

وضعیت دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات توانبخشی جسمی در ایران: نتیجه یک مطالعه ملی

مرضیه شیرازی خواه^۱ (MD, MPH, Ph.D)، غلامرضا قائدامینی هارونی^۲ (Ph.D)، عاطفه شیرازی خواه^۱ (M.D)، مهدی نوروزی^۱ (Ph.D)، حانیه سادات سجادی^{۳*} (Ph.D)

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۳- مرکز تحقیقات بهره‌برداري از دانش سلامت، مرکز تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۷

hsajjadi@tums.ac.ir

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱-۶۶۹۵۲۵۳۱

چکیده

هدف: شواهد معدودی در مورد وضعیت دسترسی افراد ناتوان و کم‌توان به خدمات سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط وجود دارد. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت دسترسی این افراد به خدمات توانبخشی جسمی در ایران انجام شد. مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. ۲۱۷۷ نفر از افراد ناتوان و کم‌توان در خانوارهای ایرانی به روش نمونه‌گیری مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. با تقسیم کشور به چهار پهنه اقتصادی اجتماعی و در نظر داشتن سهم جمعیت هر پهنه، تعداد نمونه پهنه مشخص شد. داده‌ها با کمک پرسش‌نامه معتبر ارزیابی قابلیت دسترسی به خدمات توانبخشی جسمی، گردآوری و تحلیل شد.

یافته‌ها: فراوانی نیاز به خدمات توانبخشی جسمی در کشور ۱۶/۶ درصد بود. در میان انواع خدمات توانبخشی جسمی، بیش‌ترین فراوانی نیاز مربوط به خدمات فیزیوتراپی بود. حدود ۲۸/۱ درصد افراد به خدمات توانبخشی مورد نیاز دسترسی نداشتند. بیش‌ترین فراوانی نیاز و عدم دسترسی در پهنه سوم مشاهده شد. عدم دسترسی اطلاعاتی و عدم تمکن مالی بیش‌ترین فراوانی علت عدم دسترسی به خدمات بود. پوشش بیمه پایه سلامت، درصد ناتوانی پایین، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا از عوامل تعیین‌کننده دسترسی به خدمات توانبخشی جسمی بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به خلاءهای موجود در دسترسی عادلانه افراد دارای ناتوانی به خدمات توانبخشی جسمی، پیشنهاد می‌شود سیاست‌ها و برنامه‌هایی با هدف افزایش پوشش خدمات توانبخشی و هزینه‌های آن برای نیل به هدف پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران طراحی گردد و اجرایی شدن این سیاست‌ها و برنامه‌ها پایش و ارزیابی شود.

واژه‌های کلیدی: توانبخشی، افراد ناتوان و کم‌توان، ارایه مراقبت سلامت، سیاست‌گذاری سلامت، دسترسی به خدمات سلامت،

ایران

مقدمه

می‌تواند در نتیجه عوامل زمینه‌ای فردی (مانند سن، جنس و ...) یا محیطی (مانند قابلیت دسترسی به خدمات) شدت‌های متفاوتی را داشته باشد. افراد دارای ناتوانی، جز گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه قرار می‌گیرند. بنابراین لازم است با توجه به تعهدی که کشورها برای بهبود عدالت و حذف نابرابری‌های سلامت دارند [۵، ۴]، در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های سلامت نیازهای خدمات سلامت این افراد به درستی پاسخ داده شود [۶].

بخشی از نیاز افراد ناتوان و کم‌توان به خدمات سلامت، مشابه دیگر افراد جامعه است. دسترسی به خدمات سلامت در

بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، حدود ۱۵ درصد از جمعیت جهان افراد دارای ناتوانی یا کم‌توانی هستند که از این تعداد ۸۰ درصد در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند [۱]. در ایران با توجه به این برآورد حدس زده می‌شود بیش از ۱۱ میلیون نفر افراد ناتوان و کم‌توان در کشور باشند [۲]. ناتوانی یک واژه عام است و دربر دارنده همه اختلالات جسمی و ذهنی، محدودیت‌های عملکردی و عدم توان مشارکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی می‌باشد [۳]. این اختلالات ریشه در شرایط خاص سلامتی آن‌ها دارد و

حدود ۵۰ درصد از نیازهای این افراد به خدمات توان‌بخشی بدون پاسخ مانده است [۲۲]. نیاز برای تولید شواهد و داده‌های بیش‌تر درباره نیاز پاسخ داده شده و نشده افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی [۲۳] از یک سو و ضرورت ارزیابی اقدامات انجام شده برای پیاده‌سازی برنامه عملیاتی ناتوانی از سوی سازمان جهانی بهداشت [۲۰]، و برنامه ملی توان‌بخشی کشور [۲۱] از سوی دیگر، انگیزه انجام این مطالعه با هدف تعیین وضعیت دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات توان‌بخشی جسمی در ایران بود. تعیین فراوانی نیاز به خدمات توان‌بخشی جسمی، تعیین فراوانی دسترسی به خدمات توان‌بخشی جسمی در صورت نیاز و تعیین فراوانی انواع عدم دسترسی به خدمات توان‌بخشی جسمی سوال‌های اصلی مطالعه بودند. نتایج این مطالعه می‌تواند با ارائه تصویری از وضعیت کنونی، حوزه‌های قابل اصلاح را برای سیاست‌گذاری‌ها یا بازبینی‌های مورد نیاز مشخص نماید. انتظار می‌رود شناسایی این حوزه‌ها راهنمایی برای تدوین راه‌کارهای سیاستی مناسب افزایش دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات توان‌بخشی خواهد بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. همه افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی در خانوارهای ایرانی، که براساس برآورد سازمانی جهانی بهداشت بیش از ۱۱ میلیون نفر بودند [۲]، جامعه آماری این مطالعه را تشکیل دادند. نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شد. برای این منظور ابتدا استان‌های ایران براساس سطح توسعه‌یافتگی به ۴ پهنه طبقه‌بندی شد [۲۴]. این پهنه‌ها عبارت بودند از: پهنه اول (منطقه غرب شامل استان‌های اردبیل، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، کردستان، کرمانشاه، زنجان، همدان، کرمانشاه، ایلام، لرستان، خوزستان، چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویراحمد، فارس و بوشهر)، پهنه دوم (منطقه مرکزی شامل استان‌های سمنان، یزد، اصفهان، تهران، قم، البرز، قزوین و مرکزی)، پهنه سوم (منطقه جنوب شرقی شامل استان‌های خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان) و پهنه چهارم (منطقه شمال و شمال شرقی شامل استان‌های خراسان رضوی، خراسان شمالی، گلستان، مازندران و گیلان). پهنه سوم و پهنه دوم به ترتیب پایین‌ترین و بالاترین سطح توسعه‌یافتگی را داشتند. در مرحله بعد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از هر پهنه دو مرکز استان به صورت تصادفی انتخاب شد. در هر یک از مراکز استان‌ها، نمونه‌گیری از خانوارها به صورت تصادفی انجام گرفت. به منظور انتخاب خوشه‌ها فهرست خانوارهای شهری برحسب آخرین اطلاعات

زمان ابتلا به بیماری و واکسیناسیون نمونه‌ای از این خدمات هستند. اما بخش مهم دیگری از نیاز این افراد به خدمات سلامت شامل آن دسته از خدماتی است که افراد به دلیل اختلالاتی که دارند به آن نیاز دارند. این خدمات که خدمات توان‌بخشی نامیده می‌شود مشتمل بر مجموعه‌ای از مداخلات برای رفع اختلالات، محدودیت‌های حرکتی، ناتوانی‌های مشارکت و کاهش اثرات عوامل فردی و محیطی تاثیرگذار بر عملکرد فرد است. هدف از ارائه خدمات توان‌بخشی، بهینه‌سازی عملکرد افراد دارای ناتوانی است [۷]. شواهد نشان می‌دهد روندهایی مانند تغییر بار بیماری‌ها به بیماری‌های غیرواگیر، سالمندی، بروز حوادث طبیعی و سوانح و ناآرامی‌های مختلف نیاز به خدمات توان‌بخشی را در بسیاری از کشورهای جهان افزایش داده [۹،۸] و پوشش این خدمات را یکی از اولویت‌های نظام سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ساخته است [۴]. از این رو پیشنهاد می‌شود نظام سلامت در هر کشوری با توسعه زیرساخت‌های لازم برای ارائه خدمات توان‌بخشی با کیفیت، از فراهمی این خدمات به میزان کافی برای افراد نیازمند اطمینان حاصل نماید. همچنین با پیش‌میزان دسترسی / بهره‌مندی افراد به این خدمات، بتواند موانع احتمالی برای دسترسی عادلانه به خدمات توان‌بخشی را شناسایی و با استفاده از تجربه جهانی و دانش بومی راه‌کارهایی را برای رفع آن‌ها ارائه و اجرا نماید. در مورد دسترسی به خدمات سلامت مطالعات مختلفی انجام شده است [۱۰-۱۲]. در حوزه توان‌بخشی نیز در مورد موجودیت خدمات توان‌بخشی در ایران مطالعاتی در دسترس است [۱۳،۷،۲]. اما در مورد سنجش وضعیت دسترسی به خدمات توان‌بخشی به ویژه در میان افراد ناتوان و کم‌توان شواهد کمی وجود دارد. وضعیت دسترسی در این مطالعات متفاوت گزارش شده و شیوه سنجش آن نیز خیلی دقیق نمی‌باشد، اما همین شواهد در مجموع نشان می‌دهند دسترسی افراد ناتوان و کم‌توان به خدمات توان‌بخشی با موانع بسیاری روبرو بوده، بهره‌مندی آن‌ها از خدمات مورد نیاز کافی نبوده و بسیاری از نیازهای ایشان پاسخ داده نشده است [۱۴،۱۵]. این عدم دسترسی سبب آسیب‌پذیری بیش‌تر افراد دارای ناتوانی می‌شود و تهدیدی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت و گسترش عدالت سلامت است.

با توجه به تعهد ایران برای تحقق پوشش همگانی سلامت [۱۶] و تاکیدی که در اسناد بالادستی برای گسترش عدالت و رفع نابرابری شده است [۵]، اقدامات متعددی برای افزایش دسترسی افراد ناتوان و کم‌توان انجام شده است. اما بررسی‌ها نشان می‌دهد همچنان به دلیل وجود موانع مختلف در چیدمان حاکمیتی، تامین منابع مالی و شیوه ارائه خدمات [۱۷-۲۱]،

شانس‌های خام (Crude Odds ratio) و در مدل چندگانه از نسبت شانس‌های تعدیل شده (Adjusted Odds ratio) برای تعیین رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر پیامد استفاده شد. برازش مدل رگرسیون چندگانه با استفاده از آزمون هازمر-لمشو (Hosmer and Lemeshow) انجام شد. برای اطمینان از نبود اثر هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین، دو شاخص تحمل $(0/1)$ و $(Tolerance > 0/1)$ و شاخص تورم واریانس $(VIF < 10)$ محاسبه شد.

مجوز اخلاقی مورد نیاز برای انجام این مطالعه از کمیته تخصصی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی با کد IR.USWR.REC.1398.003 اخذ شد.

نتایج

الف: مشخصات جمعیت شناختی نمونه: حدود ۴۷ درصد نمونه مورد مطالعه را زنان (با میانگین سنی ۴۴/۹ سال) و ۵۳ درصد را مردان (با میانگین سنی ۴۴/۳ سال) تشکیل دادند. دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه مورد مطالعه ($n=2146$)

متغیر	گروه	درصد
جنسیت	زن	۴۷
	مرد	۵۳
بیمه پایه سلامت	دارد	۷۸/۸
	ندارد	۲۱/۲
تحصیلات	زیر دیپلم	۴۷/۱
	دیپلم تا کارشناسی	۴۵/۴
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷/۵
شدت ناتوانی	خفیف	۳۴/۸
	متوسط	۳۷/۲
	شدید	۲۸/۱
ADL (Activities of daily living)	وابسته	۷/۸
	نیازمند کمک	۶/۹
	مستقل	۸۵/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۴۵/۴
	متاهل	۵۴/۶
بیمه تکمیلی	دارد	۳۰/۳
	ندارد	۶۹/۷
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	پایین	۳۴/۷
	متوسط	۲۲/۲
	بالا	۴۳/۱
IADL (Instrumental activities of daily living)	وابسته	۲۸/۱
	نیازمند کمک	۲۸/۳
	مستقل	۴۳/۶
سن (M(SD)		۴۴/۵(۱۸/۱)
بعد خانوار (M(SD)		۳/۹(۱/۶)

موجود از بلوک‌بندی شهری تهیه و تعداد خانوارها براساس این فهرست محاسبه شد. عددی بین یک تا فاصله نمونه‌گیری، به صورت تصادفی ساده انتخاب شد که به عنوان مبدا نمونه‌گیری و تعیین‌کننده موقعیت جغرافیایی بلوک مربوط به اولین خوشه نمونه بود. فرایند نمونه‌گیری با مراجعه به واحد مسکونی واقع در جنوب‌غربی‌ترین نقطه بلوک مبدا خوشه و فهرست کردن خانوارها براساس حرکت در جهت عقربه‌های ساعت در داخل هر خوشه و تکمیل پرسش‌نامه مربوط از آن‌ها شروع شد. در صورتی که با فهرست کردن همه‌ی خانوارهای بلوک مبدا، تعداد خانوارها و افراد واجد شرایط مورد نیاز تأمین نشد، با مراجعه به بلوک مجاور واقع شده در سمت راست بلوک مبدا در همان حوزه و ادامه فهرست‌برداری خانوارها از جنوب غربی این بلوک، کار تکمیل پرسش‌نامه از خانوارها تا تأمین تعداد نمونه مورد نیاز ادامه یافت. حجم نمونه لازم بر اساس فرمول برآورد یک نسبت، با در نظر گرفتن شیوع ۱۵ درصد ناتوانی در ایران برابر با ۲۱۷۷ نفر محاسبه شد. گردآوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه ارزیابی قابلیت دسترسی به خدمات توان‌بخشی جسمی انجام شد. این پرسش‌نامه دو بخش کلی دارد. پرسش‌های بخش اول به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (شامل سن، جنس، تحصیلات، درآمد، محل سکونت، شغل، تسهیلات زندگی، وضعیت تاهل، قومیت) مربوط بود. بخش دوم پرسش‌های با پاسخ بسته بود که دسترسی را در چهار بعد عامل اطلاعات، توانایی پرداخت، حمایت اجتماعی و تردد، ارزیابی می‌کرد. روایی و پایایی پرسش‌نامه در ایران در مطالعه‌ی شیرازی‌خواه و همکاران با حجم نمونه ۲۰۰ نفر ارزیابی و تایید شده بود [۲۵]. پرسش‌نامه‌ها با مراجعه حضوری پرسشگران آموزش‌دیده به درب منازل تکمیل شد و در نهایت داده‌های ۲۱۴۶ نفر (میزان مشارکت برابر با ۹۸/۶ درصد) برای تحلیل آماده شد. عدم تمایل برای تکمیل پرسش‌نامه و ناتوانی برای پاسخ دادن به سوالات دلیل عدم مشارکت در مطالعه بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده شاخص‌های توصیفی از قبیل درصد، میانگین و هم‌چنین تحلیل رگرسیون لاجستیک ساده و چندگانه (از نوع شرطی) و در محیط نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۷) تحلیل شد. سطح معناداری برابر $P \leq 0/05$ در نظر گرفته شد. برای انجام تحلیل رگرسیون لاجستیک چندگانه، ابتدا مدل‌های رگرسیون ساده اجرا و سپس متغیرهای دارای سطح معناداری $0/2$ و کم‌تر (به عنوان ملاک ورود متغیرهای پیش‌بین به مدل چندگانه) به‌طور هم‌زمان به مدل رگرسیون لاجستیک چندگانه وارد شدند. با توجه به نوع مدل رگرسیون انتخاب شده (نوع شرطی) فقط متغیرهای معنادار در مدل چندگانه باقی ماندند. در مدل رگرسیون ساده از نسبت

تمکن مالی پهنه دوم و چهارم بیشترین فراوانی را داشتند. فراوانی به دلیل مشکلات تردد تقریباً در همه پهنه‌ها وضعیت مشابه داشت. در بعد حمایت اجتماعی پهنه چهارم و اول بیشترین و پهنه دوم به عنوان برخوردارترین پهنه کمترین فراوانی علت عدم دسترسی را داشتند.

د: تعیین‌کننده‌های موثر بر عدم دسترسی به خدمات توانبخشی جسمی: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون لاجستیک ساده نشان داد که نداشتن بیمه پایه درمان (OR=۱/۰۲، CI: ۱/۰۲-۱/۰۶) ۹۵٪، در صد ناتوانی شدید (OR=۱/۲۸، CI: ۲/۸-۵/۷) ۹۵٪، سطح تحصیلات پائین (OR=۴، CI: ۱/۳-۳) ۹۵٪، وضعیت اقتصادی اجتماعی پائین (OR=۱/۹۹، CI: ۲/۷۵-۲) ۹۵٪، و متوسط (OR=۲/۲، CI: ۱/۷۷-۱/۱۲) ۹۵٪ از عوامل معنادار تعیین‌کننده عدم دسترسی به خدمات توانبخشی بودند. هم‌چنین در بررسی رابطه چندگانه متغیرها با استفاده از مدل رگرسیون لاجستیک چندگانه (از نوع شرطی) برازش یافته با استفاده از آزمون هازمر-لمشو ($\chi^2=۴/۵۳۰$ ، $P=۰/۳۲۱$)، مشخص شد که تنها درصد ناتوانی شدید (OR=۴/۸۷-۵/۹۲، CI: ۲/۸۷-۵/۹۲) ۹۵٪ عامل معنادار و تعیین‌کننده عدم دسترسی به خدمات توانبخشی می‌باشد (جدول ۵). با توجه به این‌که تیم پژوهش به دنبال مدل رگرسیون صرفاً با حضور متغیرهای پیش‌بین معنادار بود، بر اساس مدل شرطی انتخاب شده، فقط متغیرهای معنادار در مدل باقی ماندند. هم‌چنین با توجه به مقادیر شاخص‌های تورم و تحمل واریانس، بین هیچ یک از متغیرهای پیش‌بین وارد شده به مدل اثر هم‌خطی دیده نشد.

ب: فراوانی نیاز به خدمات توانبخشی جسمی: در این مطالعه از تعداد ۱۲۹۴۱ نفر مراجعات به درب منازل و بررسی از نظر وضعیت نیاز به خدمات توانبخشی، فراوانی نیاز به ترتیب در پهنه سوم ۲۵ درصد، پهنه اول ۲۰ درصد، پهنه دوم و چهارم ۱۵ درصد و به طور کلی معادل ۱۶/۶ درصد بود. فراوانی نیاز به تفکیک انواع خدمات توانبخشی در پهنه‌های مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بیشترین فراوانی نیاز در همه پهنه‌ها مربوط به خدمات فیزیوتراپی (تقریباً ۴ برابر سایر خدمات) و کمترین فراوانی در پهنه‌های اول، دوم و سوم به خدمات گفتاردرمانی و در پهنه چهارم به خدمات بینایی‌سنجی بود. در کل کشور نیز فراوانی نیاز به ترتیب به خدمات فیزیوتراپی، بینایی‌سنجی، ارتوپد فنی، شنوایی‌شناسی، کاردرمانی و گفتاردرمانی مربوط بود.

ج: فراوانی عدم دسترسی به خدمات توانبخشی جسمی: در جدول ۳ فراوانی عدم دسترسی به خدمات توانبخشی جسمی به تفکیک پهنه ارائه شده است. حدود ۲۸/۱ درصد افراد با داشتن نیاز به خدمات توانبخشی به این خدمات دسترسی نداشتند. از این تعداد بیشترین عدم دسترسی در پهنه سوم و کمترین عدم دسترسی در پهنه اول مشاهده شد.

جدول ۴ فراوانی عدم دسترسی به خدمات توانبخشی و علل آن به تفکیک پهنه‌ها را نشان می‌دهد. بیشترین علت عدم دسترسی به خدمات توانبخشی به عدم دسترسی اطلاعاتی (۶۷ درصد) و مقرون به صرفه نبودن و عدم تمکن مالی (۵۰/۶ درصد) مربوط بود. در میان پهنه‌ها در بعد عدم دسترسی اطلاعاتی پهنه سوم به عنوان کم برخوردارترین پهنه بالاترین میزان عدم دسترسی (تقریباً بیش از ۳ برابر) را داشت و در بعد

جدول ۲. فراوانی نیاز به انواع خدمات توانبخشی جسمی به تفکیک پهنه‌ها (n=۱۲۹۴۱)

انواع خدمات	فراوانی نیاز به انواع خدمات (درصد)				
	پهنه اول n=۳۲۱۹	پهنه دوم n=۷۱۹۳	پهنه سوم n=۴۸۰	پهنه چهارم n=۲۰۴۹	کل پهنه‌ها n=۱۲۹۴۱
فیزیوتراپی (درصد) %95 CI	۲۹/۷ ۲۶/۲-۳۳/۲	۴۵/۳ ۴۲/۳-۴۸/۳	۶۸/۱ ۵۹/۷-۷۶/۵	۴۸/۵ ۴۲/۹-۵۴/۱	۴۲/۴ ۴۰/۳-۴۴/۵
کاردرمانی (درصد) %95 CI	۸/۶ ۶/۴-۱۰/۸	۱۳/۷ ۱۱/۶-۱۵/۸	۱۲/۶ ۶/۶-۱۸/۶	۸/۵ ۵/۴-۱۱/۶	۱۱/۳ ۱۰-۱۲/۶
گفتاردرمانی (درصد) %95 CI	۸/۶ ۶/۴-۱۰/۸	۵/۲ ۳/۹-۶/۵	۱۶ ۹/۴-۲۲/۶	۸/۱ ۵-۱۱/۲	۷/۲ ۶/۱-۸/۳
شنوایی‌سنجی (درصد) %95 CI	۱۶/۸ ۱۳/۹-۱۹/۷	۱۵/۷ ۱۳/۵-۱۷/۹	۱۲/۷ ۶/۷-۱۸/۷	۹/۱ ۵/۹-۱۲/۳	۱۴/۹ ۱۳/۴-۱۶/۴
بینایی‌سنجی (درصد) %95 CI	۱۶/۵ ۱۳/۶-۱۹/۴	۲۲/۸ ۲۰/۳-۲۵/۳	۱۰/۹ ۵/۳-۱۶/۵	۲۷/۵ ۲۲/۵-۳۲/۵	۲۰/۹ ۱۹/۲-۲۲/۶
ارتوپد فنی (درصد) %95 CI	۲۱/۶ ۱۸/۴-۲۴/۸	۱۲/۷ ۱۰/۷-۱۴/۷	۷/۶ ۲/۸-۱۲/۴	۱۳/۷ ۹/۹-۱۷/۵	۱۵/۲ ۱۳/۷-۱۶/۷
کل خدمات (درصد) CI %95	۲۰/۰ ۲۶/۲۳-۹/۱	۱۵/۰ ۱۲/۳۲-۹/۸	۲۵/۰ ۱۷/۳۲-۲/۸	۱۵/۰ ۱۱/۱۹-۰/۰	۱۶/۶ ۱۵/۱۷-۹/۲

جدول ۳: وضعیت دسترسی/عدم دسترسی به خدمات توانبخشی جسمی (n=۲۱۳۸)

وضعیت	کل نمونه	پهنه اول	پهنه دوم	پهنه سوم	پهنه چهارم
مراجعه با دستور پزشک (درصد) %95 CI	۵۹/۹ ۵۷/۶۲-۸	۷۷/۶ ۷۴/۴-۸۰/۸	۵۶/۳ ۵۳/۳-۵۹/۳	۳۷/۸ ۲۹/۱-۴۶/۵	۴۴ ۳۸/۴-۴۹/۶
مراجعه بدون دستور پزشک (درصد) %95 CI	۱۲ ۱۰/۶-۱۳/۴	۷/۸ ۵/۷-۹/۹	۱۳/۳ ۱۱/۳-۱۵/۳	۱/۷ ۰/۰۶-۴	۱۸/۲ ۱۳/۹-۲۲/۵
عدم مراجعه (درصد) %95 CI	۲۸/۱ ۲۶/۲-۳۰	۱۳/۷ ۱۱-۱۶/۴	۳۰/۴ ۲۷/۶-۳۳/۲	۶۰/۵ ۵۱/۷-۶۹/۳	۳۷/۸ ۳۲/۴-۴۳/۲
کل نمونه مورد بررسی (تعداد)	۲۱۳۸	۶۴۳	۱۰۶۹	۱۱۹	۳۰۷

جدول ۴: فراوانی علل عدم دسترسی به خدمات توانبخشی به تفکیک پهنه‌ها (n=۶۰۱)

فراوانی علل عدم دسترسی به خدمات					علل عدم دسترسی به خدمات
کل	پهنه چهارم	پهنه سوم	پهنه دوم	پهنه اول	
۵۰/۶ ۴۸/۵-۵۲/۷	۵۸/۳ ۵۲/۸-۶۳/۸	۳۲/۸ ۲۴/۴-۴۱/۲	۵۲/۷ ۴۹/۷-۵۵/۷	۴۶/۷ ۴۲/۸-۵۰/۶	مقرون به صرفه بودن یا تمکن مالی (درصد) %95 CI
۲۶/۶ ۲۴/۷-۲۸/۵	۲۸ ۲۳-۳۳	۲۲/۷ ۱۵/۲-۳۰/۲	۲۵/۳ ۲۲/۷-۲۷/۹	۲۸/۹ ۲۵/۴-۳۲/۴	تردد (درصد) %95 CI
۲۴/۱ ۲۲/۳-۲۵/۹	۳۴/۵ ۲۹/۲-۳۹/۸	۲۴/۴ ۱۶/۷-۳۲/۱	۱۷ ۱۴/۷-۱۹/۳	۳۱/۱ ۲۷/۵-۳۴/۷	حمایت اجتماعی (درصد) %95 CI
۶۷ ۶۵-۶۹	۵۱/۸ ۴۶/۲-۵۷/۴	۷۳/۱ ۶۵/۱-۸۱/۱	۷۱ ۶۸/۳-۷۳/۷	۶۶/۳ ۶۲/۶-۷۰	دسترسی به اطلاعات (درصد) %95 CI

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون لاجستیک ساده و چندگانه لاجستیک جهت تعیین عوامل موثر بر عدم دسترسی به خدمات توانبخشی جسمی

VIF	Tolerance	AOR* (95% CI)	COR* (95% CI)	شاخص
۱/۰۳	۰/۹۷	--	۱/۰۵(۰/۸۷-۱/۲۷)	زن بودن
۱/۰۷	۰/۹۳	--	۱/۲۸(۱/۰۲-۱/۶)	نداشتن بیمه پایه
۱/۲۱	۰/۸۳	--	۱/۲۱(۰/۹۸-۱/۴۹)	نداشتن بیمه تکمیلی
۱/۰۹	۰/۹۲	Ref	Ref*	درصد ناتوانی خفیف
		۱/۰۴(۰/۷۳-۱/۴۸)	۱/۰۱(۰/۷۲-۱/۴۳)	درصد ناتوانی متوسط
		۴/۱۲(۲/۸۷-۵/۹۲)	۴(۲/۸-۵/۷)	درصد ناتوانی شدید
۱/۴۴	۰/۶۹	--	۱/۱۸(۰/۹۸-۱/۴۳)	مجرد بودن
۱/۱۹	۰/۸۴	--	Ref	تحصیلات (ارشد و بالاتر)
		--	۱/۹۹(۱/۳-۳)	زیر دیپلم
		--	۱/۰۶(۰/۷-۱/۶)	دیپلم تا لیسانس
۱/۲۴	۰/۸۰	--	Ref	وضعیت اقتصادی بالا
		--	۲/۲(۱/۷۷-۲/۷۵)	وضعیت اقتصادی پایین
		--	۱/۴۵(۱/۱۲-۱/۸۸)	وضعیت اقتصادی متوسط
۱/۴۹	۰/۶۷	--	۱/۰۰۳(۰/۹۹-۱/۰۰۹)	سن
۱/۰۸	۰/۹۳	--	۰/۹۷(۰/۹۱-۱/۰۳)	بعد خانوار

*COR=Crude odds ratio; Ref=Reference group; AOR=Adjusted odds ratio; VIF=variance inflation index

مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد. بر اساس یافته مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ منتشر شد، دست کم ۲/۴۱ میلیارد نفر به خدمات توانبخشی نیاز دارند. این یافته نشان می‌دهد از هر سه نفر در جهان یک نفر در طول دوره بیماری یا آسیب‌دیدگی خود، نیاز به خدمات توانبخشی دارند. با توجه به یافته مطالعه که نیاز قابل توجه افراد به خدمات توانبخشی را نشان می‌دهد، می‌توان گفت این دیدگاه که خدمات توانبخشی تنها مورد نیاز محدودی از افراد است منسوخ شده است [۲۶]. از این روی سازمان جهانی بهداشت تاکید کرد در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت،

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه تلاش داشت با انجام یک پیمایش ملی، وضعیت دسترسی افراد ناتوان و کم‌توان به خدمات توانبخشی جسمی در ایران را تعیین نماید. بر اساس یافته‌های مطالعه، تقریباً ۱۶ درصد از افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی در کشور به خدمات توانبخشی نیاز دارند. به عبارتی تقریباً از هر ۶ نفر یک نفر به خدمات توانبخشی جسمی نیاز دارد. این مقدار نیاز به خدمات با در نظر داشتن این‌که در مطالعه حاضر تنها نیاز به خدمات توانبخشی جسمی بررسی شده است، با نیاز گزارش شده در

گزارش کرده‌اند. مطالعه‌ها نشان می‌دهد میزان دسترسی افراد به خدمات توان‌بخشی در کشورهای با درآمد پایین مانند ملاوی ۴۲ درصد [۳۱]، زامبیا ۲۵ درصد [۳۲] و نیپال ۲۲ درصد [۳۰] و در کشورهای با درآمد متوسط مانند اردن ۷۶ درصد [۳۳]، مالزی ۵۹ درصد [۲۷] و پاکستان ۴۰ درصد بوده است. سازمان جهانی بهداشت در گزارش خود اعلام کرد نیمی از افراد دارای ناتوانی نمی‌توانند از عهده تامین نیاز به مراقبت‌های سلامت برآیند و ۵۰ درصد بیش‌تر از افراد سالم دچار هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت می‌شوند [۳۴]. پژوهش دیگری که سال ۲۰۱۴ در استرالیا درباره دسترسی افراد به خدمات توان‌بخشی قلبی انجام گرفت، نشان داد که ۹۶ درصد از شهروندان استرالیایی به خدمات توان‌بخشی دسترسی دارند [۳۵]. تفاوت در مقدار دسترسی به خدمات می‌تواند به دلیل استفاده از روش‌های مختلف سنجش دسترسی به خدمات و نیز متفاوت بودن جامعه مورد مطالعه باشد. اما نگاهی به وضعیت موجود نشان از مقدار قابل‌توجه عدم دسترسی در برخی کشورها دارد که باید برای کاهش این مقدار و تلاش برای رفع موانع دسترسی چاره‌اندیشی جدی توسط مدیران و سیاست‌گذاران سلامت انجام گیرد. زیرا بر اساس ماده ۲۶ کنوانسیون سازمان ملل برای حقوق معلولین، دسترسی به توان‌بخشی برای افراد دارای ناتوانی نیز یکی از حقوق بشر است [۳۶].

در مطالعه ما عدم دسترسی اطلاعاتی و عدم تمکن مالی از موانع اصلی دسترسی به خدمات توان‌بخشی شناخته شد. هم‌چنین تعیین‌کننده‌های موثر شناسایی شده بر دسترسی افراد در این مطالعه به خدمات برخوردار از بیمه پایه، داشتن تحصیلات، وضعیت اقتصادی خوب و درصد ناتوانی کم‌تر بود. این عوامل و موانع مشابه عوامل و موانعی بود که در مطالعات قبلی برای دسترسی افراد دارای ناتوانی به خدمات توان‌بخشی گزارش شده بود. به عنوان مثال مطالعه خیاطان و همکاران نشان داد که چهار دسته عوامل فردی، جغرافیایی، مالی و ساختاری بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی موثر است [۳۷]. مطالعه‌ی ون گانس در استرالیا نیز نشان داد تامین هزینه‌های خدمات توان‌بخشی قلبی توسط بیمه‌ها می‌تواند نقش به‌سزایی در بهبود دسترسی به خدمات توان‌بخشی قلبی داشته باشد [۳۸]. به‌نظر می‌رسد دو گروه عوامل فردی و عوامل مربوط به نظام سلامت، که بیش‌تر به چیدمان حکمرانی و منابع مالی نظام ارائه خدمات توان‌بخشی مربوط می‌شود [۲۱-۱۷]، بر دسترسی افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی به خدمات مورد نیاز اثرگذار هستند. از آن‌جا که چاره‌اندیشی برای بهبود وضعیت دسترسی به خدمات توان‌بخشی باید براساس مقتضیات هر

خدمات توان‌بخشی به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر از مراقبت‌های اولیه سلامت در تمامی سطوح نظام سلامت ادغام گردد تا به افراد نیازمند بیش‌تری بتواند خدمات لازم را در زمان مناسب ارائه داد [۲۷]. بنابراین پیشنهاد می‌شود سیاست‌ها و برنامه‌های افزایش پوشش خدمات توان‌بخشی برای افراد نیازمند در کشور در کنار برنامه‌هایی که در حال حاضر نظام سلامت ایران برای تحقق هدف پوشش همگانی سلامت طراحی و اجرا می‌نماید مورد توجه قرار گیرد. البته این نکته را باید اشاره کرد که در کنار اقداماتی برای افزایش پوشش خدمات توان‌بخشی، لازم است هزینه‌های مربوط به ارائه این خدمات را با توجه به منابع مالی نظام سلامت و اولویت‌بندی نیازها پوشش داد و خدمات توان‌بخشی از دسته خدمات بسیار تخصصی و گران‌قیمت برای عده‌ای محدود خارج شود [۱۳]. موضوعاتی که به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر مورد توجه بیش‌تر سیاست‌گذاران سلامت قرار گرفته و تلاش شده است با تدوین و اجرای سند ملی خدمات توان‌بخشی کشور زمینه برای افزایش پوشش موثر خدمات توان‌بخشی در کشور فراهم شود [۲۸]. تلاش در جهت افزایش پوشش خدمات توان‌بخشی در شرایط کنونی که شواهد نشان می‌دهد پس از همه‌گیری کووید ۱۹ میزان تقاضا برای خدمات توان‌بخشی به طور چشمگیری افزایش داشته است [۲۹، ۳۰]، بیش از گذشته مورد نیاز می‌باشد.

یافته مطالعه ما هم‌چنین نشان داد در میان انواع خدمات توان‌بخشی جسمی، بیش‌ترین فراوانی نیاز به خدمات فیزیوتراپی بود. واکاوی دلایل نیاز بیش‌تر به خدمات فیزیوتراپی نیازمند انجام مطالعه‌های تکمیلی‌تر است. اما به نظر می‌رسد یکی از عواملی که می‌تواند باعث نیاز بیش‌تر به این نوع خدمات باشد، فراهم بودن امکانات ارائه خدمات فیزیوتراپی نسبت به دیگر خدمات توان‌بخشی باشد. در مطالعه‌ای شیرازی‌خواه و همکاران گزارش شد که در ایران سرانه دفاتر و مراکز ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی به ازای هر یک میلیون نفر برای خدمات فیزیوتراپی ۲۹/۶، گفتاردرمانی ۱۵/۹، شنوایی‌سنجی ۱۴/۲، کاردرمانی ۱۳/۶، ارتوپدی فنی ۳/۶ است [۲]. این تفاوت در سرانه نشان از توجه بیش‌تر به برخی خدمات و کم‌توجهی به خدمات دیگر دارد. بنابراین توصیه می‌شود بر اساس نیاز واقعی افراد دارای ناتوانی به خدمات توان‌بخشی جسمی، برنامه‌ریزی برای توسعه کمی و کیفی متوازن مراکز ارائه این خدمات مورد توجه قرار گیرد.

در مورد وضعیت دسترسی به خدمات، مطالعه ما نشان داد ۲۸ درصد از افراد به خدمات توان‌بخشی دسترسی پیدا نکردند و از دریافت خدمات محروم شده‌اند. مطالعات قبلی درصد مختلفی را برای عدم دسترسی به خدمات توان‌بخشی مورد نیاز

مطالعات تکمیلی با حجم نمونه کافی و امکان جمع‌آوری داده در گروه‌های آسیب‌پذیر مورد نیاز باشد.

در این مطالعه وضعیت دسترسی افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی به خدمات توان‌بخشی جسمی در ایران بررسی شد. یافته‌های مطالعه ما نشان داد شکاف‌هایی در دسترسی عادلانه افراد دارای ناتوانی خصوصاً در مناطق کم‌برخوردار به خدمات توان‌بخشی جسمی وجود دارد. بدون شک کم‌توجهی یا بی‌توجهی نظام سلامت به افراد ناتوان و کم‌توان و نیازهای سلامتی آن‌ها، به‌عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر، خصوصاً در مناطق کم‌برخوردار و با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین می‌تواند باعث ایجاد تفاوت‌های افراد در مواجهه با بیماری و نیز آسیب‌پذیریشان شود. بنابراین لازم است جهت نیل به هدف پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای افزایش پوشش خدمات و هزینه‌های توان‌بخشی و نیز توانمندسازی افراد دارای ناتوانی انجام گیرد. پایش و ارزیابی اجرای این برنامه‌ها می‌تواند دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت با تاکید بر گسترش عدالت را تسهیل نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان تدوین سناریوهای سیاستی در حوزه توان‌بخشی جسمی از طریق بررسی وضعیت دسترسی افراد دارای ناتوانی جسمی به خدمات توان‌بخشی و تدوین شاخص‌های مطلوب خدمات توان‌بخشی جسمی در ایران، با حمایت مالی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی (کد ۲۲۴۳)، در سال ۱۳۹۸ است. نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد. از همه افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند تشکر می‌نماییم.

مشارکت و نقش نویسندگان

مرضیه شیرازی‌خواه و غلامرضا قائدامینی‌هارونی: ایده و طراحی مطالعه، مرضیه شیرازی‌خواه و عاطفه شیرازی‌خواه: جمع‌آوری داده‌ها، غلامرضا قائدامینی‌هارونی، مهدی نوروزی و حانیه‌سادات سجادی: تحلیل و تفسیر نتایج، مرضیه شیرازی‌خواه و حانیه‌سادات سجادی: نگارش نسخه اول مقاله. همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تایید نمودند.

منابع

[1] World Health Organization. The World Report on Disability. 2021 [cited 2021 24 May]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report2011/en/.

کشور و شناخت عوامل موثر و موانع دسترسی به خدمات انجام گیرد، با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود مداخله‌های بهبود دسترسی به خدمات توان‌بخشی در ایران عمدتاً بر اطلاع‌رسانی عمومی، افزایش سطح آگاهی و سواد سلامت افراد و پوشش هزینه‌های خدمات توان‌بخشی متمرکز باشد. در کنار این دسته از مداخلات نظام سلامت، دسته دیگری از مداخله‌های بهبود وضعیت دسترسی به خدمات توان‌بخشی باید با مشارکت بین‌بخشی و تعامل با سازمان‌های مربوطه برای توانمندسازی افراد دارای ناتوانی و کم‌توانی در ابعاد اقتصادی و اجتماعی طراحی و اجرا گردد. نقش توانمندسازی افراد ناتوان و کم‌توان در بهبود عملکرد آن‌ها در برخی مطالعات قبلی نشان داده شده است [۳۹].

یافته مهم دیگر مطالعه حکایت از وجود نابرابری در فراوانی نیاز به خدمات توان‌بخشی و دسترسی به این خدمات در داخل کشور داشت. در مناطق کم‌برخوردار (پهنه سوم مطالعه) کشور نیاز به خدمات توان‌بخشی بیش‌تر بود، اما دسترسی به خدمات کم‌تر گزارش شد. نابرابری میان استان‌های مختلف ایران در بهره‌مندی از انواع خدمات سلامت در مطالعات بسیاری گزارش شده است [۲۲،۴۰،۴۱]. بخشی از این نابرابری می‌تواند به ویژگی‌های جغرافیایی و سطح توسعه‌یافتگی هر استان مربوط باشد که برای رفع آن لازم است برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ای اقتصادی و اجتماعی به صورت متوازن و با توجه به نیاز هر استان انجام گیرد. اما بخشی از نابرابری که بیش‌تر به عملکرد نظام سلامت مربوط می‌شود به دلیل تفاوت در فراهمی منابع مورد نیاز برای ارائه خدمات توان‌بخشی است. شواهد نشان می‌دهد در برش استانی تفاوت‌هایی در تعداد تخت، مراکز ارائه‌دهنده خدمات توان‌بخشی و نیز منابع انسانی توان‌بخشی وجود دارد. از آن‌جا که در سیاست‌ها و اولویت‌های سلامت ملی، بر رفع نابرابری و اولویت قرار دادن افراد آسیب‌پذیر تاکید بسیاری شده [۵] و تلاش برای گسترش عدالت و برابری نیز در تعهدات بین‌المللی [۴] گنجانده شده است، طراحی و اجرای مداخلاتی در جهت جبران نابرابری‌ها و توجه ویژه به مناطق کم‌برخوردار ضروری می‌باشد.

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی داشت که در زمان استفاده از نتایج لازم است در نظر گرفته شود. اولین محدودیت، سوگرایی انتخاب است. در نمونه‌گیری خانوارهای ساکن در مناطق شهری وارد مطالعه شدند و کسانی که در سکونت‌های غیررسمی یا مناطق روستایی زندگی می‌کردند وارد مطالعه نشدند. هم‌چنین به دلیل حجم نمونه برای تعیین میزان دسترسی به تفکیک خدمت کافی نبود. محدودیت دیگر نیز تکمیل پرسش‌نامه بر اساس خوداظهاری بود که با خطای یادآوری همراه بود. به نظر می‌رسد

- 20: 136-148.
<https://doi.org/10.32598/rj.20.2.136>
- [18] Soltani S, Takian A, Sari AA, Majdzadeh R, Kamali M. Financial barriers to access to health Services for Adult People with disability in Iran: the challenges for universal health coverage. *Iran J Public Health* 2019; 48: 508.
<https://doi.org/10.18502/ijph.v48i3.895>
 PMid:31223579 PMCid:PMC6570792
- [19] Ghazemzadeh R, Kamali M, Chabok A, Fallahi Khoshknab M, Shirani M. Accessibility to the public facilities: a mean to achieve civil rights of the people with disabilities in Iran. *Iran Rehab J* 2008; 6: 73-82.
- [20] Soltani S, Takian A, Sari AA, Majdzadeh R, Kamali M. Cultural barriers in access to healthcare services for people with disability in Iran: A qualitative study. *Med J Islamic Repub Iran* 2017; 31: 51.
<https://doi.org/10.14196/mjiri.31.51>
 PMid:29445680 PMCid:PMC5804431
- [21] Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Farahani FK. Exploring barriers of the health system to rehabilitation services for people with disabilities in Iran: A qualitative study. *Electronic Phys* 2015; 7: 1476.
<https://doi.org/10.19082/1476>
 PMid:26767101 PMCid:PMC4700893
- [22] Matin BK, Kamali M, Williamson HJ, Moradi F, Solatni S. The predictors of access to health services for people with disabilities: A cross sectional study in Iranian context. *Med J Islamic Repub Iran* 2019; 33: 125.
- [23] Rehabilitation2030 WHO. A Call for Action. 2017 [cited 2018 24 April]. Available from:
<http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>.
- [24] Farzadfar F, Danaei G, Namdaritabar H, Rajaratnam JK, Marcus JR, Khosravi A, et al. National and subnational mortality effects of metabolic risk factors and smoking in Iran: a comparative risk assessment. *Popul Health Metr* 2011; 9: 55.
<https://doi.org/10.1186/1478-7954-9-55>
 PMid:21989074 PMCid:PMC3229448
- [25] Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Mohammadi Shahboulaghi F, et al. Development and psychometric properties of the physical rehabilitation services acceptability questionnaire. *Med J Islamic Repub Iran* 2019; 33: 202-209.
<https://doi.org/10.47176/mjiri.33.34>
- [26] Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020; 396: 2006-2017.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
 PMid:33275908
- [27] World Health Organization. Global estimates of the need for rehabilitation 2019. Available from:
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/global-estimates-of-the-need-for-rehabilitation>.
- [28] Ministry of Health and Medical Education. National action plan of medical rehabilitation in the health system. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2021.
- [29] Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: a cross-sectional evaluation. *J Med Virol* 2021; 93: 1013-1022.
<https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
 PMid:32729939
- [30] Negrini F, De Sire A, Andrenelli E, Lazzarini SG, Patrini M, Ceravolo MG. Rehabilitation and COVID-19: the Cochrane Rehabilitation 2020 rapid living systematic review. Update as of July 31st, 2020. *Eur J Phys Rehabil Med* 2020; 56: 652-657.
<https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06539-9>
 PMCid:PMC8603787
- [31] Banks LM, White S, Biran A, Wilbur J, Neupane S, Neupane S, et al. Are current approaches for measuring access to clean water and sanitation inclusive of people with disabilities? Comparison of individual- and household-level access between people with and without disabilities in the Tanahun district of Nepal. *PLoS One* 2019; 14: e0223557.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223557>
 PMid:31603926 PMCid:PMC6788693
- [2] Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Mousavi T, et al. National survey of availability of physical rehabilitation services in Iran: A mixed methods study. *Electronic Phys* 2017; 9: 5778.
<https://doi.org/10.19082/5778>
 PMid:29403619 PMCid:PMC5783128
- [3] World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF: international classification of functioning, disability and health. Geneva 2002.
- [4] Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage. [(accessed on 24 May 2021)]; Available online: <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>.
- [5] Sajadi HS, Gholamreza Kashi F, Majdzadeh R. Identifying national health priorities: content analysis of the Islamic republic of Iran's general health policies (GHPs). *World Med Health Polic* 2020; 12: 123-136.
<https://doi.org/10.1002/wmh3.338>
- [6] Ahmadzadeh N, Azar FE, Baradaran HR, Roghani RS, Shirazikhah M, Joghataei MT, et al. A framework for national rehabilitation policy and strategies in Iran: A scoping review of experiences in other countries. *Iran J Public Health* 2020; 49: 1597.
<https://doi.org/10.18502/ijph.v49i9.4072>
 PMid:33643933 PMCid:PMC7898089
- [7] Ahmadzadeh N, Azar FE, Baradaran HR, Roghani RS, Shirazikhah M, Joghataei MT, et al. Availability of outpatient rehabilitation facilities in 2015 in Iran: A nationwide study. *Med J Islam Repub Iran* 2018; 32: 123.
<https://doi.org/10.14196/mjiri.32.123>
 PMid:30815418 PMCid:PMC6387820
- [8] Goulart BNGd, Anderle P, editors. Rehabilitation: a rising demand that calls for action. CoDAS; 2020: SciELO Brasil.
- [9] Heinemann AW FM, Frontera WR, Gard SA, Kaminsky LA, Negrini S, et al. Rehabilitation is a global health priority. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2020.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-4962-8>
 PMid:32101149 PMCid:PMC7043039
- [10] Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Farzin K, Hassanzadeh-Rostami Z, Nasrollahpour Shirvani SD, et al. Effective factors on the utilization of health population covered by the urban family physician program in Iran. *Koomesh* 2020; 22: 130-137. (Persian).
<https://doi.org/10.29252/koomesh.22.1.130>
- [11] Rajan S, Rathod SD, Luitel NP, Murphy A, Roberts T, Jordans MJ. Healthcare utilization and out-of-pocket expenditures associated with depression in adults: a cross-sectional analysis in Nepal. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05094-9>
 PMid:32213188 PMCid:PMC7093962
- [12] Sun J, Luo H. Evaluation on equality and efficiency of health resources allocation and health services utilization in China. *Int J Equity Health* 2017; 16: 127.
<https://doi.org/10.1186/s12939-017-0614-y>
 PMid:28709422 PMCid:PMC5513103
- [13] Shirazikhah M, Mirabzadeh A, Sajjadi H, Joghataei MT, Biglarian A, Shahboulaghi FM, et al. Health services coverage: Physical access to rehabilitation facilities in Tehran compare with the country. *J Educ Health Promot* 2021; 10: 4.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_515_20
 PMid:33688513 PMCid:PMC7933624
- [14] Bright T, Wallace S, Kuper H. A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 2165.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
<https://doi.org/10.3390/ijerph15091879>
- [15] Naaldenberg JK, Kuijken N, van Dooren K, de Valk HV. Topics, methods and challenges in health promotion for people with intellectual disabilities: a structured review of literature. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 4534-4545.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.029>
 PMid:24161461
- [16] UHC2030. Iran joins UHC2030. 2021 [cited 2021 24 May]. Available from: <https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-news/iran-joins-uhc2030-483050/>.
- [17] Soltani ST, Sari AA, Kamali M, Majdzadeh SR, Matin BK. Disregarded health problems of people with disabilities: a qualitative study of policymakers' perspective. *Arch Rehab* 2019;

services in Urban health care centers. Payavard Salamat 2011; 4: 18-27. (Persian).

[38] Van Gaans DA. The accessibility of Phase 2 Cardiac Rehabilitation Programs in rural and remote Australia: The University of Adelaide; 2013.

[39] Mohammadi R, Rahimi Bashar F, Etemadifar S, Salehi M, Masoudi R. Effect of empowerment program based on the health belief model on the activity daily living of patients' with acute coronary syndrome: A clinical trial. Koomesh 2019; 21: 639-649. (Persian).

[40] Alavi M, Khodaie Ardakani MR, Moradi-Lakeh M, Sajjadi H, Shati M, Noroozi M, et al. Responsiveness of physical rehabilitation centers in capital of Iran: disparities and related determinants in public and private sectors. Front Public Health 2018; 6: 317.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00317>

PMid:30488030 PMCID:PMC6247717

[41] Yahyavi Dizaj J, Na'emani F, Fateh M, Soleimanifar M, Arab AM, Zali ME, et al. Inequality in the utilization of rehabilitation services among Urban and rural households in Iran: a cross-sectional study. Arch Rehab 2020; 21: 336-357.

<https://doi.org/10.32598/RJ.21.3.2893.1>

[32] Toro-Hernandez ML, Villa-Torres L, Mondragón-Barrera MA, Camelo-Castillo W. Factors that influence the use of community assets by people with physical disabilities: results of participatory mapping in Envigado, Colombia. BMC Public Health 2020; 20: 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8285-9>

PMid:32019515 PMCID:PMC7001323

[33] Brewer NT, Weinstein ND, Cuite CL, Herrington JE. Risk perceptions and their relation to risk behavior. Ann Behav Med 2004; 27: 125-130.

https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_7

PMid:15026296

[34] World Health Organization. global disability action plan 2014-2021 2014a [www .who. Int / disabilities/action plan/en/].

[35] Clark RA, Coffee N, Turner D, Eckert KA, van Gaans D, Wilkinson D, et al. Access to cardiac rehabilitation does not equate to attendance. Eur J Cardiovasc Nurs 2014; 13: 235-242.

<https://doi.org/10.1177/1474515113486376>

PMid:23598464

[36] Kanter AS. The promise and challenge of the United Nations convention on the rights of persons with disabilities. Syracuse J Int'l L & Com 2006; 34: 287.

[37] Khayatan M, Nasiri Pour AA, Amini M, Mohamad Nejad SM. The effective factors on receivers' access to health care

Access to physical rehabilitation services among people with disabilities: Results of a national study in Iran

Marzieh Shirazikhah (MD.MPH,Ph.D)¹, Gholamreza Ghaedamini Harouni (Ph.D)², Atefeh Shirazikhah (M.D)¹, Mehdi Noroozi (Ph.D)¹, Haniye Sadat Sajadi (Ph.D)^{*3}

1- Social Determinants of Health Research Center, the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2 - Social Welfare Management Research Center, the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3- Knowledge Utilization Research Center, the University Research and Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author. +98 21 66952530

hsajjadi@tums.ac.ir

Received: 26 Aug 2021; Accepted: 16 Feb 2022

Introduction: There is little evidence of access to health services among people with disabilities (PWD) in low- and middle-income countries. This study aimed to examine access to physical rehabilitation services among PWD in Iran.

Materials and Methods: A population-based cross-sectional survey of 2177 PWD was conducted in all provinces of Iran using a multistage cluster sampling method in 2019. The number of sample zones was determined by dividing the country into four socioeconomic zones and considering the share of the population in each zone. Data were obtained by a valid self-administrated questionnaire and analyzed.

Results: The frequency of need for physical rehabilitation services among PWD is %16.6. Among the types of physical rehabilitation services, the highest frequency of needs was related to physiotherapy services. About 28.1% of PWD did not have access to the required rehabilitation services. The third zone has more need and less access to required rehabilitation services. Lack of access to information and financial inability were the most common reasons for lack of access to services. Basic health insurance coverage, low disability rate, high level of education, and socioeconomic status were the determinants of access to rehabilitation services.

Conclusion: Given the gaps in the fair access of PWD to physical rehabilitation services, it is suggested that policies and programs be designed to increase the coverage of rehabilitation services and their costs to achieve the goal of universal health coverage in Iran. The implementation of these policies should be evaluated.

Keywords: Rehabilitation, Disabled Persons, Delivery of Health Care, Health Policy, Health Services Accessibility, Iran