of Mashhad. Data were collected using the World Health Organization (WHO) questionnaire.

**Results:** In general, respondents selected the "quality of basic amenities" as the most important domain and the "access to social support networks" was identified as the least important domain. Compared to low income households, people in high income areas scored higher on communication, dignity, prompt attentions, choice and autonomy respectively. There was a significant relationship between "education, age, and household income" and ranking responsiveness.

**Conclusion:** Paying attention to households' views on ranking non-clinical quality of care, can improve the performance and productivity of health care system.

**Key Words:** Responsiveness, Health System, Household, importance

\* Corresponding author: Scool of Health, Mashad University of Medical Science, Meshad, Iran  
Tel: 05138544633  
E-mail: yusefimh@mums.ac.ir