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

سمیه فضائلی[1]، سید امیرحسین قاضی زاده هاشمی[2]، حسین ابراهیمی پور[3]، سید حسن بنی کاظمی[3]، مهدی یوسفی[2]*

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: ۱۳۹۴/۲/۲۲
سال پانزدهم شماره دوم، فروردین ـ 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 روایی و پایایی 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 افزارSPSS 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 خصوصا زمانی که با محدودیت منابع مواجه هستیم، به سمت حوزه هایی که مهم تر هستند هدایت نماید.

کلیدواژه: پاسخگویی، نظام سلامت، خانوار

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

مقدمه

ادبیات مربوط به کیفیت مراقبت بسیار گسترده است و چارچوب‌های 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 یا همان ابعاد غیربالینی 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 توسط 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، محرمانگی 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 نظرگرفتن فرهنگ، جنسیت، سن و سایر خوصیات 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 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، روان‌شناختی و اجتماعی اهتمام دارد و تأثیر عوامل روحی و ارتباط عاطفی و معنوی را در سلامت و بیماری مورد تاکید قرار می‌دهد، اهمیت دوچندان دارد. بر این اساس، اسناد و قوانین بالادستی ایران نیز مانند قانون اساسی، سند چشم انداز ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی سلامت کشور، هدف مراعات حقوق اسلامی، انسانی، مدنی، پاسخگویی و تکریم خدمت‌گیرندگان نظام سلامت را به عنوان یکی از اهداف کلان نظام سلامت عنوان کرده‌اند[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 بپردازد.

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 خوشه با ویژگی های مشابه(بلوک های شهری) تقسیم شد، سپس پرسشگر تعداد نمونه های مشخص شده از هر خوشه را به صورت منظم از بین خانوارهای ساکن در مناطق

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

مورد نظر انتخاب نمود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه سازمان سلامت جهان شامل سوالات مربوط به ویژگی های جمعیتی- دموگرافیکی خانوارها و سوالاتی در خصوص اهمیت حوزه های مختلف پاسخگویی بود که در مطالعه رشیدیان[۲۶] به فارسی برگردان و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته بود. پرسشنامه ها با روش مراجعه حضوری پرسشگر به درب منازل و تکمیل آن توسط عضو واجد شرایط خانوار (فرد مطلع و دارای سن ۱۸ سال و بیشتر) تکمیل گردید. پرسشگران قبل از شروع جمع آوری داده ها در خصوص هدف مطالعه، سوالات، محرمانه نگهداشتن اطلاعات خانوارها، نحوه نمونه گیری، انتخاب و برقراری ارتباط با خانوار آموزش داده شدند. بر این اساس در اولین تماس با نماینده خانوار و قبل از تکمیل پرسشنامه توضیحات کاملی در خصوص هدف مطالعه، سازمان حامی و گویه ها پرسشنامه بر طبق راهنمای مصاحبه، توسط پرسشگر به نماینده خانوار ارائه شد. سپس نماینده خانوار با اختیار کامل و در صورت تمایل برای شرکت در مطالعه فرم مربوط به رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه را تکمیل و به گویه ها با مدیریت پرسشگر پاسخ داد. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه دارای ۸ گویه اصلی برای سنجش اهمیت هر یک از حوزه های پاسخگویی و تعداد ۱۵ گویه برای بررسی خصوصیات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه بود. طیف پاسخگویی به گویه ها در مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای به نحوی بود که از خیلی با اهمیت(۵) تا بدون اهمیت(۱) امتیازبندی شد و از پاسخ دهندگان خواسته شد تا عدد ۱ تا ۵ را به هر یک از ابعاد پاسخگویی اختصاص دهند. پاسخگویی به تمام گویه ها پرسشنامه به صورت متوسط حدود ۱۸ دقیقه به طول انجامید و در نهایت تعداد ۹۲۳ پرسشنامه توسط خانوارها تکمیل گردید. داده های جمع آوری شده بر اساس سوالات پژوهش و با استفاده از روش های آماری مانند جداول توزیع فراوانی و درصد میانگین تحلیل شد. همچنین برای بررسی ارتباط بین میزان اهمیت ابراز شده در هر یک از حوزه های پاسخگویی با خصوصیات دموگرافیکی شرکت کنندگان از آزمون های ناپارامتریک (اسپیرمن و یو من-وایت نی) استفاده گردید. برای تحلیل داده ها از نرم افزار Excel ۲۰۰۷ و نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۴۸درصد از افراد مورد مطالعه در منطقه برخوردار و ۵۲ درصد در منطقه غیر برخوردار ساکن بودند. افراد شرکت کننده در مطالعه بین ۱۸ تا ۹۲سال داشتند. اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیکی افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول (۲) خلاصه شده است در جدول(۳) میانگین اهمیت اختصاص داده شده به هر یک از حوزه های مورد بررسی به تفکیک خانوارهای ساکن در مناطق برخوردار و غیر برخوردار (که به صورت عددی بین ۱تا ۱۰۰) آورده شده است. کیفیت امکانات رفاهی بیشترین اهمیت را در بین خانوارهای هر دو منطقه داشته است و کمترین اهمیت مربوط به حوزه دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی بوده است. به غیر از محورهای محرمانگی، کیفیت امکانات رفاهی و دسترسی به حمایت خانواده و اجتماع، دیگر محورها به طور کلی میانگین امتیاز بیشتری در مناطق برخوردار بدست آورده اند. دسترسی به حمایت خانواده و اجتماع دارای انحراف معیار بالایی در هر دو منطقه بوده است. است. ترتیب اولویت بندی حوزه های هشت گانه در منطقه برخوردار به این صورت بود: کیفیت امکانات رفاهی، برقراری ارتباط مناسب، احترام به شان و منزلت افراد، توجه و رسیدگی فوری، حق انتخاب، استقلال، محرمانگی و دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی. در منطقه کمتر برخوردار اولویت بندی به این شرح بود: کیفیت امکانات رفاهی، احترام به شان و منزلت افراد، برقراری ارتباط مناسب، توجه و رسیدگی فوری، حق انتخاب، استقلال، محرمانگی و دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی. بین منطقه محل سکونت مشارکت کنندگان در مطالعه و میزان اهمیت ابزار شده برای حوزه های محرمانگی، حق انتخاب و دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی و برقراری ارتباط مناسب، ارتباط معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۵ مشاهده شد.

یافته ها در این قسمت نشان داد که بین میزان اهمیتی که افراد برای حوزه احترام به شان و منزلت ابراز نمودند، با متغیرهای وجود افراد آسیب پذیر در خانوار، رابطه معنی دار وجود دارد. بدین ترتیب که در خانوارهایی که فرد بالای ۶۵ سال (در سطح کمتر از ۰/۰۵) یا نیازمند مراقبت طولانی (در سطح کمتر از ۰/۰۱) این حوزه اهمیت کمتری داشت. اما در خانوارهایی که فرزند زیر ۱۲ سال داشتند (در سطح کمتر از ۰/۰۵) ، اهمیت این حوزه بیشتر بود. همچنین بین اهمیت ابراز شده در مورد حوزه محرمانگی با میزان تحصیلات پاسخگو و درآمد خانوار(در سطح کمتر از ۰/۰۵) ارتباط معنی دار و مستقیم و بین این حوزه و سن پاسخگو (در سطح کمتر از ۰/۰۱) ارتباط معنی دار و معکوس دیده شد. در مورد حوزه حق انتخاب نیز با میزان تحصیلات (در سطح کمتر از ۰/۰۵) و سن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

پاسخگو (در سطح کمتر از ۰/۰۱) ارتباط معنی دار دیده شد. بدین صورت که درافراد 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 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.

جدول۱: 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
محرمانگی	شامل حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و حریم 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 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
امکانات 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

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

جدول۳: میزان اهمیت ابراز شده به تفکیک حوزه های هشتگانه پاسخگویی در مناطق برخوردار و غیربرخوردار

	میزان کلی اهمیت ابراز شده برای هر یک از حوزه ها		میزان اهمیت ابراز شده برای هر یک از حوزه ها منطقه غیربرخوردار		منطقه برخوردار		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	
احترام به شان و منزلت افراد	۸۷/۱۳	۱۶/۵۷	۸۶/۵۲	۱۷/۹۴	۸۷/۷۷	۱۴/۹۸	۰/۸۴۳
محرمانگی	۸۳/۸۶	۲۰/۱۴	۸۵/۶۲	۱۸/۴۱	۸۱/۹۸	۲۱/۷۰	۰/۰۳۱
توجه و رسیدگی فوری	۸۶/۳۸	۱۵/۳۹	۸۶/۰۳	۱۵/۵۰	۸۶/۷۶	۱۵/۲۸	۰/۴۶۲
حق انتخاب	۸۵/۱۸	۱۶/۰۶	۸۳/۹۱	۱۶/۰۳	۸۶/۵۶	۱۵/۹۹	۰/۰۰۵
استقلال	۸۳/۸۹	۱۶/۷۶	۸۳/۱۰	۱۶/۸۵	۸۴/۷۴	۱۶/۶۵	۰/۱۲۶
کیفیت امکانات رفاهی	۸۹/۴۵	۱۴/۷۲	۹۰/۰۴	۱۳/۹۳	۸۸/۸۰	۱۵/۵۳	۰/۳۸۳
دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی	۷۵/۱۱	۲۰/۷۶	۷۶/۸۸	۲۰/۳۹	۷۳/۲۱	۲۱/۰۰	۰/۰۰۶
برقراری ارتباط مناسب	۸۶/۹۲	۱۵/۸۴	۸۶/۰۹	۱۵/۸۸	۸۷/۸۳	۱۵/۷۸	۰/۰۵۲

جدول۴: بررسی ارتباط بین میزان اهمیت ابراز شده برای حوزه های مختلف پاسخگویی با خصوصیات دموگرافیکی شرکت کنندگان در مطالعه

	ضریب همبستگی و سطح معنی داری	جنس پاسخگو	میزان تحصیلات پاسخگو	ارزیابی پاسخگو از وضعیت سلامت خود	سن پاسخگو	درآمد ماهانه خانوار	پرستیژ شغلی سرپرست خانوار[۱]	تعداد اعضای خانوار	وجود فرد زیر ۱۲سال در خانوار	وجود فرد بالای ۶۵ سال در خانوار	وجود فرد نیازمند مراقبت طولانی در خانوار
احترام به شان و منزلت افراد	ضریب همبستگی	-/۰۰۷	/۰۳۸	-/۰۵۹	-/۰۱۹	-/۰۵۶	/۰۰۴	-/۰۲۶	/۰۷۴*	-/۰۸۰*	-/۰۸۸**
	سطح معنی داری	/۸۳۳	/۲۶۶	/۰۷۹	/۵۸۸	/۱۳۳	/۹۱۷	/۴۳۳	/۰۲۷	/۰۱۶	/۰۰۹
محرمانگی	ضریب همبستگی	-/۰۶۴	/۰۶۹*	-/۰۴۶	-/۰۹۱**	/۰۷۴*	/۰۱۹	/۰۳۲	-/۰۲۱	/۰۳۰	-/۰۱۵
	سطح معنی داری	/۰۵۷	/۰۴۰	/۱۷۵	/۰۰۹	/۰۴۸	/۵۷۵	/۳۳۸	/۵۳۳	/۳۷۰	/۶۵۹
توجه و رسیدگی فوری	ضریب همبستگی	/۰۲۷	/۰۶۸*	-/۰۱۸	/۰۰۳	-/۰۷۷*	/۰۲۶	-/۰۰۳	/۰۰۳	-/۰۲۱	-/۰۹۱**
	سطح معنی داری	/۴۲۲	/۰۴۳	/۵۹۴	/۹۳۶	/۰۳۹	/۴۴۹	/۹۲۵	/۹۳۷	/۵۲۹	/۰۰۶
حق انتخاب	ضریب همبستگی	-/۰۳۰	/۰۷۴*	/۰۱۲	/۱۱۴**	-/۰۵۶	-/۰۶۶	-/۰۲۲	/۰۲۷	-/۰۵۰	-/۰۵۱
	سطح معنی داری	/۳۸۱	/۰۲۷	/۷۱۳	/۰۰۱	/۱۳۷	/۰۵۰	/۵۱۶	/۴۱۳	/۱۳۵	/۱۳۰
استقلال	ضریب همبستگی	-/۰۱۸	/۰۶۳	-/۰۰۸	/۰۰۸	-/۰۴۲	-/۰۰۸	/۰۳۶	/۰۲۰	/۰۱۹	-/۰۳۴
	سطح معنی داری	/۵۹۹	/۰۶۱	/۸۲۲	/۸۲۸	/۲۶۵	/۸۱۱	/۲۸۹	/۵۴۲	/۵۶۶	/۳۰۵
امکانات رفاهی	ضریب همبستگی	/۰۶۱	/۰۶۷*	-/۰۵۴	-/۱۰۹**	-/۰۲۹	/۰۴۵	/۰۴۹	-/۰۳۸	/۰۴۲	/۰۰۲
	سطح معناداری	/۰۷۱	/۰۴۷	/۱۰۶	/۰۰۲	/۴۴۶	/۱۸۶	/۱۴۰	/۲۵۹	/۲۰۹	/۹۵۸
پشتیبانی و حمایت خانواده و اجتماع	ضریب همبستگی	-/۰۰۷	-/۱۶۰**	-/۰۹۹**	/۰۰۷	/۰۷۱	/۰۴۳	/۰۰۰	-/۰۲۳	-/۰۱۵	-/۰۶۴
	سطح معنی داری	/۸۴۱	/۰۰۰	/۰۰۳	/۸۴۸	/۰۵۹	/۲۱۰	/۹۹۸	/۴۹۷	/۶۵۹	/۰۵۵
برقراری ارتباط مناسب	ضریب همبستگی	/۰۴۹	/۱۱۵**	/۰۱۳	-/۰۶۵	-/۱۱۸**	-/۰۲۱	/۰۰۴	-/۰۰۸	-/۰۰۸	-/۰۸۱*
	سطح معنی داری	/۱۴۷	/۰۰۱	/۶۹۰	/۰۶۳	/۰۰۲	/۵۳۷	/۹۱۶	/۸۱۰	/۸۱۳	/۰۱۵

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

*ارتباط در سطح کمتر از ۰/۰۵ درصد معنی دار است

**ارتباط در سطح کمتر از ۰/۰۱ درصد معنی دار است

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، اهمیت نسبی هر یک از حوزه های 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 قضاوت و ارزیابی کیفیت امکانات رفاهی در برابر سایر حوزه های پاسخگویی باشد. هر فرد در هنگام دریافت خدمات بستری عموما توجه خاصی را به اتاق بستری و امکانات موجود در آن دارد و از آنجا که افراد عموما در این خصوص بیشتر صاحب نظر هستند، لذا نسبت به موارد دیگری مانند محرمانگی اطلاعات و قدرت انتخاب که نیاز به اطلاعات بیشتری دارد، قدرت بیشتر برای ارزیابی و احتمالا علاقه بیشتری نیز دارند. بر این اساس، انتظار می رود افراد ساکن در مناطق کم برخوردار که عموما دارای پایگاه اجتماعی پایین تر هستند یا افرادی که دارای سطح تحصیلات پایین تری هستند، به حوزه کیفیت امکانات رفاهی نسبت به سایر حوزه ها اهمیت بیشتری بدهند. 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 حمایت های 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 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[۱۹، ۱۰].

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، افرادی که دارای تحصیلات بالاتر بودند، اهمیت بیشتری به حوزه های محرمانگی، 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 حوزه های مذکور در مطالعه کرمی و همکاران نیز مورد تاکید 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 حوزه های 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 پذیرفته، حوزه توجه و رسیدگی فوری به عنوان مهم ترین حوزه از سوی افراد در نظر گرفته شده است [۱۹، ۱۰] اما در مطالعه حاضر و همچنین مطالعه رشیدیان این حوزه در رده های 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 توامان 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، تفاوت هایی نیز در اولویت بندی انجام شده توسط گروه های جمعیتی داخل کشور ها و همچنین بین کشورهای مختلف مشاهده شد. بین گروه های 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

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(۵۱درصد) الگو تصمیم گیری مشترک را ترجیح می دادند و ۳۱درصد افرادی که بیش از ۵۵ سال داشتند، ابراز نمودند که این پزشک 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 فراگیر 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 کنندگان 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 مواقعی 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 آنجا ناشی شود که بسیاری از هزینه ها مانند هزینه ناشی از عدم دسترسی مناسب بیماران به خدمات مورد نیاز یا عدم مراجعه به دلیل عدم دریافت 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 بدهد، 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 ارائه دهندگان 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 مراجعه به درب منازل بود که با آموزش پرسشگران و استفاده از پرسشگران در هر دو جنسیت و همچنین با اخذ مجوزهای لازم قانونی برای مراجعه 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 گیرندگان خدمات اهمیت بیشتری داشته اند.

سهم نویسندگان

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

سید امیر حسین قاضی زاده هاشمی: طراحی و تدوین مطالعه و مشاوره علمی در خصوص اجرای مطالعه
حسین ابراهیمی پور: طراحی و تدوین مطالعه و روش شناسی
سید حسن بنی کاظمی: مشاوره علمی و مشارکت در اجرای پژوهش و گردآوری داده ها
مهدی یوسفی : طراحی مطالعه و تجزیه و تحلیل اطلاعات و ویرایش مقاله

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

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 form 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

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 Journal2008;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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]

ABSTRACT

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

Somayeh Fazaeli [1], Seyed Amir Hossein Gghazizadeh Hashemi [2], Hossein Ebrahimipour [3], Seyed Hasan Banikazemi [3], Mehdi Yousefi[2*]

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.3.5]